



5º SIMULADO

ENAMED

RESIDÊNCIA MÉDICA



Estratégia
MED

CADERNO DE RESPOSTAS

med.estrategia.com

01. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Ortopedia - Prof. David Nordon) Paciente de 14 anos, masculino, é trazido ao pronto-socorro em prancha rígida e colar cervical após mergulho em águas rasas. Apresenta pressão de 50 X 30 mmHg, frequência cardíaca de 62 bpm, nível neurológico na região do deltoide, consegue apenas elevar discretamente os ombros. Reflexos ausentes e esfíncter anal hipotônico.

Trata-se de:

- A) lesão medular total de nível C4-C5.
- B) hemissecção medular de nível C5-C6.
- C) choque medular.
- D) choque neurogênico de nível C5-C6.

COMENTÁRIOS:

Discussão da questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Conhecimentos sobre trauma raquimedular e definição de nível de lesão.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Choque medular

O trauma raquimedular é uma lesão grave devido a um trauma da coluna vertebral. É mais frequente nas zonas de transição (coluna cervicotorácica e toracolombar). A fratura ou luxação da vértebra pode comprimir o canal medular e provocar déficit neurológico. Não há tratamentos realmente efetivos para esse tipo de lesão. Fragmentos ósseos dentro do canal devem ser removidos, e fraturas com indicação cirúrgica devem ser operadas. Contudo, ainda não temos técnicas para restabelecer a conexão entre os nervos lesados.

Essa perda súbita de função medular é conhecida como choque medular, que envolve arreflexia, paralisia e hipotonia nos níveis *abaixo* do nível afetado. O choque medular dura entre 24 e 48 horas e seu fim é marcado pelo retorno dos reflexos sacrais (“piscadela” anal, reflexo bulbocavernoso). Sua recuperação total pode levar até 4 semanas.

Choque neurogênico

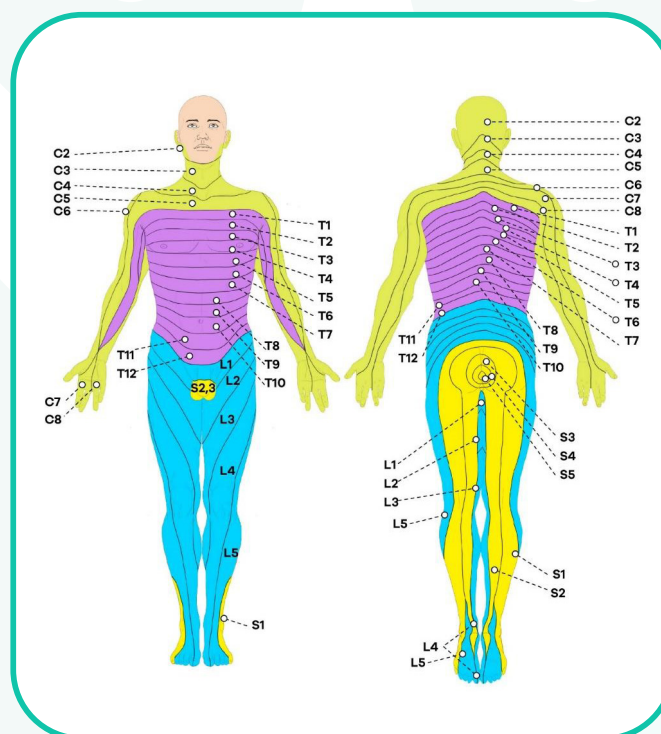
É importante não confundir o choque medular com choque neurogênico. Nele, a perda do controle vasomotor simpático leva a uma vasodilatação súbita, com diminuição do retorno venoso e perda da pré-carga, gerando hipotensão. A perda do controle simpático também diminui a frequência cardíaca, e as extremidades tornam-se frias e úmidas. Priapismo também pode ocorrer como resultado da incapacidade de vasoconstrição.

Relaciona-se geralmente a fraturas acima da T6, podendo persistir por até 3 semanas.

Definição de nível de lesão medular – coluna cervical:

Raiz	Local de Avaliação	Reflexo	Movimento principal
C4	Supraclavicular	-	-
C5	Face lateral do ombro e cotovelo	Bicipital	Abdução do ombro/Flexão do cotovelo
C6	Face radial do polegar	Braquiorradial	Extensão do punho
C7	Terceiro dedo	Tricipital	Extensão do cotovelo
C8	Dedo mínimo	-	Flexão do punho
T1	Face medial do cotovelo	-	Extensão dos dedos

Mapa de dermatômos:



Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A. Embora, de fato, a lesão no momento se comporte como uma lesão total, o paciente encontra-se em choque medular (esfíncter anal hipotônico). Durante o choque, não se pode firmar o diagnóstico de lesão medular total, pois todas se comportarão como uma lesão total.

Incorreta a alternativa B. Na hemiseção medular, tem-se uma perda de força ipsilateral à lesão e perda de sensibilidade térmico-dolorosa contralateral. De qualquer forma, o diagnóstico só é feito após o término do choque medular. Por fim, o nível está incorreto: uma lesão no nível C5-C6 implica lesão da raiz C6, o que levaria à preservação de função da flexão do cotovelo – o que o paciente não apresenta.

Correta a alternativa C, como discutido acima.

Incorreta a alternativa D, pois, embora o paciente de fato apresente um choque neurogênico, o nível está errado.

Gabarito: C

02. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto) Homem de 59 anos, está em acompanhamento da hipertensão arterial na Unidade de Saúde. Em uso de enalapril 20 mg 2x/dia, clortalidona 25 mg e amlodipina 10 mg. Em medida residencial da pressão arterial, a média é de 150 x 85 mmHg e retorna em consulta com PA de 145 x 90 mmHg.

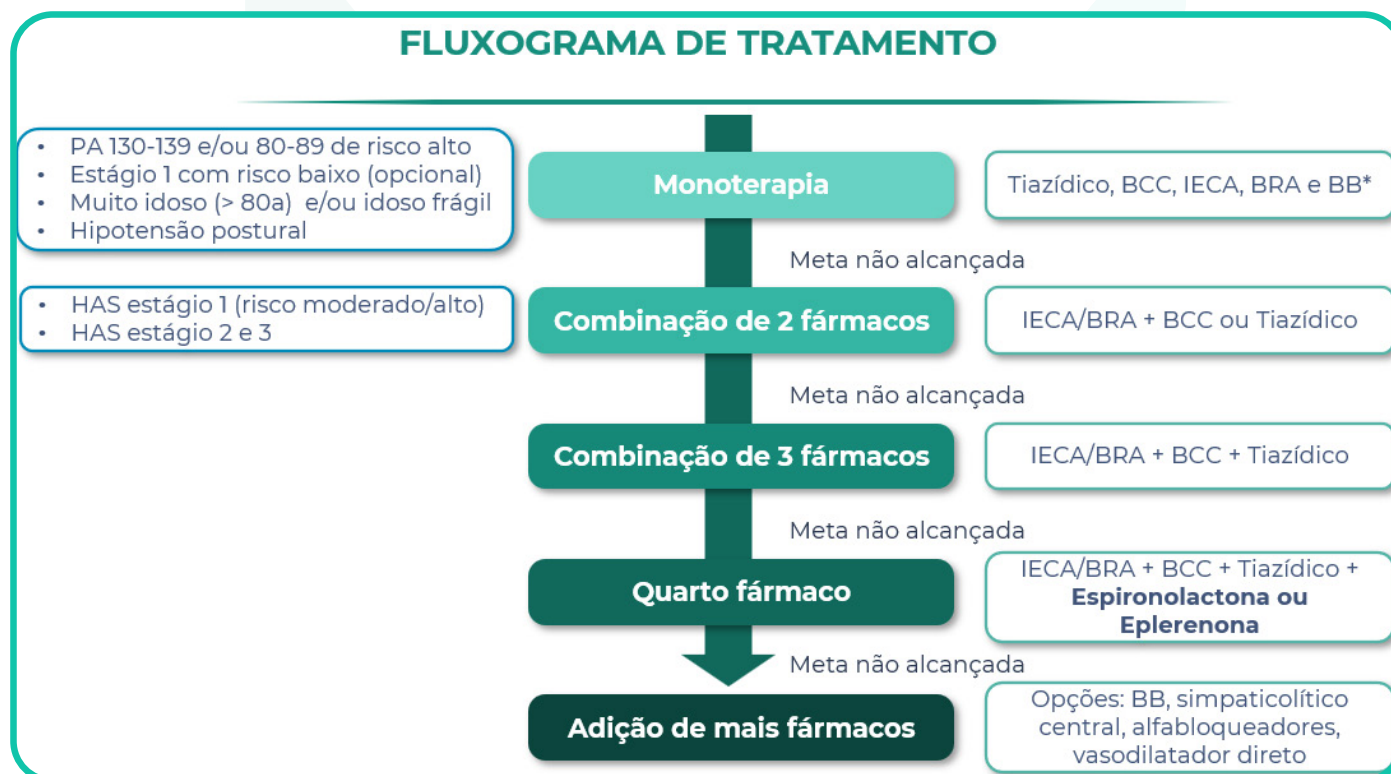
A melhor conduta é:

- A) associar atenolol.
- B) associar clonidina.
- C) associar espironolactona.
- D) orientar mudança do estilo de vida e retorno em 3 meses.

COMENTÁRIOS:

Podemos definir esse paciente como um **hipertenso resistente**, pois sua pressão arterial (PA) permanece acima da meta ($\geq 130/80$ mmHg) apesar do uso de três classes de anti-hipertensivos, incluindo um diurético tiazídico.

Esse tipo de questão é muito comum em prova e pode ser resolvida facilmente através do próximo fluxograma, retirado da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2025). Repare que, **após a combinação das três drogas de primeira linha (IECA/BRA + bloqueador dos canais de cálcio + diurético tiazídico), o quarto fármaco a ser associado ao esquema é a espironolactona ou a eplerenona.**



Incorreta a alternativa A: o atenolol está indicado em condições específicas, como insuficiência cardíaca, pós-infarto do miocárdio, angina, fibrilação atrial, mulheres jovens com potencial para engravidar.

Incorreta a alternativa B: a clonidina atua nos receptores alfa-2 pré-sinápticos, impedindo a liberação de norepinefrina que se acumulará na terminação nervosa. Como anti-hipertensivo, ela aparece como quinta opção de tratamento, após a adição da espironolactona.

Correta a alternativa C: a espironolactona, assim como a eplerenona, é a quarta droga de associação na hipertensão resistente.

Incorreta a alternativa D: pois a associação de uma quarta medicação é necessária, devido ao descontrole pressórico.

Gabarito: C

03. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Observe os 2 casos clínicos a seguir.

A- Gestante de 38 semanas procura o pronto-socorro com queixa de contrações uterinas dolorosas. Encontra-se com 5 cm de dilatação e dinâmica uterina presente com 3 contrações em 10 minutos. Foi internada para assistência ao trabalho de parto. Na avaliação de seu cartão de pré-natal, constatou-se que ela não coletou a pesquisa para EGB no pré-natal.

B- Gestante de 40 semanas apresentou rotura de membranas há 4 horas. Evoluiu para trabalho de parto espontâneo e foi internada para assistência ao parto. Não apresenta registro de coleta de pesquisa de EGB em seu cartão de pré-natal. Tem antecedente de recém-nascido com sepse neonatal precoce na gestação anterior. Sem intercorrências na gestação.

Sobre a profilaxia para EGB nessas pacientes, assinale a alternativa correta.

- A) Ambas devem receber penicilina cristalina para profilaxia por terem pesquisa desconhecida.
- B) Apenas a paciente B tem indicação de receber profilaxia para EGB.
- C) Nenhuma delas tem indicação de profilaxia por serem gestações a termo.
- D) Ambas as pacientes deverão receber profilaxia apenas se tiverem febre intraparto ou bolsa rota por mais de 18 horas.

COMENTÁRIOS:

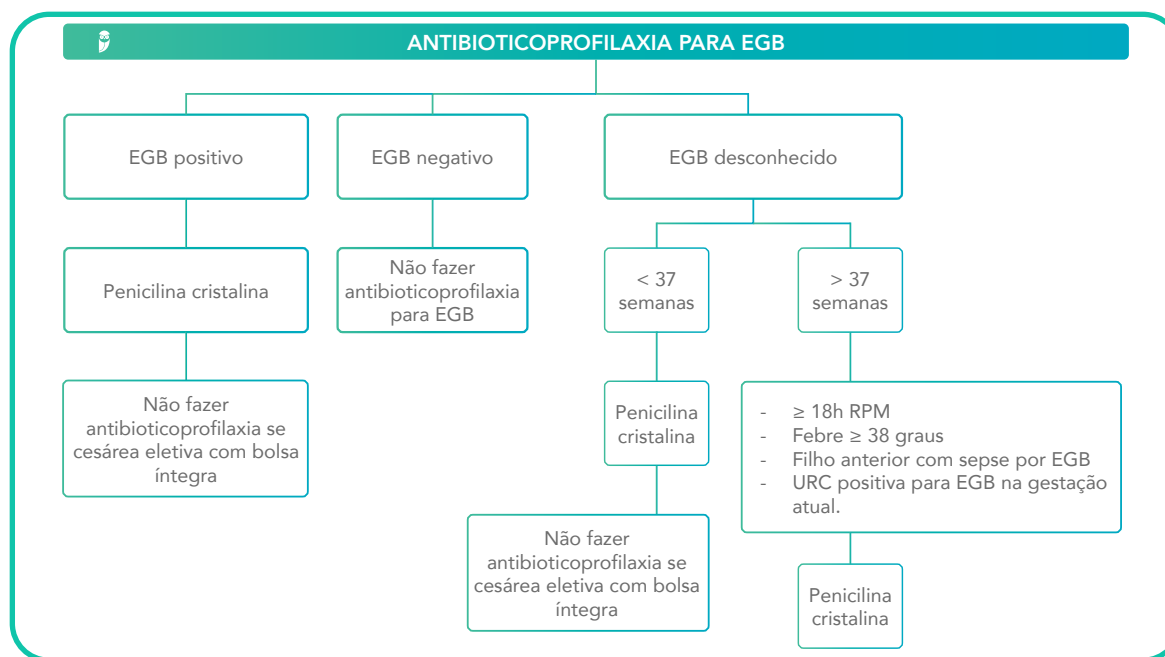
O estreptococo do grupo B (EGB) um coco Gram-positivo que coloniza o trato gastrointestinal, mas está presente no trato geniturinário em 10 a 30% das mulheres. Quando presente no momento do parto é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença estreptocócica neonatal.

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

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

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

O quadro a seguir resume as situações que indicam e as que não indicam a profilaxia para EGB.



Incorreta a alternativa A, pois a paciente do caso A não tem indicação de receber nesse momento, por ser um trabalho de parto acima de 37 semanas.

Correta a alternativa B, pois, pelo antecedente de sepse neonatal precoce, ela tem indicação de profilaxia.

Incorreta a alternativa C, pois a paciente do caso B tem indicação.

Incorreta a alternativa D, pois a paciente do caso B deve receber imediatamente por seu antecedente.

Gabarito: B

04. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Paciente jovem, vítima de colisão automobilística (auto x anteparo), chega ao centro de trauma estável. A tomografia de abdome com contraste revela lesão esplênica grau III com presença de um pequeno ponto de extravasamento de contraste intraparenquimatoso. Não há líquido livre significativo na pelve. Que alternativa indica a melhor conduta?

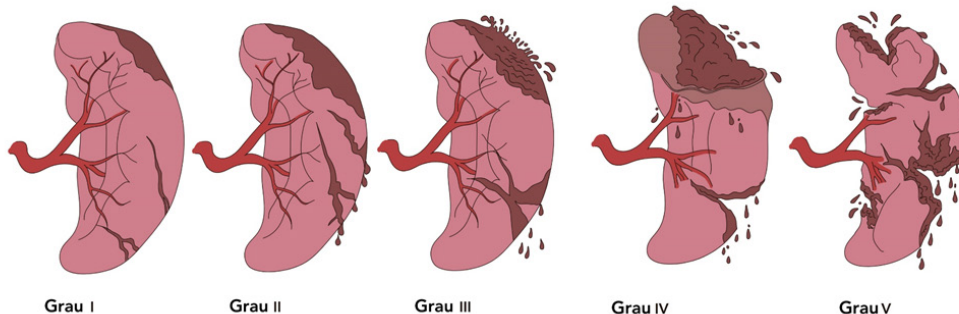
- A) Esplenectomia total por via laparoscópica.
- B) Laparotomia exploradora imediata para esplenorrafia.
- C) Arteriografia com embolização seletiva do vaso sangrante seguida de observação em UTI.
- D) Observação clínica estrita apenas com repouso, sem necessidade de intervenção invasiva.

COMENTÁRIOS:

Vamos lá, Estrategista, questões de trauma sempre estarão presentes nas provas. Atente-se aos detalhes: paciente jovem, **estável**, já realizou a TC de abdome que demonstrou **lesão esplênica grau III com sinais de sangramento ativo**. Deixe-me traduzir para você: **COM BLUSH**. A partir dessa informação, temos que tomar alguma conduta intervencionista e tudo depende da estabilidade do paciente. Se houver qualquer sinal de instabilidade, a conduta é cirúrgica. Como há **estabilidade**, devemos optar pela **arteriografia com angioembolização não seletiva e seguimento de Hb e Ht em leito de UTI**.

As lesões esplênicas são as mais comuns em traumas contusos. Hoje em dia, a classificação da lesão não dita mais a conduta, mas sim a **hemodinâmica** do paciente. Apesar disso, devemos saber a classificação das lesões esplênicas.

TRAUMA ESPLÊNICO



GRAU	LESÃO	DESCRIÇÃO DA LESÃO
I	Hematoma Laceração	Hematoma subcapsular < 10% da superfície. Laceração capsular < 1 cm de profundidade no parênquima.
II	Hematoma Laceração	Hematoma subcapsular de 10 a 50% da superfície; hematoma intraparenquimatoso < 5 cm de diâmetro. Laceração capsular de 1 a 3 cm de profundidade no parênquima que não envolve vaso trabecular.
III	Hematoma Laceração	Hematoma subcapsular > 50% da área superficial ou em expansão; hematoma subcapsular ou intraparenquimatoso em ruptura, hematoma intraparenquimatoso ≥ 5 cm ou em expansão. Laceração parenquimatosa > 3 cm de profundidade ou envolvendo vasos trabeculares.
IV	Laceração	Laceração parenquimatosa envolvendo vasos segmentares ou hilares que produzem > 25% de desvascularização do baço.
V	Vascular	Presença de lesão hilar com desvascularização esplênica. Baço completamente destruído.

Após a esplenectomia, é recomendada a imunização contra organismos encapsulados, incluindo *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae* tipo B, pelo menos 14 dias após a cirurgia, para o máximo benefício imunológico.

Incorreta a alternativa A: a esplenectomia estaria correta em um contexto de instabilidade, porém, apesar de a laparoscopia estar ganhando espaço nas cirurgias do trauma, se há instabilidade hemodinâmica, vamos optar pela via de acesso mais rápida e que o paciente tolere melhor — laparotomia mediana.

Incorreta a alternativa B: para optarmos pela laparotomia, o paciente provavelmente apresentaria instabilidade por uma grande laceração esplênica e sangramento importante. Se esse fosse o contexto, a melhor opção seria a **esplenectomia**, não a rafia do baço. Rafiar o baço é algo complicado e às vezes só aumenta o sangramento. Em um contexto de trauma com sangramento ativo, MENOS É MAIS: tira o baço, controla o sangramento e encaminha para UTI.

Correta a alternativa C: paciente estável com sangramento ativo (*blush* arterial) devemos realizar a arteriografia e angioembolização não seletiva da artéria esplênica e monitoramento de Hb e HT em leito de UTI. Não podemos esquecer de repetir a TC em 24 a 48 horas após.

Incorreta a alternativa D: em paciente com sangramento ativo, precisamos intervir de alguma maneira. É muito arriscado manter observação clínica sem nenhuma conduta.

Gabarito: C

05. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Um menino de 12 anos de idade e sua irmã de 8 anos comparecem à UBS acompanhados da mãe. O exame físico dos dois pacientes não apresenta alteração. O cartão de vacinação não apresenta aplicação da vacina contra o HPV para nenhuma das duas crianças.

Qual é a conduta indicada?

- A) Somente o menino deve ser vacinado.
- B) Somente a menina deve ser vacinada.
- C) Nenhum dos dois deve ser vacinado.
- D) O menino e a menina devem ser vacinados.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, veja a seguir as indicações da vacinação contra o HPV:

INDICAÇÕES DA VACINA QUADRIVALENTE HPV (MINISTÉRIO DA SAÚDE)	
MENINAS e MENINOS	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): - convivendo com HIV/aids; - transplantados de órgãos sólidos; - em quimioterapia.
Vítimas de violência sexual (caso não tenha sido vacinada anteriormente)	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)	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:

Correta a alternativa A: somente o menino deve ser vacinado, já que está na faixa etária de 9 a 14 anos de idade.

Incorreta a alternativa B, porque a menina tem menos de 9 anos de idade.

Incorreta a alternativa C, porque o menino deve ser vacinado.

Incorreta a alternativa D, porque a menina não deve ser vacinada (ainda).

Gabarito: A

06. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Hematologia - Prof. Thiago Peixoto) Homem de 34 anos, previamente hígido, procura atendimento por fadiga intensa, urina escura e icterícia iniciadas há dois dias. Relata que, há quatro dias, iniciou sulfametoxazol-trimetoprim para tratamento de uma infecção cutânea. Nega episódios semelhantes prévios e não faz uso regular de medicamentos. Ao exame físico: palidez cutaneomucosa ++/4+, icterícia discreta, sem hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais: hemoglobina = 8,7 g/dL; VCM = 89 fL; reticulócitos = 6,5%; bilirrubina indireta = 3,2 mg/dL; LDH = 780 U/L. Coombs direto: negativo. Considerando o quadro clínico e laboratorial, o diagnóstico mais provável, é:

- A) deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.
- B) anemia hemolítica autoimune.
- C) talassemia menor.
- D) esferocitose hereditária.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos aqui um homem com um quadro agudo de anemia hemolítica (palidez, icterícia, urina escura, reticulocitose, aumento de bilirrubina indireta e LDH) que se iniciou logo após a exposição a um medicamento específico, o sulfametoxazol-trimetoprim, uma sulfa. A combinação de hemólise aguda pós-exposição a drogas oxidantes em um paciente previamente assintomático, com Coombs negativo, é a apresentação clássica da **deficiência de G6PD**, em que a falta da enzima impede a proteção das hemácias contra o estresse oxidativo gerado pelo medicamento, levando à sua destruição. Vamos revisar o assunto!

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

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

Após essa revisão, vamos ver as alternativas!

Correta a alternativa A. O quadro clínico é típico: homem com hemólise aguda desencadeada por uma sulfa, uma droga classicamente associada ao estresse oxidativo. O Coombs direto negativo afasta a etiologia autoimune, e a ausência de história prévia sugere uma condição que se manifesta apenas sob estresse específico, compatível com a deficiência de G6PD em sua forma mais comum.

Incorreta a alternativa B. A anemia hemolítica autoimune (AHAI) também cursa com hemólise aguda e pode ser idiopática ou secundária (drogas, lúpus, linfomas). No entanto, o marco diagnóstico da AHA é o teste de Coombs direto (teste da antiglobulina direta) positivo, que detecta anticorpos ou complemento ligados à superfície das hemácias. Como o paciente apresenta Coombs negativo, essa alternativa está incorreta.

Incorreta a alternativa C. A talassemia menor é tipicamente assintomática ou cursa com anemia leve. **O achado laboratorial característico é a microcitose acentuada com VCM muito baixo, geralmente < 75 fL, desproporcional ao grau de anemia, com contagem de hemácias normal ou aumentada** [1]. O paciente tem uma anemia normocítica e um quadro de hemólise aguda grave com icterícia e colúria, o que não condiz com o curso clínico benigno e crônico da talassemia menor.

Incorreta a alternativa D. A esferocitose hereditária é uma anemia hemolítica crônica causada por defeitos na membrana das hemácias. Embora possa haver crises hemolíticas desencadeadas por infecções, o paciente geralmente tem história prévia de anemia ou icterícia desde a infância, esplenomegalia e presença de esferócitos no sangue periférico.

Gabarito: A

07. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Joana, 4 anos, busca pronto atendimento apresentando tosse seca e desconforto respiratório. Mãe conta que ela abriu um quadro de coriza há 1 dia e hoje amanheceu com cansaço e chiadeira. É a terceira vez que a paciente apresenta um quadro como esse nos últimos 12 meses e não faz nenhum tratamento de manutenção. Ao exame físico, você nota uma criança ativa, orientada, afebril, estável hemodinamicamente, e a ausculta respiratória revela sibilância difusamente audível, taquipneia, tiragem intercostal e subcostal moderadas, SpO2 91%.

Qual é a conduta medicamentosa mais adequada para Joana?

- A) Salbutamol inalatório, corticoide endovenoso e brometo de ipratrópio inalatório.
- B) Salbutamol inalatório, corticoide oral, brometo de ipratrópio inalatório e considerar sulfato de magnésio endovenoso.
- C) Salbutamol e corticoide endovenosos, brometo de ipratrópio inalatório e considerar sulfato de magnésio endovenoso.
- D) Salbutamol inalatório, corticoide oral e considerar brometo de ipratrópio inalatório.

COMENTÁRIOS:

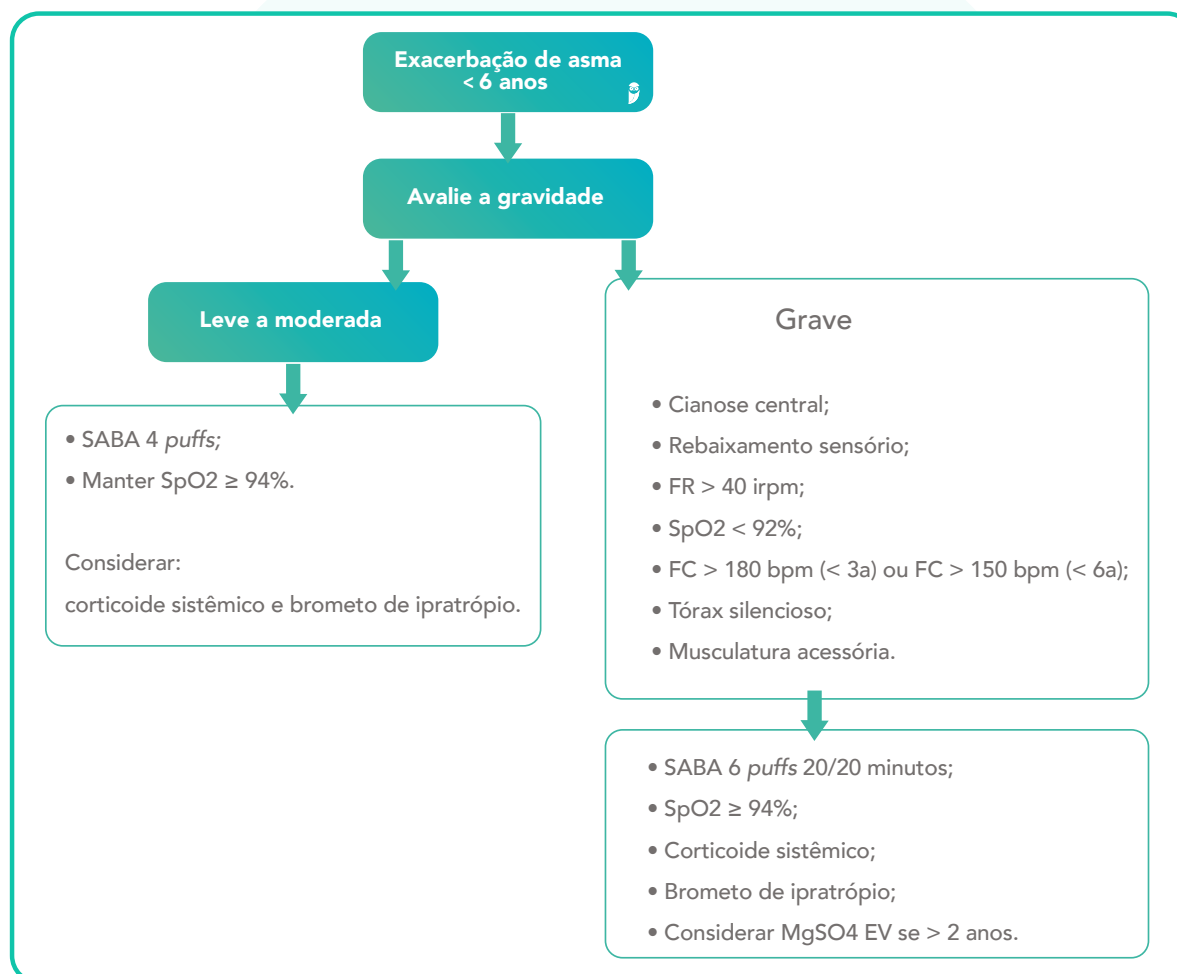
Questão simples sobre exacerbação de asma. O cenário é o seguinte:

- paciente de 4 anos com episódios recorrentes de sibilância aguda sem tratamento de manutenção;
- crise de sibilância difusa com sinais de esforço respiratório: opa! Temos um sinal de gravidade aqui;
- paciente afebril e estável hemodinamicamente: afastamos diagnósticos diferenciais de desconforto respiratório, como uma pneumonia grave ou sepse;
- está orientada, então presumimos que é capaz de tomar medicações por via oral.

Minha ideia é lembrar com você o arsenal terapêutico no manejo de asma em crianças < 6 anos, com foco nas vias de administração e doses. Isso foi cobrado no ENAMED!

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

Vamos começar com o fluxograma:



Note o seguinte: o primeiro passo é **avaliar a gravidade**.

Na presença de um critério de gravidade, você deve manejar o paciente como **exacerbação grave**:

Sintoma ou sinal	Leve a moderada	Grave
Nível de consciência	Normal ou agitação leve	Confusão ou rebaixamento
SpO2 na admissão	≥ 92%	< 92%
Fala	Frases	Palavras
Frequência cardíaca	< 100 bpm	> 180 bpm se < 3 anos > 150 bpm se 4 ou 5 anos
Frequência respiratória	≤ 40 irpm	> 40 irpm
Uso de musculatura acessória	Ausente	Presente
Cianose central	Ausente	Presente
Intensidade da sibilância	Variável	Tórax silente

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.

Parece que a crise de Joana é grave, né? Temos desconforto respiratório com uso de musculatura acessória.

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
O2 suplementar	Manter SpO2 $\geq$ 94%	Manter SpO2 $\geq$ 94%
Brometo de ipratrópio	Somente se não melhorar em 1-2h	Na admissão
MgSO4 EV	Não é considerado	Considerar para > 2 anos

O suporte de oxigênio que costuma ser mais adequado para o manejo **inicial** em emergências pediátricas é a **máscara não reinalante**, que oferece uma FiO2 de praticamente 100%. Mas você também encontrará questões falando de **máscara de Venturi**, que oferece uma FiO2 de até 50%.

No caso de Joana, que está até próxima do alvo de 94%, um suporte com uma FiO2 mais baixa também é aceitável. Os dois suportes seriam adequados num atendimento inicial.

Alguns examinadores vão mais fundo e cobram as doses:

	Dosagem
SABA	4-6 <i>puffs</i> de 20 em 20 minutos na 1ª hora 4 ou mais <i>puffs</i> por hora após 1ª hora
Corticoide sistêmico	Prednisolona 1-2 mg/kg/dia (máx. 20 mg se < 2 anos; 30 mg se < 6 nos))
O2 suplementar	Manter SpO2 $\geq$ 94%
Brometo de ipratrópio	4 <i>puffs</i> de 20 μ g de 20 em 20 minutos em 1 hora
MgSO4 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.

Outra coisa que deve ser lembrada: o GINA, atualmente, desaconselha o uso de fenoterol - há mais risco cardiovascular associado ao uso dessa medicação. O SABA de escolha é o **salbutamol**. Ah, e claro: **evite alternativas que sugiram salbutamol endovenoso!** É uma conduta que não é consenso na literatura, reservada para ambiente de UTI pelo risco de arritmias.

E o que fazer com o SABA na 2ª hora de atendimento? Olhe, o GINA não é claro aqui. Você pode usar a medicação “conforme a demanda” do paciente. Na prática, podemos repetir o ciclo de 20 em 20 minutos caso a criança continue muito desconfortável. Se ela ficar bem, mantemos o SABA de 2 em 2 horas e vamos espaçando conforme a tolerância - mas isso não está “preto no branco” no GINA, ok?

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Não há necessidade de fazer o corticoide endovenoso! Lembre-se de que a eficácia e tempo de ação é o mesmo da administração via oral, então não há motivo para picar a criança. Isso pode gerar ansiedade e piorar o desconforto respiratório.

Reserve a administração endovenosa para pacientes instáveis hemodinamicamente, incapazes de ingerir medicações por via oral ou com rebaixamento do nível de consciência.

Correta a alternativa B. São as medicações preconizadas para o manejo de uma crise grave de asma em uma criança < 6 anos. O sulfato de magnésio costuma ser feito caso não haja boa resposta após a primeira hora de tratamento, e a administração é endovenosa!

Há alguns anos, estavam estudando o $MgSO_4$ inalatório, mas os resultados não foram bons. Sulfato de magnésio é apenas endovenoso, ok? Pode ser usado a partir dos 2 anos.

Incorreta a alternativa C. Fuja de alternativas que falam de salbutamol endovenoso! É uma conduta que não é consenso na literatura, reservada para ambiente de UTI pelo risco de arritmias.

Incorreta a alternativa D. Faltou mencionar o sulfato de magnésio, e o brometo de ipratrópio pode ser feito “logo de cara”, pois a crise é grave.

Gabarito: B

08. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Um homem de 32 anos é admitido no pronto-socorro após sofrer ferimento por arma branca em região periumbilical. O paciente está consciente, taquipneico (FR: 26 irpm), com PA: 105 x 70 mmHg e FC: 110 bpm. Ao exame físico do abdome, observa-se protrusão de alças de intestino delgado através da ferida operatória, que se encontram hiperemiadas, mas sem sinais de isquemia franca ou perfuração evidente.

Diante desse cenário, quais são a conduta imediata e a sequência correta de manejo?

- A) Realizar a redução manual das alças no próprio pronto-socorro para evitar sofrimento isquêmico e solicitar tomografia de abdome para avaliar lesões viscerais associadas.
- B) Cobrir as alças evisceradas com compressas úmidas (soro fisiológico morno), iniciar antibioticoterapia e encaminhar o paciente diretamente para laparotomia exploradora.
- C) Realizar FAST (*focused assessment with sonography for trauma*) à beira leito; se negativo para líquido livre em outros recessos, proceder com o fechamento da pele e observação clínica por 24 horas.
- D) Cobrir com curativo seco e compressivo para conter o sangramento da parede e aguardar estabilização hemodinâmica completa para realizar videolaparoscopia diagnóstica.

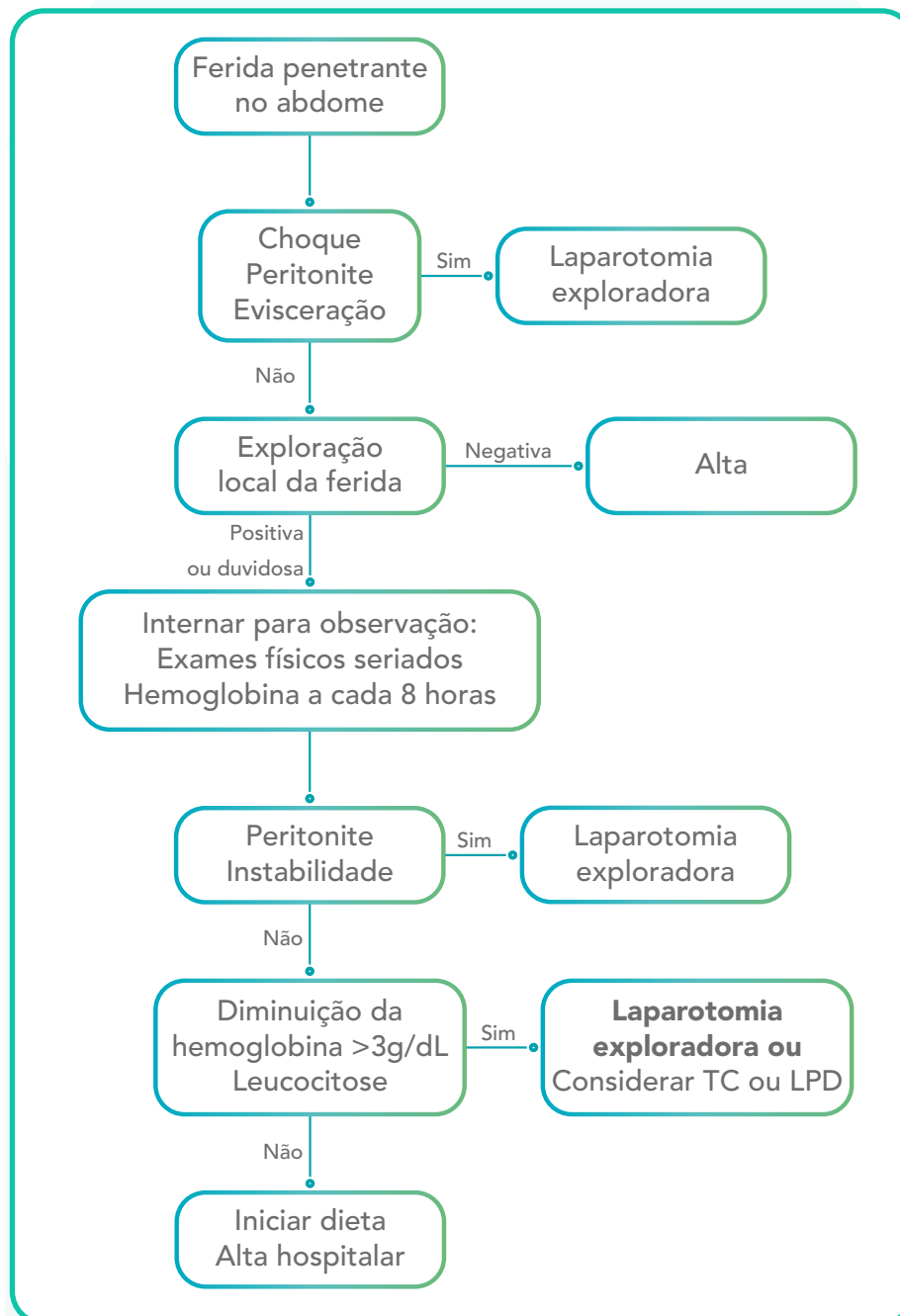
COMENTÁRIOS:

Estrategista, você não precisa ser cirurgião para vivenciar um cenário desse em uma sala de emergência. Têm alça intestinal visível? NÃO DESESPERA. Segue o ATLS e o ABCDE. Depois disso, com o paciente estável, cuidamos da evisceração. Vamos primeiro lembrar o conceito de eventração e evisceração.

Eventração: ruptura da aponeurose muscular sem comunicação com o meio externo, pois ainda há a pele que está fechada.

Evisceração: Órgãos abdominais que se comunicam com o meio externo.

Agora, voltando ao nosso caso, temos uma **evisceração por FAB**. Só botar tudo para dentro e fechar? NÃO, galera. Se violou a parede abdominal, pode ter lesado intestino delgado, duodeno, estômago ou qualquer outro órgão intraperitoneal. A conduta é laparotomia exploradora e revisão da cavidade abdominal. Até lá, cubra as alças intestinais com uma compressa estéril e soro fisiológico morno e avise o centro cirúrgico que vai subir uma emergência.



Incorreta a alternativa A: evisceração é sinônimo de laparotomia exploradora e revisão da cavidade abdominal.

Correta a alternativa B: segue a ordem — ABCDE, cubra a lesão com compressa com soro fisiológico morno, comece antibiótico profilático e lance aviso cirúrgico.

Incorreta a alternativa C: nesse cenário, o FAST não traz grandes informações que poderiam mudar nossa conduta.

Incorreta a alternativa D: curativo com soro fisiológico para evitar desidratação e ressecamento das alças e encaminhar para laparotomia, não laparoscopia.

Gabarito: B

09. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto) Mulher de 52 anos, hipertensa, comparece à consulta agendada na Unidade Básica de Saúde (UBS). Faz uso de losartana 25 mg e hidroclorotiazida 10 mg, com bom controle pressórico domiciliar. Exame físico: pressão arterial de 126 x 75 mmHg, índice de massa corporal de 29 kg/m², sem outras alterações.

Considerando as recomendações dos exames anuais para o paciente hipertenso, o médico de família e comunidade deve solicitar:

- A) glicemia de jejum e hemoglobina glicada, creatinina plasmática, potássio sérico, ácido úrico plasmático, taxa de filtração glomerular, análise de urina, razão proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria, perfil lipídico e eletrocardiograma.
- B) glicemia de jejum e hemoglobina glicada, creatinina plasmática, potássio sérico, ácido úrico plasmático, taxa de filtração glomerular, análise de urina, perfil lipídico e eletrocardiograma.
- C) glicemia de jejum e hemoglobina glicada, creatinina plasmática, sódio potássio séricos, ácido úrico plasmático, taxa de filtração glomerular, análise de urina, razão proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria, perfil lipídico e eletrocardiograma.
- D) glicemia de jejum e hemoglobina glicada, ureia e creatinina plasmáticas, potássio sérico, ácido úrico plasmático, taxa de filtração glomerular, análise de urina, razão proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria, perfil lipídico.

COMENTÁRIOS:

Os exames complementares são fundamentais na avaliação do paciente portador de HAS, pois permitem identificar a presença de fatores de risco cardiovascular adicionais e de lesões de órgãos-alvo, auxiliando na estimativa do risco cardiovascular dos pacientes.

A nova Diretriz de 2025 trouxe uma mudança com relação à anterior (2020). Esse é um ponto que você precisa saber, porque será cobrado em prova: foi adicionada a **razão proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria**.

Portanto, a nova recomendação ficou da seguinte forma:

Exames de rotina no paciente hipertenso

- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada (se risco de DM ou síndrome metabólica)
- Creatinina plasmática
- Potássio sérico
- Ácido úrico plasmático
- Estimativa da TFGe pelo CKD-EPI*
- Análise de urina (EAS)
- Razão proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria
- Perfil lipídico → colesterol total e frações (HDL-c e LDL-c), triglicerídeos plasmáticos**
- Eletrocardiograma de 12 derivações

Correta a alternativa A: esses são os exames de rotina no paciente hipertenso de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão 2025.

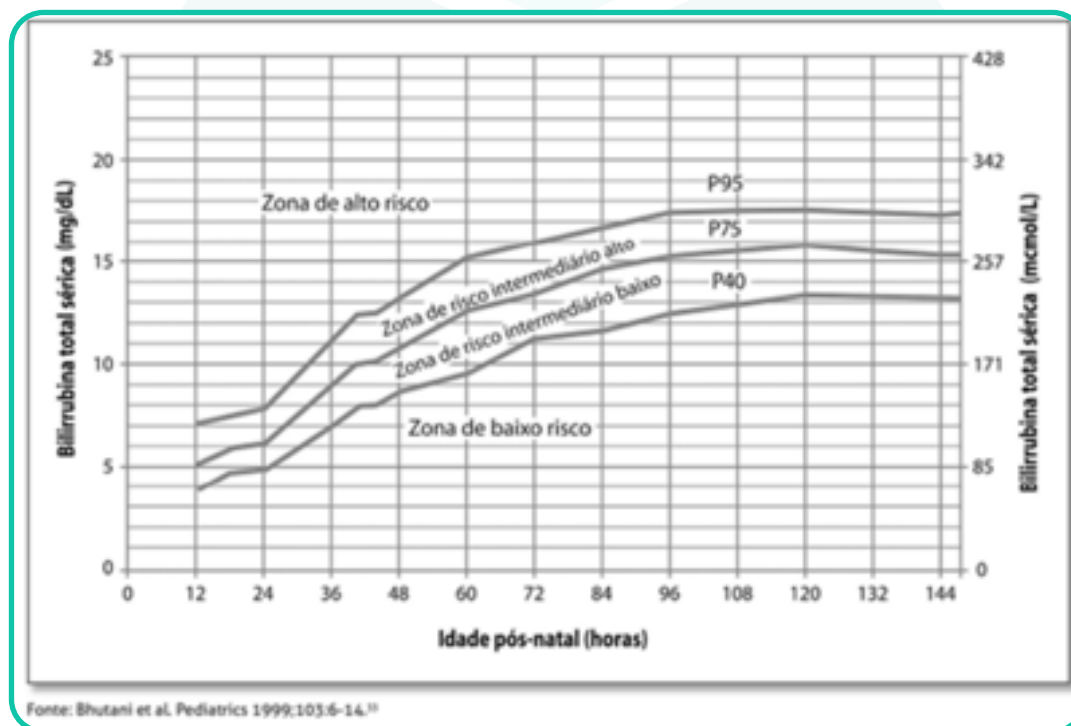
Incorreta a alternativa B: essa era a recomendação da Diretriz Brasileira de Hipertensão de 2020, que não incluía a razão proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria.

Incorreta a alternativa C: pois o sódio sérico não faz parte da rotina anual de exames.

Incorreta a alternativa D: a uréia plasmática não faz parte da rotina anual de exames. Essa alternativa não contempla o eletrocardiograma, que deve ser solicitado.

Gabarito: A

10. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Recém-nascido de 35 semanas e 5 dias, peso ao nascer 2.380 g, está em alojamento conjunto, com dificuldade de amamentação e apresenta icterícia zona 3 com 48 horas de vida. A bilirrubina total sérica é de 12 mg/dL. Considerando o nomograma de Bhutani e os fatores de risco presentes, a conduta inicial mais adequada é:



- A) iniciar fototerapia.
- B) realizar exsanguineotransusão de urgência e iniciar fototerapia intensiva.
- C) reforçar o aleitamento materno e repetir a bilirrubina em 12 horas.
- D) administrar imunoglobulina endovenosa e programar exsanguineotransusão se não houver resposta.

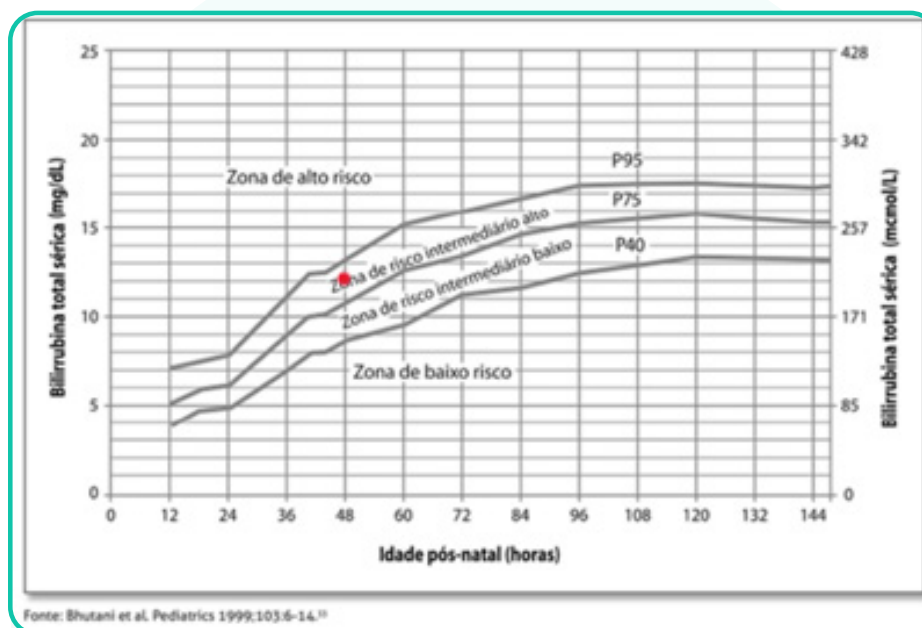
COMENTÁRIOS:

ICTERÍCIA NEONATAL

Olá, Estrategista! Essa questão aborda a avaliação e a conduta inicial diante da **hiperbilirrubinemia neonatal**, integrando dados clínicos, idade pós-natal, fatores de risco e a interpretação do nomograma de Bhutani.

Temos um recém-nascido de 35 semanas e 5 dias, portanto um prematuro tardio, com 48 horas de vida, em alojamento conjunto, com dificuldade de amamentação e bilirrubina total de 12 mg/dL. Só esses dados já acendem dois alertas importantes: primeiro, a idade gestacional abaixo de 38 semanas é **fator de risco**. Segundo, dificuldade de amamentação aumenta o risco de elevação da bilirrubina por menor ingestão e maior circulação entero-hepática. Quando levamos esse valor ao nomograma de Bhutani e, mais importante ainda, às recomendações de

tratamento que ajustam o limiar de fototerapia para prematuros tardios e para presença de fatores de risco, esse nível de bilirrubina com 48 horas já se encontra na faixa em que a fototerapia está indicada. Dê uma olhada no gráfico:



Vale lembrar que o nomograma de Bhutani foi construído a partir de uma grande coorte de recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior que 35 semanas e peso ao nascer igual ou maior que 2000 g, nos quais se dosou a bilirrubina total sérica entre 18 e 72 horas de vida. A partir desses dados, foram traçadas curvas de percentis 40, 75 e 95. Quando você plota o valor de bilirrubina de um recém-nascido no gráfico, levando em conta a idade em horas de vida, você não está dizendo diretamente se ele deve ou não tratar. Você está, antes de tudo, **classificando o risco de ele evoluir para uma hiperbilirrubinemia significativa, classicamente definida no estudo original como bilirrubina maior que 17,5 mg/dL**. A interpretação é a seguinte: se o recém-nascido está acima do percentil 95, ele se encontra na chamada zona de alto risco. Aproximadamente 40 por cento desses bebês vão evoluir para níveis de bilirrubina acima de 17,5 mg/dL se nada for feito. Se ele está entre os percentis 75 e 95, a chamada zona de risco intermediário alto, o risco cai para algo em torno de 13 por cento. Perceba, então, que o nomograma, por si só, não é uma “tabela de tratamento”. Ele é um **instrumento de estratificação de risco e de planejamento de seguimento**. A partir dessa estratificação, entram em cena dois outros elementos fundamentais: **a idade gestacional e a presença de fatores de risco clínicos para neurotoxicidade da bilirrubina, como prematuridade tardia, hemólise, dificuldade de alimentação, perda de peso excessiva, asfixia, sepse, entre outros**. É por isso que as diretrizes modernas, como as da AAP e documentos adotados no Brasil, sempre combinam o resultado no nomograma com esses fatores para decidir a conduta. Quando o recém-nascido está na zona de alto risco, acima do percentil 95, a probabilidade de progressão para níveis potencialmente perigosos é alta. Nessa situação, a conduta é iniciar fototerapia, porque o risco de esperar é maior do que o risco de tratar. Quando ele está na zona de risco intermediário alto (como nesse caso!), entre os percentis 75 e 95, a situação tem mais nuances. Nem todos vão evoluir para níveis altos, mas uma parcela relevante vai.

Aqui entra o julgamento clínico: em um recém-nascido a termo, sem nenhum fator de risco, pode-se optar por observação mais estreita e repetir a bilirrubina em 12 horas. **Já em um prematuro tardio ou em um bebê com dificuldade de amamentação, perda de peso importante ou suspeita de hemólise, o limiar para tratar é mais baixo e a fototerapia costuma ser indicada mesmo que ele ainda esteja formalmente nessa zona intermediária**. Portanto, aqui é um bebê que se encontra na **zona de risco intermediário alto**, e, nesse caso (como ele é prematuro), a conduta mais segura é indicar a fototerapia.

Correta a alternativa A. A fototerapia está indicada como conduta inicial para reduzir rapidamente os níveis de bilirrubina e prevenir neurotoxicidade. A conduta adequada é iniciar fototerapia e, em paralelo, corrigir os fatores associados, como otimizar o aleitamento e monitorar a evolução da bilirrubina.

Incorreta a alternativa B. A exsanguineotransfusão é reservada para casos de hiperbilirrubinemia grave, com níveis muito mais elevados ou sinais de encefalopatia bilirrubínica iminente ou instalada, geralmente após falha da fototerapia intensiva. Um valor de 12 mg/dL com 48 horas, mesmo em recém-nascido de risco, não configura indicação de exsanguineotransfusão de urgência.

Incorreta a alternativa C. Apenas reforçar o aleitamento e só repetir a bilirrubina depois de 12 horas subestima o risco desse paciente. A combinação de prematuridade tardia e dificuldade de amamentação desloca a conduta para uma abordagem mais ativa. Esperar pode permitir progressão para níveis potencialmente perigosos de bilirrubina.

Incorreta a alternativa D. A imunoglobulina endovenosa é indicada em situações específicas, principalmente em doença hemolítica imune comprovada, como incompatibilidade Rh ou ABO com evidência de hemólise significativa, e quando há elevação rápida da bilirrubina apesar da fototerapia. No caso descrito, não há dados que sustentem hemólise imune nem gravidade que justifique essa abordagem inicial.

Gabarito: A

11. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Um homem de 35 anos reside em área urbana sem recomendação rotineira de vacinação contra febre amarela e apresenta comprovante de uma dose da vacina recebida há 12 anos. Ele relata que pretende viajar para região com circulação viral ativa em duas semanas.

De acordo com as recomendações atuais, a orientação correta é:

- A) realizar reforço vacinal antes da viagem.
- B) não é necessário reforço, pois uma dose confere proteção duradoura.
- C) solicitar sorologia para febre amarela antes de decidir sobre vacinação.
- D) contraindicar a viagem devido ao risco de falha vacinal.

COMENTÁRIOS:

A vacina para febre amarela é recomendada em todo o território nacional para crianças em duas doses (a primeira aos 9 meses e outra aos 4 anos). Para crianças com 5 anos ou mais ou adultos, é indicada apenas uma dose.

Por se tratar de uma vacina composta por vírus vivos atenuados, há algumas contraindicações. Veja a tabela a seguir:

Contraindicações à vacina da febre amarela
Imunossupressão por medicação ou doença
Alergia a ovos de galinha
Crianças com idade inferior a 6 meses
Mulheres que amamentam crianças com idade inferior a 6 meses (Se necessário vacinar, interromper amamentação durante 10 dias)
Gestantes (Contraindicação relativa: gestantes podem ser vacinadas quando o risco de adquirir febre amarela é elevado, como em caso de surto da doença).

Pessoas com idade a partir de 60 anos apresentam risco um pouco mais elevado de reação vacinal grave. Ainda assim, essas complicações são raras, o que não contraindica a administração da vacina mesmo nessa faixa etária. É recomendado que indivíduos com 60 anos ou mais sejam criteriosamente avaliados antes de receber a vacina para febre amarela, levando em consideração as comorbidades e o risco de exposição à doença.

Para a prova, guarde: adulto com uma dose comprovada não precisa de reforço, mesmo que a dose tenha sido feita há mais de 10 anos.

Incorreta a alternativa A. Não há indicação de reforço vacinal de rotina para adultos que já receberam uma dose da vacina há mais de 10 anos. Desde a atualização das recomendações, considera-se que uma dose é suficiente para proteção prolongada.

Correta a alternativa B. Uma dose da vacina contra febre amarela é considerada suficiente para conferir proteção duradoura. Portanto, esse paciente, que recebeu uma dose há 12 anos, não necessita de reforço antes da viagem, desde que não tenha nenhuma condição que comprometa a resposta imunológica.

Incorreta a alternativa C. Não se recomenda solicitar sorologia para febre amarela antes de decidir sobre vacinação em indivíduos previamente vacinados. A decisão é baseada no histórico vacinal documentado.

Incorreta a alternativa D. Não há indicação de contraindicar a viagem. A taxa de falha vacinal é muito baixa, e a proteção após uma dose é considerada adequada mesmo após muitos anos.

Gabarito: B

12. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Fernanda, 6 anos, previamente hígida, dá entrada no PS infantil e é levada à sala de emergência. Está com tosse produtiva e febre há 2 dias, e hoje teve uma queda no estado geral. Ao exame físico, observam-se vias aéreas pervias; FR de 38 irpm, tiragem intercostal, SpO₂ de 90%, MV reduzidos em base de hemitórax direito com crepitações nesse local; tempo de enchimento capilar de 5 segundos, extremidades frias, pulsos periféricos fracos, PA de 76 x 60 mmHg, FC de 136 bpm em ritmo sinusal, sem sopros; Glasgow de 11, sinais meníngeos ausentes, glicemia capilar de 68 mg/mL; temperatura de 38,9 °C, sem lesões de pele.

Que alternativa traz uma conduta inadequada para Fernanda?

- A) Prescrever ceftriaxona e vancomicina.
- B) Expansão de 20 mL/kg com solução glicosada 10%.
- C) Prescrever adrenalina endovenosa contínua.
- D) Alocar máscara não reinalante.

COMENTÁRIOS:

A galera do INEP fez uma questão como essa em 2026 que acabou sendo anulada. Acho provável que eles queiram se “retratar” cobrando o tema novamente, mas de forma adequada. Bora discutir sepse em pediatria?

Temos o seguinte cenário:

- paciente de 6 anos;
- quadro compatível com uma pneumonia: quadro agudo de febre, tosse produtiva, taquipneia e crepitações localizadas na ausculta;
- queda no estado geral e alterações nos sinais vitais: temos taquipneia, queda na SpO₂, taquicardia e rebaixamento do nível de consciência. Isso fala a favor de um quadro mais grave, ok? Além disso, **temos hipotensão** e alterações de perfusão. Isso fala a favor de choque!

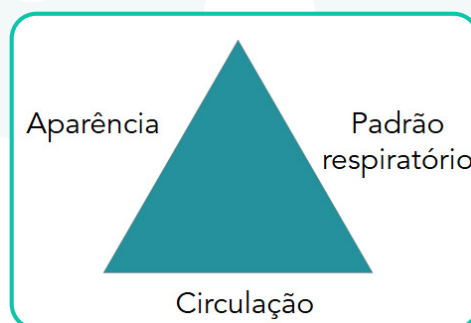
CRITÉRIOS DE HIPOTENSÃO (Pressão sistólica)

- Neonatos: menor que 60 mmHg
- 1 a 12 meses: menor que 70 mmHg
- 1 a 10 anos: 70 mmHg + (2x idade em anos)
- 10 anos ou mais: 90 mmHg

No contexto de uma infecção provável/suspeita e sinais de choque, **devemos pensar em sepse/choque séptico**.

Beleza. Mas vamos organizar melhor o raciocínio, pois isso parece ser uma paciente em sepse, concorda? Afinal, temos uma infecção suspeita e alterações vitais.

Infelizmente, não temos critérios objetivos para definir suspeita de sepse. Fica a cargo do médico que está atendendo. Uma forma prática de fazer isso é nos baseando no triângulo de avaliação da criança gravemente enferma para levantar essa suspeita:



- **Aparência:** avaliar nível de consciência, capacidade de interagir, tônus, consolabilidade, olhar, fala/choro.
- **Respiração:** avaliar a presença de esforço respiratório como presença de batimento de asa de nariz, retrações, uso de musculatura acessória, respiração anormal, sons, ruídos, gemidos.
- **Circulação (cor):** avaliar se a cor da pele está normal ou se há palidez, cianose, pele moteada. Observar se há petéquias, hemorragia, equimoses, púrpura.

Mas aqui vale a máxima: "alteração vital + suspeita de infecção = manejar como sepse!"

Parece ser o caso por aqui, né? Fernanda está com alterações dos sinais vitais, bem como uma suspeita de infecção. Logo, é uma **sepse suspeita**.

A maneira mais recente que temos de fechar o diagnóstico de sepse em pediatria é através do **escore de PHOENIX (PSS)**, que surgiu em 2024 a partir de um esforço para encontrar uma ferramenta de diagnóstico e prognóstico de sepse na criança que fosse aplicável a locais com poucos recursos, mas que também seriam utilizados por países desenvolvidos.

Para isso, uma força tarefa tem sido realizada desde 2019 com a finalidade de se encontrar variáveis de disfunção orgânica que sejam confiáveis para o diagnóstico da sepse e choque séptico. A partir de uma extensa análise estatística retrospectiva de bancos de pacientes de vários países, a inteligência artificial conseguiu elencar quais são os preditores de pior prognóstico em crianças com sepse.

Mas destaco uma coisa IMPORTANTÍSSIMA sobre o PSS: ele permite-nos fazer o diagnóstico e avaliar o prognóstico do paciente, **MAS JAMAIS VAI DITAR A CONDOTA**. Guarde isso, Estrategista: **VOCÊ NÃO DEVE ESPERAR O PACIENTE PONTUAR NO ESCORE DE PHOENIX PARA MANEJÁ-LO COMO SÉPTICO OU CHOQUE SÉPTICO**.

Você vai notar que, para pontuar no PSS, o paciente tem que estar MUITO grave (lactato muito alto, rebaixamento do nível de consciência, hipotenso com droga vasoativa, com CIVD, péssima ventilação etc.)... você não vai esperar ele ficar assim para pensar "hmm, agora vou abrir o protocolo sepse!", não é?

O protocolo para manejo de sepse deve ser instituído assim que você tem a **SUSPEITA de sepse**. E aí encontramos um problema: como discutimos ali em cima, os critérios para definir uma SUSPEITA de sepse ainda não estão estabelecidos. Acaba sendo muito baseado na experiência do médico que está atendendo - isso é capcioso até na vida prática.

Feitas essas considerações, vamos voltar para o escore de Phoenix. Depois da análise estatística, o resultado foi o encontro de QUATRO TIPOS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA, que podem ser identificadas sem muitos recursos avançados, ou seja, podem ser detectados por meio de parâmetros clínicos, facilitando o diagnóstico preciso e precoce, com sensibilidade adequada e boa aplicabilidade.

As variáveis são: disfunção respiratória, cardiovascular, de coagulação e neurológica. A disfunção orgânica caracteriza-se por variáveis fisiológicas e laboratoriais que se relacionam a um maior risco de mortalidade.

Mas, como eu comentei, veja que o paciente tem que estar muito zoadado para pontuar. Observe:

	Zero	1 ponto	2 pontos	3 pontos
RESPIRATÓRIO (0-3 pontos)	PaO ₂ /FiO ₂ ≥ 400 ou SpO ₂ /FiO ₂ ≥ 292 (b)	PaO ₂ /FiO ₂ < 400 e necessidade de qualquer suporte respiratório ou SpO ₂ /FiO ₂ < 292 e necessidade de qualquer suporte respiratório (b, c)	PaO ₂ /FiO ₂ entre 100-200 e VMI ou SpO ₂ /FiO ₂ entre 148-220 e VMI (b)	PaO ₂ /FiO ₂ < 100 e VMI ou SpO ₂ /FiO ₂ < 148 e VMI (b)
CARDIOVASCULAR (0-6 pontos)	Sem drogas vasoativas (d) Lactato < 5mmol/L	1 ponto para cada (máximo 3): • 1 droga vasoativa (d) • Lactato entre 5-10,9 mmol/L (e)	2 pontos para cada (máximo 6): • ≥ 2 drogas vasoativas (d) • Lactato ≥ 11 mmol/L (e)	
Idade (f)	Pressão arterial média por idade mmHg (g)	Pressão arterial média = (1/3x sistólica + 2/3x diastólica)		
< 1 mês	> 30	17-30	< 17	
1 a 11 m	> 38	25-38	< 25	
1 a < 2 anos	> 43	31-43	< 31	
2 a < 5 anos	> 44	32-44	< 32	
5 a < 12 anos	> 48	36-48	< 36	
12 a 17 anos	> 51	38-51	< 38	

	Zero	1 ponto	2 pontos	3 pontos
COAGULAÇÃO (0 - 2 pontos) (h)	Plaquetas $\geq 100 \times 10^3$ INR $\leq 1,3$ D-dímero ≤ 2 mg/L FEU Fibrinogênio ≥ 100 mg/dL	1 ponto cada (máximo 2 pontos) • Plaquetas $< 100 \times 10^3$ (d) • INR $> 1,3$ • D-dímero > 2 mg/L FEU • Fibrinogênio < 100 mg/dL		
NEUROLÓGICO (0 - 2 pontos)(i)	Escala de coma de Glasgow (ECG) > 10 ; pupilas reativas (j)	ECG ≤ 10 (j)	Pupilas fixas bilateralmente	

Beleza! A partir do escore, teremos duas grandes definições:

- **SEPSE:** define-se sepse como disfunção orgânica ameaçadora da vida, no cenário de uma infecção confirmada ou suspeita, sendo definida como 2 pontos ou mais.
- **CHOQUE SÉPTICO:** a definição de CHOQUE SÉPTICO passa a ser sepse com pelo menos um ponto na categoria cardiovascular.

A partir dessa nova revisão, não são mais considerados os conceitos de SEPSE E SEPSE GRAVE, que foram baseados nos antigos critérios de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).

Nossa paciente tem uma **sepse suspeita**, no entanto, não apresenta alterações que pontuem no escore de Phoenix neste momento. O que temos fechado é uma **pneumonia com sinais de gravidade**.

Então, à luz do conhecimento atual, NESTE MOMENTO, não podemos fechar o diagnóstico de sepse nem de choque séptico.

Mas e essa história de SIRS?

O último consenso internacional pediátrico que definia sepse como a presença de infecção associada a ≥ 2 critérios de SIRS foi o publicado em 2005, fruto da conferência organizada pela *Society of Critical Care Medicine (SCCM)* e o *International Pediatric Sepsis Consensus Conference (IPSCC)*. Para preencher os critérios de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), o paciente deve apresentar: taquicardia, taquipneia, leucocitose ou leucopenia, hipotermia ou hipertermia.

De fato, a paciente trazida pela questão preenche os critérios de SIRS e tem uma infecção suspeita - ou seja, pode ser considerado um caso de sepse. Com essas informações, tanto a letra A (sepse) quanto a C (SIRS) já poderiam ser consideradas como gabarito da questão. **Acontece que esse conceito foi abandonado como critério diagnóstico de sepse.**

Critérios de SIRS (desatualizados)

DEFINIÇÃO	CONCEITO
SIRS (SÍNDROME DA RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA)	Presença de pelo menos dois dos seguintes critérios — e um deles deve ser alteração da temperatura ou do número de leucócitos: 1. Alteração de temperatura (febre ou hipotermia) 2. Taquicardia 3. Taquipneia 4. Alteração dos leucócitos (leucocitose ou leucopenia)
SEPSE	Presença de dois ou mais sinais de SIRS, sendo um deles hipertermia/hipotermia e/ou alteração de leucócitos, concomitantemente à presença de quadro infeccioso confirmado ou suspeito.
SEPSE GRAVE	Para fins práticos, qualquer disfunção orgânica associada à infecção suspeita ou confirmada caracterizará sepse grave.
CHOQUE SÉPTICO	Disfunção cardiovascular não responsiva a ≥ 40 mL/kg de volume.

Desde o Sepsis-3, o diagnóstico de sepse não depende mais do número de critérios de SIRS, e sim da presença de disfunção orgânica secundária à infecção.

Mesmo nas versões pediátricas, as sociedades internacionais têm desaconselhado o uso do SIRS como definidor de sepse, dado seu baixo valor preditivo e alta sensibilidade com baixa especificidade (muitas crianças com infecções benignas preenchem SIRS).

Além disso, antigamente o diagnóstico de choque séptico dependia de não observarmos resposta hemodinâmica do paciente às medidas iniciais (expansão volêmica). Agora, podemos fechar o diagnóstico de choque séptico antes de checar se haverá resposta do paciente às medidas iniciais (com base na pontuação do sistema cardiovascular).

Bom, mas isso não vai mudar nossa conduta inicial!

Temos uma suspeita forte de choque séptico aqui. Não precisamos esperar a paciente pontuar no escore de Phoenix para começar o tratamento.

Especificamente falando de choque séptico, recomenda-se que crianças com diagnóstico de choque séptico e evidências clínicas de perfusão anormal devem ser submetidas a seis passos dentro de um intervalo de 1 hora:

- Monitorizar, oferecer O₂, obter acesso venoso ou considerar intraósseo.
- Idealmente coletar hemocultura antes de iniciar ATB de amplo espectro.
- Considerar expansão volêmica com solução isotônica 10-20 mL/kg, que pode ser repetida.
- Considerar iniciar precocemente drogas vasoativas (DVA), especialmente se houver presença de disfunção miocárdica e/ou choque persistente após expansão volêmica inicial (NÃO precisa esperar fazer 60 mL/kg de expansão antes de iniciar DVA).
- Coletar exames pertinentes para o escore de Phoenix (plaquetas, INR, D-dímero, fibrinogênio, gasometria arterial, lactato sérico), bem como avaliação funcional renal e hepática.

Se a suspeita for de sepse, podemos tomar essas medidas em até 3 horas.

É importante frisar que nossa paciente tem uma **sepse SUSPEITA**, mas ainda não confirmada pelo escore de Phoenix. **Isso vai mudar nossa conduta?** Como eu comentei lá em cima, DE FORMA ALGUMA! Ela vai receber antimicrobianos, expansão volêmica e podemos até considerar drogas vasoativas.

Vamos dar uma olhada nas alternativas? Lembre-se de escolher a **INCORRETA**, conforme solicitado pelo enunciado:

Correta a alternativa A. É uma pneumonia com um provável choque séptico associado. O principal agente etiológico que deve ser coberto é o pneumococo. Acontece que, no Brasil, estamos tendo o aumento na prevalência de cepas resistentes à ceftriaxona!

Então, na suspeita de infecção de sistema nervoso central ou infecções graves pelo pneumococo, é prudente associar a vancomicina ao esquema inicial. Mas saiba que isso varia de acordo com o perfil de resistência de cada local, ok? Não seria incorreto fazer “só” a ceftriaxona. O mais importante é iniciar o antibiótico de amplo espectro ainda na primeira hora de tratamento, idealmente após coleta de hemocultura.

Incorreta a alternativa B, portanto gabarito da questão.

A criança precisa de uma expansão, mas ela deve ser feita com cristaloides! Sempre que você for expandir um paciente com solução cristalóide, três perguntas precisam ser respondidas:

1. O paciente precisa de volume?
2. O paciente responde à reposição de volume?
3. O paciente **tolera** a reposição de volume?

A resposta às três perguntas acontece "em tempo real", conforme você vai administrando o volume ao paciente e reavaliando a resposta. Nada de esperar 2 horas para reavaliar: isso deve ser feito de forma constante nos pacientes graves para evitar iatrogenia!

Ah, e claro: entenda como solução cristalóide aquelas que são isotônicas e equilibradas, como solução salina (NaCl 0,9%) e ringer lactato. As soluções equilibradas (como o Plasmalyte) são ainda mais semelhantes ao nosso plasma - apesar disso, não existem evidências científicas provando sua superioridade às cristaloides.

O que é fato: uso de colóides (albumina) e soluções hipotônicas (solução glicofisiológica, glicosadas) não é recomendado! Há associação com maior mortalidade!

Hoje em dia, preconiza-se a **introdução precoce de drogas vasoativas (DVA)**. Você não precisa necessariamente fazer os 60 mL/kg de cristalóide antes de indicar uma DVA! Se você fizer alíquotas menores e logo notar que não há resposta e/ou perceber que o paciente não tolera volume, já há indicação de iniciar uma amina vasoativa!

Sobre ressuscitação fluidica no choque

1. Utilizar soluções cristaloides ou equilibradas;
2. Reavaliação constante para definir: precisa de volume? responde? tolera?
3. Introdução precoce de DVA.

A **ressuscitação** é a fase inicial, em que o objetivo é restaurar rapidamente a perfusão tecidual adequada e prevenir lesão de órgãos-alvo. Indica-se administração de bólus de fluidos (por exemplo, 10–20 mL/kg de cristalóide isotônico, podendo chegar a 40–60 mL/kg na primeira hora em casos de choque séptico, desde que não haja sinais de sobrecarga) com reavaliação clínica frequente. A ressuscitação deve ser interrompida se surgirem sinais de sobrecarga volêmica.

A criança está hipoglicêmica (dextro < 70 mg/dL e sintomas neurológicos), mas a correção será feita com glicose 25% 2-4 mL/kg em *push*. O volume é bem menor.

Correta a alternativa C. A indicação de drogas vasoativas clássicas, que antigamente utilizava conceitos de choque quente e frio, foi substituída por outra, que avalia variáveis hemodinâmicas avançadas. Em crianças em choque séptico, as primeiras drogas a serem utilizadas são a **adrenalina e noradrenalina**.

- Se houver disfunção miocárdica (antigo "choque frio", com TEC prolongado, pulsos fracos, sinais de congestão, extremidades frias etc.), a escolha inicial deve ser a **adrenalina**.
- A **noradrenalina** é preferível em pacientes com sinais de baixa resistência vascular sistêmica (pulsos amplos, extremidades quentes, PA divergente etc.), chamado de choque vasoplégico.

No fundo, a escolha baseia-se na preferência do profissional, fisiopatologia do choque e condições locais - mas fique atento às pistas do enunciado sobre **disfunção miocárdica**. Caso não se observe resposta com essa dose, deve ser iniciado um segundo vasopressor.

No choque vasoplégico, temos a **PA divergente**. A sistólica fica até preservada, mas a diastólica despenca - refletindo perda do tônus vascular sistêmico. Aqui a noradrenalina vai super bem, pois o efeito alfa-agonista "contrai" esses vasos que ficaram frouxos.

No choque com disfunção miocárdica, temos a **PA convergente e hipotensão**. A sistólica fica baixa, pois o coração está fraco, e a diastólica fica um pouco mais alta - refletindo aumento da resistência vascular sistêmica para tentar manter uma pressão arterial média adequada. A adrenalina vai bem, pois o efeito beta-agonista dá mais força para o coração - então, em choque **hipotensivo**, costuma-se dar preferência por adrenalina.

ADRENALINA	NORADRENALINA
Efeito beta-agonista em doses baixas. Efeito alfa-agonista em doses médias.	Efeito predominante alfa-agonista.
Melhor para pacientes com disfunção miocárdica: • TEC prolongado. • Pulsos fracos. • Extremidades frias. • Congestão pulmonar. • Hipotensão com PA convergente.	Melhor para pacientes vasoplégicos: • TEC em <i>flush</i>. • Extremidades quentes. • Pulsos amplos. • PAD muito mais baixa.

- **Dobutamina:** ótimo efeito inotrópico, mas pode provocar vasodilatação periférica (evitar em hipotensão).
- **Milrinone:** ótimo efeito inotrópico, mas é potente vasodilatador e meia-vida é longa (evitar em hipotensão, reservar para ambiente de UTI).
- **Dopamina:** menos preferível que adrenalina e noradrenalina no choque refratário (maior mortalidade).

Correta a alternativa D. A paciente está com um bom *drive* respiratório, apesar de estar desconfortável. Por isso, a máscara não reinalante é um bom suporte ventilatório inicial!

Gabarito: B

13. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Gestante com 7 semanas e 4 dias de atraso menstrual vem para consulta de pré-natal trazendo uma ultrassonografia realizada hoje. Na ultrassonografia, foi evidenciado embrião com batimentos cardíacos presentes e CCN compatível com 8 semanas e 6 dias. Diante desse caso, qual é a idade gestacional dessa paciente e sua data provável de parto?

DUM: 14/01/2026

Data de hoje: 08/03/2026

- A) 8 semanas e 6 dias; DPP 12/10/2026.
- B) 7 semanas e 4 dias; DPP 21/10/2023.
- C) 7 semanas e 4 dias; DPP 20/10/2023.
- D) 8 semanas e 6 dias; DPP 11/10/2026.

COMENTÁRIOS:

Para a determinação da idade gestacional (IG), podemos utilizar a data da última menstruação (DUM) ou a ultrassonografia obstétrica.

A estimativa da IG pelo ultrassom é essencial nos casos em que não se tem certeza da data da última menstruação (DUM), o ciclo menstrual é irregular ou a mulher fazia uso de contracepção hormonal.

Quanto mais precoce é a realização da ultrassonografia, mais fidedigna é a determinação da idade gestacional. A ultrassonografia realizada no primeiro trimestre é superior à data da última menstruação para determinar a IG, apresentando um erro de até 5 dias quando realizada antes de 9 semanas e de até 7 dias entre 9 e 14 semanas.

Quando a diferença entre a DUM e o ultrassom for maior que o erro do ultrassom, considera-se a idade gestacional calculada pelo ultrassom. Então, antes de 9 semanas, se a diferença da IG entre a DUM e a ultrassonografia for menor do que 5 dias, pode-se considerar a IG calculada pela DUM, mas se a diferença for maior do que 5 dias, considera-se a IG calculada pela ultrassonografia inicial.

O erro de aferição da idade gestacional no segundo trimestre varia de 7 a 14 dias, sendo em torno de 7 a 10 dias entre 14 e 21 6/7 semanas e 14 dias entre 22 e 27 6/7 semanas. Quando a datação da gestação é realizada por ultrassonografia a partir de 22 semanas, considera-se que a idade gestacional é incerta.

A partir de 28 semanas, o erro do cálculo da idade gestacional pelo ultrassom é de 21 dias, por isso, ultrassonografia realizada nessa idade gestacional deve ser utilizada para estimar a idade gestacional somente quando a gestante não sabe a data da última menstruação e não realizou ultrassom no primeiro e no segundo trimestre.

Idade gestacional pelo ultrassom	Erro do cálculo da idade gestacional
< 9 semanas	5 dias
9-14 semanas	7 dias
14-22 semanas	7-10 dias
22-28 semanas	14 dias
≥ 28 semanas	21 dias

No caso dessa paciente, temos uma diferença de 9 dias entre a idade do USG e da DUM, configurando um erro de data. Nesse caso, devemos utilizar a idade gestacional ultrassonográfica.

Nós já temos a DUM da paciente, que é 14/01/2026. Se considerarmos que a paciente tem 9 dias a mais de idade gestacional, significa que a DUM recalculada pelo ultrassom seria no dia 05/01/2026. A partir daí, usamos a regra de Naegele para calcular a DPP. A DPP é calculada, segundo a **regra de Naegele**, somando-se 07 ao número de dias da DUM e subtraindo-se 03 dos meses da DUM. Esteja sempre atento para realizar os ajustes necessários para ser uma data fidedigna quanto a dias, mês e ano.

05/01/2026—> 12/10/2026

Lembre-se de que 2026 não é um ano bissexto.

Portanto, está correta a alternativa D.

Gabarito: D

14. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Endocrinologia - Prof. Ênio Macedo) Paciente de 55 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro por adinamia, letargia, sonolência importante, poliúria, dor difusa, náuseas e constipação. Ao exame físico, apresentava desidratação 3+. Os exames laboratoriais evidenciaram cálcio total corrigido de 13,8 mg/dL; fósforo de 1,7 mg/dL; PTH de 280 pg/mL; creatinina de 1,2 mg/dL. Assinale a melhor medida terapêutica inicial para o caso.

- A) Calcitonina intramuscular.
- B) Furosemida para espoliação de cálcio pela urina.
- C) Ácido zoledrônico.
- D) Cloreto de sódio 0,9%.

COMENTÁRIOS:

Temos um paciente com sonolência importante, poliúria, dor difusa, náuseas e constipação. Todo esse quadro lembra muito as manifestações clínicas de uma hipercalcemia. Para nossa sorte, isso é confirmado pela dosagem de cálcio elevada. Vamos aproveitar para revisar as manifestações clínicas da hipercalcemia a seguir:

Manifestações clínicas	
Renais	A hipercalcemia ocasiona diabetes <i>insipidus</i> nefrogênico, levando à resistência ao hormônio antidiurético (vasopressina). Consequentemente, há maior perda de água pelos rins, resultando em poliúria, polidipsia e desidratação. A insuficiência renal também pode ocorrer, seja por vasoconstrição devido à desidratação (forma aguda e com níveis bem elevados de cálcio), seja por deposição crônica de cálcio no parênquima (nefrocalcinose). A hipercalcemia de longa duração (como no hiperparatireoidismo primário) pode ocasionar nefrocalcinose e nefrolitíase.
Musculoesqueléticas	Fraqueza muscular, mialgia, artralgia (principalmente no hiperparatireoidismo primário). Dor óssea e fraturas.
Neuropsiquiátricas	Rebaixamento de nível de consciência e agitação (hipercalcemias graves).
Cardiovasculares	Calcificação de valva, miocárdio, artérias (hipercalcemia de longa data). Hipertensão. Encurtamento do intervalo QT.
Gastrointestinais	Constipação. Náuseas, vômitos (hipercalcemias graves).

A hipercalcemia leva a uma REDUÇÃO da excitabilidade das membranas neuronais, causando uma redução da atividade do sistema nervoso como um todo, o que explica os sintomas de adinamia, letargia, sonolência e confusão mental. Isso ocorre porque o cálcio que se acumula no meio extracelular possui carga positiva. Recorde-se de que o neurônio apresenta uma carga negativa em seu citoplasma, de forma que o aumento da diferença de potencial entre o meio intra e extracelular dificultará a sua despolarização. Mecanismos similares ocorrem

também no sistema de condução cardíaco, justificando o prolongamento do intervalo QT que pode estar presente, e nos plexos nervosos mioentéricos, causando náuseas, vômitos e constipação. Por fim, a hipercalcemia, por mecanismos pouco claros, provoca resistência do receptor de vasopressina nos ductos coletores renais ao seu ligante, ocasionando um quadro de diabetes *insipidus* nefrogênico, que justifica a poliúria.

A principal etiologia de hipercalcemia na comunidade é o hiperparatireoidismo primário. Nessa condição, há uma produção inapropriadamente elevada de PTH pelas paratireoides, causando o aumento da reabsorção óssea (que pode complicar com dor óssea, osteíte fibrosa cística ou osteoporose), hipercalcemia, hipofosfatemia e hipercalcúria (que pode complicar com cálculos urinários). Parece bastante com o caso do nosso paciente.

Agora, vamos ao que a questão de fato quer saber: o tratamento de uma hipercalcemia sintomática no pronto-socorro.

As opções terapêuticas de primeira linha para a hipercalcemia sintomática são:

- **Expansão volêmica com cristaloides** - é a PRIMEIRA medida que deve ser realizada, pois é a que surte efeitos de forma mais rápida e duradoura. Muitos dos sinais e sintomas mais graves da hipercalcemia são devido à desidratação. Além disso, a expansão volêmica, por si só, é capaz de diminuir os níveis séricos de cálcio. As recomendações posológicas são: iniciar com 200-300 mL/h de cristaloides e titular objetivando um débito urinário de 100-150 mL/h. Em pacientes com fatores de risco para sobrecarga volêmica (como pessoas com insuficiência cardíaca ou renal), pode-se lançar mão de diuréticos de alça para evitar a hipervolemia.

- **Bisfosfonatos** (preferencialmente o ácido zoledrônico endovenoso) - reduzem a mobilização de cálcio do osso para o sangue. É uma medida muito eficaz, mas com início de ação somente após 1-3 dias da sua administração. Contraindicado para pacientes com taxa de filtração glomerular < 35.

- **Denosumab** - utilizado como substituto aos bisfosfonatos nos pacientes com contraindicações ao uso dessas drogas.

- **Glicocorticoides** - somente indicados quando a etiologia da hipercalcemia é uma doença responsiva ao corticoide, como é o caso dos linfomas e da sarcoidose.

- **Calcitonina** - hormônio antagônico ao PTH, portanto reduzindo a calcemia. Tem o início de ação rápido, porém também possui curta duração de ação. Devido a sua baixa disponibilidade, é excepcionalmente utilizada para casos em que uma redução rápida do cálcio é necessária enquanto as demais medidas surtem efeito. Muitos autores sequer consideram a calcitonina como um tratamento de primeira linha.

Vamos aos comentários das alternativas.

Incorreta a alternativa A. A calcitonina, apesar de apresentar efeito muito rápido, tem curta duração. Devido a sua baixa disponibilidade, é excepcionalmente utilizada para casos em que uma redução rápida do cálcio é necessária enquanto as demais medidas surtem efeito. Muitos autores sequer consideram a calcitonina como um tratamento de primeira linha.

Incorreta a alternativa B. A furosemida pode ser utilizada como adjuvante à expansão volêmica nos pacientes com condições de risco para hipervolemia, como a insuficiência cardíaca ou doença renal crônica. Seu uso fora desse contexto contribui pouco para o controle da hipercalcemia e não é recomendado.

Incorreta a alternativa C. A questão pede a melhor medida terapêutica INICIAL. Apesar de o ácido zoledrônico estar indicado em pacientes com hipercalcemia sintomática grave, seu efeito só poderá ser apreciado após 1-3 dias depois da infusão. Portanto, seu uso é mais importante a médio e longo prazo. No pronto-socorro, o tratamento prioritário é a expansão volêmica.

Correta a alternativa D. A expansão volêmica com cristaloides é a PRIMEIRA medida que deve ser realizada, pois é a que surte efeitos de forma mais rápida e duradoura. Muitos dos sinais e sintomas mais graves da hipercalcemia são devido à desidratação. Além disso, a expansão volêmica, por si só, é capaz de diminuir os níveis séricos de cálcio. As recomendações posológicas são: iniciar com 200-300 mL/h de cristaloides e titular objetivando um débito urinário de 100-150 mL/h.

Gabarito: D

15. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Gestante de 39 semanas apresentou trabalho de parto espontâneo, evoluindo com parto vaginal sem intercorrências. Durante a gestação, ela apresentou diabetes gestacional com necessidade de uso de insulina NPH desde as 28 semanas, mantendo bom controle com a introdução. Qual é a conduta a ser tomada no puerpério em relação ao controle da glicemia?

- A) Manter metade da dose de insulina e realizar perfil glicêmico com glicemia capilar.
- B) Substituir a insulina por metformina e reavaliar a paciente em 42 dias.
- C) Suspender a insulina e o controle glicêmico.
- D) Suspender a insulina e manter o controle glicêmico por 7 dias.

COMENTÁRIOS:

Após a saída da placenta, a resistência insulínica diminui de forma abrupta e, na maioria dos casos, o tratamento medicamentoso e a dieta para DM poderão ser descontinuados. Em casos selecionados, pode ser indicada a monitorização da glicemia capilar por 24 a 72 horas após o parto para a identificação de gestantes com hiperglicemia persistente.

Nas puérperas com DM tipo 1, nas primeiras horas após o parto, é RECOMENDADO reduzir em 50% a dose de insulina em relação à utilizada antes da gestação ou no primeiro trimestre, ou em 70% da dose utilizada no final da gravidez.

Incorreta a alternativa A, pois devemos reduzir a dose em casos de DM1 e DM2.

Incorreta a alternativa B, pois a paciente deve ficar sem medicação no puerpério.

Correta a alternativa C, pois todas as medidas devem ser suspensas.

Incorreta a alternativa D, pois a paciente tinha bom controle e deve ter todas as medidas suspensas.

Gabarito: C

16. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Uma criança de 3 anos é diagnosticada com doença meningocócica (meningite com meningococcemia) após internamento em unidade hospitalar. A vigilância epidemiológica é acionada para organizar as medidas de controle na comunidade. A criança frequenta uma creche local.

Considerando as normas de quimioprofilaxia para contatos próximos, qual é a recomendação mais adequada para as crianças da mesma sala de aula?

- A) Administrar rifampicina por via oral, durante 2 dias, o mais precocemente possível.
- B) Realizar apenas a observação clínica ativa durante 10 dias, sem necessidade de medicação para contatos escolares.
- C) Administrar dose única de ceftriaxona intramuscular para todos os contatos, independentemente da idade.
- D) Prescrever ciprofloxacina em dose única para as crianças.

COMENTÁRIOS:

A quimioprofilaxia das meningites é indicada apenas para casos suspeitos ou confirmados por *Neisseria meningitidis* (meningococo) e *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). Nem toda meningite bacteriana exige profilaxia; por exemplo, no caso do *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), ela não é recomendada, pois esse microrganismo coloniza naturalmente a nasofaringe da maioria das pessoas sem causar doença invasiva.

A profilaxia é indicada para contatos próximos, ou seja, aqueles que tiveram exposição direta e prolongada às secreções respiratórias do paciente, desde 10 dias antes até 24 horas após o início do tratamento. São considerados contatos próximos os familiares que moram na mesma casa, pessoas que compartilham dormitório, colegas de creche ou escola com contato frequente (por pelo menos cinco dias), pessoas expostas a secreções respiratórias por beijo, tosse, espirros ou procedimentos invasivos sem uso de EPI adequado.

Definição de “contato próximo”

Moradores do mesmo domicílio

Pessoas que compartilham o mesmo dormitório

Comunicantes de creches e escolas (exposição próxima por ao menos cinco dias, contínuos ou não)

Exposição direta a secreções nasofaríngeas (beijo)

Contato próximo e contínuo (≥ 4 horas, até 1 metro, em ambientes fechados)

Contato prolongado (≥ 15 minutos, até 1 metro), envolvendo tosse, espirros, conversas ou procedimentos geradores de gotículas/aerossóis, sem EPI

Em casos de doença meningocócica, todos os contatos próximos devem receber quimioprofilaxia. Profissionais de saúde só devem receber profilaxia se tiverem realizado procedimentos geradores de aerossóis sem proteção adequada, antes de 24 horas de tratamento do paciente.

Indicação da Quimioprofilaxia	Doença Meningocócica (DM)	Doença Invasiva por H. influenzae tipo b
O próprio paciente com meningite	Se não estiver usando cefalosporina de 3ª geração	Se não estiver usando cefalosporina de 3ª geração
Contatos próximos	Todos	Apenas para os contatos próximos que moram com: - Bebês < 2 anos ou pessoas imunocomprometidas - Crianças < 4 anos não vacinada ou com esquema incompleto
Contatos domiciliares	Todos (Contatos domiciliares estão incluídos na definição de contato próximo)	Para todos no domicílio, se houver: - Imunocomprometido ou bebê < 2 anos (independente da vacinação) - Criança < 4 anos não vacinada ou com esquema incompleto
Em creches/escolas	Todos os contatos próximos	Em creches e escolas infantis (crianças < 4 anos), a quimioprofilaxia é recomendada para: - Cuidadores e comunicantes de sala: quando o contato com o caso índice for por pelo menos 5 dos 10 dias anteriores ao início dos sintomas ou durante os sintomas, se houver criança menor de 2 anos não vacinada ou imunocomprometida. - Todos na sala, independentemente da idade ou vacinação: se houver dois ou mais casos em 60 dias.
Profissionais de saúde	SOMENTE se realizaram procedimentos invasivos geradores de aerossóis sem EPI adequado, antes de 24h de tratamento	-

O esquema preferencial é feito com a rifampicina. Na meningocócica, a dose é de 10 mg/kg (máx. 600 mg) a cada 12 horas por 2 dias, e em menores de 1 mês, 5 mg/kg a cada 12 horas. Alternativamente, na meningocócica, pode-se usar ceftriaxona intramuscular em dose única (125 mg para menores de 12 anos e 250 mg para maiores), ciprofloxacino 500 mg oral dose única (em adultos) ou azitromicina 500 mg oral dose única.

Quimioprofilaxia	Doença Meningocócica	Doença Invasiva por Hib
Esquema preferencial	Rifampicina Dosagem <1 mês: 5 mg/kg/dose, 12/12h, por 2 dias Dosagem ≥1 mês e adultos: 10 mg/kg/dose (máximo de 600 mg), 12/12h, por 2 dias	Rifampicina Dosagem <1 mês: 10 mg/kg/dose (máx. 600 mg), 1x/dia, por 4 dias Dosagem ≥1 mês e adultos: 20 mg/kg/dose (máx. 600 mg), 1x/dia, por 4 dias (até 10 anos) 600 mg/dose, 1x/dia, por 4 dias (adultos)
Alternativa 1	Ceftriaxona IM, dose única: <12 anos: 125 mg ≥12 anos: 250 mg (Preferencial para gestantes)	-
Alternativa 2	Ciprofloxacino oral, dose única: ≥18 anos: 500 mg (Contraindicado para crianças)	-
Alternativa 3	Azitromicina oral, dose única	-

A quimioprofilaxia deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas do caso índice, podendo ser feita até 10 dias depois, e em situações excepcionais até 30 dias. Todo caso suspeito de meningite deve ser notificado imediatamente, em até 24 horas.

Correta a alternativa A. A rifampicina por via oral durante 2 dias é o esquema preferencial para quimioprofilaxia da doença meningocócica. A dose é de 10 mg/kg a cada 12 horas por 2 dias (máximo 600 mg por dose). A medida deve ser instituída o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 24 horas após a notificação do caso. Crianças da mesma sala de creche são consideradas contatos próximos e devem receber profilaxia.

Incorreta a alternativa B. Apenas observação clínica não é suficiente. A doença meningocócica pode evoluir de forma rápida e grave. A quimioprofilaxia reduz o risco de casos secundários e é recomendada para todos os contatos próximos.

Incorreta a alternativa C. A ceftriaxona em dose única é alternativa válida, mas não é o esquema preferencial para crianças.

Incorreta a alternativa D. O ciprofloxacino é uma alternativa eficaz em dose única de 500 mg por via oral, mas seu uso é restrito a adultos. Em crianças, o uso de quinolonas para profilaxia de rotina não é recomendado devido ao risco de alterações em cartilagem de crescimento.

Gabarito: A

17. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto) Homem, 32 anos de idade, é encaminhado à sala de emergência por alteração do nível de consciência. Um familiar relata que o paciente está com quadro de mialgia e febre há cinco dias, acompanhado por prostração intensa. Exame físico: mau estado geral, PA de 82 x 40 mmHg, FC de 137 bpm, FR de 34 rpm e saturação periférica de oxigênio de 89% em ar ambiente. Ausculta cardiopulmonar de difícil avaliação devido ao excesso de barulho na sala de emergência. Exame abdominal está normal. Realizado protocolo RUSH (ultrasound in shock), com os seguintes achados: derrame pericárdico e pleural, colapso diastólico de ventrículo direito; ausência de líquido livre em espaços hepatorenal, esplenorenal ou pélvico; aorta abdominal de tamanho adequado; presença de lung sliding bilateral.

Qual é a melhor conduta imediata?

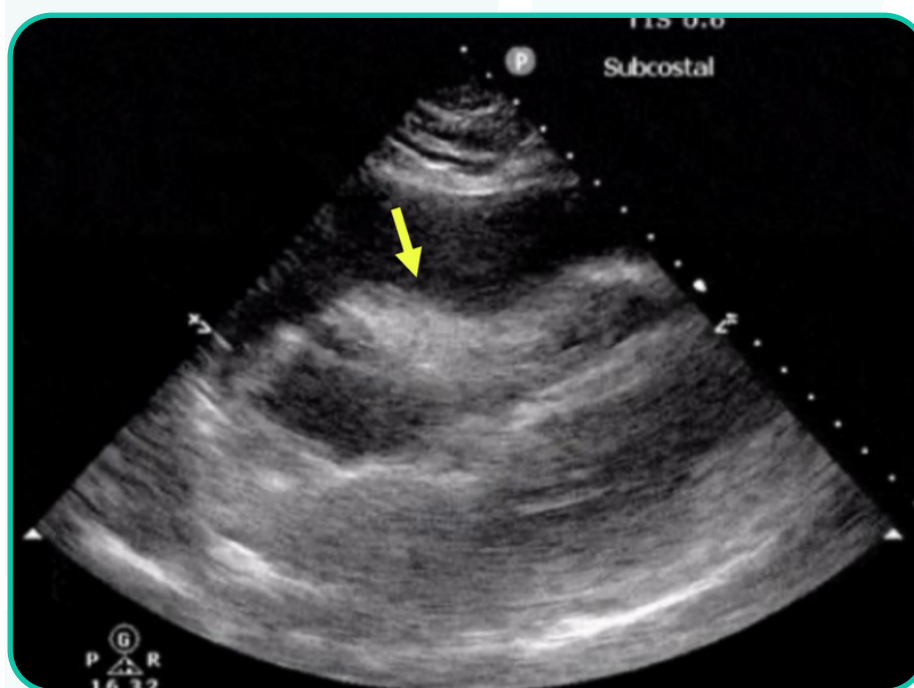
- A) Expansão volêmica.
- B) Droga vasoativa.
- C) Punção torácica.
- D) Pericardiocentese.

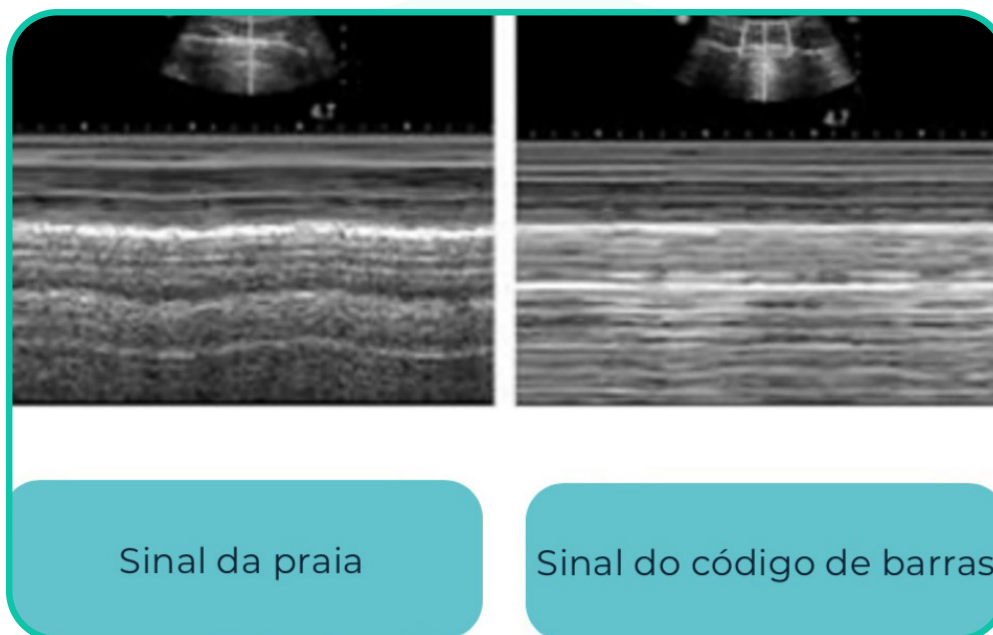
COMENTÁRIOS:

Questão que poderia vir acompanhada com imagens de ecocardiograma e ultrassom pulmonar. Estamos com um paciente jovem com um provável quadro viral (prostração, febre e mialgia) que evoluiu para choque.

O que chama a atenção são os achados do protocolo RUSH:

- **Colapso diastólico de ventrículo direito:** significa que há repercussão hemodinâmica em um quadro de tamponamento cardíaco. Para exemplificar, veja a imagem do ecocardiograma a seguir, que foi adquirida através da janela subcostal durante a diástole ventricular. Ela mostra o **colapamento diastólico do VD** (seta). Com isso, podemos afirmar que o líquido pericárdico presente (imagem preta ao redor do coração) está prejudicando o relaxamento ventricular, com consequente repercussão hemodinâmica. Em outras palavras, temos um tamponamento cardíaco! A conduta é a pericardiocentese (punção de Marfan).





- **Lung sliding bilateral:** significa que o deslizamento pleural está normal. É o famoso “sinal da praia”. Quando não há deslizamento pleural, o *lung sliding* perde-se e a imagem fica semelhante a um código de barras. A presença do sinal do código de barras é vista no pneumotórax.

- **Ausência de líquido livre em cavidade abdominal e pélvica:** descarta um choque hipovolêmico por hemorragia interna significativa.

- **Aorta abdominal de tamanho adequado:** exclui causas como dissecação ou ruptura de aneurisma de aorta abdominal.

Incorreta a alternativa A: a hidratação endovenosa é uma das medidas recomendadas, pois aumenta a pressão de enchimento ventricular, protegendo o VD da compressão exercida pelo líquido pericárdico. Porém, deve ser feita com muita cautela. Essa é uma medida para ganhar tempo e estabilizar o paciente. O tratamento definitivo é a drenagem de Marfan.

Incorreta a alternativa B: o uso de drogas vasoativas, como a noradrenalina, visa aumentar a resistência vascular periférica e, consequentemente, a pressão arterial. Embora a paciente esteja hipotensa e possa, eventualmente, necessitar de suporte vasoativo como medida de ponte, essa não é a terapia definitiva. A causa do choque é mecânica (obstrução), não um problema de tônus vascular. Iniciar apenas vasopressores sem tratar a causa base não reverterá o quadro.

Incorreta a alternativa C: pois a punção torácica de alívio é o tratamento de emergência para o pneumotórax hipertensivo. Nesse caso, o ultrassom pulmonar revelaria a ausência de *lung sliding*, com uma imagem semelhante ao código de barras.

Correta a alternativa D: os achados do protocolo RUSH são sugestivos de tamponamento cardíaco — derrame pericárdico + colapso diastólico do VD.

Gabarito: D

18. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Um homem de 46 anos, assintomático, sem comorbidades conhecidas, comparece à Unidade Básica de Saúde para "fazer um check-up". Refere história tabágica de 10 maços-ano. Apresenta-se em bom estado geral, peso de 89 kg, estatura de 1,78 m e pressão arterial de 138 x 88 mmHg, ao exame físico. Sem outros achados.

Considerando as recomendações atuais de rastreamento para adultos e o perfil epidemiológico brasileiro, assinale a alternativa que indica, respectivamente, os exames laboratoriais indicados para esse paciente e a principal causa de morte na sua faixa etária no Brasil.

- A) Glicemia de jejum e lipidograma. Causas externas.
- B) Hemograma completo, creatinina, potássio, glicemia, lipidograma e PSA. Doenças cardiovasculares.
- C) Glicemia de jejum e lipidograma. Doenças cardiovasculares.
- D) Nenhum exame está indicado. Causas externas.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, para resolver essa questão, precisávamos de duas informações: as indicações de rastreamento para a faixa etária e conhecer as causas de mortalidade por faixa etária.

Vamos descobrir, então!

Quanto ao RASTREAMENTO, a fonte preferida das bancas é o Caderno de Atenção Básica nº 29 – Rastreamento, do Ministério da Saúde (2010), embora possa haver recomendações de outras entidades, como a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF). Para o perfil que a questão traz (homem, 41 anos), estão indicados:

- Rastreamento do diabetes (recomendação de glicemia de jejum como rastreamento grau de recomendação apenas “B” e destinada a pessoas com pressão arterial superior a 135 x 80 mmHg). Bem, observe que essa é a recomendação do Caderno de Atenção Básica nº 29 – Rastreamento, do Ministério da Saúde (2010), que pode ser conflitante com outras entidades.
- Rastreamento de dislipidemia (recomenda-se rastrear homens acima de 35 anos, ou mulheres acima de 45, se elas possuírem risco elevado para doença coronariana).

Já em relação às causas de mortalidade, veja os dados da DATASUS (dados de 2024, atualizados no sistema em 02/12/2025):

Mortalidade em homens entre 40-49 anos, por grupo de causas, em 2024:

- 1) Causas externas - 19.421 óbitos
- 2) Doenças do aparelho circulatório - 12.950 óbitos
- 3) Neoplasias - 7.297 óbitos

As causas externas predominam como principais representantes de óbitos masculinos desde a partir de 1 ano de idade, até a faixa de 40-49 anos, e depois as causas do aparelho circulatório assumem o segundo lugar.

Agora, vamos às alternativas:

Correta a alternativa A, conforme explicado.

Incorreta a alternativa B. Apenas o lipidograma e a glicemia estariam indicados. Mais uma vez, a alternativa erra também a causa principal de óbitos.

Incorreta a alternativa C. A alternativa erra a causa principal de óbitos.

Incorreta a alternativa D. Indica-se apenas a glicemia e o lipidograma.

Gabarito: A

19. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Pneumologia - Prof. Juan Demolinari) Um homem de 58 anos é admitido no pronto-socorro com queixa de dispneia súbita iniciada há cerca de 6 horas, associada à dor torácica ventilatório-dependente à direita. Relata antecedente de cirurgia ortopédica em membro inferior há 12 dias, com redução importante da deambulação no período pós-operatório. Nega febre ou sintomas respiratórios prévios. Ao exame físico, encontra-se taquicárdico (FC: 118 bpm), taquipneico (FR: 28 irpm), com pressão arterial de 130 × 80 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 90% em ar ambiente. À ausculta pulmonar, observa-se murmúrio vesicular discretamente reduzido em base direita, sem ruídos adventícios. A percussão revela macicez em base do hemitórax direito. A radiografia de tórax evidencia derrame pleural à direita, sem consolidações parenquimatosas evidentes.

Considerando o quadro clínico apresentado, qual é o exame complementar mais adequado para a investigação diagnóstica inicial?

- A) Angiotomografia de tórax.
- B) Cintilografia de ventilação e perfusão.
- C) Dosagem de dímero-D.
- D) Angiografia pulmonar.

COMENTÁRIOS:

O tromboembolismo pulmonar é uma condição potencialmente fatal, resultante da obstrução da circulação arterial pulmonar por êmbolos, geralmente originados do sistema venoso profundo dos membros inferiores ou da pelve. Essa obstrução leva a alterações na relação ventilação-perfusão, aumento da resistência vascular pulmonar e sobrecarga aguda do ventrículo direito, podendo evoluir com instabilidade hemodinâmica e morte súbita.

Clinicamente, o TEP apresenta grande variabilidade, desde quadros leves até apresentações graves, sendo comuns sintomas como dispneia súbita, dor torácica pleurítica, taquicardia e hipoxemia.

Sinais e sintomas mais comuns - TEP agudo	
SINTOMAS	SINAIS
Dispneia (73%)	Taquipneia (70%)
Dor pleurítica (66%)	Crepitações (51%)
Tosse (37%)	Taquicardia (30%)
Ortopneia (28%)	B4 (24%)
Sibilância (21%)	Hiperfonese de P2 (23%)
Hemoptise (13%)	Instabilidade hemodinâmica (8%)

Tabela. Principais sintomas e sinais apresentados pelos pacientes com TEP confirmado. Adaptado, *UpToDate*. Acesso março/2021.

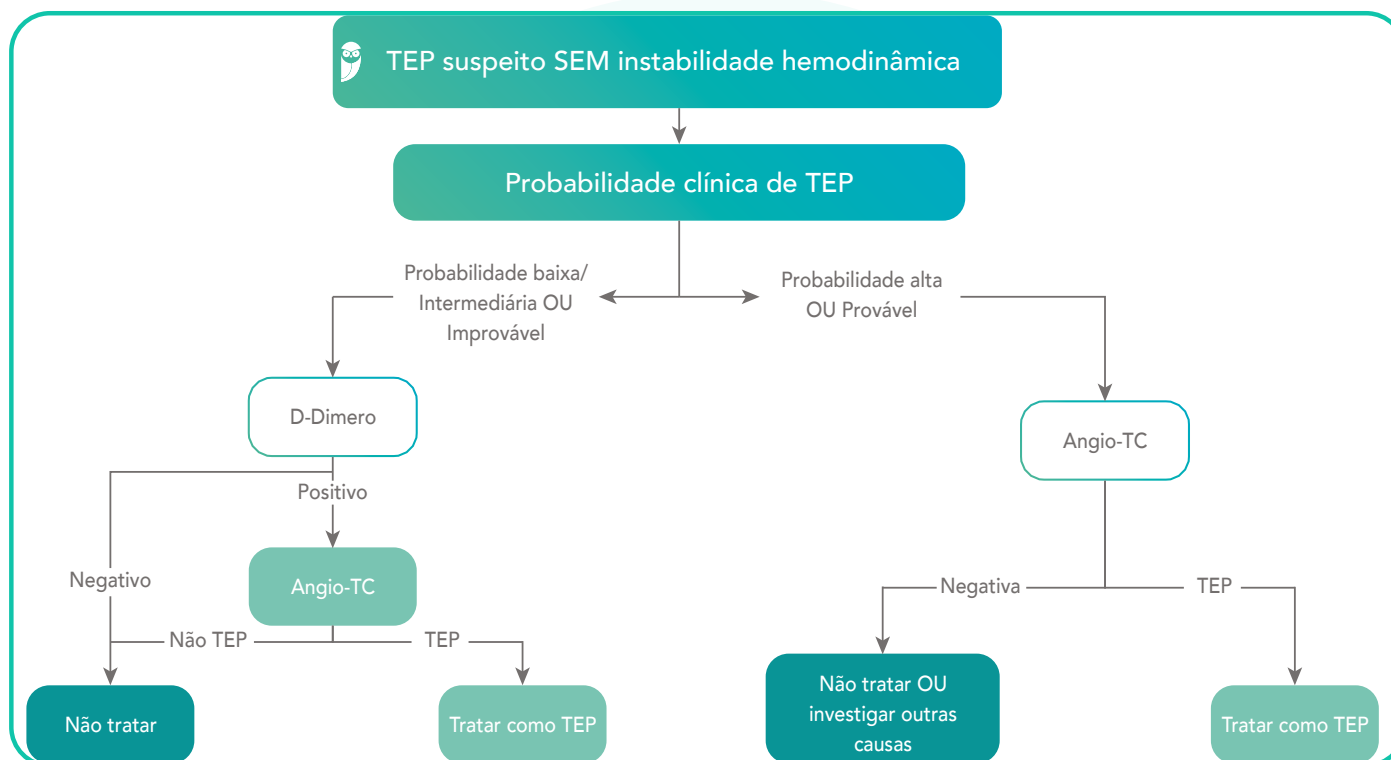
Achados radiográficos podem ser inespecíficos, e o derrame pleural, como observado nesse caso, é um achado relativamente frequente, geralmente pequeno e unilateral, associado a infarto pulmonar ou reação inflamatória pleural.

Diante da suspeita clínica de TEP, o raciocínio diagnóstico deve ser estruturado a partir da estimativa da probabilidade clínica pré-teste, sendo o escore de Wells uma das ferramentas mais utilizadas. Esse escore considera variáveis clínicas como mostrado a seguir:

Critérios de Wells – TEP agudo		
Itens	Versão original	Versão simplificada
Sinais clínicos de TVP	3 pontos	1 ponto
Diagnóstico alternativo menos provável que o TEP	3 pontos	1 ponto
Frequência cardíaca > 100 bpm	1,5 ponto	1 ponto
Imobilização por mais de 3 dias ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5 ponto	1 ponto
TEP ou TVP prévio	1,5 ponto	1 ponto
Hemoptise	1 ponto	1 ponto
Neoplasia atual ou tratada nos últimos 6 meses	1 ponto	1 ponto
Probabilidade clínica		
Escore em três níveis	Versão original	Versão simplificada
Baixa	0-1	N/A
Intermediária	2-6	N/A
Alta	≥ 7	N/A
Escore em dois níveis	Versão original	Versão simplificada
TEP improvável	0-4	0-1
TEP provável	≥ 5	≥ 2

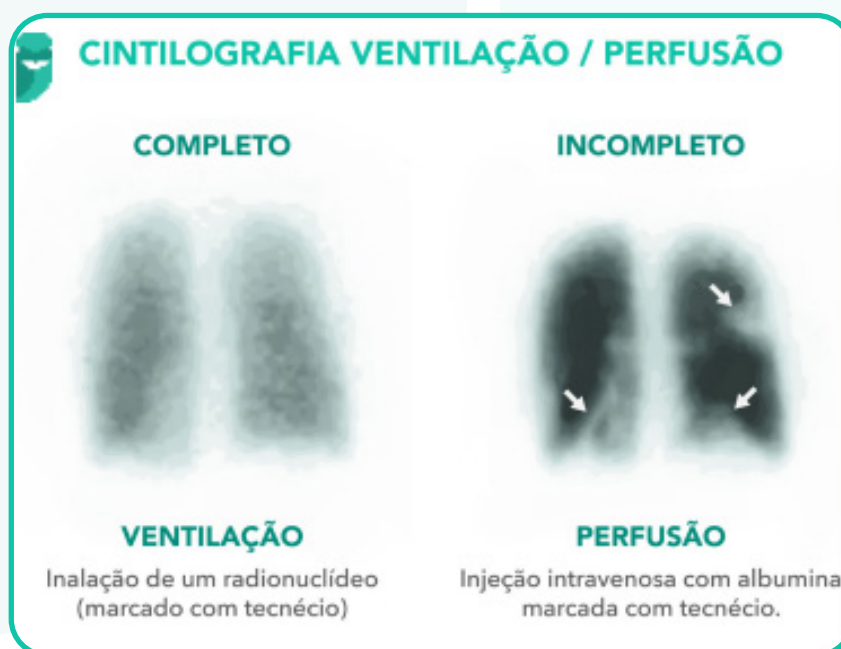
Escore ou critérios de Wells, ambas as versões: original e simplificada. Adaptado, apêndice ESC, 2019.

No caso descrito, o paciente apresenta cirurgia recente com imobilização, taquicardia e um quadro clínico altamente sugestivo, o que o enquadra como alta probabilidade clínica pelo escore de Wells. Em pacientes com alta probabilidade pré-teste, exames de exclusão, como o dímero-D, não são indicados, devendo-se avançar diretamente para exames de imagem confirmatórios.



Correta a alternativa A, já que a angiotomografia computadorizada de tórax é o exame de escolha na maioria dos pacientes com alta probabilidade clínica de tromboembolismo pulmonar, por permitir visualização direta dos trombos nas artérias pulmonares, além de avaliar diagnósticos diferenciais e repercussões parenquimatosas e pleurais, como o derrame observado na radiografia.

Incorreta a alternativa B, já que a cintilografia de ventilação e perfusão é preferencialmente indicada em pacientes com contraindicação ao contraste iodado ou com função renal comprometida, além de ter melhor desempenho quando a radiografia de tórax é normal, o que não ocorre nesse caso, já que o exame é baseado na comparação entre o padrão de ventilação (normal) e o padrão de perfusão (com falhas no TEP), como mostrado a seguir.



Incorreta a alternativa C, já que a dosagem de dímero-D tem utilidade apenas em pacientes com baixa ou intermediária probabilidade clínica de TEP, funcionando como exame de exclusão. Em cenários de alta probabilidade, um resultado negativo não é suficiente para afastar o diagnóstico, e sua solicitação pode atrasar a investigação adequada.

Incorreta a alternativa D, já que a angiografia pulmonar, embora seja considerada padrão-ouro histórico para o diagnóstico de TEP, é um exame invasivo, associado a maior risco e atualmente reservado para situações muito específicas, não sendo exame inicial na prática clínica.

Gabarito: A

20. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira) Homem de 51 anos relata não estar conseguindo firmar o pé esquerdo no chão há 3 dias e apresenta dor e dormência na perna e pé direitos há cerca de 2 semanas. Nega quadro prévio semelhante. Tem histórico de pólipos nasais e asma desde os 35 anos em uso de corticoide intranasal e formoterol contínuos, além de uso frequente de salbutamol devido a crises. Seu exame físico mostra incapacidade de realizar dorsiflexão em pé esquerdo e redução de sensibilidade no terço distal do pé direito. Radiografia de tórax com opacidades e nódulos não cavitados bilaterais. Exames laboratoriais apontam:

Hemoglobina	11,1 g/dL
Leucócitos	13.200/mm ³ com 58% de neutrófilos, 22% de linfócitos e 17% de eosinófilos
Plaquetas	205.000/mm ³
PCR	53 mg/dL
Creatinina	0,9 mg/dL
VHS	65 mm/1ª hora
FAN	Não reagente
IgE	200 UI/mL (VR até 150)

Com base no caso clínico e nos exames laboratoriais apresentados, quais são o diagnóstico mais provável e o exame a ser solicitado na sequência?

- A) Asma grave mal controlada e espirometria.
- B) Síndrome de Loeffler e parasitológico de fezes.
- C) Poliangiite microscópica e c-ANCA.
- D) Granulomatose eosinofílica com poliangiite e p-ANCA.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, nosso caso clínico envolve homem de meia-idade com histórico de longa data de asma e polipose nasal evoluindo com neuropatia periférica, anemia, leucocitose com eosinofilia significativa, elevação de IgE e de provas de atividade inflamatória. Unindo as peças desse quebra-cabeça clínico, a principal hipótese diagnóstica deve ser granulomatose eosinofílica com poliangiite (GEPa) ou síndrome de Churg-Strauss.

Incorreta a alternativa A: um quadro de asma grave não justifica a neuropatia periférica, a elevação de reagentes de fase aguda e os achados descritos na radiografia de tórax.

Incorreta a alternativa B: a síndrome de Loeffler ou Löffler é caracterizada por um quadro de pneumonia eosinofílica causada por helmintos cujos ciclos de vida incluem a passagem das larvas pelos pulmões por via hematogênica, levando a tosse seca, dispneia e febre, entre outros achados. Essa síndrome se caracteriza por infiltrados pulmonares migratórios associados com um aumento do número de eosinófilos no sangue e escarro. Não justifica a polipose nasal, acometimento neurológico periférico e elevação significativa dos reagentes de fase aguda.

Incorreta a alternativa C: a poliangiite microscópica é uma vasculite associada ao ANCA que, assim como a GEPA, tem caráter necrosante. No entanto, não está associada à asma e polipose nasal e, ainda que possa cursar com envoltimentos cutâneo e neurológico periférico, é marcada pelos acometimentos pulmonar e/ou renal e pela síndrome pulmão-rim, com capilarite pulmonar e glomerulonefrite rapidamente progressiva. Por fim, cursa tipicamente com ANCA padrão perinuclear (p-ANCA). O c-ANCA tem alta especificidade para a granulomatose com poliangiite ou granulomatose de Wegener.

Correta a alternativa D: a GEPA é uma vasculite associada ao ANCA de caráter necrosante que afeta, predominantemente, vasos de pequeno calibre, associada à formação de granulomas e infiltração tecidual por eosinófilos. Didaticamente, o curso da doença segue as seguintes fases, mas, na maioria dos casos, encontramos uma mistura destes componentes:

- Fase prodrômica: costuma iniciar-se em torno dos 20 aos 30 anos e é caracterizada pelo surgimento de atopia, como rinite alérgica e asma.
- Fase eosinofílica: inclui eosinofilia periférica e infiltração tecidual de múltiplos órgãos.
- Fase vasculítica: anos a décadas após o início dos sintomas iniciais surge vasculite predominantemente de pequenos vasos e a formação extravascular de granulomas.

A rinite alérgica costuma ser a primeira manifestação clínica da doença e está associada à formação de pólipos nasais. A asma é a manifestação clínica mais frequente e relevante na GEPA e pode preceder as demais manifestações da doença em anos. Caracteristicamente, os pacientes apresentam um quadro de difícil controle e que tende a piorar em termos de gravidade e número de exacerbações conforme surgem os sintomas da fase vasculítica. Já na fase eosinofílica, surgem infiltrados migratórios e nódulos pulmonares que, caracteristicamente, não cavitam. Hemorragia alveolar secundária à vasculite também é descrita, mas menos frequente que nas demais associadas ao ANCA.

Acometimento do sistema nervoso periférico é mais frequente na GEPA do que nas outras vasculites associadas ao ANCA e a mononeurite múltipla é sua manifestação clínica mais comum. Tendo em vista os déficits motor e sensitivo descritos em topografias diferentes no enunciado, essa deve ser nossa suspeita.

A fase vasculítica pode vir acompanhada por sintomas constitucionais, como febre, perda de peso, mal-estar e mialgias. Lesões cutâneas são frequentes e surgem como nódulos subcutâneos em faces extensoras (podem ulcerar), urticária, púrpura palpável e isquemia de extremidades, entre outras. As manifestações cardíacas da doença são resultado da combinação entre vasculite e infiltração eosinofílica/granulomatosa, cursando com pericardite, fibrose endocárdica, valvopatias, síndromes coronarianas agudas, miocardite, distúrbios de condução e cardiomiopatia. Glomerulonefrite é menos frequente na GEPA do que nas demais vasculites associadas ao ANCA.

Nos exames complementares, achados associados ao processo inflamatório sistêmico, como anemia normocítica e normocrômica e elevação de PCR e VHS, são comuns. A eosinofilia periférica (em geral, maior que 1000 a 1.500 células/mm³ ou maior que 10% da contagem diferencial dos leucócitos) é muito característica dessa vasculite e nível elevado de imunoglobulina E (IgE) sérica também é descrito em boa parte dos pacientes.

O ANCA é positivo em cerca de 40% a 50% dos casos de GEPA com padrão perinuclear (p-ANCA) e presença do anticorpo antimieloperoxidase (anti-MPO).

Gabarito: D

21. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Primigesta com 40 semanas de gestação foi internada para assistência ao trabalho de parto. No momento apresenta 10 cm de dilatação, polo cefálico no plano 0 de De Lee, 5 contrações em 10 minutos, bolsa rota espontaneamente. Nesse momento, opta-se por realizar anestesia peridural para a paciente. Duas horas após o último toque, a paciente apresenta as mesmas características do toque anterior e dinâmica uterina de 5 contrações em 10 minutos. Nota-se cavalgamento ósseo e bossa serossanguinolenta ao toque. Qual é a conduta obstétrica nesse momento?

- A) Iniciar ocitocina endovenosa.
- B) Aplicar fórcepe ou vácuo extrator.
- C) Aguardar parto espontâneo.
- D) Encaminhar a paciente para cesariana.

COMENTÁRIOS:

Distocias de descida caracterizam-se por partos que não evoluem como o esperado, apesar da **dilatação cervical ser total**, de dez centímetros, portanto são distocias que se relacionam ao **período expulsivo**. A distocia de descida pode ser classificada em **parada secundária da descida** ou em **período expulsivo prolongado**.

Antigamente, considerava-se **parada secundária da descida** como **parada da progressão da apresentação fetal** pelo canal vaginal por **mais de duas horas** quando a **dilatação cervical é total**, ou seja, é de dez centímetros.

Atualmente, também se utiliza a seguinte definição para parada secundária da descida: ausência de descida e/ou rotação > 3h em nulíparas e > 2 h em múltiparas, com contrações uterinas adequadas e rotura de membranas. Esse tempo pode ser acrescido em mais 1 h em pacientes submetidas à analgesia peridural, desde que haja boa vitalidade fetal e ausência de exaustão maternal.

A causa mais comum desse tipo de distocia, comumente abordada nas provas de Residência Médica, é a **desproporção cefalopélvica absoluta**. Nesses casos, o feto não progride pelo canal de parto devido à incompatibilidade entre os diâmetros da pelve para adequada acomodação dos diâmetros fetais, seja pelo tamanho do feto, apresentação fetal, variedade de posição ou características da bacia obstétrica. A parada da descida da apresentação fetal costuma ocorrer próxima do plano zero de DeLee, uma vez que esse é o **ponto mais estreito** da pelve materna, relacionado às **espinhas isquiáticas**.

Sinais clínicos que podem estar associados a essa condição são, por exemplo, identificar durante o exame ginecológico **edema vulvar** e **bossa serossanguínea exacerbados**, devido à estase sanguínea relacionada à compressão local e ao posicionamento prolongado do feto parado no canal de parto.

No caso dessa paciente, por mais que não tenhamos mais de 3 horas com a mesma altura de apresentação, já temos 2 sinais de desproporção cefalopélvica.

Quando não há compatibilidade entre as dimensões da pelve materna e as dimensões fetais apresentadas ao canal de parto, independentemente se a causa foi o trajeto ou o objeto, denomina-se **desproporção cefalopélvica**. O tratamento é sempre um parto via alta, ou seja, o **parto cesáreo**, uma vez que se trata de uma distocia não corrigível, em que o feto não progride pelo canal de parto.

Incorreta a alternativa A, pois a paciente já está com dinâmica uterina eficaz.

Incorreta a alternativa B, pois o fórcepe ou o vácuo são contraindicados em casos de desproporção.

Incorreta a alternativa C, pois a conduta na desproporção é a resolução por via alta.

Correta a alternativa D, pois essa é a conduta correta, conforme explicado na introdução.

Gabarito: D

22. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Homem de 42 anos chega ao pronto-socorro com febre, tosse produtiva e prostração há 1 dia, evoluindo nas últimas horas com confusão mental e redução importante do volume urinário. Ao exame: PA de 85 × 50 mmHg, FC de 122 bpm, FR de 28 irpm, SatO₂ de 92% em ar ambiente, extremidades frias, TEC de 4 s. Ausculta pulmonar com crepitações em base direita.

- Exames iniciais:
- Gasometria arterial: pH 7,30; HCO₃⁻ 16 mEq/L; lactato 4,6 mmol/L
- Hemograma: leucócitos 18.500/mm³ (12% bastões); plaquetas 110.000/mm³
- Função renal: creatinina 2,1 mg/dL; ureia 78 mg/dL
- PCR 220 mg/L
- Culturas: em andamento.

Suspeita-se de sepse de foco respiratório. Foi iniciada a reposição volêmica com ringer lactato. Qual é a **conduta prioritária** entre as alternativas?

- A) Administrar antibiótico intravenoso de amplo espectro imediatamente.
- B) Solicitar tomografia de tórax com contraste para melhor definição do foco antes de iniciar terapia.
- C) Iniciar corticoide intravenoso de rotina na admissão, independentemente de resposta hemodinâmica.
- D) Hemodiálise emergencial, para manejo da disfunção renal aguda.

COMENTÁRIOS:

A sepse é uma resposta inflamatória sistêmica desregulada diante de uma infecção, levando à disfunção orgânica ameaçadora à vida. Quando associada à elevação do lactato e à hipotensão persistente, mesmo após reposição volêmica adequada, caracteriza-se o choque séptico.

Observe os sinais de hipoperfusão nesse caso: extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, acidose metabólica com HCO₃⁻ 16 mEq/L e lactato elevado. A conduta deve seguir as recomendações da *Surviving Sepsis Campaign*, que orientam tratamento imediato nas primeiras horas.

O protocolo da Campanha de Sobrevivência à Sepse (*Surviving Sepsis Campaign 2021*) recomenda o “pacote da 1ª hora”, que inclui:

1. medir lactato sérico (repetir se > 2 mmol/L);
2. coletar culturas antes dos antibióticos;
3. administrar antibióticos de amplo espectro;
4. repor 30 mL/kg de cristalóide em casos de hipotensão ou hipoperfusão;
5. iniciar vasopressores se a pressão arterial média permanecer < 65 mmHg durante ou após a reposição de fluidos.

Correta a alternativa A. Antibiótico intravenoso de amplo espectro deve ser administrado precocemente, idealmente dentro da primeira hora após o reconhecimento da sepse. Cada hora de atraso está associada a pior prognóstico. Não se deve aguardar exames complementares para iniciar tratamento.

Incorreta a alternativa B. A tomografia até pode ser útil posteriormente, mas não deve atrasar o início do antibiótico. A prioridade é estabilização e controle da infecção.

Incorreta a alternativa C. Corticoide não é indicado de rotina na admissão. Ele pode ser considerado em choque séptico refratário a volume, com necessidade de vasopressor, mas não de forma sistemática logo na entrada.

Incorreta a alternativa D. A disfunção renal apresentada é, muito provavelmente, uma consequência da má perfusão tecidual (choque) e da inflamação sistêmica. A conduta inicial para tratar a injúria renal aguda na sepse é restaurar a pressão arterial e o débito cardíaco através de fluidos e vasopressores. A hemodiálise ficaria reservada para casos de refratariedade, distúrbios eletrolíticos graves ou sobrecarga volêmica que não respondem às medidas iniciais.

Gabarito: A

23. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Primípara de 21 anos comparece à consulta na Unidade Básica de Saúde no oitavo dia de pós-parto. Relata para a médica que, logo que saiu da maternidade, seu marido já a havia “estranhado”, mas ambos chegaram à conclusão que era “apenas cansaço acumulado”. Nos dias seguintes, percebeu-se mais “chorona e esgotada emocionalmente”, queixa-se de dificuldades para iniciar o sono, ansiedade no final do dia e irritabilidade quando acorda. Apesar disso, não deixou de cuidar adequadamente de seu bebê, manteve seus autocuidados e cumpriu com suas responsabilidades. Diante dessa situação, seu provável diagnóstico é de:

- A) depressão pós-parto.
- B) *baby blues*.
- C) psicose puerperal.
- D) distímia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, cerca de 75% das puérperas sofrem, nos dias seguintes ao parto, sintomas psíquicos brandos e passageiros, quadro conhecido como *baby blues* ou *blues* puerperal.

Os sintomas desse fenômeno são considerados leves, e podem ocorrer afeto entristecido/irritável, insegurança, medo, labilidade emocional, insônia e ansiedade. Esses sintomas normalmente se iniciam nos dias imediatamente seguintes ao parto e costumam durar entre dias e poucas semanas.

A principal causa atribui tais sintomas às mudanças rápidas dos níveis de hormônios sexuais pós-parto, além das mudanças sociofamiliares advindas com o nascimento do novo membro da família.

Suporte, acolhimento, orientação e escuta são essenciais para essas pacientes nesse período.

Caso os sintomas se agravem, causando prejuízo funcional, e durem mais de 2 semanas, um diagnóstico de depressão pós-parto é considerado, e o tratamento padrão para depressão maior poderá ser instituído.

Baby blues e Depressão puerperal

- **Blues do puerpério**
 - 75% das puérperas
 - Início em até 3-5 dias após o parto
 - Não preenche critérios de depressão
 - Autolimitado - Benigno
 - Acompanhar - não medicar
- **TDM (periparto/pós-parto/puerperal)**
 - 10-20% das puérperas
- **Início em até 4 semanas (DSM-5-TR) - até 3-6 meses (Kaplan 11^a ed)**
 - 50% com início antes do parto
 - Preenche critérios
 - Tratamento padrão



Compêndio Kaplan 11^a ed: "Nenhuma evidência conclusiva indica que baby blues leve a um episódio subsequente de depressão."

DSM-5: "Estudos prospectivos demonstraram que os sintomas de humor e ansiedade durante a gravidez, bem como baby blues, aumentam o risco de um episódio depressivo maior no pós-parto."

Incorreta a alternativa A: repare que sequer há relato de humor deprimido ou anedonia, tampouco há um curso mínimo de 14 dias consecutivos para o diagnóstico da depressão. Além disso, não há prejuízo funcional importante ou evidente. Observe os critérios a seguir:

CID-11	DSM-5-TR
CID-11 – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo:	DSM-5-TR – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo:
Depressão = 1 ou 2 critérios principais + critérios acessórios. Total de 5 critérios no mínimo.	Depressão = 1 ou 2 critérios principais + critérios acessórios. Total de 5 critérios no mínimo.
Critérios Principais	Critérios Principais
1 - Humor Deprimido	1 - Humor Deprimido
1.1 - Humor irritável (crianças e adolescentes)	1.1 - Humor irritável (crianças e adolescentes)
2 - Anedonia	2 - Anedonia

CID-11 – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo:	DSM-5-TR – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo:
Críticos Acessórios	Críticos Acessórios
3 - Alteração de peso ou apetite	3 - Alteração de peso ou apetite
4 - Alteração do sono (insônia ou sono excessivo)	4 - Alteração do sono (insônia ou sono excessivo)
5 - Agitação ou retardo psicomotor	5 - Agitação ou retardo psicomotor
6 - Redução da energia ou sensação de fadiga	6 - Redução da energia ou sensação de fadiga
7 - Sentimentos de culpa ou de inutilidade	7 - Sentimentos de culpa ou de inutilidade
8 - Indecisão ou redução da concentração	8 - Indecisão ou redução da concentração
9 - Pensamentos de morte ou ideação suicida	9 - Pensamentos de morte ou ideação suicida
10 – Desesperança em relação ao futuro	

Correta a alternativa B: correto, conforme vimos na introdução.

Incorreta a alternativa C: não são descritos sintomas psicóticos no enunciado, contudo, sempre que surgirem sintomas psicóticos no pós-parto, em pacientes sem histórico prévio de doença psiquiátrica, deve-se proceder uma investigação clínica minuciosa e atentar-se ao transtorno afetivo bipolar, que muitas vezes se manifesta pela primeira vez nesse período. *Delirium* é outra hipótese diagnóstica, que provoca, normalmente, alteração flutuante da consciência e sintomas psicóticos no puerpério imediato.

Incorreta a alternativa D: distímia caracteriza-se pela presença de sintomas depressivos prolongados e brandos, com pelo menos 2 anos consecutivos de duração. Seu tratamento é realizado com uso de antidepressivos.

Gabarito: B

24. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Hematologia - Prof. Thiago Peixoto) Mulher de 27 anos procura atendimento por aparecimento de petéquias e equimoses espontâneas há cerca de 2 semanas, associadas a episódios de gengivorragia. Nega febre, perda ponderal ou infecções recentes. Ao exame físico: bom estado geral, presença de petéquias em membros inferiores e equimoses esparsas. Não há linfonodomegalias nem hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais: hemoglobina = 12,8 g/dL; leucócitos = 6.900/mm³; plaquetas = 14.000/mm³; reticulócitos = 1,2%. Esfregaço de sangue periférico: ausência de blastos e alterações morfológicas. Diante do caso, o diagnóstico mais provável, é:

- A) púrpura trombocitopênica imune.
- B) aplasia medular.
- C) leucemia aguda.
- D) síndrome mielodisplásica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos diante de uma mulher jovem com um quadro de sangramentos mucocutâneos e uma trombocitopenia grave e isolada, sem qualquer outra alteração no hemograma ou no exame físico, o que nos leva ao diagnóstico de **púrpura trombocitopênica imune**. Vamos rever o assunto!

A trombocitopenia imune (PTI, antigamente chamada de púrpura trombocitopênica idiopática ou púrpura trombocitopênica imune) é uma trombocitopenia adquirida causada por autoanticorpos contra antígenos plaquetários. É uma das causas mais comuns de trombocitopenia em adultos assintomáticos.

As principais preocupações diagnósticas em um adulto com suspeita de PTI são distinguir se ela é primária ou secundária, pois isso impactará a abordagem terapêutica, que será completamente diferente.

- PTI primária – trombocitopenia imune adquirida devido a mecanismos autoimunes que levam à destruição e subprodução de plaquetas, que não são desencadeadas por uma condição associada aparente.
- PTI secundária – PTI associada a outra condição, como na leucemia linfocítica crônica; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome do anticorpo antifosfolípido; imunodeficiência comum variável; síndrome linfoproliferativa autoimune; deficiência seletiva de imunoglobulina A; vacinação contra sarampo, caxumba e rubéola; infecção por *Helicobacter pylori*; HIV; hepatite C; citomegalovírus; varicela-zóster; covid-19; infecção por zika.
- Trombocitopenia imune induzida por medicamentos – a trombocitopenia imune induzida por medicamentos (TPID) é uma trombocitopenia causada por anticorpos plaquetários dependentes de medicamentos que causam destruição plaquetária.

Alteração imunológica – alterações na homeostase imunológica podem induzir perda de tolerância periférica e promover o desenvolvimento de anticorpos autorreativos. Isso ocorre frequentemente no contexto de condições autoimunes, incluindo a síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF), lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de Evans, transplante de células hematopoiéticas, leucemia linfocítica crônica (LLC) e outras doenças linfoproliferativas de baixo grau, imunodeficiência comum variável e síndrome linfoproliferativa autoimune.

A maioria dos pacientes é diagnosticada com PTI de forma assintomática, através de um exame laboratorial de rotina, pois nem sempre será possível detectar algum sinal ou sintoma que inicie a investigação do quadro. Para pacientes com sintomas, os sangramentos e o aparecimento de petéquias costumam ser os principais achados encontrados nesses pacientes, além da trombocitopenia presente no hemograma.

A incidência de sangramento em pacientes com PTI varia amplamente, e ele pode ocorrer em até dois terços dos pacientes. Quando presente, o sangramento geralmente ocorre na pele e/ou mucosas, um padrão às vezes chamado de sangramento "do tipo plaquetário".

Bolhas hemorrágicas em membranas mucosas, como a mucosa oral, são às vezes chamadas de "púrpura úmida"; esse achado pode ser um preditor de sangramento grave, devendo ser considerada a reavaliação da contagem de plaquetas e a necessidade de terapia para PTI.

Epistaxe mínima, como a observada apenas ao assoar o nariz, é comum e pode não ser clinicamente significativa. Epistaxe contínua que requer intervenção com tamponamento nasal ou cauterização pode ser preditiva de maior risco de sangramento grave.

Sangramento crítico na PTI foi definido como um sangramento em um local anatômico crítico, incluindo intracraniano, intraespinhal, intraocular, retroperitoneal, pericárdico ou intramuscular com síndrome compartimental; ou um sangramento contínuo que resulta em instabilidade hemodinâmica ou comprometimento respiratório. Essa definição é útil para identificar os sangramentos que requerem intervenções urgentes.

Em contraste com sangramentos leves, como petéquias e púrpura, sangramentos graves ou críticos são menos comuns.

Por definição, o limite para PTI é uma contagem de plaquetas $< 100.000/\text{micro}$. A gravidade da trombocitopenia é encontrada em sua maioria em pacientes com sangramento e contagens de plaquetas $< 20.000/\text{microL}$.

É importante ressaltar, no entanto, que a PTI não se caracteriza por morfologia plaquetária anormal (por exemplo, ausência de grânulos, populações uniformes de plaquetas grandes ou pequenas) ou outras anormalidades no esfregaço de sangue periférico. Se presente, a morfologia plaquetária anormal deve levar à consideração de um distúrbio plaquetário hereditário.

Como o risco de sangramento clinicamente importante é baixo com contagens de plaquetas $> 20.000/\mu\text{L}$, geralmente não usamos terapias para aumentar a contagem de plaquetas em indivíduos com contagem de plaquetas estável > 20.000 a $30.000/\mu\text{L}$, a menos que haja outras comorbidades ou medicamentos que aumentem o risco de sangramento.

Agora, vejamos as alternativas!

Correta a alternativa A. A paciente apresenta o quadro clínico clássico de trombocitopenia imune primária: plaquetopenia isolada grave, exame físico normal, exceto pelo sangramento, e ausência de atipias no sangue periférico.

Incorreta a alternativa B. A aplasia de medula óssea caracteriza-se tipicamente por uma pancitopenia, não apenas das plaquetas, além de cursar com reticulocitopenia importante.

Incorreta a alternativa C. Na leucemia aguda, teríamos comprometimento de outras séries hematológicas, presença de sintomas constitucionais e hepatosplenomegalia ou linfadenomegalia. Além disso, o esfregaço de sangue periférico mostraria a presença de blastos.

Incorreta a alternativa D. A síndrome mielodisplásica é uma doença mais comum em idosos e geralmente cursa com anemia macrocítica, outras citopenias e **alterações displásicas** (anormalidades morfológicas) nas células sanguíneas observadas no esfregaço ou na medula óssea.

Gabarito: A

25. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Herbert é um recém-nascido a termo, adequado para idade gestacional. Comparece em consulta de UBS aos 10 dias de vida trazendo resultado do teste do pezinho, que foi coletado no 3º dia de vida. A mãe está preocupada, pois há um TSH de 22 mUI/L e isso está fora do valor de referência. A criança está assintomática, com boa aceitação do seio materno e já recuperou o peso perdido na primeira semana de vida.

Qual é a conduta mais adequada para Herbert?

- A) Recoletar o teste do pezinho imediatamente, pois o resultado foi inconclusivo.
- B) Coletar TSH e T4L séricos e iniciar levotiroxina.
- C) Conduta expectante, pois o paciente está assintomático.
- D) Considerar como falso-positivo, pois o teste foi coletado em momento inadequado.

COMENTÁRIOS:

O **hipotireoidismo congênito** é causado pela diminuição dos hormônios tireoidianos e pode ocorrer por falha na tireoide, deficiência dos hormônios hipofisários, hipotalâmicos ou resistência periférica aos hormônios tireoidianos. Geralmente é assintomático ao nascer, mas, sem tratamento, leva a uma redução importante do metabolismo, comprometendo o desenvolvimento neuropsicomotor e o crescimento da criança.

Os principais sinais e sintomas da doença não tratada costumam se tornar mais evidentes depois da 2ª semana de vida:

- icterícia neonatal prolongada, constipação;
- sucção débil, choro rouco, letargia, movimentos lentos, engasgos frequentes;
- macroglossia, baixa implantação dos cabelos na fronte, hérnia umbilical, fontanelas amplas, pele seca, hipotermia.

Guarde essa imagem, essa é a fâcies clássica de um hipotireoidismo congênito não tratado!



Esses problemas podem ser irreversíveis, por isso o tratamento precoce é imprescindível! Preconiza-se sua introdução **no máximo** até 14 dias de vida.

Para que isso seja possível, existe uma **triagem biológica neonatal** capaz de detectar essa doença!

A **triagem neonatal pelo teste do pezinho** é realizada a partir da dosagem de TSH em papel filtro e podemos chegar aos seguintes valores.

- **TSH < 10 mUI/L** = norma.
- **TSH entre 10 e 20 mUI/L** = inconclusivo. Devemos repetir o teste do pezinho.
- **TSH maior que 20 mUI/L** = positivo. Deve ser realizada dosagem de T4 e TSH em sangue periférico para fechar o diagnóstico. Idealmente, iniciamos o tratamento enquanto aguardamos o resultado dos exames.

Lembrando que, ao nascer, há uma liberação fisiológica desse hormônio e, posteriormente, um declínio. **Se coletarmos antes das 48 horas, podemos dosar erroneamente o nível do TSH, resultando em um falso-positivo!**

E outra consideração importante: estamos falando de um teste que dosa o TSH. Ou seja: **só é possível a detecção do hipotireoidismo PRIMÁRIO.**

O hipotálamo produz o TRH, que estimula a hipófise a fazer o TSH, e que chega até a tireoide para que o T4 e T3 sejam produzidos. Se você não tem produção dos hormônios tireoidianos, não haverá alça de *feedback* negativo com as estruturas do SNC, então a produção de TSH aumenta! É isso que é detectado.

Mas e se o problema for a incapacidade de produzir TSH? Pois é! O **hipotireoidismo central** consiste no perfil **T4 e TSH baixos**, já que as estruturas do sistema nervoso central não são capazes de produzir TRH e TSH diante dos baixos níveis de T4/T3. Dessa forma, o teste de triagem neonatal básico, **que se propõe a detectar ELEVAÇÕES de TSH**, pode não identificar um hipotireoidismo central! Isso está bem claro no Tratado de Pediatria.

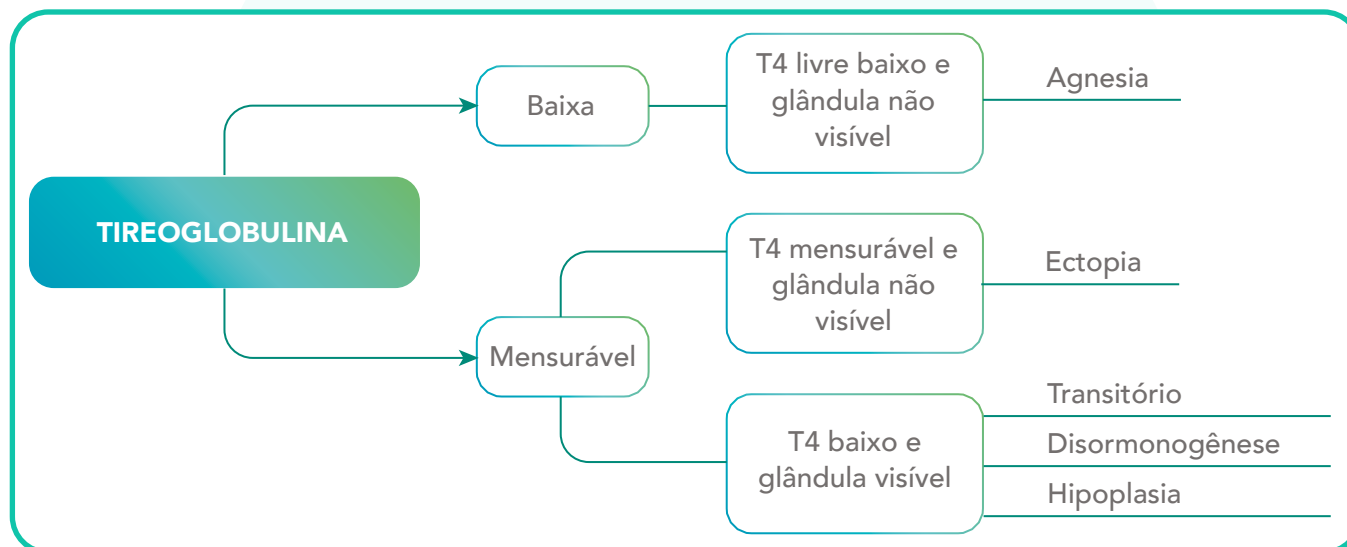
Tanto é que, quando houver recursos financeiros disponíveis, recomenda-se adicionar a dosagem de T4 total ou livre ao TSH, para triagem de HC central.

Felizmente, o hipotireoidismo primário é **muito mais frequente** do que o central.

Sobre a etiologia do hipotireoidismo primário: pode ser agenesia da glândula, ectopia, disormogênese (falha em alguma enzima que trabalha na produção dos hormônios), hipoplasia, transitório...

Mas você precisa saber que essa **avaliação etiológica não é recomendada ao nascimento**. É fundamental que se inicie o tratamento o mais precocemente possível, e o uso da levotiroxina "atrapalha" a investigação. Após dois a três anos de idade (a depender da referência), pode ser feita uma breve interrupção desse tratamento para a investigação da causa e para definir se o hipotireoidismo é transitório ou permanente.

A dosagem de tireoglobulina é bem interessante nessa avaliação, pois essa é a proteína que dá origem aos hormônios tireoidianos. Seu resultado tem valor associado à ultrassonografia cervical. Caso a ultrassonografia não detecte glândula tireoide e a tireoglobulina seja detectável, isso indica que existe tecido tireoidiano funcional perdido em algum lugar rs.



O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível, até mesmo antes da confirmação diagnóstica. É igual aos adultos: feito com levotiroxina oral.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Seria a conduta caso o resultado do papel-filtro (teste do pezinho) estivesse entre 10 e 20 mUI/L.

Correta a alternativa B. É a conduta mais adequada diante de um resultado > 20 mUI/L. A introdução precoce da levotiroxina é individualizada, mas o ideal é iniciar o tratamento nas duas primeiras semanas de vida para evitar sequelas. Dessa forma, diante do teste positivo, costuma-se iniciar o tratamento mesmo antes de concluída a investigação pelo risco X benefício.

Incorreta a alternativa C. Uma vez sintomática, existe uma chance razoavelmente grande de a criança apresentar sequelas neurológicas irreversíveis. Portanto, o fato de o bebê estar assintomático não muda nossa conduta neste momento.

Isso vale para a maioria das doenças triadas no teste do pezinho! São doenças em que, se diagnosticadas e tratadas precocemente, reduzimos o risco de complicações.

Incorreta a alternativa D. Falsos-positivos podem ocorrer se o teste for coletado < 48 h, pois temos uma elevação fisiológica e transitória do TSH nesse período. No entanto, Herbert teve o teste do pezinho coletado entre o 3º e 5º dia de vida, período ideal.

Gabarito: B

26. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 46 anos procurou uma UBS, referindo um “caroço na mama direita”. Ao exame físico mamário: nódulo medindo 1 cm, indolor, no quadrante superolateral da mama direita. Axilas sem linfonodomegalias. Foi realizada biópsia do nódulo que resultou em carcinoma invasivo do tipo não especial, subtipo molecular triplo negativo. A paciente foi submetida à quadrantectomia e biópsia do linfonodo sentinela, cujo laudo histopatológico confirmou carcinoma ductal invasivo, com 2 linfonodos sentinelas livres de neoplasia maligna, receptores hormonais (progesterona e estrogênio) negativos e HER2 negativo.

Assinale a alternativa que descreve o fator de pior prognóstico para o caso dessa paciente.

- A) Carcinoma ductal invasivo (tipo histológico do tumor).
- B) Linfonodos axilares livres de neoplasia.
- C) Estadiamento (tamanho do tumor).
- D) Subtipo molecular (triplo negativo).

COMENTÁRIOS:

Estrategista, os fatores prognósticos do câncer de mama são:

Fatores Prognósticos do Câncer de Mama
Idade da paciente (pacientes jovens têm pior prognóstico)
Raça (mulheres negras têm pior prognóstico)
Tamanho do tumor/grau histológico
Status linfonodal (comprometimento dos linfonodos)
Presença de receptores hormonais de estrogênio/progesterona (RE/RP)
Superexpressão do HER 2
Ki67 (marcador de proliferação celular)
Presença de metástases

Tabela: Fatores prognósticos do câncer de mama

O principal fator prognóstico isolado do câncer de mama é o comprometimento dos linfonodos axilares.

A presença de receptores hormonais mostra que o tumor é mais diferenciado e mais parecido com o tecido mamário normal, apresentando um melhor prognóstico. A superexpressão do Her2 confere ao tumor uma capacidade maior de proliferação, por isso está relacionada com um pior prognóstico.

Agora, o subtipo molecular triplo negativo é o de pior prognóstico, devido ao seu comportamento biológico agressivo, sobrevida geral limitada e alta mortalidade.



Subtipos moleculares de acordo com o Perfil Imuno-histoquímico	
Luminal A	Receptor de Estrógeno (RE) e Progesterona (RP) positivo(s); HER 2 negativo; Ki-67 < 14-20%.
Luminal B	Receptor de Estrógeno positivo; HER 2 positivo ou negativo, RP < 20% e/ou Ki-67 ≥ 14-20%.
HER 2 (puro)	HER 2 positivo; RE e RP negativos
Triplo negativo	Receptores de Estrógeno e Progesterona negativos e HER 2 negativo

Tabela: Classificação molecular do câncer de mama

Cada subtipo molecular apresenta um diferente comportamento biológico, sendo que os tumores do subtipo luminal A apresentam o melhor prognóstico e os tumores triplo negativos (também chamados de “basaloides”) apresentam o pior prognóstico.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o carcinoma ductal invasivo (tipo histológico do tumor), não é o fator de pior prognóstico para esse caso. Esse tipo histológico é o tipo mais frequente de câncer de mama, representando cerca de 80% dos casos.

Incorreta a alternativa B, porque a ausência de linfonodos axilares comprometidos pela neoplasia é um fator de bom prognóstico.

Incorreta a alternativa C, porque, nesse caso, temos um tumor pequeno, de 1 cm de diâmetro, considerado T1, não sendo um fator de mau prognóstico.

Correta a alternativa D: o subtipo molecular triplo negativo é o subtipo de pior prognóstico.

Gabarito: B

27. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Durante visita domiciliar, a equipe de Saúde da Família identificou um menino de 4 anos com sinais de possível negligência, incluindo faltas frequentes à escola e atraso no acompanhamento de puericultura. O caso passou por avaliação intersetorial, com participação do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do Conselho Tutelar e da escola.

Após investigação, não foram confirmadas situações de violência ou negligência por parte dos pais. Entretanto, constatou-se que a família vivencia vulnerabilidade social e dificuldades no manejo das demandas da criança, sendo indicado acompanhamento psicológico e suporte social, sob coordenação da equipe da Unidade Básica de Saúde.

Considerando o caso acima e seu nível de complexidade, assinale a alternativa que indica o instrumento mais adequado para o acompanhamento dessa família neste momento:

- A) ficha de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada.
- B) genograma e avaliação do ciclo de vida familiar.
- C) protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para a abordagem da violência.
- D) Projeto Terapêutico Singular (PTS).

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a maior parte das questões que a resposta é PTS mostra casos complexos socialmente e/ou clinicamente, o qual vai precisar de uma atuação multiprofissional. Temos no enunciado um caso de uma criança em vulnerabilidade social e maior complexidade, assim é importante a Coordenação do Cuidado e a Integralidade dentro da Atenção Primária. Para isso, temos que organizar o cuidado com um Projeto Terapêutico Singular.

1. A Importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é a ferramenta de gestão do cuidado mais adequada para esse cenário. O PTS é uma ferramenta de organização do cuidado para casos complexos, construído de forma compartilhada entre equipe de saúde, usuário e família.

Definição: o PTS é um conjunto de propostas de condutas articuladas, resultado da discussão e negociação de uma equipe multiprofissional com o usuário e sua família, visando atender necessidades específicas e complexas.

Outra questão sobre o PTS que às vezes cai nas provas de Residência são suas etapas, as quais incluem:

- Diagnóstico situacional: avaliação clínica, familiar, social e territorial.
- Definição de metas: objetivos pactuados com a família.
- Divisão de responsabilidades: quem faz o quê na equipe e na rede.
- Reavaliação: acompanhamento das metas e ajustes.

Vamos pontuar as indicações novamente:

- Casos com múltiplas comorbidades
- Situações de vulnerabilidade social
- Necessidade de articulação entre diferentes pontos da rede ou diversos profissionais
- Famílias com dificuldades de adesão ou insegurança

Aplicação no caso: o PTS permite integrar e organizar todos os aspectos da vida da criança.

Reabilitação: formalizar e coordenar o acesso regular à fonoaudiologia e fisioterapia, que a mãe relata dificuldades em obter.

Desenvolvimento: estabelecer metas claras de desenvolvimento motor e social, conforme solicitado pelos pais.

Vínculo familiar: fortalecer a segurança dos pais e da avó por meio de suporte psicossocial e orientações específicas sobre estimulação.

Integração de serviços: coordenar o cuidado entre a USF, os serviços especializados de reabilitação (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB, se disponível, ou Centros Especializados em Reabilitação - CER) e o acompanhamento de rotina (puericultura).

2. A Conduta Central da APS

O PTS concretiza o papel de coordenadora do cuidado da APS, garantindo que o cuidado não seja fragmentado (apenas seguindo especialidades), mas sim centrado na criança e sua família. A Equipe Multiprofissional da APS (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, dentista, e profissionais de apoio) é a responsável por construir, executar e monitorar esse projeto.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A, pois a notificação compulsória é instrumento de vigilância e não organiza o acompanhamento longitudinal após a investigação.

Incorreta a alternativa B, já que genograma e ciclo de vida familiar auxiliam na compreensão da dinâmica familiar, mas não estruturam o cuidado multiprofissional e intersetorial.

Incorreta a alternativa C, porque o PCDT orienta condutas clínicas específicas e não se aplica à organização ampliada do cuidado em situação psicossocial complexa.

Correta a alternativa D, pois o Projeto Terapêutico Singular é indicado para casos complexos que exigem coordenação multiprofissional, definição de metas e acompanhamento longitudinal na APS.

Gabarito: D

28. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Uma parturiente de 41 semanas encontra-se no período expulsivo. O feto encontra-se em variedade de posição occipitopúbica, no plano +2 de De Lee, com bolsa rota espontânea e sem presença de bossa serrossanguinolenta. A cardiotocografia demonstra categoria 2 persistente, mesmo após as manobras de ressuscitação intraútero. O médico opta por empregar um fórcepe de alívio para abreviar o período expulsivo. Qual das alternativas abaixo apresenta uma contraindicação ao uso do fórcepe?

- A) Feto em variedade occipitopúbica.
- B) Presença de sinais de desproporção cefalopélvica.
- C) Feto em plano +3 de De Lee.
- D) Membranas amnióticas rotas.

COMENTÁRIOS:

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

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

Incorretas as alternativas A, C e D, pois todas essas são condições de aplicabilidade do fórcepe.

Correta a alternativa B, pois a presença de desproporção cefalopélvica contraindica o parto instrumentalizado.

Gabarito: B

29. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Um homem de 42 anos é admitido na sala de emergência após queda de plano elevado (aproximadamente 4 metros) com impacto direto do dorso no solo. Avaliação primária realizada na sala de trauma:

- **A:** via aérea pérvia, com colar cervical e prancha rígida.
- **B:** murmúrio vesicular universal e simétrico; Sat O₂ de 96% em máscara não reinalante 10 L/min.
- **C:** pressão arterial de 85 x 45 mmHg; frequência cardíaca de 58 bpm. Extremidades quentes e tempo de enchimento capilar de 3 segundos.
- **D:** ECG 15. Apresenta ausência de reflexos profundos, paraplegia flácida e **ausência do reflexo bulbocavernoso**.
- **E:** ausência de lesões externas evidentes; temperatura de 36,2°C.

Considerando o quadro clínico descrito, qual é a interpretação correta das condições hemodinâmica e neurológica do paciente?

- A) O paciente apresenta choque neurogênico e a ausência do reflexo bulbocavernoso confirma choque medular associado.
- B) A bradicardia e a hipotensão indicam choque hipovolêmico grau III, sendo a prioridade a infusão imediata de 2 litros de cristaloides.
- C) Trata-se de um quadro de choque medular isolado, cuja principal característica é a instabilidade hemodinâmica por perda do tônus simpático.
- D) O paciente apresenta choque neurogênico, devendo-se iniciar precocemente o protocolo de metilprednisolona em altas doses conforme o protocolo NASCIS III.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão interessante para você nunca mais confundir os conceitos de **choque neurogênico** e **choque medular**. Alguma coisa precisa saltar aos seus olhos nessa primeira avaliação: Isso! Paciente **HIPOTENSO + BRADICARDIA NÃO FAZ SENTIDO EM CHOQUE HIPOVOLÊMICO** - só não se esqueça de excluir que o paciente não faz uso de B-bloqueadores. Vamos às definições:

- **Choque neurogênico** - enquadra-se no contexto de choque distributivo por perda do tônus simpático abaixo da lesão (geralmente acima de T6). Caracteriza-se pela **triade: hipotensão + bradicardia (ou ausência de taquicardia reflexa) + extremidades quentes**.
- **Choque medular:** não é um estado hemodinâmico, mas sim um estado de "atordoamento" da medula. Caracteriza-se por paralisia flácida, arreflexia e perda de sensibilidade. O marcador clínico do fim do choque medular é o retorno dos reflexos, especificamente o reflexo bulbocavernoso. Se o reflexo está ausente (como no enunciado), o paciente ainda está em choque medular, o que impossibilita a definição do prognóstico neurológico definitivo nesse momento.

Correta a alternativa A. O tratamento do choque neurogênico baseia-se na reposição de volumes. Se for refratário, devemos iniciar vasopressores. Em relação ao choque medular, a medula ainda está "atordoada", por isso não conseguimos delimitar o nível de acometimento.

Incorreta a alternativa B. A princípio, todo choque no trauma é hipovolêmico com algumas exceções, como este caso. Não faz sentido paciente ter sangrado tanto a ponto de apresentar hipotensão e estar com bradicardia + extremidades quentes. O choque é distributivo, não hipovolêmico.

Incorreta a alternativa C. Trata-se de um choque neurogênico associado a uma possível lesão medular. Inverte os conceitos de choque medular e neurogênico, mas agora você não confunde mais

Incorreta a alternativa D. Sim, o paciente apresenta choque neurogênico, porém o tratamento é reposição de volumes e vasopressores se refratariedade do tratamento inicial.

Gabarito: A

30. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Uma paciente é avaliada em ambulatório dermatológico por apresentar uma lesão cutânea em região nasal, de crescimento lento, observada há vários meses. Ao exame físico, identifica-se uma lesão de aspecto perolado, com presença de telangiectasias superficiais visíveis. Diante da principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Trata-se de uma neoplasia com alto potencial metastático linfático e hematogênico, sendo frequente o acometimento precoce de linfonodos regionais.
- B) O tratamento de escolha é predominantemente clínico, com antibióticos tópicos e observação, devido à tendência à regressão espontânea.
- C) É uma neoplasia maligna de crescimento geralmente lento, localmente invasiva, com baixo potencial metastático, cujo tratamento padrão envolve abordagem cirúrgica.
- D) Apresenta origem melanocítica, estando frequentemente associada a mutações relacionadas à radiação ultravioleta intermitente e história familiar positiva.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, como conversamos sempre nas aulas, apareceu na sua prova uma lesão com brilho perolado associada a telangiectasias, principalmente em região de face como o nariz, isso é praticamente sinônimo de carcinoma basocelular. Esse é um daqueles diagnósticos que a banca espera que você reconheça de forma quase automática, pela clínica clássica.

O carcinoma basocelular é a neoplasia maligna mais comum da pele, derivada dos queratinócitos da camada basal da epiderme. Ele está fortemente associado à exposição solar crônica e caracteriza-se por crescimento lento, comportamento localmente invasivo e baixíssimo potencial metastático. Justamente por isso, o grande problema do carcinoma basocelular não é metástase, mas sim destruição local, especialmente em áreas nobres da face.

Incorreta a alternativa A. O carcinoma basocelular não apresenta alto potencial metastático, nem linfático nem hematogênico. Metástases são extremamente raras

Incorreta a alternativa B. Não se trata de uma lesão inflamatória ou infecciosa, não há papel para antibióticos tópicos, e o carcinoma basocelular não regride espontaneamente.

Correta a alternativa C. De fato, a melhor opção terapêutica é o tratamento cirúrgico com margens de segurança.

Incorreta a alternativa D. O carcinoma basocelular não tem origem melanocítica. Essa descrição se refere ao melanoma, que possui comportamento biológico completamente diferente e muito mais agressivo.

Gabarito: C

31. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Paciente de 35 anos, comparece à UBS em consulta de acolhimento devido uma queixa de cefaleia. Ao entrar na sala de triagem, a médica nota prontamente o cheiro de cigarro que acompanha o jovem e aproveita sua ida à unidade para uma sondagem sobre sua motivação em parar de fumar. O rapaz conta que é tabagista desde os 20 anos de idade, fuma 1 carteira por dia de “cigarro light” e já tentou abandonar o cigarro algumas vezes nos últimos 2 ou 3 anos, mas, atualmente, sente-se bem com seu hábito, pois considera que “ainda é muito novo para ter qualquer problema”. A profissional, insistente, busca uma explicação mais aprofundada sobre a compreensão do paciente em relação ao tabagismo, mas, subitamente, é interrompida pelo jovem, dizendo de forma ríspida que “fumar é problema dele” e que não estava ali para ouvir sermão.

De acordo com a escala motivacional de Prochaska e DiClemente, o paciente encontra-se na fase de:

- A) ação.
- B) contemplação.
- C) preparação.
- D) pré-contemplação.

COMENTÁRIOS:

Conhecido como “os estágios motivacionais de Prochaska e DiClemente”, trata-se de um modelo transteórico para classificar o grau de motivação de um paciente para aderir e participar ativamente de seu tratamento, nesse caso, a dependência química.

***Pré-contemplação** - não considera a chance de alterar seus hábitos, nem se preocupa com a questão.

***Contemplação** - assume que tem um problema, é **ambivalente** e considera iniciar mudanças no futuro breve.

***Preparação** - começa algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.

***Ação** - implementa mudanças ambientais e comportamentais, aplica seu tempo e energia na execução da mudança.

***Manutenção** - processo de continuidade e manutenção do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.

***Recaída** - falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

Incorreta a alternativa A: o paciente ainda não adotou ações concretas para deixar de fumar, sequer deseja se engajar em um tratamento.

Incorreta a alternativa B: na fase contemplativa, o paciente ainda é ambivalente, ou seja, percebe que o cigarro faz mal e considera parar no futuro.

Incorreta a alternativa C: durante a preparação, o paciente elabora um planejamento de sua ação e está motivado e engajado com o tratamento.

Correta a alternativa D: o paciente encontra-se na fase pré-contemplativa, não estando interessado em deixar o tabagismo (sequer deseja falar sobre o tema), negando que haja qualquer problema a ser combatido.

Gabarito: D

32. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Nefrologia - Prof. Diego Ennes) Paciente do sexo masculino, 55 anos, previamente hígido, procurou atendimento médico devido a edema progressivo em membros inferiores, dispneia aos esforços e ganho de peso de 6 kg nos últimos 2 meses. Ao exame físico: PA de 145/95 mmHg, FC de 88 bpm, Tax de 36,5 °C. Apresentava edema de membros inferiores 3+/4+, simétrico, e ascite discreta.

Exames laboratoriais iniciais:

- Creatinina: 1,1 mg/dL (VR: 0,6-1,3 mg/dL)
- Ureia: 40 mg/dL (VR: 15-45 mg/dL)
- Albumina sérica: 2,1 g/dL (VR: 3,5-5,2 g/dL)
- Colesterol total: 320 mg/dL (VR: < 200 mg/dL)
- HDL-c: 40 mg/dL (VR: > 40 mg/dL)
- LDL-c: 240 mg/dL (VR: < 130 mg/dL)
- Urina I: proteína 3+/4+, hemácias 1/campo, leucócitos 2/campo.
- Proteinúria de 24 horas: 8,5 g/dia.

A dosagem de anti-PLA2R foi positiva.

Qual é o diagnóstico?

- A) Doença por lesões mínimas.
- B) Cirrose hepática criptogênica.
- C) Nefropatia membranosa.
- D) Hepatite autoimune.

COMENTÁRIOS:

Coruja, o paciente apresenta um quadro clínico clássico de **síndrome nefrótica**. Vamos lembrar bem isso?

- **Edema progressivo em membros inferiores e ascite discreta:** sinais de retenção hídrica e extravasamento de líquido para o interstício e cavidades serosas devido à hipoalbuminemia.
- **Ganho de peso de 6 kg em 2 meses:** reflete a retenção de volume.
- **Hipertensão (PA de 145/95 mmHg):** pode ocorrer devido à retenção de sódio e água.

Análise dos exames laboratoriais:

Exame	Resultado	VR (Valor de Referência)	Interpretação	Critério de Síndrome Nefrótica
Creatinina	1,1 mg/dL	0,6-1,3 mg/dL	Função renal preservada (por enquanto)	Não se aplica
Ureia	40 mg/dL	15-45 mg/dL		
Albumina sérica	2,1 g/dL	3,5-5,2 g/dL	Hipoalbuminemia	SIM (<3,0 g/dL)
Colesterol total	320 mg/dL	<200 mg/dL	Hipercolesterolemia	SIM (Dislipidemia)
Proteinúria de 24h	8,5 g/dia	-	Proteinúria maciça	SIM (>3,5 g/dia)

O conjunto de **proteinúria maciça (> 3,5 g/dia)**, **hipoalbuminemia (< 3,0 g/dL)** e **dislipidemia** confirma o diagnóstico de **síndrome nefrótica**.

Exames específicos e etiologia:

- **Urina I (sedimento urinário):** hemácias 1/campo e leucócitos 2/campo. O sedimento é considerado **inativo** ou **paucicelular**, o que é típico das glomerulopatias primárias que causam síndrome nefrótica "pura" (como a doença por lesões mínimas e a nefropatia membranosa), e **afasta** a maioria das nefrites (que causam síndrome nefrítica ou nefrótica/nefrítica mista com sedimento ativo).

O exame de anticorpo **antirreceptor de fosfolipase A2 (anti-PLA2R)** é um marcador altamente específico e sensível (cerca de 70-80%) para a **nefropatia membranosa primária (ou idiopática)**.

A nefropatia membranosa é a causa mais comum de síndrome nefrótica em adultos brancos, superando a doença por lesões mínimas (que é mais comum em crianças). Ela é caracterizada pela deposição de imunocomplexos na face subepitelial da membrana basal glomerular. A identificação do anti-PLA2R positivo sugere fortemente o diagnóstico de nefropatia membranosa primária e, em alguns casos, dispensa a necessidade de biópsia renal para iniciar o tratamento, sobretudo em pacientes com risco aumentado para a biópsia renal (exemplo: rim único, uso de anticoagulantes etc.)

Incorreta a alternativa A. Causa mais comum de síndrome nefrótica em **crianças**. Em adultos, pode ocorrer, mas o diagnóstico definitivo é dado pela biópsia renal (fusão podocitária à microscopia eletrônica). **Não está associada ao anti-PLA2R positivo.**

Incorreta a alternativa B. A cirrose pode causar edema e ascite, mas o mecanismo é a hipertensão portal, não a proteinúria maciça como causa primária. A albumina sérica estaria baixa devido à síntese hepática deficiente, mas a proteinúria não seria de 8,5 g/dia. **Não há associação direta com anti-PLA2R.**

Correta a alternativa C. O paciente tem síndrome nefrótica com proteinúria maciça, sedimento urinário inativo e **anti-PLA2R positivo**, que é o marcador sorológico específico para a nefropatia membranosa primária.

Incorreta a alternativa D. É uma doença hepática. Embora possa haver manifestações renais autoimunes associadas a doenças sistêmicas, não há dados no caso que sugiram hepatite, e o achado primário é a síndrome nefrótica confirmada pelo anti-PLA2R.

Gabarito: C

33. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Nos últimos anos, o modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil passou por mudanças estruturais, incluindo a substituição do Programa Previne Brasil por um novo modelo de Cofinanciamento Federal.

Considerando as características desses modelos, assinale a alternativa correta.

- A) O Programa Previne Brasil estruturava as transferências federais destinadas aos municípios para o custeio da Atenção Básica. Os repasses eram organizados a partir de componentes como captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivos a ações estratégicas e critérios relacionados ao perfil epidemiológico da população.
- B) O atual modelo de Cofinanciamento Federal da Atenção Primária à Saúde é estruturado em seis componentes distintos, entre os quais se inclui um destinado especificamente ao custeio das ações de saúde bucal.
- C) Entre os indicadores utilizados para o pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil, incluía-se a quantidade de mulheres que realizaram mamografia na Atenção Primária à Saúde.
- D) A transferência de recursos referentes ao PAB variável dependia da adoção de estratégias específicas da Atenção Básica, como o Programa de Saúde da Família (PSF), pelos estados.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, nos últimos anos, tivemos algumas mudanças no financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, como é feito o repasse dos recursos financeiros para o nível primário de atenção do ente federal para o ente municipal.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 90, foi o Piso da Atenção Básica (PAB) o responsável por nortear esses repasses. Porém, em 2019, houve sua substituição pelo Programa Previne Brasil e, em 2024, foi a vez do Previne ser substituído pelo chamado novo Cofinanciamento Federal da APS.

Vamos estudar cada um deles e compreender suas particularidades.

Piso da Atenção Básica ou Piso Assistencial Básico (PAB): o PAB foi criado pela Norma Operacional Básica 96 e foi a forma de repasse financeiro do ente federal para o municipal, visando financiar a APS até 2019.

O PAB consistia em um valor destinado ao custeio de procedimentos e ações da atenção básica, executados sob responsabilidade do município. Ele possuía dois componentes, a saber:

- 1) PAB fixo: valor fixo a ser transferido pela União aos municípios, com base na área coberta pela população de cada município (*per capita*). Seu valor máximo foi de R\$ 28,00 por habitante/ano. Esse valor poderia variar entre municípios, a depender do perfil da cidade — demografia, vulnerabilidade social (por exemplo, o percentual da população recebendo bolsa família) etc.
- 2) PAB variável: valor repassado como incentivo a ações da APS, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo acrescentados outros critérios ao longo do tempo (Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas e Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário). Esses incentivos representavam um acréscimo percentual ao PAB, sendo limitados em até 30% do PAB do município.

Para finalizarmos a discussão sobre o PAB, cabe destacar que não apenas os municípios podiam receber tal recurso. A exceção era aberta aos estados onde havia municípios que não estivessem habilitados como Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Assim, o estado ficava responsável por implementar as medidas da atenção básica em seus municípios não habilitados.

Programa Previne Brasil: foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, como uma proposta de novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) pelo Governo Federal. Ele, basicamente, modifica as formas de repasse financeiro para os municípios, substituindo o PAB, que seriam executadas sob a ótica de quatro grandes critérios, sendo eles:

1) Captação ponderada: forma de repasse financeiro calculada com base no número de pessoas cadastradas na APS. Segundo o artigo 11º da Portaria do Previner Brasil, era considerada “a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal”. Lembrando que eSF é a sigla de equipe de Saúde da Família e eAP é a sigla para equipe de Atenção Primária.

2) Pagamento por desempenho: era um dos componentes do repasse financeiro mensal aos municípios e ao Distrito Federal, com base de cálculo em resultados obtidos no conjunto de indicadores capazes de avaliarem o trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP).

Os critérios que foram usados até 2024 eram os seguintes:

Indicador 1: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.

Indicador 2: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

Indicador 3: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

Indicador 4: proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Indicador 5: proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e poliomielite inativada.

Indicador 6: proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

Indicador 7: proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

3) Incentivo para ações estratégicas: eles contemplavam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde, como, por exemplo: Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), entre outros.

4) Incentivo financeiro com base em critério populacional: recurso repassado anualmente pelo Ministério da Saúde aos municípios de acordo com sua estimativa populacional pelo IBGE. Esse critério não foi publicado inicialmente pela Portaria do Previner Brasil, tendo sido incluído apenas em janeiro de 2022. Portanto, funcionava como uma espécie de “PAB”, em que um montante financeiro era repassado aos municípios com base em seu tamanho populacional. A diferença é que o valor *per capita* do Previner era inferior ao do PAB. Por exemplo, enquanto o PAB pagava cerca de R\$ 28 reais/*per capita*, neste componente do Previner Brasil, tínhamos R\$ 5,95/*per capita*.

Novo Cofinanciamento Federal da APS: essa nova modalidade foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 11 de abril de 2024, e substituiu o Programa Previner Brasil.

Em linhas gerais, seu objetivo é o mesmo do PAB e Previner: determinar os critérios de provimento de recursos federais a serem repassados aos municípios com o intuito de financiar a atenção básica.

O nome cofinanciamento vem exatamente da ideia de que o financiamento da APS não é feito apenas com recursos federais, havendo um compromisso dos gestores municipais em também investir recursos nesse nível de atenção, complementando os repasses da União.

Em comparação ao Programa Previner Brasil, o novo Cofinanciamento pode ser considerado mais complexo, apresentando seis componentes, a saber:

1. Componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - eMulti:

Nesse componente, cada eSF e cada eAP existente no município receberão um valor mensal para sua manutenção. Esse valor mensal dependerá de um indicador chamado IED (Indicador de Equidade e Dimensionamento). Quanto mais vulnerável for o município, menor será o seu IED e maior o montante a ser repassado por equipe. Os valores também variam de acordo com o tipo de equipe e a carga horária (as eSF, por exemplo, recebem um financiamento maior por serem o protótipo de expansão da APS no Brasil). Essa foi uma estratégia que o Ministério da Saúde encontrou para que os gestores não descredenciem as equipes por falta de recursos municipais.

Paralelamente, ainda neste componente, temos o recurso de implantação. Esse é um outro valor repassado pelo Ministério da Saúde ao município no ato da criação de novas equipes como a eSF e a eAP. Além dessas, recebem também o recurso de implantação as equipes de Saúde Bucal e as eMULTIS.

Portanto, observe que o Ministério da Saúde não só contribuirá para a implantação das equipes supracitadas, mas também para a manutenção delas (nesse componente, como vimos, a manutenção será apenas das eSF e eAP, já que a saúde bucal e as eMULTIS terão os recursos de manutenção nos outros componentes a seguir).

2. Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP:

Nesse componente, as equipes serão avaliadas quanto ao acompanhamento e vínculo que estão estabelecendo com seus usuários. A depender da avaliação que o próprio usuário der para a equipe, elas poderão obter uma nota geral que poderá variar de ótimo para regular. Observe que, para cada nota abaixo, haverá um determinado repasse financeiro (ou seja, equipes que recebem notas do tipo “ótimo” poderão “trazer mais recursos para o município” do que aquelas que recebem notas do tipo “bom” ou “regular”.

No entanto, a avaliação desse componente está atrelada à tabela a seguir. Observe que os municípios foram divididos novamente, dessa vez de acordo com o tamanho populacional (essa divisão é diferente daquela em que eles foram classificados de acordo com a vulnerabilidade). Observe também que existe um limite máximo de cadastros para cada equipe em cada faixa de tamanho populacional.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde avaliará também se as equipes estão com excesso de cadastrados e, em caso positivo, as equipes terão as notas diminuídas como um forma de punição (o que também acarretará em perda financeira). Por exemplo, se uma equipe de saúde da família de um município de porte grande (> 100.000 habitantes) receber a nota ótimo, mas apresentar 5.000 indivíduos cadastrados (observe que o máximo pela tabela seria 4.500), o município, ao invés de receber os R\$8.000 equivalentes a nota ótimo dessa equipe, receberá menos, pois a nota da equipe será rebaixada, fazendo jus a um repasse inferior.

Essa medida tem por objetivo forçar os gestores a dividirem o território novamente e criar mais equipes (até mesmo porque eles já contarão com os recursos de implantação e componente fixo), diminuindo, assim, o número de cadastrados por equipe.

Para se lembrar desse componente, lembre-se da similaridade com o componente da captação ponderada do Previne Brasil, já que esse também apresentava um patamar de cadastrados por equipe.

3. Componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMULTI:

Até o presente momento, o Ministério da Saúde ainda não liberou maiores detalhes sobre esse componente, mas ele é similar ao pagamento por desempenho do Previne Brasil. Aqui também teremos alguns grupos temáticos e indicadores em cada um desses grupos. Ainda não temos os indicadores, mas sabemos que as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Primária, as equipes de Saúde Bucal e as eMULTIS apresentarão os seguintes grupos temáticos:

Áreas temáticas para avaliação das eSF e eAP:

- Cuidado da gestante e da puérpera.
- Cuidado da Saúde da Mulher.
- Cuidado no desenvolvimento infantil.
- Cuidado da pessoa com diabetes.
- Cuidado da pessoa com hipertensão.
- Acesso e Integralidade.
- Cuidado da pessoa idosa.

Áreas temáticas para avaliação das eMULTIS:

- Cuidado compartilhado da pessoa acompanhada.
- Ações interprofissionais realizadas;

- Comunicação entre eMULTIS e outras equipes.
- Resolutividade do cuidado da eMULTI.

Áreas temáticas para avaliação das eSB:

- Primeira consulta programada.
- Tratamentos concluídos.
- Taxa de exodontia.
- Escovação supervisionada.
- Proporção de procedimentos preventivos.
- Tratamento restaurador atraumático.

4. Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS:

Esse componente é semelhante ao componente 3 do Previne Brasil, que traz as ações, programas e estratégias não obrigatórios, mas que podem ser adotados pelo município de forma a melhorar a oferta de serviços em saúde. A lista atual contém os programas a seguir. Observe que essa lista não apresenta mais os serviços de saúde bucal, uma vez que eles se tornaram obrigatórios e foram transferidos para um componente próprio. Também saíram da lista anterior o Programa Saúde na Hora, o Programa de Informatização do SUS e o Programa Academia na Saúde.

1. Equipe de Consultório na Rua (eCR).
2. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR).
3. Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP).
4. Microscopista.
5. Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF).
6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.
7. Ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em privação de liberdade.
8. Incentivo aos municípios com Residências médica e multiprofissional.
9. Programa Saúde na Escola (PSE).
10. Custeio para implementação de ações de atividade física (IAF).
11. eMULTIS.

5. Componente para Atenção à Saúde Bucal:

Esse é o componente que trata do financiamento da Saúde Bucal, que se tornou obrigatória nos municípios a partir da sua inclusão na Lei 8.080/90. Aqui, serão recebidos recursos que ajudarão os municípios a financiarem as suas equipes de Saúde Bucal (eSB), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (SESB), as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

6. Componente *per capita* de base populacional para ações no âmbito da APS.

Esse componente é muito semelhante ao componente 4 do Previne Brasil (incentivo financeiro com base em critério populacional), uma vez que ele também será responsável por transferir um valor *per capita* para o município e que, a depender do tamanho populacional, resultará em um determinado montante financeiro. Até o presente momento, o Ministério da Saúde não divulgou de quanto será esse valor *per capita*.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. O quarto componente do Previne Brasil era baseado em critério populacional, não em critério epidemiológico, como afirma a alternativa.

Correta a alternativa B. O Cofinanciamento Federal da APS possui seis componentes, incluindo um específico para a Saúde Bucal.

Incorreta a alternativa C. O pagamento por desempenho do Previne Brasil incluía citopatológico do colo do útero, não mamografia.

Incorreta a alternativa D. O PAB variável dependia da implantação de estratégias pelos municípios, não pelos estados.

Gabarito: B

34. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 50 anos de idade comparece à Unidade Básica de Saúde onde faz acompanhamento regular. Durante sua consulta, a paciente refere estar preocupada com o câncer de mama, porque uma vizinha está com a doença. Está assintomática. É diabética e hipertensa. Menopausada há 2 anos. Ela tem 7 filhos e sua menarca foi aos 11 anos de idade. Tabagista, refere consumo de álcool diariamente (1 lata de cerveja). Ao exame físico, não foram observadas anormalidades. Mamas sem nódulos ou espessamentos, axilas livres.

Considerando o caso descrito e os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, assinale a alternativa correta.

- A) A paciente apresenta menarca precoce e menopausa tardia, que são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.
- B) A multiparidade é um fator de risco reconhecido do câncer de mama.
- C) A hipertensão e a diabetes são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.
- D) O alcoolismo é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de mama.

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 do 50 anos de idade
Sedentarismo	Primeira gravidez após os 30 anos de idade	História familiar de câncer de mama em homens
Consumo de bebidas alcoólicas	Menopausa após os 55 anos	Alteração genética, especialmente nos genes BRCA1 e 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 $\geq 75\%$	-	

(Fonte: Ministério da Saúde, INCA, 2020).

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente apresenta menarca precoce (antes dos 12 anos), mas não apresenta menopausa tardia (após os 55 anos).

Incorreta a alternativa B, porque a multiparidade não é um fator de risco reconhecido do câncer de mama, e sim a nuliparidade.

Incorreta a alternativa C, porque a hipertensão e a diabetes não são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, e sim para o câncer de endométrio.

Correta a alternativa D: o consumo de bebidas alcoólicas é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de mama.

Gabarito: D

35. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Um homem de 62 anos, sabidamente portador de hérnia inguinal direita há 5 anos (sem acompanhamento), chega ao pronto-socorro com dor intensa e abaulamento irreduzível na região inguinal direita há 8 horas. Relata dois episódios de vômitos e parada de eliminação de gases e fezes.

Ao exame físico:

- **Geral:** regular estado geral, desidratado +/4+, taquicárdico (FC de 105 bpm), afebril.
- **Local:** presença de abaulamento em região inguinal direita, que se estende para o escroto, extremamente doloroso à palpação, irreduzível, com hiperemia e edema de pele local.
- **Abdome:** distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados (timbre metálico) e dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite generalizada.

Qual é a conduta MAIS adequada para esse paciente?

- A) Realizar manobra de Taxis (redução manual) sob sedação vigorosa para evitar cirurgia de urgência.
- B) Indicação de cirurgia de urgência por via inguinal (ex.: técnica de Lichtenstein) com exploração do conteúdo herniário.
- C) Solicitar tomografia de abdome e pelve para confirmar se o conteúdo é intestino delgado ou omento antes de definir a cirurgia.
- D) Iniciar antibioticoterapia profilática e realizar inguinotomia imediata; caso a alça esteja isquêmica, proceder à redução para o abdome e realizar a enterectomia por laparotomia mediana infraumbilical.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, hérnias inguinais são tema prevalente no ENAMED e em qualquer prova de Residência. Preste atenção. Homem, 62 anos com **abaulamento na região inguinal + sinais de abdome agudo obstruído**. Ao exame físico, hiperemia e bastante dor na região inguinal. Essa hérnia está no mínimo **encarcerada** e já têm indicação cirúrgica. Podemos tentar reduzir? Até podemos, mas um quadro arrastado (> 6 horas), doloroso e com sinais de hiperemia pode também representar uma hérnia **estrangulada** e isso muda tudo. **Reduzir uma hérnia estrangulada é iatrogenia**, pelo risco de perfuração intra-abdominal. Então, aluno, não enrole, a conduta é cirúrgica. Vamos relembrar os conceitos:

Hérnia encarcerada: é a hérnia cujo conteúdo não pode ser reduzido para o interior da cavidade abdominal, seja de forma espontânea ou por manobras manuais.

Hérnia estrangulada: é uma evolução da forma encarcerada. O aperto no anel herniário é tão intenso que impede primeiro o retorno venoso (gerando edema) e, em seguida, o aporte arterial.

Incorreta a alternativa A. Conforme falamos, por se tratar de um quadro arrastado, hiperemia local e dor importante, há a possibilidade desta hérnia estar estrangulada e a simples redução pode causar problemas ainda maiores.

Correta a alternativa B. A via inguinal é a preferencial. O saco herniário deve ser aberto **antes** da redução da alça para avaliar a viabilidade. Se a alça estiver viável, procede-se à redução e reforço da parede **COM COLOCAÇÃO DE TELA** (Lichtenstein).

Incorreta a alternativa C. Podemos realizar a tomografia se ela não atrasar nossa cirurgia. Pode trazer informações adicionais, mas aqui não irá mudar nossa conduta. Quer apresente ou não sofrimento de alça, a conduta é cirúrgica.

Incorreta a alternativa D. Se a alça estiver isquêmica, ela **nunca** deve ser reduzida antes de ser ressecada. A ressecção pode ser feita pela própria via inguinal (se o anel permitir) ou por uma laparotomia, mas a alternativa sugere a redução da alça isquêmica *antes* da enterectomia, o que é um erro técnico grave.

Gabarito: B

36. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher com 59 anos de idade, em seguimento de rotina, está na UBS, nega queixas e não apresenta anormalidades no exame físico mamário. Traz resultado de mamografia de rotina, cujo laudo apresenta categoria BI-RADS 2.

Qual é a conduta indicada de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde?

- A) Repetir a mamografia em 6 meses.
- B) Repetir a mamografia em 12 meses.
- C) Repetir a mamografia em 24 meses.
- D) Repetir a mamografia em 36 meses.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a classificação BI-RADS. Veja a seguir:

BI-RADS (<i>Breast Imaging-Reporting and Data System</i>)		
Categoria	Chance de câncer (VPP)	Interpretação / Conduta
BI-RADS 0	N/A	Exame inconclusivo / Necessita exame complementar para conclusão diagnóstica
BI-RADS 1	0	Exame normal / seguimento de rotina
BI-RADS 2	0	Alterações benignas / seguimento de rotina
BI-RADS 3	$\leq 2\%$	Alterações provavelmente benignas / repetir exame em 6 meses
BI-RADS 4	$>2\% \text{ a } < 95\%$	Alterações suspeitas / indicar biópsia
	BIRADS 4A $> 2\% \text{ a } \leq 10\%$	
	BIRADS 4B $>10\% \text{ a } \leq 50\%$	
	BIRADS 4C $>50\% \text{ a } < 95\%$	
BI-RADS 5	$\geq 95\%$	Alterações provavelmente malignas / biópsia
BI-RADS 6	100%	Malignidade comprovada / acompanhamento durante o tratamento

Agora, veja a seguir a diretriz do rastreamento do câncer de mama de acordo com o Ministério da Saúde:

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

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque essa é a conduta para a categoria BI-RADS 3.

Incorreta a alternativa B, porque essa é a conduta de acordo com a diretriz de rastreamento do câncer de mama da FEBRASGO.

Correta a alternativa C: essa é a conduta indicada para a categoria BI-RADS 2 de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde.

Incorreta a alternativa D, porque essa não é a conduta indicada para nenhuma das categorias BI-RADS.

Gabarito: C

37. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) O princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos na Política Nacional de Humanização refere-se à participação ativa de gestores, trabalhadores e usuários na produção do cuidado e na gestão dos serviços, com compartilhamento de decisões e responsabilidades.

Sobre esse princípio, assinale a alternativa correta.

- A) Deve atravessar todas as políticas e programas do SUS, garantindo, em qualquer área de atuação, a abertura para o diálogo com os usuários, com escuta atenta de suas experiências e vivências, de modo que o profissional de saúde incorpore os relatos de vida no processo de cuidado e não se restrinja apenas ao conhecimento técnico-científico.
- B) Estimular o envolvimento de todos os atores, reconhecendo a importância da contribuição de cada cidadão, assegurando não apenas sua presença em decisões nas unidades de saúde, mas também sua participação efetiva na formulação de políticas para a comunidade, com direito a voz e voto, inclusive por meio de representação em associações e conselhos.
- C) Parte do entendimento de que as práticas assistenciais não podem ser dissociadas das formas de gestão e organização do trabalho. Defende a participação de todos os envolvidos na produção do cuidado, permitindo transformações na gestão, ampliação do diálogo e reafirmação da integração entre atenção e gestão, com corresponsabilidade compartilhada entre gestores, trabalhadores e usuários.
- D) Tem como finalidade apoiar os grupos organizados na construção e articulação de acordos, estratégias e ações práticas que possibilitem transformações na gestão, condição essencial para que também ocorram mudanças nas formas de cuidado em saúde.

COMENTÁRIOS:

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, tem como objetivo colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços, promovendo mudanças nos modos de cuidar e gerir a saúde. Fundamenta-se na inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção do cuidado e na gestão dos processos de trabalho, estimulando a comunicação, a corresponsabilização e a ampliação da autonomia dos sujeitos.

De acordo com a PNH, seus três princípios estruturantes são:

1. Transversalidade

A PNH deve atravessar todas as políticas e programas do SUS, promovendo ampliação do diálogo e da comunicação entre diferentes saberes, especialidades e sujeitos. Busca romper relações hierarquizadas e estimular a produção de saúde de forma compartilhada.

2. Indissociabilidade entre atenção e gestão

Reconhece que as decisões de gestão impactam diretamente o cuidado e que os modos de cuidar e gerir são inseparáveis. Defende a participação ativa de trabalhadores e usuários nos processos decisórios e a corresponsabilização no cuidado.

3. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos

Afirma que gestores, trabalhadores e usuários devem atuar como sujeitos ativos na produção da saúde. Valoriza a ampliação da autonomia, o compartilhamento de responsabilidades e a construção coletiva das mudanças no SUS.

Analisando as assertivas:

Incorreta a alternativa A. Valoriza a escuta e a consideração da experiência do usuário, mas não explicita participação ativa, concentrando-se apenas na atitude do profissional de saúde.

Correta a alternativa B. Expressa a ampliação da participação dos sujeitos nos processos decisórios, reconhecendo sua atuação ativa na formulação de políticas e nas decisões coletivas, o que traduz o protagonismo e a autonomia dos sujeitos coletivos.

Incorreta a alternativa C. Não trata do princípio protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, como solicitado na questão, mas sim do princípio Indissociabilidade entre atenção e gestão.

Incorreta a alternativa D. Relaciona-se mais à diretriz da cogestão e à organização coletiva do trabalho do que especificamente ao protagonismo e autonomia dos sujeitos.

Gabarito: B

38. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto) Um homem de 65 anos dá entrada no pronto-socorro com dor torácica intensa há cerca de 1 hora. Ao exame físico, observa-se ritmo cardíaco regular, FC: 130 bpm, PA: 220 x 135 mmHg no membro superior direito e PA: 145 x 100 mmHg no membro superior esquerdo, além de um sopro diastólico em foco aórtico. A angiotomografia da aorta confirmou o diagnóstico de dissecção aguda da aorta.

A respeito da abordagem inicial, assinale a alternativa correta.

- A) O tratamento inicial envolve controle da dor, da frequência cardíaca (FC) e da pressão arterial (PA). Deve ser empregado apenas nos casos de dissecção Stanford A.
- B) Potencialmente, o uso isolado do nitroprussiato de sódio pode piorar a dissecção da aorta.
- C) O controle da frequência cardíaca e pressão arterial deve ser atingido em até 2 horas.
- D) O valor alvo da pressão arterial sistólica e frequência cardíaca são < 140 mmHg e < 60 bpm, respectivamente.

COMENTÁRIOS:

A dissecção aguda de aorta é uma emergência hipertensiva caracterizada pela ruptura da camada íntima da artéria, que se separa da camada média e forma uma falsa luz, que pode ou não se comunicar com a luz verdadeira.

O tratamento deve ser instituído rapidamente. Assim que levantada a hipótese, o paciente deve ser transferido imediatamente para a unidade de terapia intensiva para monitorização hemodinâmica, instalação de acesso venoso periférico calibroso e oxigenioterapia. Após as medidas iniciais, devemos iniciar o tratamento clínico.

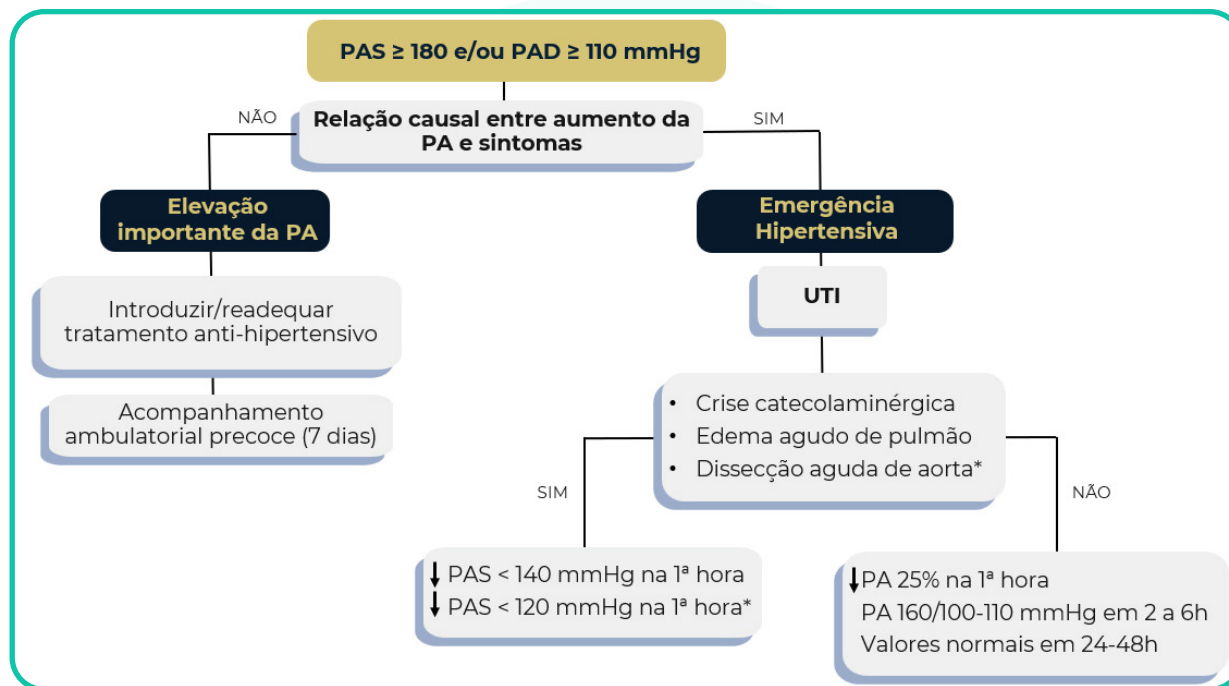
O tratamento inicial envolve controle da dor, da frequência cardíaca (FC) e da pressão arterial (PA). Deve ser empregado em **todos** os pacientes, independentemente do tipo de dissecção (Stanford A ou B).

A primeira medida a ser adotada é o controle da dor que, devido a sua forte intensidade, pode provocar elevação da FC e da PA e agravar o quadro de dissecção. O medicamento de escolha é a **morfina endovenosa**, mas com muito cuidado nos casos de hipotensão arterial.

Em seguida, devemos **controlar o duplo produto cardíaco** (PA e FC). Para isso, devemos utilizar uma medicação com ação simultânea na frequência cardíaca e na pressão arterial. *Alguma sugestão?* A resposta é: **BETABLOQUEADORES!** Os betabloqueadores indicados para uso na emergência são: propranolol, metoprolol, labetalol e esmolol. Devido a sua meia-vida curta, o esmolol (medicação endovenosa) é o preferível. O objetivo é atingir uma **FC inferior a 60 bpm**

O nitroprussiato deve ser administrado apenas após o betabloqueio adequado (FC < 60 bpm). O objetivo é atingir uma pressão arterial sistólica < 120 mmHg na **1ª hora de tratamento**.

O fluxograma a seguir resume o tratamento das crises hipertensivas: **elevação importante da PA sem lesão aguda de órgão-alvo (antiga urgência hipertensiva) e emergência hipertensiva**.



Incorreta a alternativa A: pois o tratamento inicial deve ser empregado em **todos** os pacientes, independentemente do tipo de dissecção (Stanford A ou B).

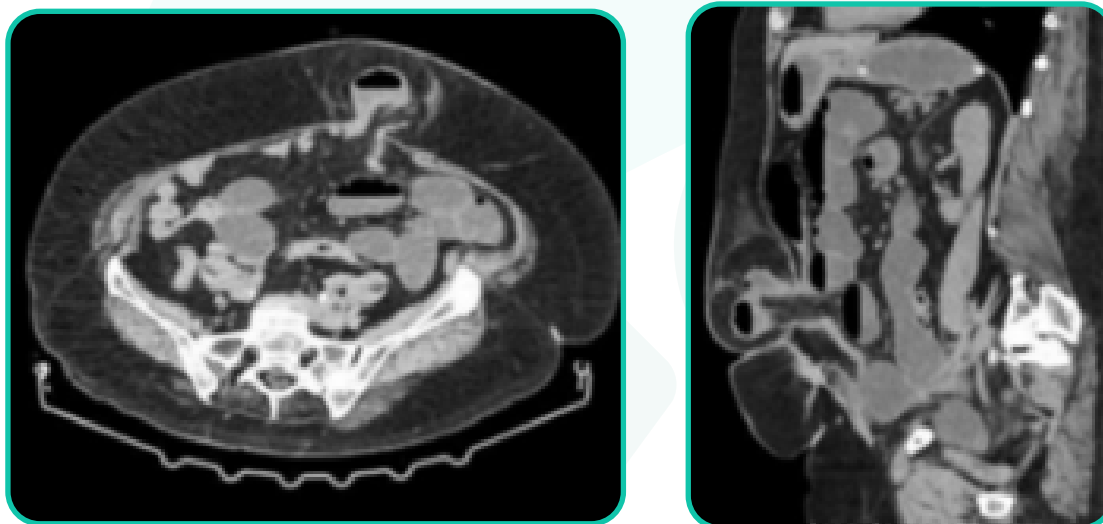
Correta a alternativa B: pois a diminuição da PA pelo nitroprussiato pode resultar em taquicardia reflexa, piorando o quadro de dissecção. Por isso, é orientado iniciar o tratamento com betabloqueador.

Incorreta a alternativa C: pois a FC e PA elevadas são diretamente responsáveis pela progressão da dissecção. Seu tratamento deve ser agressivo, e os valores alvo atingidos em, no máximo, em **1 hora**.

Incorreta a alternativa D: o valor alvo da PA sistólica é < 120 mmHg e da FC < 60 bpm.

Gabarito: B

39. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Paciente masculino, 68 anos, procura a emergência com quadro de distensão abdominal progressiva e dor tipo cólica abdominal há 4 dias. Relata náuseas e vômitos biliosos, além de obstipação intestinal completa (fezes e flatos) no período. Abdome globoso, distendido, doloroso à palpação de epigástrio associado a abaulamento local, endurecido, de cerca de 5 x 5 cm, sem hiperemia. Descompressão brusca (DB) negativo. Conteúdo herniário irreduzível. Toque retal com fecaloma. Exames laboratoriais: creatinina = 2,46 mg/dL, ureia = 99 mg/dL, hemoglobina = 14,9 g/dL, leucócitos = 8.950/mrr³, amilase = 48 U/L, INR = 1,12, lactato venoso = 15.1. Foi realizada tomografia, cujas imagens estão a seguir:

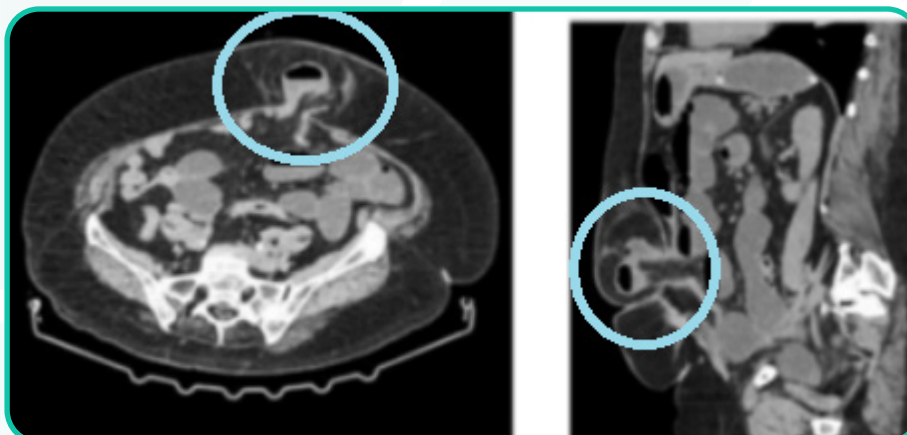


Qual é o diagnóstico e o tratamento proposto ?

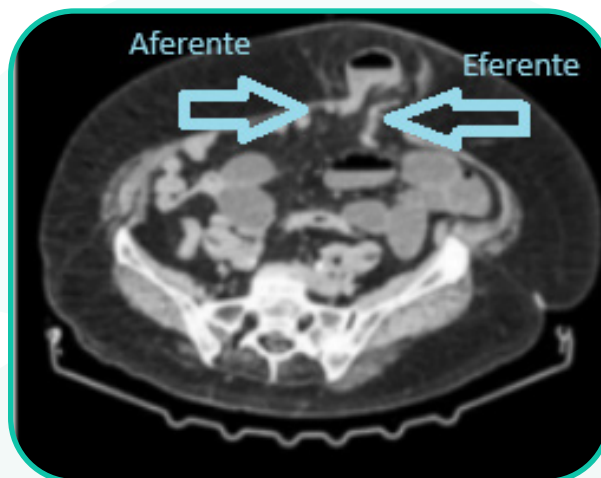
- A) Abdome agudo obstruído por bridas e a melhor conduta é SNG aberta, jejum e hidratação endovenosa.
- B) Abdome agudo obstruído por hérnia epigástrica encarcerada e a indicação é cirúrgica.
- C) Abdome agudo obstruído com pneumatose intestinal e a conduta é laparotomia exploradora com enterectomia.
- D) Abdome agudo obstruído com sinais de distensão de cólon e a conduta é SNG aberta, jejum e hidratação.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão com imagem não é muito comum no ENAMED, mas vamos treinar. Paciente com quadro de distensão abdominal, náuseas e vômitos biliosos e ausência de evacuações e flatos há 4 dias. Diagnóstico de abdome agudo obstruído - apesar de faltar o toque retal. Agora, para matar o resto da questão, precisa interpretar a TC de abdome.



Nas tomografias, podemos ver uma hérnia com alças intestinais. Note que uma das alças parece dilatada e a outra alça parece colabada.



Pronto, a causa da obstrução intestinal é uma hérnia encarcerada. O próximo passo é avaliar se há sinais de sofrimento de alça como pneumatose intestinal ou sinais de perfuração intestinal com líquido livre, o que não parece haver nesse caso.

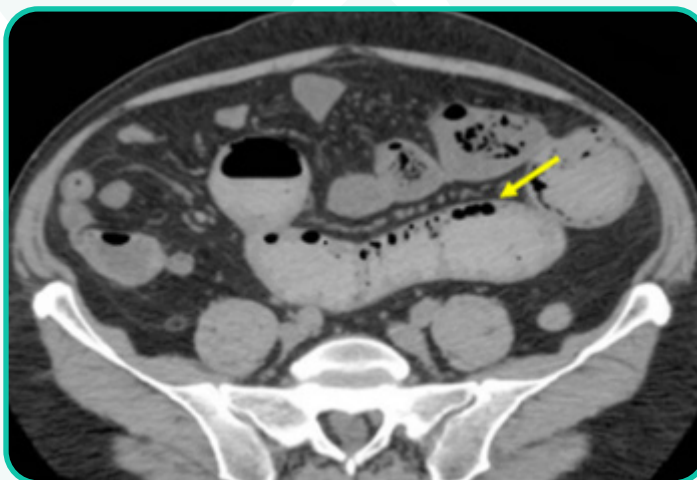


Foto de outro caso com pneumatose intestinal.

Assim, só resta nossa conduta, que nesse caso é cirúrgica.

Incorreta a alternativa A. AAO secundário a brida está atrelado a cirurgias abdominais prévias e o tratamento pode ser conservador por até 48 horas com SNG, jejum e hidratação se não houver sinais de obstrução.

Correta a alternativa B. AAO secundário à hérnia encarcerada e a conduta é cirúrgica.

Incorreta a alternativa C. Até acerta o diagnóstico, mas, na nossa tomografia, não ficam claros sinais de sofrimento de alça ou perfuração intestinal. Além disso, ao exame físico, o DB é negativo.

Incorreta a alternativa D. Acerta o diagnóstico, mas, na TC de abdome, observamos dilatação de alças de delgado. Lembre-se de que dilatação de cólon normalmente está evidenciada nas regiões periféricas da imagem, em moldura de quadro.

Gabarito: B

40. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Lactente de 11 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, é levado ao pronto-socorro por apresentar vômitos repetidos há 48 horas e redução importante da aceitação alimentar. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, hipoativo, com sinais de desidratação. Apresenta FC de 162 bpm, FR de 52 irpm e tempo de enchimento capilar de 3 segundos. A ausculta cardiopulmonar não mostra alterações, e o abdome é globoso, flácido e indolor, sem visceromegalias palpáveis. Os exames laboratoriais evidenciam gasometria com pH de 7,25, pCO₂ de 31 mmHg, bicarbonato de 16 mEq/L e BE -6, além de distúrbios hidroeletrólíticos com sódio sérico de 125 mEq/L e potássio de 6,8 mEq/L. Diante do conjunto de achados clínicos e laboratoriais, assinale a alternativa correta em relação à conduta inicial diante da sua principal hipótese diagnóstica.

- A) Priorizar a correção da hiponatremia com solução hipertônica e aguardar confirmação diagnóstica antes de iniciar corticosteroide.
- B) Iniciar imediatamente expansão volêmica com solução isotônica, administrar hidrocortisona intravenosa em dose de estresse e tratar a hipercalemia conforme a gravidade.
- C) Restringir a oferta de sódio, iniciar furosemida para correção da hipercalemia e postergar o uso de corticosteroide até estabilização hemodinâmica.
- D) Iniciar fludrocortisona por via oral como medida isolada e observar resposta clínica antes de outras intervenções.

COMENTÁRIOS:

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA

Olá, Estrategista! Estamos diante de um lactente de 11 dias de vida com um quadro clínico bastante sugestivo e que precisa ser reconhecido rapidamente para evitar complicações graves. Vamos entender o que está acontecendo aqui: o bebê apresenta vômitos, desidratação, hiponatremia (Na: 125 mEq/L) e hipercalemia (K: 6,8 mEq/L) - essa combinação de distúrbios hidroeletrólíticos é praticamente patognomônica de **insuficiência adrenal**. Quando isso ocorre no período neonatal/lactente jovem, pensamos principalmente em **hiperplasia adrenal congênita (HAC)**, especialmente na forma perdedora de sal (deficiência de 21-hidroxilase). A HAC perdedora de sal é a forma mais comum e grave de HAC. Ela ocorre por deficiência da enzima 21-hidroxilase, levando a:

- **Deficiência de cortisol** → não há *feedback* negativo no eixo HHA → aumento de ACTH → hiperestimulação das vias androgênicas.
- **Deficiência de aldosterona** → perda urinária de sódio e retenção de potássio → hiponatremia + hipercalemia + desidratação.

Os sinais clínicos clássicos incluem:

- desidratação com choque hipovolêmico;
- vômitos;
- perda ponderal;
- hipoatividade
- início dos sintomas geralmente entre 7-14 dias de vida.

ATENÇÃO: a tríade laboratorial **hiponatremia + hipercalemia + acidose metabólica em um neonato com desidratação deve fazer você pensar IMEDIATAMENTE em HAC perdedora de sal!**

Manifestações adicionais que podem estar presentes:

- Em meninas: virilização da genitália externa (clitoromegalia, fusão labial).
- Em meninos: pode haver hiperpigmentação genital, mas genitália geralmente normal → diagnóstico mais tardio.
- Hipoglicemia (pela deficiência de cortisol).

O tratamento da crise adrenal é uma EMERGÊNCIA e deve ser iniciado imediatamente, mesmo antes da confirmação diagnóstica definitiva. O manejo envolve três pilares fundamentais:

1. Reposição volêmica agressiva: solução salina isotônica (SF 0,9%) 20 mL/kg em bólus. Pode ser necessário repetir conforme resposta clínica, mas o objetivo é restaurar a perfusão tecidual e corrigir o choque hipovolêmico.

2. Reposição de glicocorticoide:

- **Hidrocortisona IV** é a droga de escolha em dose de estresse: 50-100 mg/m².
- Deve ser administrada IMEDIATAMENTE, sem aguardar confirmação diagnóstica.

3. Tratamento da hipercalemia:

- K⁺ > 6,5 mEq/L exige tratamento imediato.
- Medidas conforme gravidade:
 - **Gluconato de cálcio 10% (estabilização de membrana cardíaca)**
 - Insulina regular + glicose (redistribuição intracelular)
 - Salbutamol inalatório (redistribuição intracelular)
 - Resina de troca iônica (eliminação)

ATENÇÃO: NÃO use furosemida na crise adrenal! Isso agravaria a desidratação e a perda de sódio. A hipercalemia aqui é por deficiência de aldosterona, não por sobrecarga de volume!

A hiponatremia será corrigida gradualmente com a reposição volêmica e a correção da deficiência de mineralocorticoide, não sendo necessária solução hipertônica na maioria dos casos (reservada para hiponatremia sintomática grave com convulsões).

Após estabilização, vamos adicionar fludrocortisona (mineralocorticoide) quando via oral estiver viável e realizar a investigação diagnóstica, com dosagem da 17-OH-progesterona (marcadamente elevada na deficiência de 21-hidroxilase). Se ambiguidade genital, também está indicada a realização de cariótipo e, é claro, avaliação do endocrinologista pediátrico. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A correção da hiponatremia com solução hipertônica não é a prioridade aqui. A hiponatremia é secundária à perda renal de sódio pela deficiência de aldosterona e será corrigida com a reposição volêmica adequada. Além disso, **NÃO devemos aguardar confirmação diagnóstica** para iniciar o corticosteroide - a crise adrenal é uma emergência e o tratamento deve ser iniciado imediatamente baseado na suspeita clínica.

Correta a alternativa B. Expansão volêmica vigorosa com SF 0,9%, hidrocortisona IV em dose de estresse e tratamento da hipercalemia (que está em nível grave com K⁺ 6,8 mEq/L) são os três pilares do manejo inicial da crise adrenal. Tudo deve ser feito simultaneamente, sem aguardar confirmação diagnóstica.

Incorreta a alternativa C. Restringir sódio e usar furosemida seria CATASTRÓFICO nesse paciente! Ele já está desidratado e com depleção de sódio pela perda renal. A furosemida agravaria ainda mais a desidratação e a perda de sódio. Além disso, postergar o corticosteroide pode ser fatal - a crise adrenal é uma emergência que exige tratamento imediato.

Incorreta a alternativa D. A fludrocortisona isolada não é suficiente nesse momento. O paciente precisa de GLICOCORTICOIDE (hidrocortisona) em dose de estresse para tratar a crise adrenal aguda, além de reposição volêmica. A fludrocortisona será adicionada posteriormente, quando a via oral estiver viável, para manutenção da reposição mineralocorticoide.

Gabarito: B

41. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Hepatologia - Prof. Élio Castro) Uma mulher de 58 anos com diagnóstico recente de linfoma não Hodgkin será submetida a quimioterapia com esquema contendo rituximabe. Refere história remota de “hepatite” na juventude, sem documentação. Está assintomática. Exames laboratoriais atuais:

- HBsAg: negativo
- Anti-HBs: 42 mUI/mL
- Anti-HBc total: positivo
- Anti-HBc IgM: negativo
- ALT: normal
- HBV-DNA não detectável.

Com base nesse perfil e no contexto clínico, assinale a alternativa correta.

- A) O perfil é compatível com imunidade vacinal, e não há risco de reativação viral durante a quimioterapia.
- B) Trata-se de infecção crônica inativa pelo HBV, sendo necessária apenas monitorização trimestral de transaminases.
- C) O perfil é compatível com infecção passada resolvida pelo HBV, porém há risco de reativação com imunossupressão intensa, sendo indicada profilaxia antiviral.
- D) A ausência de HBsAg e de HBV-DNA exclui completamente risco de reativação viral, não sendo necessária conduta específica.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, aqui não basta saber o significado isolado de cada marcador. A questão exige que você integre sorologia com contexto clínico — e isso é o que costuma diferenciar quem domina o tema de quem apenas decorou marcadores.

Temos uma paciente com:

- HBsAg negativo
- Anti-HBs positivo
- Anti-HBc total positivo
- IgM negativo
- DNA indetectável

Esse perfil sugere infecção passada resolvida, não imunidade vacinal, pois o anti-HBc está positivo. Até aqui, nada de extraordinário. O ponto-chave da questão é o contexto: uso de rituximabe, um agente anti-CD20 associado a alto risco de reativação do HBV, inclusive em pacientes HBsAg negativos e anti-HBc positivos.

Portanto, a pergunta não é apenas “qual é o diagnóstico sorológico”, mas sim: qual é a conduta diante desse perfil em imunossupressão intensa? Com esse raciocínio estruturado, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Imunidade vacinal apresenta HBsAg negativo, anti-HBs positivo e anti-HBc negativo. A presença de anti-HBc total positivo indica exposição prévia ao vírus, portanto não é imunidade vacinal. Além disso, mesmo que fosse infecção passada resolvida, o risco de reativação não é zero, já que a paciente vai usar uma droga que provoca imunossupressão intensa (rituximabe).

Incorreta a alternativa B. Infecção crônica exige HBsAg positivo por mais de seis meses. Aqui o HBsAg está negativo. Logo, não se trata de infecção crônica inativa.

Correta a alternativa C. O perfil é compatível com infecção passada resolvida pelo HBV. Entretanto, pacientes HBsAg negativos e anti-HBc positivos apresentam risco de reativação viral quando submetidos a imunossupressão potente, especialmente com anti-CD20 como rituximabe. Diretrizes nacionais e internacionais recomendam:

Profilaxia antiviral (tenofovir ou entecavir), como início antes da imunossupressão.

Manutenção da profilaxia por período prolongado, mesmo após o término da quimioterapia.

Portanto, mesmo com DNA indetectável, a profilaxia é indicada nesse cenário.

Incorreta a alternativa D. A ausência de HBsAg e HBV-DNA detectável não exclui risco de reativação. Os fragmentos do vírus podem persistir em forma latente nos hepatócitos (cccDNA), sendo reativados sob imunossupressão intensa, situação em que o indivíduo pode perder o anti-HBs.

Gabarito: C

42. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira) Mulher de 43 anos de idade procura atendimento com queixa de dor e limitação da movimentação em articulações das mãos e joelho direito há 2 meses, principalmente após repouso prolongado e melhorando com a movimentação. Há 3 dias, iniciou dor, inchaço e vermelhidão no 3º pododáctilo à esquerda sem histórico de trauma local. Nega antecedentes. Seu exame físico mostra dor à palpação de 2ª a 5ª interfalangeanas distais de ambas as mãos, dor, edema e calor discretos em joelho direito, edema e eritema em toda a extensão do terceiro pododáctilo esquerdo e presença de lesões distróficas e pitting nas unhas das mãos e pés. Com base no caso clínico descrito acima, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Artrite reumatoide.
- B) Artrite psoriásica.
- C) Osteoartrite concomitante a uma onicomicose.
- D) Gota.

COMENTÁRIOS:

Nosso caso clínico envolve uma mulher adulta apresentando lesões ungueais compatíveis com psoríase (onicodistrofia e *pitting*) com histórico de queixas articulares crônicas de caráter inflamatório (melhora com movimento, piora ao repouso) e que há 3 dias evoluiu com achados inflamatórios compatíveis com uma dactilite em dedo do pé esquerdo. Ou seja, quadro clínico altamente sugestivo de artrite psoriásica (APs).

Incorreta a alternativa A: a artrite reumatoide cursa, classicamente, com uma poliartrite crônica e simétrica de pequenas e grandes articulações que poupa interfalangeanas distais. Não se esqueça disso. No mais, não está associada à dactilite e às lesões ungueais descritas.

Correta a alternativa B: a APs é uma espondiloartrite que ocorre em cerca de 1/3 dos pacientes com psoríase, acomete homens e mulheres de forma semelhante e inicia-se, em geral, entre os 20 e 50 anos, ainda que possa ocorrer em qualquer faixa etária. É relacionada a todas as formas cutâneas da psoríase e, também, ao acometimento ungueal com lesões típicas, como *pitting* (pequenas depressões puntiformes nas unhas), onicólise, mancha de óleo, hiperqueratose, dentre outras. Em 70% dos casos, a psoríase antecede a artrite, mas em 15% dos pacientes podem surgir concomitantemente. Nos outros 15% restantes, as lesões cutâneas surgem apenas após a artrite, o que é mais frequente em crianças do que em adultos e dificulta muito seu diagnóstico.

É uma doença muito heterogênea em sua apresentação clínica, mas, inicialmente, a maioria dos pacientes apresenta o padrão mais associado às espondiloartrites, de caráter oligoarticular e assimétrico. Com a evolução do quadro, a maioria dos pacientes evolui para uma poliartrite assimétrica ou simétrica de pequenas e grandes articulações, semelhante ao padrão encontrado na artrite reumatoide. Por isso, cabe destacar o envolvimento das interfalangeanas distais tão característico da APs. Também pode cursar com entesite, sacroileíte e espondilite, especialmente em pacientes que possuem o alelo HLA-B27. Por fim, a dactilite decorre de tenossinovite dos tendões flexores dos dedos e é caracterizada por edema difuso em toda a extensão de dedos das mãos e dos pés, dando o aspecto de “dedo em salsicha”. Essa é a espondiloartrite na qual ela ocorre com maior frequência, em torno de 40% dos pacientes.

Incorreta a alternativa C: ainda que a osteoartrite de mãos possa acometer interfalangeanas distais e proximais e cursar com sinais flogísticos discretos em joelhos, cursa com dor de características mecânicas, ou seja, que piora com a movimentação/sobrecarga e melhora com o repouso. Além disso, não está associada à dactilite e mesmo que uma onicomicose pudesse justificar as alterações distróficas nas unhas, não temos associação direta com o *pitting*.

Incorreta a alternativa D: a gota é uma artropatia inflamatória com claro predomínio no sexo masculino e que acomete mulheres após a menopausa. Além de não termos epidemiologia esperada, o quadro clínico é diferente, cursando inicialmente com surtos de artrite aguda com claro predomínio em articulações dos membros inferiores, seguidos por período assintomático. No mais, não justifica as lesões ungueais e é causa incomum de dactilite.

Gabarito: B

43. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Em relação ao questionário CAGE, marque a alternativa correta.

- A) Utiliza cinco perguntas para avaliação do uso de nicotina.
- B) A letra “C” significa *crise* e avalia se o paciente está intoxicado agudamente.
- C) Duas ou mais respostas positivas indicam uso abusivo de álcool.
- D) O CAGE não é amplamente utilizado, uma vez que o AUDIT é mais objetivo, sensível e específico.

COMENTÁRIOS:

O questionário **CAGE** é uma ferramenta rápida de rastreio de problemas relacionados ao álcool. É composto de 4 perguntas:

1. Você já tentou diminuir ou cortar (“*cut down*”) a bebida?
2. Você já ficou incomodado ou irritado (“*annoyed*”) com outros por que criticaram seu jeito de beber?
3. Você já se sentiu culpado (“*guilty*”) por causa do seu jeito de beber?
4. Você já teve que beber para aliviar os nervos ou reduzir os efeitos de uma ressaca (“*eye-opener*”)?

A presença de duas ou mais respostas afirmativas sugere problemas relacionados ao uso de álcool, com sensibilidade superior a 80%.

Incorreta a alternativa A: são 4 perguntas sobre uso de álcool.

Incorreta a alternativa B: a letra “C” questiona sobre tentativa de cessar o uso.

Correta a alternativa C: duas ou mais questões respondidas positivamente indicam problemas relacionados ao uso de álcool. Contudo, ressalta-se que não é uma ferramenta diagnóstica, pois o diagnóstico deve ser alvo de avaliação personalizada, a partir de um rastreio positivo.

Incorreta a alternativa D: o questionário CAGE é amplamente utilizado na prática clínica, devido a sua rapidez e praticidade, aliadas a boas sensibilidade e especificidade. O questionário AUDIT, que também rastreia problemas relacionados ao uso de álcool, por sua vez, é composto por 10 perguntas, sendo mais demorada sua aplicação, com sensibilidade e especificidade semelhantes com o CAGE. Observe ainda que o AUDIT é um questionário mais complexo, composto por 10 perguntas, contudo, além de rastrear, estratifica o resultado e fornece uma devida orientação:

Resultado AUDIT	Nível de Risco	Problema	Intervenção Preconizada
0-7	Baixo	Abstinência/baixo risco	Informação/Educação
8-15	Baixo-Moderado	Consumo de risco	Orientação
16-19	Moderado	Consumo nocivo	Orientação/Intervenção breve/monitoramento
20-40	Alto	Provável dependência	Encaminhar para cuidados especializados

Gabarito: C

44. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 23 anos, previamente hígido, procura o PS com dor abdominal há 24 horas. Refere início periumbilical, com migração para fossa ilíaca direita há cerca de 12 horas, associada a náuseas e um episódio de vômito. Ao exame: T = 37,9 °C, FC = 96 bpm, PA = 120/75 mmHg. Abdome com dor à palpação profunda em FID, com defesa localizada e sinal de Blumberg positivo. Leucócitos: 14.800/mm³ com desvio à esquerda.

Qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Solicitar tomografia de abdome com contraste antes de qualquer intervenção.
- B) Iniciar antibiótico venoso e indicar apendicectomia.
- C) Liberar com analgesia e orientar retorno em 12 horas.
- D) Solicitar ultrassonografia de abdome total para confirmação diagnóstica.

COMENTÁRIOS:

Questão simples também cai, galera. Paciente jovem, sem fatores de risco, com dor abdominal periumbilical que migra para fossa ilíaca direita. Associada a febre, leucocitose com desvio à esquerda e náuseas e vômitos. O que o examinador descreveu aqui foram os critérios de Alvarado:

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

Interpretação dos critérios de Alvarado

- 0-3 pontos: apendicite pouco provável, investigar outras patologias;
- ≥ 4: provável apendicite = solicitar exame de imagem se necessário;
- ≥ 7: alto risco de apendicite = cirurgia. Solicitar exame de imagem se necessário (mulheres, idosos, imunocomprometidos, gestantes).

Incorreta a alternativa A. A TC é excelente quando há dúvida diagnóstica, apresentação atípica ou pacientes com maior risco de diagnóstico alternativo (idosos, mulheres, obesos). Aqui o quadro é típico e a TC só atrasaria o tratamento, sem ganho relevante de acurácia.

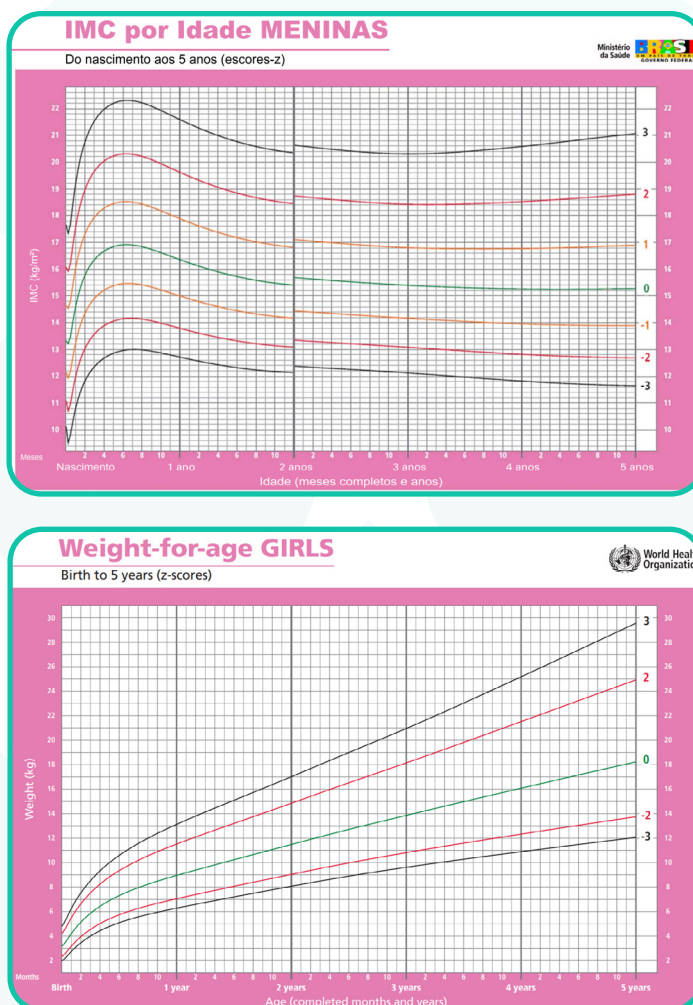
Correta a alternativa B. Conforme revisamos os critérios de Alvarado, paciente com pontuação ≥ 7 sem fatores confundidores. Indicação cirúrgica. Claro que, nos dias atuais, com a facilidade de acesso, podemos realizar a tomografia, mas ela dificilmente mudará nossa conduta. Além disso, a princípio, a via cirúrgica de escolha é a videolaparoscópica. Se optarmos pela via aberta, podemos realizar incisão de Rock Davis ou Mcburney.

Incorreta a alternativa C. O paciente tem sinais clínicos e laboratoriais compatíveis com apendicite, inclusive sinais de irritação peritoneal localizada. Alta nesse contexto aumenta risco de perfuração, abscesso e sepse.

Incorreta a alternativa D. A US pode ser útil, especialmente em crianças, gestantes e mulheres em idade fértil, mas, em adulto jovem, com quadro clínico clássico, ela não muda a conduta e pode atrasar o tratamento definitivo. Por exemplo, se o US fosse negativo, você daria alta para esse paciente?

Gabarito: B

45.(Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Ruth, 3 anos e 6 meses, comparece em consulta de puericultura para avaliação de rotina. Tem desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. A estatura aferida é de 104 cm e peso de 21,6 kg.



Qual é o diagnóstico nutricional mais adequado de Ruth?

- A) Risco de sobrepeso e peso elevado para a idade.
- B) Eutrofia e peso adequado para a idade.
- C) Sobrepeso e peso elevado para a idade.
- D) Obesidade e peso elevado para a idade.

COMENTÁRIOS:

Para a avaliação do desenvolvimento antropométrico das crianças, utilizamos curvas confeccionadas pela Organização Mundial da Saúde. Essas curvas são baseadas em dados coletados de crianças de diferentes regiões e populações do mundo, fornecendo uma referência sobre o que é considerado “normal”.

A faixa de normalidade pode ser representada por percentis ou pelo Z-score (mais utilizado em provas), que corresponde ao número de desvios-padrão em relação à média da população de referência.

A primeira curva é a de **PESO PARA A IDADE**. Ela está padronizada até os 10 anos de idade, porém sua utilidade é maior em crianças menores de 2 anos, nas quais o ganho de peso depende quase exclusivamente de fatores nutricionais:

PESO PARA A IDADE (mais utilizado em < 2 anos)	
Z-score > +2	Peso elevado para a idade
Z-score ≥ -2 e $\leq +2$	Peso adequado para a idade
Z-score ≥ -3 e < -2	Peso baixo para a idade
Z-score < -3	Peso muito baixo para a idade

A segunda curva é a do **IMC PARA A IDADE**. O **IMC (índice de massa corporal)** é uma relação dada por $IMC = kg/m^2$, e é utilizada para diagnóstico de obesidade infantil e/ou desnutrição. Apesar disso, sua principal validação é para estudos populacionais, já que o índice não considera a composição corporal individual.

É importante lembrar que a interpretação do IMC varia conforme a idade: os critérios diagnósticos de obesidade diferem em crianças **menores de 5 anos** e em crianças **maiores de 5 anos**, para evitar intervenções excessivas (como dietas restritivas) que possam comprometer o crescimento e o desenvolvimento.

! ATENÇÃO: a faixa de normalidade é Z-score -2 até +1, não -2 até +2, ok?

Z-score	0 até 5 anos incompletos	5 a 20 anos incompletos
> +3	Obesidade	Obesidade grave
> +2 e $\leq +3$	Sobrepeso	Obesidade
> +1 e $\leq +2$	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
≥ -2 e $\leq +1$	Eutrofia	
≥ -3 e < -2	Magreza	
< -3	Magreza acentuada	

Menores de 5 anos	> escore-Z +3
Crianças de 5 anos ou mais	> escore-Z +2

Por fim, temos a avaliação da **ESTATURA**. Não nos preocupamos muito com uma estatura > +2, pois raramente isso prediz um problema:

ESTATURA PARA A IDADE	
Z-score ≥ -2	Estatura adequada para a idade
Z-score ≥ -3 e < -2	Baixa estatura para a idade
Z-score < -3	Muito baixa estatura para a idade

Ah, e claro: associação de baixa estatura com magreza nos faz pensar em **desnutrição crônica**, ok?

Além disso, não basta que a criança esteja dentro da faixa de **Z-score de eutrofia**.

É fundamental avaliar se ela mantém-se no mesmo “canal” de crescimento, ou seja, se acompanha de forma consistente a mesma linha de Z-score ao longo do tempo. Alterações bruscas de canal em curtos intervalos podem indicar problemas nutricionais ou de saúde. As curvas de crescimento devem, idealmente, acompanhar paralelamente uma das linhas de Z-score, refletindo um desenvolvimento estável.

Voltando para nossa questão...

Ruth tem 1,04 metro de estatura e pesa 21,6 kg. Pelas curvas, temos o seguinte:

- **Peso para a idade:** Z-score está acima do +2. Isso configura peso elevado para a idade.
- **IMC para a idade:** IMC é igual a kg/m^2 . Temos, então: $21,6 / 1,04^2 = 19,98 \text{ kg/m}^2$.
- Isso a coloca entre o Z-score +2 e +3. Como ela tem menos de 5 anos de idade, isso configura **sobrepeso**.

Portanto, correta a **alternativa C!**

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Seria o caso se IMC estivesse entre +1 e +2.

Incorreta a alternativa B. Seria o caso se o IMC estivesse entre +1 e -2, e o peso para a idade entre -2 e +2.

Correta a alternativa C!

Incorreta a alternativa D. Se Ruth fosse > 5 anos, essa seria a alternativa correta. Lembre-se de que somos mais cautelosos ao firmar diagnóstico de obesidade em crianças muito jovens. O intuito é evitar terapias agressivas de perda de peso, que podem prejudicar o crescimento e desenvolvimento da criança.

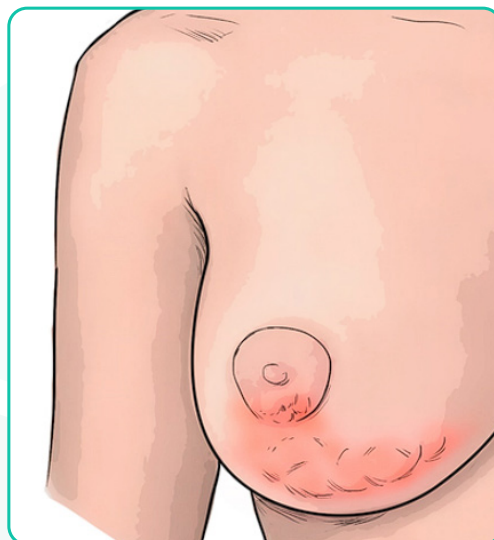
Gabarito: C

46. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Puérpera em sétimo dia pós cesariana, vem ao pronto-socorro com queixa de febre de 38,5 graus e mal-estar. A paciente apresenta dor leve à palpação de ferida operatória, que se encontra limpa e seca. O útero está bem contraído e a loquiação está com aspecto fusco em pequena quantidade. As mamas encontram-se ingurgitadas bilateralmente e, na mama esquerda, há a presença de fissuras com hiperemia e dor local, sem pontos de flutuação ou massas palpáveis. Qual é a conduta mais adequada nesse momento?

- A) Internar a paciente para antibioticoterapia endovenosa com clindamicina e gentamicina.
- B) Prescrever cefalexina e orientar a manutenção do aleitamento materno.
- C) Prescrever o uso de anti-inflamatórios e compressas geladas nas mamas.
- D) Suspender a amamentação e prescrever clindamicina por via oral.

COMENTÁRIOS:

A **mastite puerperal** é um processo inflamatório associado à amamentação que pode ser infeccioso ou não. Quando infeccioso, o *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* são os principais agentes associados ao quadro. Sua incidência é bastante variável, entre 3% e 32%, e apresenta-se como uma causa comum de febre mais tardia relacionada ao período pós-parto, que ocorre geralmente **duas a três semanas** após o parto.



Os examinadores gostam de avaliar se você conhece as repercussões desse quadro para a amamentação. Apenas para aguçar sua curiosidade, é sempre importante lembrar que são poucas as situações que contraindicam a amamentação e geralmente manteremos o incentivo à amamentação mesmo diante do diagnóstico de mastite.

O tratamento inclui antibiótico, esvaziamento mamário e drenagem de abscesso. Os antibióticos utilizados são doxiciclina ou cefalosporina por 7 a 14 dias.

Incorreta a alternativa A, pois a paciente não tem sinais de endometrite.

Correta a alternativa B, pois essa é a conduta adequada na mastite.

Incorreta a alternativa C, pois é obrigatório o uso de antibióticos em uma mastite.

Incorreta a alternativa D, pois a amamentação deve ser mantida.

Gabarito: B

47. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 36 anos de idade, procura a UBS porque está preocupada em fazer a mamografia para prevenir o câncer de mama. Deseja começar o rastreamento o quanto antes porque refere que sua mãe teve o diagnóstico da doença com 46 anos de idade e faleceu com 49 anos de idade. Sem queixas no momento. Exame físico mamário sem nódulos ou espessamentos. Axilas livres.

Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- A) Deve-se realizar exame físico mamário e ultrassonografia anualmente com o mastologista. Iniciar a mamografia aos 50 anos de idade.
- B) Iniciar rastreamento mamográfico aos 40 anos de idade, a cada 2 anos, já que se trata de paciente de alto risco.
- C) Solicitar a mamografia anualmente para a paciente a partir de agora. Associar a ressonância magnética para seu rastreamento.
- D) Seguimento anual com o mastologista e rastreamento anual com ressonância magnética. Iniciar a mamografia aos 40 anos de idade.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre o rastreamento do câncer de mama nas mulheres de alto risco. Veja a tabela a seguir:

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

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

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque se deve iniciar a mamografia aos 36 anos de idade da paciente, ou seja, 10 anos antes do diagnóstico da sua mãe. Além disso, a ultrassonografia não é o exame de rastreamento do câncer de mama, e sim um exame complementar.

Incorreta a alternativa B, porque se trata de paciente de alto risco, portanto deve-se iniciar seu rastreamento antes dos 40 anos (nesse caso).

Correta a alternativa C: essa é a conduta indicada para o rastreamento dessa paciente de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

Incorreta a alternativa D, porque o rastreamento das mulheres de alto risco deve ser realizado com a mamografia associada a ressonância magnética.

Gabarito: C

48. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Um lactente de 10 meses de idade é trazido ao pronto-socorro após episódio de engasgo em casa, seguido de cianose e perda de responsividade. Na admissão, encontra-se inconsciente, sem movimentos respiratórios efetivos e sem pulso palpável. O monitor cardíaco evidencia ritmo não chocável, compatível com assistolia. A equipe de emergência está completa e com acesso venoso periférico já obtido. De acordo com as diretrizes atuais de reanimação cardiopulmonar em pediatria, assinale a alternativa que descreve a conduta inicial mais adequada nesse cenário.

- A) Administrar epinefrina o mais precocemente possível e iniciar reanimação cardiopulmonar por ciclos de 2 minutos, com relação compressão-ventilação de 15:2, frequência de compressões de 100 a 120 por minuto e profundidade de pelo menos 4 cm.
- B) Iniciar reanimação cardiopulmonar por 2 minutos com relação compressão-ventilação de 15:2 e, apenas após esse período, administrar epinefrina se a assistolia persistir.
- C) Administrar epinefrina imediatamente e iniciar reanimação cardiopulmonar por 2 minutos com relação compressão-ventilação de 30:2, visto que há apenas um socorrista disponível no momento.
- D) Iniciar reanimação cardiopulmonar por 2 minutos com relação compressão-ventilação de 30:2 e, na ausência de retorno da circulação espontânea, administrar epinefrina e amiodarona simultaneamente.

COMENTÁRIOS:

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Olá, Coruja! A parada cardiorrespiratória (PCR) em pediatria é um evento dramático e infelizmente associado à alta morbimortalidade. Diferentemente dos adultos, em quem a causa mais comum de PCR é cardíaca (arritmias), em crianças, a principal causa é **respiratória** - exatamente como nesse caso, em que houve um episódio de engasgo (obstrução de via aérea por corpo estranho) que evoluiu para PCR. Esse detalhe fisiopatológico é fundamental para entender as diretrizes de reanimação pediátrica.

Na criança, a sequência típica é:

1. **Evento hipóxico** (engasgo, broncoaspiração, afogamento, pneumonia grave etc.).
2. **Hipoxemia progressiva** → bradicardia.
3. **PCR em assistolia ou AESP** (atividade elétrica sem pulso).

Por isso, os ritmos "não chocáveis" (assistolia e AESP) **são os mais comuns em pediatria**, ao contrário dos adultos, em quem fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TV sem pulso), ritmos "chocáveis", predominam. Em pediatria, portanto, a prioridade é VENTILAR! A hipoxemia é o problema central, então ventilações de boa qualidade são cruciais para o sucesso da reanimação. Vamos revisar os pontos essenciais:

1. Relação compressão-ventilação:

- **1 socorrista:** 30:2 (30 compressões: 2 ventilações)
- **2 ou mais socorristas:** 15:2 (15 compressões: 2 ventilações)

No nosso caso, a equipe está completa, então usamos **15:2**.

2. Qualidade das compressões:

- Frequência: 100-120/minuto
- Profundidade: pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax
 - Lactentes: ~4 cm
 - Crianças: ~5 cm

- Permitir retorno completo do tórax
- Minimizar interrupções (< 10 segundos)

3. Ventilação:

- Frequência: 1 ventilação a cada 2-3 segundos (20-30/min) *quando há via aérea avançada*
- ANTES da via aérea avançada: seguir relação 15:2 (2 ventilações após cada 15 compressões)
- Evitar hiperventilação!

4. Medicamentos - epinefrina:

Aqui está o ponto crucial da questão! A epinefrina é a droga vasopressora de escolha na PCR, mas o **timing de administração difere** entre ritmos chocáveis e não chocáveis:

Ritmos NÃO chocáveis (assistolia/AESP):

- Administrar epinefrina **o mais precocemente possível**.
- Dose: 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:10.000) - dose máxima 1 mg.
- Via IV/IO preferencial.
- Repetir a cada 3-5 minutos.

Ritmos chocáveis (FV/TV sem pulso):

- Administrar epinefrina **após o 2º choque** (se persistir o ritmo chocável).
- Prioridade inicial é a desfibrilação.

Vamos analisar nossas alternativas:

Correta a alternativa A. Em ritmo não chocável (assistolia/AESP), a epinefrina deve ser administrada o mais precocemente possível. Com equipe completa (2 ou mais socorristas), utilizamos relação 15:2. A frequência de compressões é 100-120/min e a profundidade em lactentes deve ser de pelo menos 1/3 do diâmetro AP do tórax (~4 cm). Ciclos de 2 minutos com reavaliação do ritmo são o padrão.

Incorreta a alternativa B. Aguardar 2 minutos para administrar epinefrina seria o protocolo antigo ou aplicável apenas a ritmos chocáveis (em que priorizamos o choque). Em assistolia/AESP, a epinefrina deve ser dada imediatamente.

Incorreta a alternativa C. O enunciado deixa claro que "a equipe de emergência está completa", portanto não se trata de um único socorrista. Com 2 ou mais socorristas, usa-se 15:2, não 30:2.

Incorreta a alternativa D. Além do erro na relação 30:2 (deveria ser 15:2 com equipe completa), a amiodarona NÃO é indicada em ritmo não chocável. A amiodarona é reservada para FV/TV sem pulso refratária (ritmos chocáveis), após o 3º choque.

Gabarito: A

49. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Durante uma laparotomia por perfuração de cólon com contaminação fecal importante, o cirurgião precisa escolher o fio para síntese da aponeurose. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável, porém com peritonite difusa e alto risco de infecção de ferida operatória.

Qual é o fio **mais adequado** para o fechamento da aponeurose nesse cenário?

- A) Poliglactina 910 (Vicryl®) 0.
- B) Polidioxanona (PDS®) 0.
- C) Seda 0.
- D) Catgut cromado 0;

COMENTÁRIOS:

Estrategista, questões de fios, materiais cirúrgicos e preparo pré-operatório tendem a cair no ENAMED. Aqui a pegadinha é lembrar que **a aponeurose precisa de suporte de longa duração**, porque a recuperação da resistência da fáscia é lenta, e que estamos em um **campo contaminado**. Então, eu quero um fio **absorvível de longa duração, monofilamentar e com baixa capilaridade**, para reduzir risco de infecção e de deiscência. O PDS entrega exatamente isso: mantém resistência por semanas, é monofilamentar e tem melhor perfil em campo contaminado quando comparado a fios multifilamentares ou naturais.

FIOS DE SUTURA INABSORVÍVEIS		
Monofilamentar	Multifilamentar	Misto
Ethilon® (nylon - poliamida)	Seda	Nurolon®
Dermalon® (nylon - poliamida)	Ethibond® (poliéster revestido com polibutilato)	
Prolene® (polipropileno)	Algodão	
Novafil® (polibutester)	Mersilene® (poliéster)	
Aço		
FIOS DE SUTURA ABSORVÍVEIS		
Monofilamentar		Multifilamentar
Monocryl® (glicolida+épsilon-caprolactona)		Catgut (fibra natural)
PDS® (polidioxanona)		Vicryl® (poliglactina)
Maxon® (poligliconato)		Dexon® (poliglicólico)

Incorreta a alternativa A. Apesar de absorvível e sintética, é **multifilamentar** e perde resistência relativamente rápido. Para aponeurose, especialmente em cenário contaminado, aumenta risco de infecção e de hérnia por menor suporte tensional ao longo do tempo.

Correta a alternativa B. O PDS é o padrão-ouro para fechamento de aponeurose, porém pouco presente na prática pelo seu valor.

Incorreta a alternativa C. É fio natural, não absorvível, multifilamentar e com alta capilaridade, associado a maior reação inflamatória e maior risco de infecção. Não é indicado para fechamento de aponeurose, ainda mais em campo contaminado.

Incorreta a alternativa D Fio natural absorvível, com absorção imprevisível, intensa reação tecidual e rápida perda de resistência. É inadequado para estruturas que precisam de sustentação prolongada como a aponeurose, e ainda pior em contexto séptico.

Gabarito: B

50. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Gastroenterologia - Prof. Élio Castro) Uma mulher de 52 anos realiza tomografia abdominal por dor abdominal inespecífica, que evidencia lesão cística pancreática de 3,5 cm no corpo do pâncreas. Não há dilatação significativa do ducto pancreático principal. Considerando as características clínicas, radiológicas e laboratoriais das principais lesões císticas pancreáticas, assinale a alternativa correta.

- A) O cistoadenoma seroso microcístico é mais comum em mulheres, localiza-se preferencialmente na cabeça pancreática, apresenta comunicação com o ducto pancreático principal e níveis elevados de CEA no líquido cístico.
- B) O cistoadenoma mucinoso ocorre tipicamente em mulheres de meia-idade, localiza-se mais frequentemente em corpo e cauda pancreática, não se comunica com o ducto pancreático principal e apresenta CEA elevado no líquido cístico.
- C) O tumor sólido pseudopapilífero (tumor de Frantz) é mais comum em homens idosos, caracteriza-se por múltiplos pequenos cistos com cicatriz central estrelada e níveis baixos de CEA no líquido cístico.
- D) A neoplasia intraductal mucinosa papilífera (IPMN) de ducto principal raramente cursa com dilatação ductal significativa e não apresenta risco aumentado de transformação maligna.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, as lesões císticas pancreáticas não são um tema extremamente frequente nas provas, mas, quando aparecem, costumam gerar grande dificuldade justamente pela necessidade de integrar múltiplas características: perfil epidemiológico, localização pancreática, comunicação com o ducto principal, padrão radiológico e achados da punção.

É fundamental lembrar que a lesão cística pancreática mais comum no geral é o pseudocisto, responsável por cerca de 80% dos casos. Entretanto, quando falamos de neoplasias císticas, estamos tratando de um grupo menor, cerca de 15 a 20% das lesões císticas, que inclui basicamente:

- Neoplasia intraductal mucinosa papilífera (IPMN), ligada ao sistema ductal.
- Neoplasia cística mucinosa (MCN).
- Cistoadenoma seroso.
- Tumor sólido pseudopapilífero (tumor de Frantz).

O que você precisa dominar para não errar esse tipo de questão é:

- Principal grupo de risco (sexo e faixa etária).
- Localização típica no pâncreas.
- Comunicação ou não com o ducto pancreático.
- Características do líquido cístico.
- Conduta habitual.

A questão é uma excelente oportunidade para revisar sistematicamente essas diferenças. Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. O cistoadenoma seroso é uma lesão benigna, mais comum em mulheres, geralmente na sexta década de vida. Pode ocorrer em qualquer segmento pancreático, mas é relativamente frequente na cabeça.

Radiologicamente, caracteriza-se pelo padrão microcístico, com múltiplos pequenos cistos e, classicamente, pode apresentar cicatriz central estrelada com calcificação.

No líquido cístico, apresenta:

- CEA baixo.
- Amilase baixa.
- Líquido claro, seroso.

Ele não se comunica com o ducto pancreático principal, portanto a alternativa erra nesse ponto e, também, ao afirmar CEA elevado.

Correta a alternativa B. A neoplasia cística mucinosa (cistoadenoma mucinoso) ocorre tipicamente em mulheres de meia-idade, com predileção por corpo e cauda pancreática.

Não se comunica com o ducto pancreático principal.

No líquido cístico:

- CEA elevado.
- Amilase geralmente baixa.
- Conteúdo mucinoso.

Possui estroma ovariano característico no exame histológico e apresenta potencial de transformação maligna, motivo pelo qual frequentemente é indicada ressecção em pacientes elegíveis.

A alternativa reúne corretamente epidemiologia, localização, ausência de comunicação ductal e perfil bioquímico.

Incorreta a alternativa C. O tumor sólido pseudopapilífero (tumor de Frantz) é típico de **mulheres jovens**, não de homens idosos.

É uma lesão sólido-cística, frequentemente grande, com áreas de hemorragia e degeneração cística. Não apresenta padrão microcístico com cicatriz central, isso é característico do cistoadenoma seroso.

Apesar de comportamento geralmente indolente, trata-se de lesão com potencial maligno e a conduta usual é **ressecção cirúrgica**, não simples acompanhamento.

Incorreta a alternativa D. A IPMN de ducto principal caracteriza-se justamente por **dilatação significativa do ducto pancreático principal**, muitas vezes superior a 10 mm.

Além disso, apresenta **alto risco de transformação maligna**, sendo frequentemente indicação de ressecção quando envolve o ducto principal.

Portanto, a alternativa erra ao afirmar ausência de dilatação e baixo risco.

Gabarito: B

51. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Luiza, 11 anos, está em seguimento de puericultura, assintomática. Pela 3ª consulta consecutiva, apresentou PA aferida de 119 x 75 mmHg. Por conta de uma fratura na tíbia esquerda, está sedentária há cerca de 6 meses, período em que evoluiu com sobrepeso. A estatura aferida é de 1,47 m. Exames de laboratório evidenciam função renal preservada, sedimentos urinários sem alterações, discreto aumento do LDL. USG Doppler de artérias renais é normal, e ecocardiograma apresenta hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo.

Idade (anos)	Percentis da PA	Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)								Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	
10	Estatura (cm)	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8		129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8	
	P50	96	97	98	99	101	102	103		58	59	59	60	61	61	61	
	P90	109	110	111	112	113	115	116		72	73	73	73	73	73	73	
	P95	113	114	114	116	117	119	120		75	75	76	76	76	76	76	
	P95 + 12 mmHg	125	126	126	128	129	131	132		87	87	88	88	88	88	88	
11	Estatura (cm)	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160		135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160	
	P50	98	99	101	102	104	105	106		60	60	60	61	62	63	64	
	P90	111	112	113	114	116	118	120		74	74	74	74	74	75	75	
	P95	115	116	117	118	120	123	124		76	77	77	77	77	77	77	
	P95 + 12 mmHg	127	128	129	130	132	135	136		88	89	89	89	89	89	89	
12	Estatura (cm)	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4		142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4	
	P50	102	102	104	105	107	108	108		61	61	61	62	64	65	65	
	P90	114	115	116	118	120	122	122		75	75	75	75	76	76	76	
	P95	118	119	120	122	124	125	126		78	78	78	78	79	79	79	
	P95 + 12 mmHg	130	131	132	134	136	137	138		90	90	90	90	91	91	91	

Qual é a sua conduta, além de orientar mudanças no estilo de vida?

- A) Iniciar medicação anti-hipertensiva.
- B) Aguardar evolução, solicitando monitorização ambulatorial da pressão arterial.
- C) Iniciar medicação para dislipidemia.
- D) Solicitar fundoscopia antes de tomar condutas.

COMENTÁRIOS:

Essa questão aborda o diagnóstico e tratamento de hipertensão arterial sistêmica na pediatria.

Assim como nos adultos, a hipertensão arterial sistêmica pode ser primária (a mais comum nos idosos) ou **secundária** (doença renovascular, hiperaldosteronismo e outros distúrbios endocrinológicos, medicamentosa etc.).

Quanto mais jovem for a criança, maior a chance de **ser uma hipertensão secundária** (isto é, a criança "nasceu" com algum problema que aumenta a PA). No entanto, nas crianças mais velhas e adolescentes, com aumento de condições como sedentarismo e obesidade exógena, a hipertensão primária começa a se tornar a mais prevalente.

FAIXA ETÁRIA	CAUSAS
RECÉM-NASCIDOS	Trombose da artéria renal, estenose de artéria renal, malformações congênitas renais, coarctação de aorta, displasia broncopulmonar
LACTENTES – 6 ANOS	Doenças do parênquima renal, coarctação da aorta, estenose de artéria renal
6 A 10 ANOS	Estenose de artéria renal, doenças do parênquima renal, hipertensão primária
ADOLESCENTES	Hipertensão primária, doenças do parênquima renal

Lembre-se de que as crianças têm indicação de aferição de PA **anual** somente a partir dos três anos de idade, e a aferição antes dessa idade é reservada para crianças com alto risco de desenvolvimento de hipertensão:

QUE CRIANÇAS DEVEM TER A PA AFERIDA ANTES DOS 3 ANOS DE IDADE	
Com riscos decorrentes do histórico neonatal	• Prematuros <32 semanas • Muito baixo peso ao nascer (<1.500g ao nascer) • RCIU • Cateterização umbilical • Outras intercorrências neonatais em que a criança ficou internada na UTI
Doenças cardíacas	• Cardiopatias congênicas (corrigidas ou não)
Doenças renais	• ITU de repetição • Hematúria ou proteinúria • Doença renal conhecida • Malformações do trato geniturinário • História familiar de doença renal congênita
Submetidas a transplantes	• Órgãos sólidos • Medula óssea
Outros	• Neoplasias • Uso de medicamentos que sabidamente aumentam a PA • Outras doenças sabidamente associadas à HAS, como neurofibromatose, esclerose tuberosa, anemia falciforme, patologias da adrenal, entre outras • Suspeita ou risco de aumento da pressão intracraniana

Beleza, vi que meu paciente tem indicação de aferir a PA na consulta. É fundamental que a **técnica da aferição** seja precisa! Isso envolve a **escolha do manguito adequado** e execução correta do método, seguindo os seguintes passos:

- 1- Medir a distância do acrômio ao olécrano do braço da criança.
- 2 - Identificar o ponto médio da distância entre o acrômio e o olécrano e medir a circunferência do braço nesse ponto médio. **A partir dessa medida, seleciona-se o manguito adequado para ela: a largura da bolsa inflável do manguito deve ser em torno de 40% da circunferência do braço, e o comprimento dele tem que variar de 80% a 100% da circunferência do braço (CMB).**
- 3- Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3cm acima da fossa cubital.
- 4- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
- 5 - Estimar o nível da PAS (pressão arterial sistólica) pela palpação do pulso radial.
- 6 - Após a palpação da artéria braquial, posicionar o estetoscópio sem realizar compressão excessiva.
- 7 - Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg no nível estimado da PAS obtido pela palpação.
- 8 - Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg/segundo).
- 9 - Avaliar a PAS pela ausculta da fase 1 de Korotkoff, em seguida continuar a deflação.
- 10 - Identificar a PAD quando desaparecem os sons de Korotkoff.
- 11 - Continuar auscultando com o estetoscópio até alcançar 20 a 30mmHg depois do valor de PAD.
- 12 - Anotar os valores exatos, sem "arredondamentos", para ver o valor exato nas tabelas, lembrando que, pelo método auscultatório, o intervalo entre os valores marcados no manômetro é de 2 mmHg.

De todas essas informações, eu diria que a mais importante é saber escolher o **tamanho certo do manguito**, destacado na segunda linha da coluna acima.

Ok, assim que eu obtive o valor da PA da criança, vou definir se ela é hipertensa ou não. Aí é que a coisa fica chata: diferentemente dos adultos, que eu tenho valores "fixos" para definir se o paciente é hipertenso ou não, na pediatria, eu preciso avaliar os valores normais para aquela idade, sexo e altura. A criança cresce, e os valores vão gradativamente se aproximando do que vemos nos adultos.

Fique tranquilo, o **examinador fornecerá no enunciado os dados necessários** para a análise das tabelas. Agora, vou explicar a você como interpretar as tabelas.

Portanto, devo sistematizar minha avaliação:

1. Ver a que **sexo** a tabela está se referindo (geralmente, o examinador já "seleciona" a tabela certa).
2. Observar a idade da criança (costuma ser a primeira coluna).
3. Observar a estatura em cm e sinalizar esse ponto tanto para PAD como para PAS. Nem sempre teremos o valor exato em cm da estatura da criança, então escolha o valor mais próximo.
4. Os valores de PAS e PAD que você encontrar na tabela correspondem aos percentis de PA.
5. Anotar o percentil de PA encontrado para PAS e PAD do seu paciente.

6. A classificação da PA se dará de acordo com o percentil encontrado tanto para PAS como para PAD. Em caso de divergência, considere o que for mais grave:

CLASSIFICAÇÃO (Diretriz brasileira 2020 e SBP)	PRESSÃO ARTERIAL	Crianças com idade ≥ 13 anos
NORMOTENSO	PA < P90 para sexo, idade e altura	PA normal: <120 / <80 mm Hg
PA ELEVADA	PA ≥ P90 e < P95 para sexo, idade e altura ou PA 120/80 mmHg mas < P95 (o que for menor)	Pressão arterial elevada: PA 120 / <80 mmHg a PA 129 / <80 mmHg
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	PA ≥ P95 a < P95 + 12mmHg para sexo, idade e altura até <P95 + 12 mmHg ou PA entre 130/80 o até 139/89 (o que for menor)	Hipertensão estágio 1: PA 130/80 ou até 139/89 mm Hg
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	PA ≥ P95 + 12 mmHg para idade, sexo e altura ou PA ≥ 140/90 mmHg (o que for menor)	Hipertensão estágio 2: PA ≥ 140/90mmHg

No caso de Luiza, temos o seguinte:

Idade (anos)	Percentis da PA	Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
10	Estatura (cm)	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8
	P50	96	97	98	99	101	102	103	58	59	59	60	61	61	61
	P90	109	110	111	112	113	115	116	72	73	73	73	73	73	73
	P95	113	114	114	116	117	119	120	75	75	76	76	76	76	76
	P95 + 12 mmHg	125	126	126	128	129	131	132	87	87	88	88	88	88	88
11	Estatura (cm)	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160
	P50	98	99	101	102	104	105	106	60	60	60	61	62	63	64
	P90	111	112	113	114	116	118	120	74	74	74	74	74	75	75
	P95	115	116	117	118	120	123	124	76	77	77	77	77	77	77
	P95 + 12 mmHg	127	128	129	130	132	135	136	88	89	89	89	89	89	89
12	Estatura (cm)	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4
	P50	102	102	104	105	107	108	108	61	61	61	62	64	65	65
	P90	114	115	116	118	120	122	122	75	75	75	75	76	76	76
	P95	118	119	120	122	124	125	126	78	78	78	78	79	79	79
	P95 + 12 mmHg	130	131	132	134	136	137	138	90	90	90	90	91	91	91

Note que ela sustenta um valor de PAS (119 mmHg) acima do percentil 95! Isso configura uma **hipertensão no estágio 1**.

Ao fazer o diagnóstico de HAS na infância (**estágio 1 e 2**), é recomendado que façamos o rastreio de **lesões de órgãos-alvo**. Os principais órgãos-alvo envolvidos na hipertensão arterial são o coração, os rins, o cérebro e a retina.

O ecocardiograma é fundamental para a investigação de órgãos-alvo, sendo indicado nas diretrizes ao longo dos anos. Por meio dele, conseguimos identificar alterações estruturais da musculatura cardíaca e alterações da função miocárdica.

O eletrocardiograma não é indicado rotineiramente para avaliar o comprometimento cardíaco, pois, mesmo que esteja normal, não afasta alterações cardíacas secundárias à HAS.

Na avaliação renal de crianças e adolescentes, não há consenso para a recomendação do exame de microalbuminúria, pois, diferentemente dos adultos em que ela se relaciona com a hipertensão essencial, não existem dados consistentes que suportem sua realização na população pediátrica. Os pacientes que apresentem alteração da função renal devem ser monitorados, pois, ao controlar a pressão arterial e a proteinúria, ocorre retardo na evolução para doença renal crônica terminal.

EXAMES NECESSÁRIOS	
TODOS OS PACIENTES	• Urina tipo 1 e urocultura • Fundoscopia • Exames séricos: ○ Bioquímica, incluindo eletrólitos, ureia e creatinina; ○ Glicemia de jejum; ○ Perfil lipídico (em jejum ou não); ○ Ácido úrico; e ○ Hemograma completo ○ Imagem: Ultrassonografia renal nas crianças de 6 anos ou quando a urina 1 ou função renal estiverem alteradas
CRIANÇAS OU ADOLESCENTES OBESOS	• Todos os anteriores • Convém acrescentar: ○ Hemoglobina glicada (para triagem de diabetes <i>mellitus</i>); ○ Transaminases (triagem de esteatose hepática); e ○ Perfil lipídico em jejum (triagem para dislipidemia).
TESTES OPCIONAIS para serem feitos de acordo com os achados da história clínica, exame físico e resultados de exames iniciais	• Glicemia em jejum (quando há risco de Diabetes mellitus), • TSH, • OUTROS: Screening para drogas, polissonografia (se houver roncos, sonolência durante o dia ou apneia do sono), ultrassonografia com Doppler de artérias renais, ecocardiograma com Doppler

Tabela: indicações de exames subsidiários durante a investigação de crianças com HAS.

Os principais órgãos-alvo envolvidos na hipertensão arterial são o **coração, os rins, o cérebro e a retina**.

Sobre o tratamento, temos o seguinte: mudanças de estilo de vida (ajustes na dieta, sono e prática de atividades físicas) em casos de PA elevada são mandatórias.

As crianças que apresentem valores de PA acima do percentil 90 devem ser orientadas a seguir a terapêutica não farmacológica.

O tratamento medicamentoso está indicado na faixa etária pediátrica nas seguintes situações:

- **presença de lesão de órgão-alvo;**
- quando houver falha ao tratamento não medicamentoso;
- hipertensão sintomática: cefaleia, tontura, palpitações, dispneia, entre outros;
- hipertensão secundária (tratar a causa também);
- HAS estágio 2 sem fator modificável identificado;
- HAS em paciente com doença crônica (inclusive renal crônica); e
- HAS em paciente com diabetes *mellitus* tipo 1 ou 2.

Recomenda-se iniciar o tratamento com um agente anti-hipertensivo de primeira linha, se necessário, com sua dose otimizada. Se o alvo da PA não for alcançado, pode ser adicionado um medicamento de outro grupo.

DOENÇA DE BASE	MEDICAMENTO
HAS renovascular	IECA, BRA, diurético, vasodilatador
Coarctação de aorta	Betabloqueador
HAS + Doença renal crônica e/ou diabetes	IECA, BRA
HAS primária + obesidade	IECA, BRA

Voltando para nossa questão...

Temos uma paciente de 11 anos com uma PA > p95 para a idade sustentada à mais de 3 consultas. Ou seja, estamos diante de uma **hipertensão estágio 1**.

Nessa faixa etária, é mais provável que seja uma hipertensão arterial primária, especialmente se considerarmos que a menina está sedentária e com sobrepeso.

Ao fazer o diagnóstico de HAS na infância (**estágio 1 e 2**), é recomendado que façamos o rastreio de **lesões de órgãos-alvo (LOA)**!

Apesar da avaliação do rim estar OK, nossa paciente apresenta uma hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. Esse remodelamento acontece como forma do coração contornar um regime de hipertensão crônico, e é considerado uma LOA.

Na presença de LOA, não tem conversa: o tratamento vai envolver medicações anti-hipertensivas, além das mudanças no estilo de vida. Um IECA ou um BRA vão bem nesse caso!

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Correta a alternativa A! Temos uma HAS estágio 1 com presença de LOA (hipertrofia do VE). Na presença de LOA, não tem conversa: o tratamento vai envolver medicações anti-hipertensivas, além das mudanças no estilo de vida.

Incorreta a alternativa B. Já temos 3 aferições constando uma hipertensão no estágio 1. Não temos mais dúvida diagnóstica por aqui à ponto de precisar recorrer a uma MAPA.

Incorreta a alternativa C. Temos apenas um discreto aumento de colesterol-LDL. O tratamento de dislipidemia fica reservado quando o aumento de LDL e/ou triglicérides é expressivo e/ou refratário à mudanças no estilo de vida. É mais prudente tratar a HAS nesse momento.

Incorreta a alternativa D. A fundoscopia deve ser solicitada para seguimento e investigação de LOA, mas a conduta de iniciar o tratamento medicamentoso já está certa.

Gabarito: A

52. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Endocrinologia - Prof. Ênio Macedo) Em uma Unidade Básica de Saúde, foram atendidos quatro pacientes que retornam após a solicitação de exames para o rastreamento de diabetes. Assinale qual deles apresenta o diagnóstico confirmado segundo as diretrizes mais recentes.

- A) Paciente 1: glicemia capilar de 117 mg/dL.
- B) Paciente 2: hemoglobina glicada (HbA1c) de 7,5%, que reflete a média glicêmica das últimas 3 semanas.
- C) Paciente 3: TOTG de duas horas de 138 mg/dL.
- D) Paciente 4: TOTG de uma hora de 212 mg/dL.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, é bem provável que, neste ano, as questões explorem com muito afinco os critérios diagnósticos de diabetes, pois eles sofreram uma modificação na última Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2024.

Analise com atenção a tabela a seguir com os critérios diagnósticos.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DIABETES MELLITUS					
	Glicemia em jejum	TOTG - 1h ¹	TOTG-2h ²	HbA1c ³	Glicemia aleatória
Normal	< 100 mg/dL	< 155 mg/dL	< 140 mg/dL	< 5,7%	Não se aplica
Pré-diabetes	≥ 100 mg/dL e < 126 mg/dL	≥ 155 mg/dL e < 209 mg/dL	≥ 140 mg/dL e < 200 mg/dL	≥ 5,7% e < 6,5%	Não se aplica
Diabetes mellitus	≥ 126 mg/dL	≥ 209 mg/dL	≥ 200 mg/dL	≥ 6,5%	≥ 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia

¹TOTG-1h: teste oral de tolerância à glicose (glicemia medida após 60 minutos da administração de 75 g de dextrosol).

²TOTG- 2h: teste oral de tolerância à glicose (glicemia medida após 120 minutos da administração de 75 g de dextrosol).

³HbA1c: hemoglobina glicada. A HbA1c é considerada critério diagnóstico de pré-diabetes pela *American Diabetes Association* e pela Sociedade Brasileira de Diabetes, mas não pela *International Diabetes Federation* (IDF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas duas entidades permitem o diagnóstico de pré-diabetes apenas com o uso de TTGO-1h ou TTGO-2h.

Em pacientes **assintomáticos**, devem ser realizados **dois testes** para confirmação diagnóstica.

Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia (perda ponderal, poliúria, polidipsia), é necessário apenas um teste alterado ou glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL para diagnóstico de DM.

Perceba que, para pacientes assintomáticos, devemos confirmar suspeitas de diabetes com um segundo exame. Propositamente, essa questão foi redigida de maneira a não explorar tanto esse quesito, o que poderia deixar alguns candidatos confusos. O intuito foi treinar para questões com pequenas imperfeições (como essa), as quais não costumam levar a uma anulação, e que você aprenda a “dançar conforme a música” para entender o que o examinador quer explorar e garantir o máximo de questões no dia da sua prova.

Incorreta a alternativa A. Não devemos utilizar glicemias CAPILARES para o diagnóstico de diabetes, mas apenas glicemias EM JEJUM e VENOSAS.

Incorreta a alternativa B. A HbA1c reflete a média das glicemias nos últimos três MESES, não nas últimas três semanas.

Incorreta a alternativa C. Medidas de glicemia após 2h de TOTG entre 140 e 200 mg/dL são consideradas compatíveis com pré-diabetes.

Correta a alternativa D. Medidas de glicemia após 1h de TOTG maiores ou iguais a 209 mg/dL são consideradas compatíveis com diabetes.

Gabarito: D

53. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Você está atendendo um recém-nascido a termo, adequado para idade gestacional, com 20 horas de vida. Ao exame físico inicial, você nota uma genitália externa típica do sexo feminino, além de achados que sugerem hérnia inguinal bilateral. O restante do exame físico é normal.

Que alternativa traz a principal hipótese diagnóstica e conduta mais adequada?

- A) DDS 46,XY. Solicitar cariótipo e não registrar a criança até elucidação diagnóstica.
- B) DDS 46, XX. Solicitar cariótipo, dosagem de 17OH-progesterona e não registrar a criança até elucidação diagnóstica.
- C) 46,XX e hérnia inguinal bilateral. Registrar a criança como feminina e solicitar avaliação da equipe de cirurgia infantil antes da alta.
- D) DDS 46, XY. Solicitar cariótipo e programar correção da genitália antes da alta hospitalar.

COMENTÁRIOS:

Para estudar a **hiperplasia adrenal congênita** e outros distúrbios de diferenciação sexual, não tem outro caminho: precisamos recorrer à embriologia. Mas você vai ver que dá para deixar o assunto mais simples.

A formação da genitália e definição do sexo é um processo que depende principalmente de dois tipos de hormônios: **testosterona (e outros androgênios) e antimülleriano**. Se o feto produz esses hormônios, ele se desenvolverá como do sexo masculino e, caso não produza, desenvolve-se como do sexo feminino. O comando genético para produzir esses hormônios está no **gene SRY (do inglês, região determinante do sexo no cromossomo Y)**, que está (para a surpresa de ninguém) no cromossomo Y.

Então, a ideia é a seguinte: todo mundo começa o desenvolvimento embrionário como mulher. Temos a genitália e as gônadas indiferenciadas até por volta da 6ª semana de gestação e, se não houver influência dos androgênios e do antimülleriano, o corpo segue se desenvolvendo como do sexo feminino. Mas, se o feto tiver o cromossomo Y, as gônadas primitivas se transformam em testículos que, por sua vez, produzirão **testosterona e hormônio antimülleriano**. Mas para que serve cada um desses hormônios?

- **Testosterona:** muda principalmente a genitália externa. A falta de testosterona (e outros androgênios) leva ao desenvolvimento do fenótipo feminino (clitóris, grandes lábios e pequenos lábios) e a ação da testosterona conduz ao fenótipo masculino (pênis e bolsa escrotal) e migração dos testículos para a bolsa escrotal.
- **Hormônio antimülleriano (AMH):** o nome é sugestivo. Você deve lembrar que a genitália interna feminina (útero, trompas, terços superiores da vagina) são derivados dos ductos de Müller, certo? Se você tem um hormônio antimülleriano, essa formação é interrompida. Os testículos produzem o AMH.

Então, se você tem o cromossomo Y, a genitália externa torna-se do sexo masculino, e o desenvolvimento da interna feminina é interrompido.

Daqui, inúmeros problemas podem emergir!

Erros enzimáticos, hormônios inefetivos ou em excesso, gônadas não funcionantes, receptores de hormônios que não respondem bem... em falhas que podem ser totais ou parciais. Tudo isso pode dificultar o processo de diferenciação sexual e gerar genitálias ambíguas em uma ampla gama de condições diferentes, geralmente à partir da 7ª semana de idade gestacional. Esse conjunto de condições recebem o nome de **distúrbios de diferenciação sexual (DDS)**.

Então, quero que você leve o seguinte dessa revisão inicial: um **cariótipo** costuma ser um bom ponto de partida para investigação de distúrbios de diferenciação sexual, beleza?

Além disso, diante de um neném com genitália ambígua, é prudente **não registrar a criança antes de saber o sexo biológico com o cariótipo**. Isso pode gerar muitos transtornos de incongruência de gênero para a família e, futuramente, para a criança.

Recém-nascido com genitália ambígua:

- Solicitar cariótipo;
- Evitar registrar a criança antes de determinar o sexo biológico;

Bruno, e essa história de "hermafroditismo" e "pseudo-hermafroditismo"? Qual é a diferença?

Hermafroditismo é um termo **clássico**, hoje praticamente **abandonado na prática médica**, que descrevia indivíduos com **tecido ovariano e testicular ao mesmo tempo**. Pode ocorrer como:

- ovotéstis;
- um ovário de um lado e um testículo do outro.

Como você pode imaginar, as apresentações fenotípica e cariotípica são muito variáveis: cariótipo variável (46,XX; 46,XY; mosaicos) e genitália externa ambígua. Hoje em dia, o termo preferido é **DDS ovotesticular** (*disorder/difference of sex development; distúrbio de diferenciação sexual*).

Já o **pseudo-hermafroditismo** também é um termo **obsoleto** que ainda aparece em provas, livros antigos e discussões didáticas. Era usado quando o indivíduo tinha **apenas um tipo de gônada**, mas a **genitália externa não correspondia** ao sexo gonadal.

Para você saber, tínhamos dois grandes grupos:

- **Pseudo-hermafroditismo masculino:** cariótipo XY, gônadas são testículos, mas a virilização é incompleta. Temos a insensibilidade parcial/completa aos andrógenos, ou deficiência de 5- α -redutase (incapacidade de produzir testosterona). Termo atual mais adequado é **46,XY DDS**.
- **Pseudo-hermafroditismo feminino:** cariótipo XX, gônadas são ovários, virilização é excessiva. Exemplo clássico é a hiperplasia adrenal congênita. Ao invés de chamar de pseudo-hermafroditismo feminino, dê o nome de **46,XX DDS**.

A terminologia moderna evita esses termos porque eles são imprecisos biologicamente, estigmatizantes e pouco informativos do ponto de vista etiológico. Sempre que possível, descreva: cariótipo, tipo de gônada, fenótipo genital e etiologia hormonal ou genética!

Voltando para nossa questão...

Coruja, o pessoal do INEP já cobrou uma questão como essa recentemente. Temos uma criança que tem uma genitália típica do sexo feminino, mas o achado de hérnia inguinal bilateral em um bebê nascido a termo aparentemente do sexo feminino é bastante infrequente e levanta a hipótese de DDS!

Afinal, quem garante que não é uma genitália masculina que não se desenvolveu, e essa tal "hérnia" é, na verdade, o testículo preso no canal inguinal?

Por isso, tenha em mente o seguinte: na **suspeita** de DDS, **não registre a criança**, solicite o **cariótipo**, e considere investigar os principais eixos hormonais (especialmente para descartar hiperplasia adrenal congênita, que pode evoluir rapidamente com perda de sais na forma clássica). Caso realmente seja uma DDS, a cirurgia de correção da genitália externa **não costuma ser feita ainda na unidade neonatal!** Esperamos a criança crescer um pouco para facilitar a técnica cirúrgica e melhorar os resultados, a não ser que haja alguma malformação urológica funcional importante associada.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Correta a alternativa A. Existe a possibilidade de uma síndrome de insensibilidade androgênica aqui - imagine que a criança é XY, gônada é o testículo, mas o corpo não responde à testosterona. Nesse cenário, quem garante que não é uma genitália masculina que não se desenvolveu, e essa tal “hérnia” é, na verdade, o testículo preso no canal inguinal? Eu só incluiria a dosagem de hormônios relevantes para a diferenciação sexual nessa avaliação inicial, mas essa é a melhor alternativa.

Incorreta a alternativa B. Um DDS 46,XX manifesta-se como uma pessoa com cariótipo XX com a genitália externa virilizada, isto é, clitoromegalia e fusão dos lábios da vulva. Nesse cenário, teríamos ausência de testículos em bolsa e no canal inguinal, pois os ovários permanecem intra abdominais.

Veja que, mais uma vez, a criptorquidia bilateral sugere DDS. No entanto, na DDS 46,XX, não teríamos o achado sugestivo de “hérnia inguinal”, e a genitália externa seria compatível com o sexo masculino.

De toda forma, a solicitação de cariótipo, hormônios e não registrar a criança até elucidação são condutas bastante pertinentes. A alternativa só peca na hipótese principal levantada.

Incorreta a alternativa C. É claro que isso pode, sim, ser uma hérnia inguinal bilateral. Mas é prudente fazermos diagnóstico diferencial com DDS antes de sair “fatiando” a criança, concorda?

Incorreta a alternativa D. De fato, a principal hipótese é de DDS 46,XY. No entanto, a cirurgia de correção da genitália externa **não costuma** ser feita no período neonatal! Esperamos a criança crescer um pouco para facilitar a técnica cirúrgica e melhorar os resultados. Claro, se houver alguma malformação urológica funcional importante, pode ser que uma derivação urinária seja necessária, mas a correção estética, em si, costuma ser postergada.

Gabarito: A

54. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Uma enfermeira de uma unidade básica de saúde sofre um acidente percutâneo com agulha de lúmen calibroso, suja com sangue visível, após realizar uma coleta de sangue em um paciente que vive com HIV, com carga viral desconhecida e histórico de má adesão ao tratamento antirretroviral. O acidente ocorreu há exatamente 4 horas. Com base no protocolo de profilaxia pós-exposição (PEP), qual deve ser a conduta imediata?

- A) Iniciar a PEP com tenofovir + lamivudina + dolutegravir por 30 dias, idealmente nas primeiras 96 horas após o acidente.
- B) Iniciar a PEP com tenofovir + lamivudina por 30 dias, idealmente nas primeiras 96 horas após o acidente.
- C) Iniciar a PEP com tenofovir + lamivudina + dolutegravir por 28 dias, idealmente nas primeiras 02 horas após o acidente.
- D) Iniciar a PEP com tenofovir + lamivudina por 28 dias, idealmente nas primeiras 02 horas após o acidente.

COMENTÁRIOS:

A PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais com o objetivo de reduzir o risco de infecção pelo HIV após uma exposição de risco. Está indicada quando uma pessoa não infectada pelo HIV entra em contato através de pele não íntegra, mucosa ou lesão percutânea com

material biológico de uma pessoa com sorologia desconhecida ou reagente para HIV.

Os materiais biológicos com risco de transmissão incluem: sangue, sêmen, secreções vaginais, leite materno, além de outros, como: líquido cefalorraquidiano, líquido amniótico, pleural, peritoneal, pericárdico e sinovial. Por outro lado, suor, lágrimas, fezes, urina, vômito e saliva não são considerados veículos de transmissão do HIV, exceto quando visivelmente contaminados por sangue.

A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas, pois é ineficaz após esse período. Sua duração é de 28 dias, e os medicamentos utilizados são tenofovir, lamivudina e dolutegravir.

No caso descrito, o acidente é considerado de alto risco, pois envolveu uma agulha de lúmen calibroso com sangue visível e um paciente fonte com provável falha terapêutica (má adesão e carga viral desconhecida).

Incorreta a alternativa A. O esquema medicamentoso está correto, mas a duração de 30 dias está errada. A PEP deve ser realizada por 28 dias. Além disso, o limite não é 96 horas, e sim 72 horas.

Incorreta a alternativa B. Além da duração incorreta (30 dias), o esquema está incompleto. A PEP deve ser feita com três drogas. Tenofovir + lamivudina isoladamente não é o esquema recomendado.

Correta a alternativa C. O esquema está correto: tenofovir + lamivudina + dolutegravir, por 28 dias. O início deve ser o mais precoce possível, idealmente nas primeiras 2 horas. O acidente ocorreu há 4 horas, portanto ainda está dentro da janela para início imediato.

Incorreta a alternativa D. O tempo ideal e a duração estão corretos, mas o esquema está incompleto, pois utiliza apenas duas drogas.

Gabarito: C

55. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Leia a notícia:

“Em fevereiro de 2025, o Ministério da Saúde informou que estados e municípios brasileiros podem pedir apoio de recursos e suporte técnico emergencial para o combate à dengue e outras arboviroses por meio da Coordenação-Geral de Resposta às Emergências em Saúde Pública (CGRESP). Desde a criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para Dengue e outras Arboviroses, a CGRESP já recebeu pedidos de apoio de sete municípios e um estado, que são encaminhados em até 24 horas às áreas técnicas do Ministério da Saúde para viabilizar respostas mais rápidas às necessidades locais.”

Disponível em: < <https://www.gov.br/saude>>. Acesso em: 02 de fev. 2026 (Adaptado).

Tendo em vista o papel das diferentes esferas de governo no Sistema Único de Saúde nessas situações, assinale a alternativa correta.

- A) A execução das ações de vigilância sanitária e das atividades de saneamento básico constitui competência do estado.
- B) A gestão e a execução direta dos serviços públicos de atenção primária à saúde são responsabilidades do município.
- C) A intervenção na organização da rede municipal de atenção à saúde, na situação apresentada, é atribuição do estado.
- D) O atendimento às demandas coletivas, emergenciais e temporárias, decorrentes de risco iminente ou da ocorrência de epidemias, é competência exclusiva da União.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão solicita o entendimento sobre as responsabilidades de cada ente (União, estados e municípios) nas ações do Sistema Único de Saúde, de acordo com a Lei 8.080/1990.

Cada ente possui sua autonomia, e de modo geral o município é responsável por executar as ações de vigilância em saúde (ressalto a exceção

de vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras: responsabilidade da União). Os estados auxiliam os municípios na organização das ações e podem também realizar ações, de acordo com as necessidades.

A União auxilia estados e municípios, além de coordenar e elaborar políticas nacionais sobre vigilância (como a Política Nacional de Vigilância Sanitária, 2018).

Vamos às assertivas:

Incorreta a alternativa A. A vigilância sanitária é competência comum entre os entes federativos, e o saneamento básico não é atribuição exclusiva do estado, podendo envolver principalmente os municípios e outras políticas intersetoriais.

Correta a alternativa B. No SUS, cabe ao município a gestão e execução direta dos serviços de Atenção Primária à Saúde, sendo o principal responsável pela organização e oferta dessas ações no território.

Incorreta a alternativa C. A organização da rede municipal de atenção é responsabilidade do próprio município; o estado atua de forma complementar e coordenadora regional, não como interventor automático.

Incorreta a alternativa D. Situações de epidemias e emergências em saúde pública envolvem atuação cooperativa entre União, estados e municípios, não sendo atribuição exclusiva da União.

Gabarito: B

Caso clínico para a questão 56

Elaine, 5 meses, nascida a termo e hígida. É trazida para o PS infantil com queixa de cansaço. Há 4 dias, iniciou coriza e tosse seca. Evoluiu hoje com desconforto respiratório. Ao exame físico, observa-se: vias aéreas pervias; MV presentes com sibilância difusa, FR de 72 irpm, SpO₂ de 95% em ar ambiente, tiragem de fúrcula, intercostal e subcostal moderadas, com batimento de aletas nasais; tempo de enchimento capilar de 2 segundos, pulsos fortes, FC de 160 bpm, ritmo sinusal, sem sopros; ativa e reativa, sem alterações neurológicas; afebril e sem lesões de pele.

56. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o suporte ventilatório mais adequado para a Elaine?

- A) Máscara não reinalante.
- B) Ventilação com bolsa-válvula-máscara.
- C) Intubação orotraqueal.
- D) Cânula nasal de alto fluxo.

COMENTÁRIOS:

Questão que aborda desconforto respiratório em um lactente, bora lá?

As afecções respiratórias figuram entre as principais vilãs da pediatria. São, com certa folga, as principais causas de internação em pessoas < 5 anos de idade! Por isso, é crucial que você saiba fazer um diagnóstico acertado para oferecer um manejo adequado para o paciente.

O problema é que existem muitas coisas diferentes que podem provocar desconforto respiratório agudo nos pequenos: crises de asma, bronquiolite viral aguda, laringites, pneumonias bacterianas e virais, coqueluche, insuficiência cardíaca, choque, malformações congênitas que obstruem/alteram vias aéreas, colapso dinâmico de vias aéreas, como na laringomalácia, etc.

Algumas pistas para diagnóstico diferencial em prova

Coqueluche: evolução subaguda, com descrição de acessos de tosse com guincho inspiratório + linfocitose.

Pneumonia típica: febre + tosse + taquipneia. Ausculta TENDE a ser localizada, RX com consolidação.

Pneumonia afebril do lactente: jovem (~2 meses) + afebril + taquipneia + crepitações difusas + RX com infiltrado intersticial + eosinofilia + história de conjuntivite.

Bronquiolite viral aguda: LACTENTE com resfriado comum seguido de DESCONFORTO RESPIRATÓRIO e SIBILÂNCIA.

Crupe: descrição de estridor inspiratório + tosse metálica.

Miocardite viral: evolução semelhante à BVA + sinais de insuficiência cardíaca!

A história clínica de Elaine fala muito à favor de **bronquiolite viral aguda (BVA)**, concorda?

Na vida real, essa distinção é mais desafiadora, mas acredito que, para a sua prova de Residência ou do Revalida, as informações que trarei aqui serão suficientes. Preste atenção nos seguintes aspectos do seu paciente:

- idade;
- evolução clínica;
- tratamento.

Começando por algumas definições: a BVA caracteriza-se pelo primeiro episódio de sibilância em um lactente menor de 12 meses (até 24 meses em algumas referências) que apresenta sinais clínicos de infecção viral do trato respiratório inferior e ausência de outra razão que explique a sibilância. Pode ser causado por praticamente qualquer vírus que afeta o trato respiratório inferior, mas é o **vírus sincicial respiratório (VSR)** que responde à maioria das infecções.

O principal agente etiológico é o **vírus sincicial respiratório**.

Características do Vírus Sincicial Respiratório

Principal causador de BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA nos lactentes.

Crianças maiores e adultos apresentam um quadro leve quando se infectam pelo VSR.

A transmissão do VSR ocorre por gotículas ou fômites.

Os sintomas iniciam-se de 4 a 3 dias após o contato.

No hospital: PRECAUÇÃO DE CONTATO.

A infecção pelo VSR não confere imunidade duradoura, assim, é possível que a criança apresente mais de um episódio.

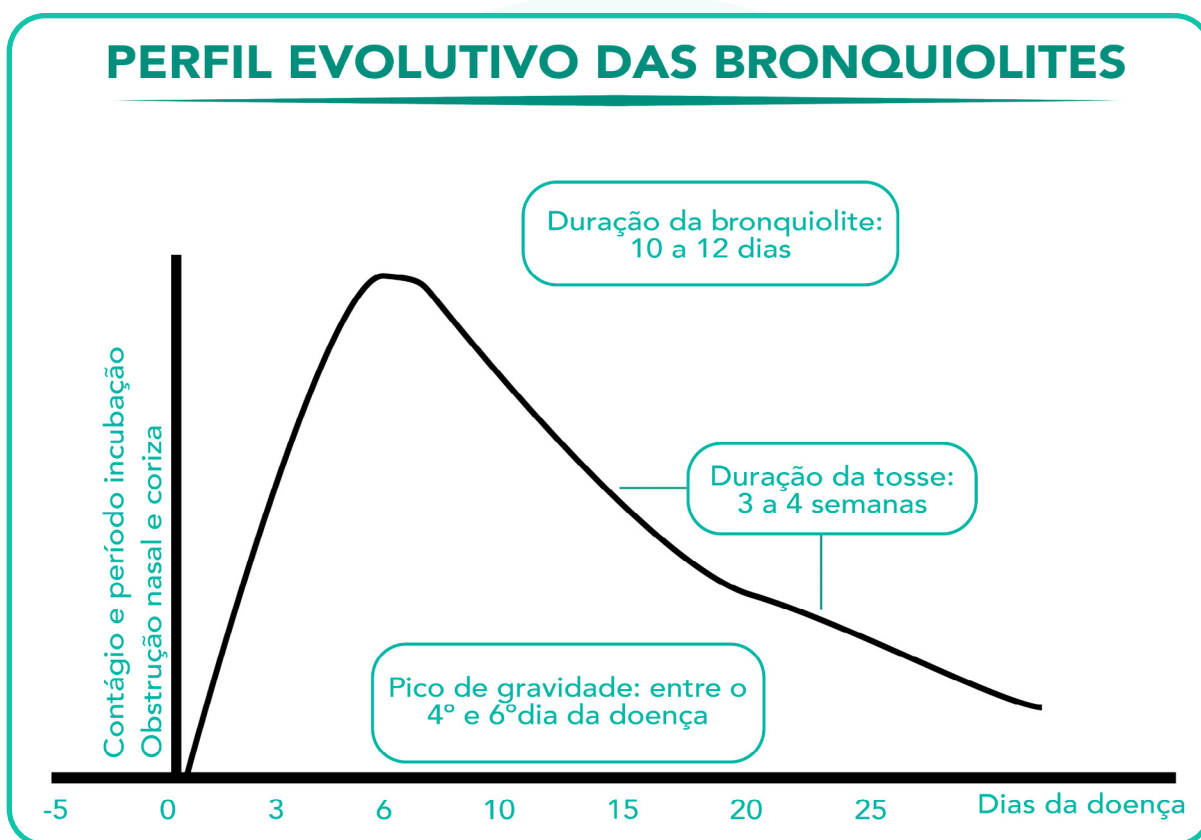
Daqui, você já tira uma informação muito importante: **a faixa etária**. A BVA é uma doença de lactente! Nada de pensar nisso em uma criança de 3 ou 4 anos de idade, ok? Só vou pensar em BVA em < 2 anos, e lembrar que é notavelmente mais grave em < 6 meses.

De forma bem simples, o VSR vai provocar uma inflamação na submucosa e mucosa das vias aéreas inferiores do bebê que resulta em um acúmulo de secreção e debris celulares no bronquíolo, gerando uma obstrução que impõe resistência ao fluxo de ar (como na asma ou DPOC). No entanto, o broncoespasmo (contração de musculatura lisa) não é tão preponderante na fisiopatologia, de forma que os broncodilatadores não são eficientes no manejo dessa condição.

Segundo ponto importante: **a evolução clínica**. Os sintomas iniciais da bronquiolite são semelhantes a um resfriado comum, ou seja, os lactentes apresentam febre baixa nos primeiros dias, associada à coriza hialina, obstrução nasal, espirros, tosse seca e a algum grau de irritabilidade. Por volta do 2º-3º dia, esses pacientes evoluem com **piora respiratória** que se deve ao acometimento das vias aéreas inferiores. Nesse momento, encontramos **sibilos difusos** na ausculta pulmonar, bem como crepitações e desconforto respiratório (tiragem subcostal, intercostal, de fúrcula e batimento de aleta nasal), **sem febre**.

Preste atenção: resfriado comum que evolui com desconforto respiratório e sibilância em um lactente sem febre! É a assinatura da BVA nas provas.

PERFIL EVOLUTIVO DAS BRONQUIOLITES



O diagnóstico é **clínico**. A radiografia de tórax não oferece grandes informações (hiperinsuflação e infiltrados inespecíficos discretos) e só deve ser solicitada na suspeita de complicações associadas (atelectasia, pneumonias, pneumotórax etc.).

Sobre o tratamento, saiba que mais de 95% dos pacientes com BVA terão um quadro leve que pode ser manejado com **lavagem nasal e seguimento clínico ambulatorial**. No entanto, existem situações em que a internação hospitalar é prudente:

Indicações de internação hospitalar na BVA
Idade < 4-6 semanas
Incapacidade de se hidratar
Rebaixamento do nível de consciência
Desconforto respiratório moderado e grave e/ou apneia
Necessidade de O ₂ suplementar (SpO ₂ < 90%)
Presença de comorbidades cardiorrespiratórias

E, para aqueles que precisam ser internados, o tratamento é de **suporte**. Basicamente, oferecemos O₂, hidratação (enteral ou parenteral) se for necessário e lavamos o nariz do bebê. No geral, a ingestão via oral é contraindicada se desconforto respiratório intenso ou FR > 70 irpm. Minha sugestão é que você evite alternativas que tragam qualquer outro tipo de medida, pois elas são bem controversas:

Devo prescrever	Posso tentar	Não devo
Amamentação (se tolerar)	B2-agonista	Corticoide sistêmico
Hidratação (EV ou por SNG)	Salina hipertônica inalatória em crianças internadas	Fisioterapia respiratória em casos sem complicações
Suporte O ₂	Ribavirina	Adrenalina inalatória
		Antibióticos (somente se houver infecção associada)

Sobre o suporte ventilatório, gostaria de chamar sua atenção para a **cânula nasal de alto fluxo (CNAF)**, uma ótima escolha para pacientes com bronquiolite moderada-grave sem sinais de insuficiência respiratória. Esse dispositivo aquece e umidifica o ar e ajuda a lavar o CO₂ do espaço morto. O fluxo de ar deve ser de 1,0-2,0 L/kg/min + FiO₂ titulável até 100%, que varia de acordo com a necessidade do paciente. Também exige que o paciente tenha um bom *drive* respiratório, pois não oferece pressão positiva de forma confiável. Se não melhorar com CNAF, podemos indicar ventilação não invasiva (VNI) com **CPAP**. O alvo de SpO₂ fica entre 90-92%.

Deixamos a IOT e ventilação invasiva para quadros refratários e/ou graves: apneia, rebaixamento do nível de consciência, desconforto respiratório grave refratário à VNI.

Para quadros mais leves com necessidade de O₂, a cânula nasal simples e/ou máscara de Venturi podem ser consideradas.

Voltando para nossa questão...

De forma bem direta: sabemos que Elaine está com bronquiolite viral aguda, que o quadro está moderado à grave, e que o melhor suporte ventilatório para essa condição clínica é a **cânula nasal de alto fluxo**.

Note que a criança não apresenta hipoxemia, pois a SpO₂ está bem adequada. Por isso, oferecer um suporte de FiO₂ “pura” (cânula nasal simples, Venturi ou máscara não reinalante) não vai ajudar muito, pois o problema não parece ser a falta de O₂! A criança precisa de **ajuda** para respirar melhor, diminuindo o esforço respiratório.

Por isso, a cânula nasal de alto fluxo vai bem! Em caso de refratariedade, dá para pensar em ventilação não invasiva.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. 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. O fluxo de 10-15 L/min é o suficiente para encher o reservatório.

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 a hiperóxia também faz mal, aumentando o risco de atelectasia.

Note que a criança não apresenta hipoxemia, pois a SpO₂ está bem adequada. Por isso, oferecer um suporte de FiO₂ “pura” (cânula nasal simples, Venturi ou máscara não reinalante) não vai ajudar muito, pois o problema não parece ser a falta de O₂! A criança precisa de **ajuda** para respirar melhor, diminuindo o esforço respiratório.

Incorreta a alternativa B. A ventilação com pressão positiva usando o AMBU é reservada para pacientes que não respiram. Pense em depressões graves de nível de consciência, falência/parada respiratória, parada cardiorrespiratória... situações em que você precisa “empurrar” o ar no paciente. Ou seja, oferece pressão positiva e é usada em emergência. Vede com a técnica C-E e ventile o paciente a cada 2-3 segundos.

Apesar de cansada, Elaine está com um bom *drive* respiratório.

Incorreta a alternativa C. A IOT com ventilação mecânica invasiva deve ser evitada ao máximo. Podemos considerar em: rebaixamento importante do nível de consciência, parada respiratória ou bradipneia, parada cardiorrespiratória ou hipoxemia/acidose respiratória/desconforto importante refratários aos suportes não invasivos.

Difícilmente vai ser a primeira opção na vida real e nas provas de Residência, ok?

Correta a alternativa D! A CNAF é a grande estrela que salva muito bebê com bronquiolite do tubo. Ótima escolha para pacientes com bronquiolite moderada-grave sem sinais de falência respiratória. O dispositivo aquece e umidifica o ar, ajudando a lavar o CO₂ do espaço morto, o que a MNRI não faz.

O fluxo de ar é titulado de 1,0-2,0 L/kg/min + FiO₂ titulável até 100%, que varia de acordo com a necessidade do paciente. Para uma criança que pesa 4 kg, um fluxo de 8 L/min gera 2,0 L/kg/min, que é OK. Também exige que o paciente tenha *DRIVE* RESPIRATÓRIO, pois não oferece pressão positiva de forma confiável.

Para você ter ideia de como esse suporte ajuda o bebê a respirar melhor: não é infrequente vermos uma criança com FiO₂ de 21% e fluxo de 2,0 L/kg/min no CNAF. Ou seja: não está precisando de nada de oxigênio, apenas um “empurrãozinho” para lavar o espaço morto. Curioso, né?

Gabarito: D

57. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 51 anos de idade, com antecedente pessoal de câncer de mama, está atualmente em tratamento com tamoxifeno. Apresenta quadro de sangramento uterino anormal há 3 meses, com fluxo menstrual aumentado. Ao exame físico, não foram observadas alterações. Foi realizada ultrassonografia transvaginal que apresentou espessura endometrial de 12 mm.

Qual é a conduta indicada para esse caso?

- A) Repetir ultrassonografia em 6 meses.
- B) Inserir DIU de levonorgestrel.
- C) Solicitar histeroscopia diagnóstica com biópsia do endométrio.
- D) Indicar histerectomia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos, nesse caso, uma paciente com sangramento uterino anormal e fator de risco para o desenvolvimento de câncer de endométrio, que é o uso de tamoxifeno.

De acordo com o protocolo da FEBRASGO de 2025: "Mulheres menopausadas em uso de tamoxifeno devem ser informadas sobre o risco aumentado de CE e sarcoma endometrial. Qualquer sangramento vaginal em mulheres menopausadas usuárias de tamoxifeno deve ser investigado com biópsia. A princípio, não há aumento de risco de CE em usuárias de tamoxifeno na pré-menopausa, mas elas devem ser investigadas na vigência de sangramento uterino anormal."

Não existe uma definição de medida normal para o eco endometrial das mulheres no menacme. Nesses casos, o importante é a história clínica e a avaliação dos fatores de risco para indicar a investigação com biópsia do endométrio.

Nos casos indicados, devemos prosseguir a investigação diagnóstica com a realização de biópsia do endométrio, de preferência por meio da histeroscopia (método padrão-ouro para avaliação da cavidade endometrial), mas a biópsia pode ser ambulatorial (Novak ou Pipelle) ou com a curetagem (considerando que esses métodos têm uma acurácia menor que a histeroscopia).

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente pode estar com câncer de endométrio e não se deve postergar a sua investigação diagnóstica.

Incorreta a alternativa B, porque, apesar de o DIU de levonorgestrel ser uma opção de tratamento para o sangramento uterino anormal e para a hiperplasia endometrial sem atipia, não se deve indicar sua inserção antes de se definir a causa do sangramento da paciente através da realização de biópsia do endométrio.

Correta a alternativa C: trata-se de paciente com sangramento uterino anormal em uso de tamoxifeno, sendo indicada a realização de histeroscopia diagnóstica com biópsia do endométrio.

Incorreta a alternativa D, porque não se pode indicar a histerectomia antes de realizar biópsia do endométrio e se confirmar o diagnóstico de câncer.

Gabarito: C

58. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Ortopedia - Prof. David Nordon) Paciente de 14 anos, masculino, é trazido ao pronto-socorro em prancha rígida e colar cervical após mergulho em águas rasas. Apresenta pressão de 50 x 30 mmHg, frequência cardíaca de 62 bpm, nível neurológico na região do deltoide, consegue apenas elevar discretamente os ombros. Reflexos ausentes e esfíncter anal hipotônico.

A conduta inicial a ser adotada é:

- A) acesso venoso central e vasopressores.
- B) ressonância magnética e cirurgia para descompressão do nível comprometido.
- C) halo craniano para descompressão do nível e dexametasona.
- D) manter imobilização em prancha rígida e colar cervical até avaliação da neurocirurgia.

COMENTÁRIOS:

Discussão da questão:

O que o examinador deseja saber com essa pergunta?

Essa questão avalia seus conhecimentos sobre critérios de risco de trauma raquimedular (TRM), contidos no ATLS.

O que é necessário saber para responder a essa pergunta?

Choque neurogênico

O trauma raquimedular é uma lesão grave devido a um trauma da coluna vertebral. É mais frequente nas zonas de transição (coluna cervicotorácica e toracolombar). A fratura ou luxação da vértebra pode comprimir o canal medular e provocar déficit neurológico. Essa perda súbita de função medular é conhecida como choque medular, que envolve arreflexia, paralisia e hipotonia nos níveis abaixo do nível afetado. O trauma raquimedular é a principal causa do choque neurogênico, seguido por trauma cranioencefálico.

É importante não confundir o choque medular com choque neurogênico. Nele, a perda do controle vasomotor simpático leva a uma vasodilatação súbita, com diminuição do retorno venoso e perda da pré-carga, gerando hipotensão. A perda do controle simpático também diminui a frequência cardíaca, e as extremidades tornam-se frias e úmidas. Priapismo também pode ocorrer como resultado da incapacidade de vasoconstrição.

Relaciona-se geralmente a fraturas acima da T6, podendo persistir por até 3 semanas.

Critérios NEXUS

Os critérios Nexus são utilizados para se definir a indicação da realização de um exame de imagem na suspeita de TRM.

Nexus, na verdade, é um mnemônico para:

N: Neuro-déficit

E: Etanol — intoxicação/etanol

X: lesão eXtrema distrativa

U: nível alterado de consciência

S: Sensibilidade espinhal.

Em português, poderia ser **DILCE**: Déficit neurológico, Intoxicação, Lesão extrema, Consciência, Espinha.

Na avaliação do paciente, portanto, ao se completar os cinco critérios:

- ausência de dor à palpação da linha média da coluna cervical;
- ausência de evidências de intoxicação;
- nível de consciência normal;
- ausência de déficit neurológico focal;
- ausência de lesões dolorosas distrativas.

Não há necessidade de se realizar exames de imagem. Contudo, se qualquer um deles for negativo, deve-se realizar o exame.

Discussão das alternativas:

Correta a alternativa A. O paciente apresenta-se em choque neurogênico: hipotenso, bradicárdico, com lesão acima do nível T6. O tratamento adequado não é feito com reposição de volume, mas, sim, com vasopressores, que devem ser administrados por acesso venoso central.

Incorreta a alternativa B. Embora isso provavelmente seja o tratamento indicado, não é a conduta inicial. Conforme os critérios NEXUS, diante do déficit neurológico, seria indicado realizar uma tomografia de coluna cervical. A avaliação radiológica, na verdade, requereria uma bateria completa de exames: avaliação inicial com radiografia da coluna total + complementação com tomografia da coluna cervical (ideal para avaliar fraturas) + ressonância magnética da coluna cervical (ideal para avaliar a medula). Após, quanto mais rápida for feita a descompressão, melhor o resultado.

Incorreta a alternativa C. O halo craniano é indicado para luxações da coluna cervical, permitindo a redução da luxação, para posterior fixação cirúrgica. Corticoides não são mais indicados no trauma raquimedular, por aumentarem a mortalidade devido a imunossupressão.

Incorreta a alternativa D. A prancha rígida serve exclusivamente para transporte, devendo ser retirada após a realização da avaliação primária do ATLS no setor de emergência. O colar cervical, por outro lado, deve ser mantido, conforme ditam os critérios NEXUS.

Gabarito: A

59. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Gestante atualmente com 12 semanas de gestação refere que apresentou 3 perdas gestacionais anteriores, com 14, 16 e 18 semanas. Em todas elas, não teve dor importante e, quando chegou à maternidade, já estava evoluindo com a perda. Realizou o ultrassom morfológico de 1º trimestre, que mostrou baixo risco para cromossomopatias e um colo uterino medindo 30 mm. Diante do quadro, qual é a conduta adequada?

- A) Repetir a ultrassonografia com 16 semanas para reavaliar o comprimento do colo uterino.
- B) Prescrever progesterona vaginal a partir de 16 semanas.
- C) Realizar cerclagem do colo uterino.
- D) Prescrever nifedipino VO.

COMENTÁRIOS:

O quadro clínico das perdas gestacionais consiste em **dilatação cervical indolor, ausência de contração uterina, pouco sangramento, protrusão das membranas fetais e parto pouco doloroso com nascimento de feto vivo**.

Apesar de ser um quadro clínico característico, o diagnóstico da IIC é bastante difícil e geralmente feito de forma retrospectiva. Não existe, até o momento, nenhum teste que se mostrou realmente eficaz para confirmar essa patologia.

Por isso, o **diagnóstico é baseado na história obstétrica de abortamentos tardios recorrentes do segundo trimestre ou partos prematuros extremos (antes de 28 semanas)**.

Portanto, considera-se **quadro sugestivo** de IIC quando a paciente apresenta **perdas gestacionais, ou dilatação cervical progressiva no segundo trimestre, resultando em prolapso de membrana, rotura prematura pré-termo de membranas, aborto tardio, ou parto prematuro extremo**. É importante para a confirmação diagnóstica excluir outras causas de parto prematuro ou perdas gestacionais.

O tratamento de escolha para a IIC é a **cerclagem uterina**. Essa cirurgia objetiva prevenir o encurtamento e a abertura do colo uterino prematuramente, por meio da realização de sutura cervical ao nível do orifício interno do colo uterino.

Previamente à cerclagem, é importante fazer ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre, com medida da translucência nuchal para avaliar o desenvolvimento fetal, além de investigar e tratar infecções genitais.

Sendo assim, a cerclagem uterina pode ser eletiva, terapêutica ou de emergência:

- **Cerclagem uterina eletiva:** realizada antes do surgimento dos sintomas na gestação atual quando a paciente apresenta história obstétrica prévia clássica de IIC ou cerclagem de emergência em gestação anterior.
- **Cerclagem terapêutica:** realizada quando a gestante não apresenta história clássica de IIC, mas tem antecedente de parto prematuro espontâneo ou fatores de risco, associados a colo uterino curto na gestação atual. Não são todas as instituições que indicam a cerclagem terapêutica.
- **Cerclagem de emergência:** quando, na gestação atual, ocorrer dilatação cervical de 1-4 cm, sem contração uterina, com ou sem exposição da membrana, independentemente da história obstétrica pregressa.

A paciente do caso tem um quadro típico de IIC, com perdas no segundo trimestre, com poucos sintomas.

Incorreta a alternativa A, pois o diagnóstico já está firmado e independe de ultrassonografia.

Incorreta a alternativa B, pois a progesterona não é o tratamento adequado para os casos de incompetência istmocervical.

Correta a alternativa C, pois a cerclagem é o tratamento de escolha para essa paciente.

Incorreta a alternativa D, pois o nifedipino é empregado para inibir trabalho de parto prematuro.

Gabarito: C

60. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 66 anos, com queixas de jato urinário fraco, hesitação miccional, noctúria 3x/noite e sensação de esvaziamento incompleto há cerca de 1 ano. IPSS = 19 (sintomas moderados a graves). Ao toque retal: próstata aumentada, fibroelástica, sem nódulos. PSA: 2,1 ng/mL. Ultrassom: próstata com volume estimado de 48 g, resíduo pós-miccional discreto. Sem infecções urinárias de repetição, sem retenção urinária e sem insuficiência renal.

Qual é a **melhor estratégia de tratamento medicamentoso inicial** para esse paciente?

- A) Iniciar alfabloqueador isolado (ex.: tansulosina).
- B) Iniciar inibidor da 5-alfarredutase isolado (ex.: finasterida).
- C) Associar alfabloqueador (ex.: tansulosina) + inibidor da 5-alfarredutase (ex.: finasterida).
- D) Iniciar antimuscarínico isolado (ex.: oxibutinina).

COMENTÁRIOS:

Pense comigo, Estrategista: ele tem **sintomas moderados a graves (IPSS 19)** e uma **próstata volumosa (~48 g)**. Isso muda o jogo. O alfabloqueador alivia rapidamente os sintomas ao reduzir o tônus do colo vesical e da próstata, mas **não mexe na história natural da doença**. Já o inibidor da 5-alfarredutase reduz o volume prostático e o risco de progressão (retenção urinária aguda e necessidade de cirurgia), só que demora meses para fazer efeito. Então, nesse perfil de paciente, a **terapia combinada** é superior ao uso isolado, tanto para alívio sintomático quanto para reduzir progressão da HPB.

CLASSE	PRINCIPAIS MEDICAÇÕES	MECANISMO DE AÇÃO	PECULIARIDADES PARA A PROVA	PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS
ANTAGONISTAS ALFA-1-ADRENÉRGICOS	• DOXAZOSINA (α-1 não seletivo) • TANSULOZINA (α-1 seletivo) • ALFAZOSINA (α-1 seletivo)	Reduz o tônus da musculatura lisa prostática e do colo vesical	• Tempo de ação curto. • Terapia de escolha para monoterapia. • α-1 seletivos têm melhor perfil de efeitos colaterais.	• Hipotensão postural (principal) • Tontura • Cefaleia • Coriza • Disfunção ejaculatória
INIBIDORES DA 5-ALFARREDUTASE	• FINASTERIDA • DUTASTERIDA	Reduz o tamanho da glândula através do bloqueio da conversão de testosterona em di-hidrotestosterona (DHT)	• Tempo para atingir efeito terapêutico – 6 meses a um ano • Reduz valores de PSA em 50% ou mais • Doses baixas também alteram o valor do PSA	• Disfunção erétil • Depressão • Distúrbios ejaculatórios • Ginecomastia

CLASSE	PRINCIPAIS MEDICAÇÕES	MECANISMO DE AÇÃO	PECULIARIDADES PARA A PROVA	PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS	• OXIBUTININA • TOLTERODINA	Diminui a hiperatividade do músculo detrusor	• Útil no tratamento dos sintomas irritativos • Perfil de efeitos colaterais geralmente limitam seu uso	• Boca seca (xerostomia) • Cicloplegia com alteração da acuidade visual para perto • Taquicardia • Constipação
INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE-5	• TADALAFILA (único aprovado pelo FDA para tratamento de HPB)	Induz ao relaxamento e à redução da proliferação da musculatura lisa	• Útil para os pacientes com disfunção erétil em associação com HPB	• Potencializa a ação hipotensora dos antagonistas α-1

Incorreta a alternativa A. Errada como “melhor resposta” nesse caso. Alivia rapidamente os sintomas, mas **não reduz o volume prostático nem o risco de progressão**. Em próstata > 40 g e sintomas relevantes, perde-se a oportunidade de modificar a história natural da doença.

Incorreta a alternativa B. Apesar de atuar na fisiopatologia e reduzir o volume da próstata, o efeito é **lento (meses)**. Em um paciente sintomático (IPSS 19), isso deixa o doente sofrendo desnecessariamente no curto prazo.

Correta a alternativa C. Por alto escore de sintomas + próstata > 40 g, há indicação de terapia inicial dupla.

Incorreta a alternativa D. Antimuscarínicos são úteis quando predominam sintomas de armazenamento (urgência, frequência), mas **não tratam a obstrução infravesical** e, isoladamente, podem até piorar a retenção urinária em pacientes com HPB obstrutiva.

Gabarito: C

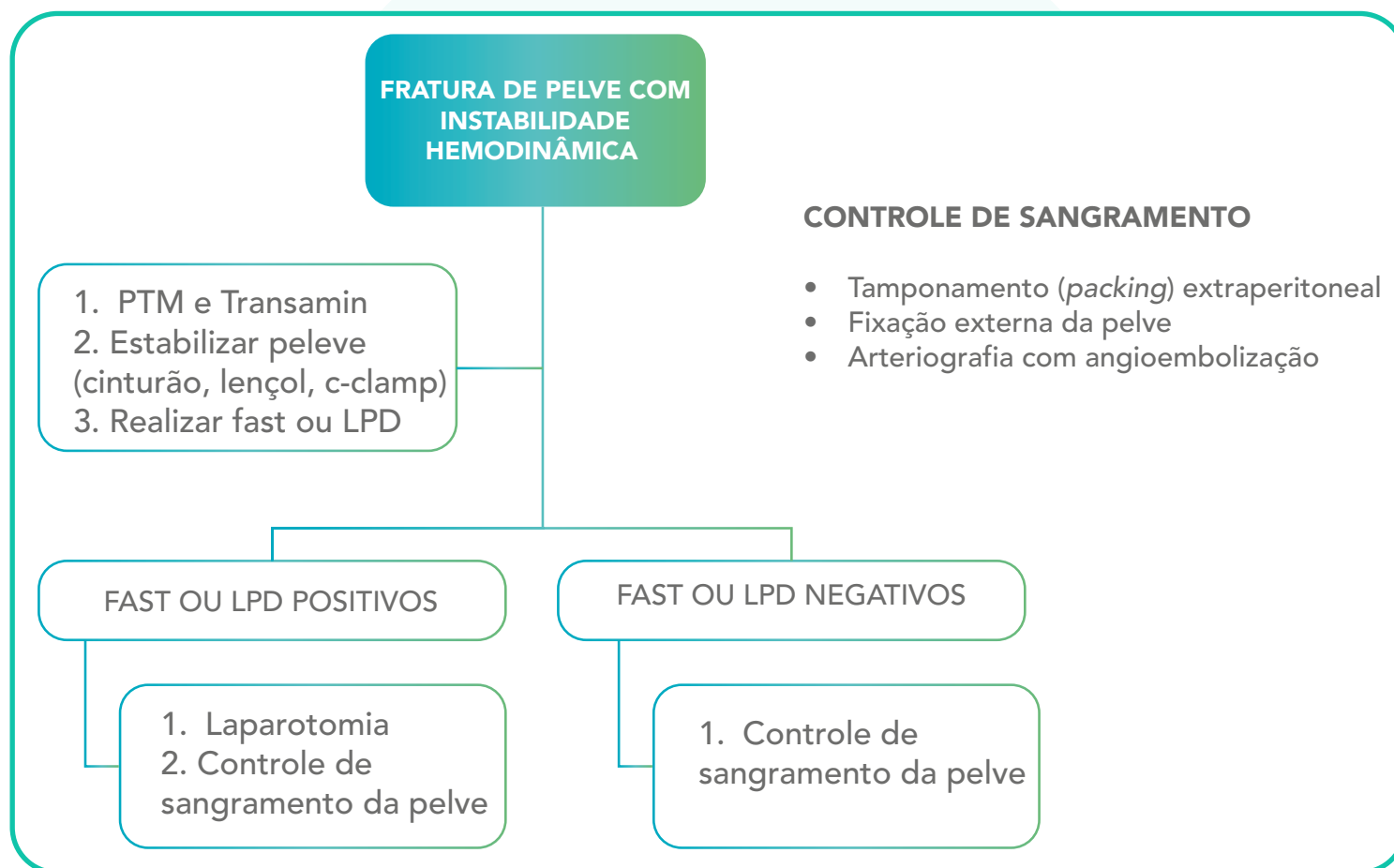
61. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 41 anos de idade, comparece ao pronto-socorro queixando-se de uma “bola na região íntima”. Refere que a lesão apareceu a 2 dias e está doendo, além de “atrapalhar na relação sexual”. Ao exame físico ginecológico, foi observada tumoração cística, medindo 2 cm de diâmetro, com sinais flogísticos, localizada no pequeno lábio direito.

Qual é a conduta indicada?

- A) Conduta expectante com reavaliação em 1 semana.
- B) Aplicar compressas frias.
- C) Incisão e drenagem.
- D) Incisão e drenagem, além de antibioticoterapia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a paciente apresenta um quadro de Bartholinite. Veja o esquema a seguir:



Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque essa é a conduta indicada quando não há sinais flogísticos, ou seja, quando é um cisto de Bartholin, assintomático e menor que 3 cm.

Incorreta a alternativa B, porque essa não é a conduta para a Bartholinite nem para o cisto de Bartholin. Deve-se indicar compressas mornas para o cisto de Bartholin, não compressas frias.

Incorreta a alternativa C, porque, além da incisão e drenagem, é indicado realizar antibioticoterapia.

Correta a alternativa D: essa é a conduta indicada para a Bartholinite. Todos os abscessos, independentemente do tamanho, necessitam de tratamento. O tratamento inicial deve ser a incisão e drenagem local, com coleta do material purulento para cultura e testagem para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Para evitar recorrência, a drenagem deve ser seguida de colocação de cateter de Word ou marsupialização. **Considere sempre o uso de antibióticos nos abscessos.** Quando indicados, devem ter cobertura de amplo espectro:

- sulfametoxazol-trimetoprima associados ao metronidazol ou a amoxicilina + clavulanato;
- doxiciclina associada ao metronidazol ou à amoxicilina + clavulanato;

Nos casos de abscessos recorrentes, a retirada da glândula (Bartholinectomia) está indicada. Esse procedimento é pouco realizado atualmente devido a seus efeitos colaterais, como dispareunia, redução de lubrificação, sangramento e formação de hematomas.

Gabarito: D

62. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Durante uma consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 1 mês, em aleitamento materno exclusivo, pergunta se o leite materno realmente “protege o intestino” do bebê e se haveria necessidade de complementar com fórmula ou água. O pediatra explica que o leite humano possui composição nutricional e fatores biológicos específicos, que vão além do simples fornecimento de calorias e nutrientes.

Com base nas características do leite materno, assinale a alternativa correta.

- A) O principal carboidrato do leite humano é a frutose, o que explica sua melhor tolerância gastrointestinal em relação às fórmulas.
- B) A fração lipídica do leite materno não inclui ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa relevantes para o desenvolvimento neurológico.
- C) A água corresponde a cerca de 30% da composição do leite materno, sendo necessária a oferta adicional de líquidos em clima quente.
- D) O leite materno contém fatores que estimulam o crescimento de bifidobactérias no intestino do lactente, contribuindo para a formação de uma microbiota intestinal mais adequada.

COMENTÁRIOS:

ALEITAMENTO MATERNO

Olá, Estrategista! O aleitamento materno é amplamente reconhecido como o padrão-ouro de alimentação para lactentes, e não é à toa. O leite materno não é apenas uma fonte de nutrientes, é um fluido biologicamente ativo, repleto de componentes que vão muito além da simples nutrição. Ele contém fatores imunológicos, prebióticos, probióticos, enzimas, hormônios e células vivas que trabalham em conjunto para proteger, nutrir e promover o desenvolvimento ideal do bebê. Vamos entender melhor a composição do leite materno e seus benefícios:

O leite humano é composto por:

Água: ~87-88%

- Sim, você leu certo! A maior parte do leite materno é água. Por isso, **não é necessário oferecer água adicional** para lactentes em aleitamento materno exclusivo, mesmo em clima quente. O leite materno é suficiente para suprir todas as necessidades hídricas do bebê até os 6 meses!

Carboidratos: ~7%

- O principal carboidrato é a **LACTOSE** (não frutose!).
- A lactose é fundamental para: fornecer energia (45-50% das calorias totais), facilitar absorção de cálcio e ferro e favorecer crescimento de lactobacilos no intestino.
- **Oligossacarídeos do leite humano (HMOs - *human milk oligosaccharides*):**
 - Terceiro componente mais abundante do leite materno.
 - Ação prebiótica: estimulam crescimento de bifidobactérias e lactobacilos.
 - Efeito antiadesivo: impedem adesão de patógenos à mucosa intestinal.
 - Modulam sistema imunológico.

Lipídios: ~3-5%

- Fornecem 50-55% das calorias totais.
- Composição:

- Ácidos graxos de cadeia longa (98%).
- Colesterol.
- Fosfolipídios.
- **IMPORTANTE:** contém ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (LC-PUFAs):
 - **DHA (ácido docosa-hexaenoico):** essencial para desenvolvimento cerebral e visual.
 - **ARA (ácido araquidônico):** importante para crescimento e desenvolvimento.

Proteínas: ~0,9-1,2%

- Relação proteína do soro/caseína: 60:40 (início) → 50:50 (leite maduro).
- Fórmulas infantis geralmente têm mais proteína que o leite materno.
- Proteínas do soro incluem:
 - **Lactoferrina:** antimicrobiana, imunomoduladora, facilita absorção de ferro.
 - **Imunoglobulinas (principalmente IgA secretora):** proteção contra infecções.
 - **Lisozima:** ação bactericida.
 - **Alfalactalbumina:** digestão facilitada.

Além dos macronutrientes, o leite materno contém **fatores imunológicos:** como IgA secretora (principal), leucócitos vivos (macrófagos, neutrófilos, linfócitos), lactoferrina, lisozima, complemento e citocinas e fatores de crescimento.

A proteção intestinal conferida pelo leite materno é multifatorial:

- 1. Barreira física:** IgA secretora reveste a mucosa intestinal.
- 2. Microbiota saudável:** HMOs promovem crescimento de bifidobactérias.
- 3. pH ácido:** dificulta crescimento de patógenos.
- 4. Fatores anti-inflamatórios:** reduzem risco de enterocolite necrosante.
- 5. Maturação intestinal:** fatores de crescimento promovem desenvolvimento adequado da mucosa.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. O principal carboidrato do leite humano é a **LACTOSE**, não a frutose. A lactose representa cerca de 7% da composição total e fornece 45-50% das calorias. A melhor tolerância gastrointestinal do leite materno em relação às fórmulas deve-se a múltiplos fatores: presença de enzimas digestivas, fatores prebióticos (HMOs), relação proteína do soro/caseína mais favorável, não ao tipo de carboidrato.

Incorreta a alternativa B. O leite materno, SIM, contém ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (LC-PUFAs), especialmente DHA e ARA, que são cruciais para o desenvolvimento neurológico e visual do lactente. Inclusive, por reconhecerem a importância desses componentes, os fabricantes de fórmulas infantis passaram a suplementá-las com DHA e ARA para tentar aproximar da composição do leite humano.

Incorreta a alternativa C. A água corresponde a cerca de **87-88%** da composição do leite materno, não 30%. Justamente por ter esse alto teor de água, o leite materno é suficiente para suprir todas as necessidades hídricas do bebê, **não sendo necessária oferta adicional de água**, mesmo em clima quente. Lactentes em AME recebem toda a hidratação de que precisam através do leite materno.

Correta a alternativa D. Perfeito! O leite materno contém oligossacarídeos do leite humano (HMOs) que atuam como prebióticos, estimulando seletivamente o crescimento de bifidobactérias e lactobacilos no intestino do lactente. Isso resulta em uma microbiota intestinal mais saudável, com pH ácido que inibe o crescimento de patógenos, menor incidência de diarreia e melhor desenvolvimento do sistema imunológico intestinal. Esse é um dos principais mecanismos pelos quais o leite materno "protege o intestino" do bebê.

Gabarito: D

63. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 67 anos de idade comparece ao ambulatório de PTGI (Patologia do Trato Genital Inferior), queixando-se de prurido genital há 2 anos. Paciente refere tratamento com corticoide tópico, sem melhora do quadro. Ao exame físico, foi observada área hipocrômica, atrófica, localizada nos pequenos lábios, de aproximadamente 4 cm.

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

- A) Seguimento clínico com reavaliação em 6 meses.
- B) Tratar com fluconazol 150 mg via oral semanal, por 6 meses.
- C) Cauterização da lesão.
- D) Biópsia da lesão.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre as lesões precursoras e o câncer de vulva. Assim como a neoplasia intraepitelial cervical (NIC), a neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) representa a presença de células escamosas anormais na vulva. Já foi classificada de diversas maneiras.

Anteriormente, a NIV era dividida em analogia à NIC (pela espessura do epitélio acometido). Todavia, o termo NIV 1 foi removido em 2004, pois foi visto que ele não tem potencial oncogênico. A terminologia atual aceita que a LSIL vulvar corresponde às verrugas genitais e às alterações celulares do HPV, e que a HSIL vulvar e a NIV diferenciada são lesões precursoras do carcinoma escamoso de vulva.

Diferentemente do colo uterino, em que praticamente 100% dos cânceres estão relacionados ao HPV, o carcinoma escamoso de vulva possui 2 vias de desenvolvimento, uma via HPV dependente, que tem como precursor o HSIL vulvar, a outra relacionada ao líquen escleroso, que tem como precursor a NIV diferenciada.

LESÕES DE ALTO GRAU VULVAR (HSIL) OU NIV USUAL

A HSIL vulvar representa a maioria dos casos de NIV. Sua incidência é de 5:100 mil mulheres ao ano, com aumento do número de casos no mundo inteiro, devido ao aumento da incidência de infecção pelo HPV. A faixa etária acometida reduziu de 50 para 30-40 anos. Os fatores de risco associados são:

- presença de HPV de alto risco oncogênico (78-92% dos casos estão associados ao HPV 16);
- tabagismo (presente em 60-80% dos casos);
- uso de contraceptivos hormonais; e
- imunossupressão.

As lesões geralmente são multifocais e multicêntricas, já que o HPV infecta qualquer região do trato anogenital. Elas manifestam-se, na maioria das vezes, como lesões verrucosas distribuídas principalmente em áreas sem pelos, com coloração branco-acinzentada, rósea ou amarronzada. Na vulvoscopia, após aplicação do ácido acético 5%, tornam-se esbranquiçadas. Apresenta elevado índice de regressão, podendo ser tratada conservadoramente (discutiremos as formas de tratamento adiante). A progressão para o câncer de vulva é possível, mas ela é lenta e ocorre em menor frequência quando comparada à NIV diferenciada.

NIV DIFERENCIADA

A NIV diferenciada representa menos de 5% dos casos de NIV. É uma infecção típica da idade avançada, com prevalência máxima entre 75-79 anos. Geralmente se origina do líquen escleroso e/ou hiperplasia escamosa. A localização preferencial é nas áreas com pelos. A lesão é unilateral e focal, apresentando-se tipicamente como área branco-acinzentada, queratótica, com limites bem demarcados. Quando associada

ao líquen, pode apresentar os sinais clínicos característicos desse último. A taxa de progressão para câncer é 5,6 vezes maior que a da NIV usual. Apresenta baixo índice de regressão, preferindo-se a exérese da lesão.

Essa paciente apresenta um quadro de lesão que não melhorou com o uso de corticoide. Ou seja, precisamos pensar que a lesão pode ser uma NIV diferenciada ou até mesmo um câncer de vulva e, por isso, devemos indicar a biópsia da lesão.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque se trata de caso suspeito de câncer de vulva ou lesão precursora, não se devendo postergar a realização de biópsia da lesão.

Incorreta a alternativa B, porque a paciente não apresenta quadro sugestivo de candidíase, e sim de lesão precursora e/ou câncer de vulva

Incorreta a alternativa C, porque não se deve cauterizar a lesão sem realizar sua investigação anatomopatológica para definir seu diagnóstico.

Correta a alternativa D: trata-se de provável NIV diferenciada e/ou câncer de vulva, sendo indicada a realização de biópsia da lesão para definição diagnóstica e indicação de tratamento correspondente.

Gabarito: D

64. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Ao assumir um emprego como médico da família numa pequena cidade, você observa que parte considerável dos problemas de saúde da população adscrita têm relação com o tabagismo. Diante dessa constatação, aponte, entre as opções, qual é a medida mais adequada para redução da dependência de tabaco na sua comunidade?

- A) Consultas individuais semanais para todos os fumantes com comorbidades.
- B) Sessões de apoio psicoterapêutico, com encontro quinzenal no primeiro mês.
- C) Sessões de apoio psicoterapêutico, com encontro semanal no primeiro mês.
- D) Realizar visitas domiciliares para distribuir medicamentos para cessação do tabagismo.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a **dependência de tabaco** é uma das mais prevalentes de todo o mundo, sendo a principal causa de morte evitável do mundo. Além disso, o tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no mundo. Segundo o III LNUD, cerca de 3,2% dos brasileiros são dependentes do tabaco, o que representa, aproximadamente, 5 milhões de pessoas.

O estudo também estima que um terço da população já tenha consumido cigarros industrializados. No Brasil, em 2017, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, houve um déficit de 57 bilhões de reais entre o que foi arrecadado com os impostos da venda de cigarros e produtos derivados do tabaco e o que foi gasto com os cuidados médicos e hospitalares causados pelas consequências do fumo.

O tabagismo está relacionado ao surgimento de mais de 50 outras doenças, entre elas, inúmeros tipos de neoplasias, doenças respiratórias crônicas e agudas, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, problemas dentários e diversas outras patologias, além de aumentar significativamente o risco do desenvolvimento de tuberculose.

A principal substância psicoativa do tabaco é a nicotina. Inalada durante o fumo, atinge o SNC em 15 segundos, com uma meia-vida de 2 horas. Ela atua como agonista em receptores de acetilcolina nicotínicos, que se encontram espalhados por diversas áreas do cérebro, ativando o centro de recompensa cerebral, através da liberação de dopamina, além de causar a liberação de noradrenalina e endorfinas.

Estrategista, de acordo com o atual o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (PCDT)** do Ministério da Saúde, de 2020, os pacientes que desejam abandonar o tabagismo participarão de aconselhamento para compreender a dependência e a abstinência. **Também realizarão sessões de terapia cognitivo-comportamental individuais ou coletivas (4 semanais, 2 quinzenais e, posteriormente, mensais até completar 1 ano)** e receberão fármacos específicos para o abandono do tabagismo, pois a associação dos métodos farmacológico e não farmacológico aumenta as chances de sucesso.

Apesar disso, para aqueles com 1 ou mais condições a seguir, podem ser empregadas apenas as medidas não farmacológicas:

- relato de ausência de sintomas de abstinência;
- número de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;
- consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar;
- Fagerström igual ou inferior a 4;
- contraindicações clínicas;
- preferência do paciente por método não medicamentoso.

Com relação às drogas para esse tratamento, o SUS oferece 2 medicações: nicotina (em adesivo transdérmico ou goma/pastilha via oral) e bupropiona.

Observe, a seguir, as principais contraindicações.

Bupropiona: história de convulsão ou traumatismo craniano, neoplasia cerebral, anorexia nervosa.

Reposição de nicotina: infarto agudo do miocárdio há menos de 15 dias, doença vascular isquêmica periférica, lesões dermatológicas no local da aplicação do adesivo, úlcera péptica ativa.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A, visto que tal estratégia não está prevista no PCDT. Além disso, seria inviável sua realização pela médica.

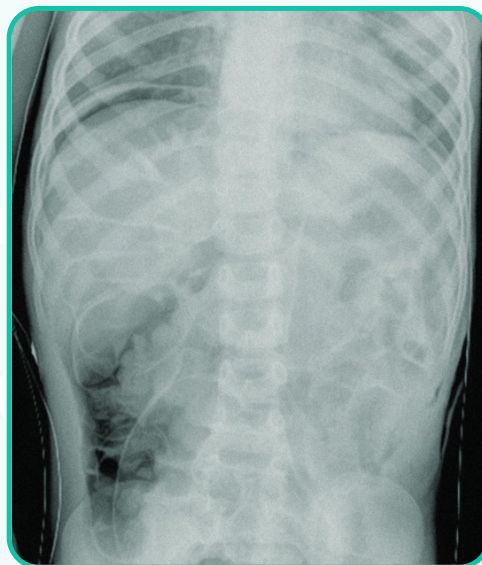
Incorreta a alternativa B. Como discutido na introdução, o PCDT preconiza a realização de sessões de terapia cognitivo-comportamental individuais ou coletivas (4 semanais, 2 quinzenais e, posteriormente, mensais até completar 1 ano).

Correta a alternativa C, conforme discutido na introdução.

Incorreta a alternativa D, visto que a prescrição de um tratamento psicofarmacológico não deve ocorrer de forma indiscriminada, e sim fazendo parte de um tratamento amplo e personalizado, destinado àqueles pacientes motivados e preparados.

Gabarito: C

65. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Recém-nascido a termo, 36 horas de vida, não eliminou mecônio desde o nascimento. Apresenta distensão abdominal progressiva e vômitos biliosos. Ao exame: abdome distendido, timpânico, sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome a seguir. Qual é a conduta inicial mais adequada?



- A) Laparotomia exploradora imediata com ressecção do segmento acometido.
- B) Enema contrastado com contraste hidrossolúvel hiperosmolar sob radioscopia.
- C) Observação clínica com jejum, sonda nasogástrica e hidratação venosa.
- D) Enema opaco com contraste baritado.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o ENAMED gosta de cobrar CIPE, e apesar de poucas imagens, alguns achados clássicos precisam estar na nossa cabeça. Esse é o quadro clássico de **íleo meconial não complicado**: RN que não elimina mecônio, distensão abdominal, vômitos biliosos e radiografia com “bolhas de sabão” em FID, que **traduz mecônio espesso misturado a ar nas alças distais**. Nessas situações, a conduta inicial é **enema com contraste hidrossolúvel hiperosmolar (ex.: Gastrografin®)**, que é diagnóstico e terapêutico: ajuda a fluidificar o mecônio, promover a progressão do conteúdo e resolver a obstrução em boa parte dos casos. Cirurgia fica reservada para falha do enema ou complicações (perfuração, peritonite, volvo, atresia associada).

Incorreta a alternativa A. Errada como primeira conduta no íleo meconial **não complicado**. A cirurgia é indicada apenas se houver falha do tratamento por enema ou se o RN apresentar complicações (perfuração, peritonite meconial, volvo, atresia intestinal). Operar de cara aumenta morbidade desnecessariamente.

Correta a alternativa B. Se o paciente apresentar estabilidade hemodinâmica e ausência de sinais de peritonite, podemos tentar manejo conservador com enema. Lembre-se de que até 75 % do íleo meconial está associado a **FIBROSE CÍSTICA**.

Incorreta a alternativa C. O quadro é de **obstrução intestinal mecânica**. Jejum e sonda aliviam sintomas, mas **não resolvem a impactação do mecônio**. A não intervenção prolonga a obstrução e aumenta risco de perfuração.

Incorreta a alternativa D e perigosa. O bário é **contraindicado** em suspeita de obstrução intestinal neonatal, pelo risco grave caso haja perfuração (peritonite química). O contraste deve ser **hidrossolúvel**.

Gabarito: B

Caso clínico para a questão 66

Elaine, 5 meses, nascida a termo e hígida. É trazida para o PS infantil com queixa de cansaço. Há 4 dias, iniciou coriza e tosse seca. Evoluiu hoje com desconforto respiratório. Ao exame físico, observa-se: vias aéreas pervias; MV presentes com sibilância difusa, FR de 72 irpm, SpO2 de 95% em ar ambiente, tiragem de fúrcula, intercostal e subcostal moderadas, com batimento de aletas nasais; tempo de enchimento capilar de 2 segundos, pulsos fortes, FC de 160 bpm, ritmo sinusal, sem sopros; ativa e reativa, sem alterações neurológicas; afebril e sem lesões de pele.

66. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Pelo Programa Nacional de Imunizações, o que deveria ter sido feito por Elaine para evitar essa doença?

- A) Administração da Abrysvo® na mãe durante a gestação.
- B) Administração de nirsevimabe.
- C) Administração de palivizumabe.
- D) Administração da Abrysvo® na mãe durante a gestação + aplicação de nirsevimabe na paciente.

COMENTÁRIOS:

Questão que aborda desconforto respiratório em um lactente, bora lá?

As afecções respiratórias figuram entre as principais vilãs da pediatria. São, com certa folga, as principais causas de internação em pessoas < 5 anos de idade! Por isso, é crucial que você saiba fazer um diagnóstico acertado para oferecer um manejo adequado para o paciente.

O problema é que existem muitas coisas diferentes que podem provocar desconforto respiratório agudo nos pequenos: crises de asma, bronquiolite viral aguda, laringites, pneumonias bacterianas e virais, coqueluche, insuficiência cardíaca, choque, malformações congênitas que obstruem/alteram vias aéreas, colapso dinâmico de vias aéreas, como na laringomalácia etc.

Algumas pistas para diagnóstico diferencial em prova

Coqueluche: evolução subaguda, com descrição de acessos de tosse com guincho inspiratório + linfocitose.

Pneumonia típica: febre + tosse + taquipneia. Ausculta TENDE a ser localizada, RX com consolidação.

Pneumonia afebril do lactente: jovem (~2 meses) + afebril + taquipneia + crepitações difusas + RX com infiltrado intersticial + eosinofilia + história de conjuntivite.

Bronquiolite viral aguda: LACTENTE com resfriado comum seguido de DESCONFORTO RESPIRATÓRIO e SIBILÂNCIA.

Crupe: descrição de estridor inspiratório + tosse metálica.

Miocardite viral: evolução semelhante à BVA + sinais de insuficiência cardíaca!

A história clínica de Elaine fala muito à favor da **bronquiolite viral aguda (BVA)**, concorda?

A BVA caracteriza-se pelo primeiro episódio de sibilância em um lactente menor de 12 meses (até 24 meses em algumas referências) que apresenta sinais clínicos de infecção viral do trato respiratório inferior e ausência de outra razão que explique a sibilância. Pode ser causado por praticamente qualquer vírus que afeta o trato respiratório inferior, mas é o **vírus sincicial respiratório (VSR)** que responde à maioria das infecções.

O principal agente etiológico é o **vírus sincicial respiratório**.

Características do Vírus Sincicial Respiratório

Principal causador de BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA nos lactentes.

Crianças maiores e adultos apresentam um quadro leve quando se infectam pelo VSR.

A transmissão do VSR ocorre por gotículas ou fômites.

Os sintomas iniciam-se de 4 a 3 dias após o contato.

No hospital: PRECAUÇÃO DE CONTATO.

A infecção pelo VSR não confere imunidade duradoura, assim, é possível que a criança apresente mais de um episódio.

Vale mencionar que alguns serviços incluem precaução por **gotículas**, além de contato para VSR. Mas aí varia de CCIH para CCIH! O que você deve memorizar é que precaução de aerossol não é necessária.

Bom, a questão foca a prevenção **da bronquiolite**. Portanto, vamos abordar as formas de imunização contra o VSR:

Agente	Classe	Indicação
Abrysvo [®]	Vacina Recombinante inativada	- Gestantes a partir de 24 semanas (PNI a partir de 28 semanas); - Idade > 60 anos; - Entre 18 e 59 anos com alto risco.
Arexvy [®]	Vacina Recombinante inativada	Idosos > 60 anos
Palivizumabe	Anticorpo monoclonal	Vem sendo substituído pelo Nirsevimabe: - Prematuros < 28 semanas até 1 ano de idade; - Até 2 anos com cardiopatia com repercussão ou doença pulmonar crônica.
Nirsevimabe	Anticorpo monoclonal	Indicado somente se a mãe não recebeu Abrysvo [®] na gestação: - Ideal: todas as crianças < 8 meses; - Disponibilidade pelo PNI: prematuros ou crianças com comorbidades (cardíacas, pulmonares e síndrome de Down) até 24 meses.

A estratégia ideal é **vacinar a gestante a partir da 28ª semana de idade gestacional**.

O intuito é promover produção e passagem de anticorpos transplacentários que protegerão o bebê contra o VSR nos primeiros meses de vida. Se a mãe receber a vacina, **não há necessidade de fazer o nirsevimabe na maioria dos casos**.

Veja: a administração da Abrysvo[®] na gestante pode proteger o bebê de forma eficaz nos seus primeiros 6 meses, com maior eficácia nos primeiros 3 a 4 meses. Mas existem situações em que o uso de **nirsevimabe está formalmente recomendado, mesmo com vacinação materna**:

- mãe imunossuprimida vacinada durante a gestação;
- parto ocorrido antes de 14 dias da vacinação materna;
- RN de alto risco, que pode incluir, mas não se limita a: doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa, imunocomprometidos, síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas.

Ah, e claro! Temos uma pequena divergência entre a **Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM)** e o **Ministério da Saúde (MS)** sobre a indicação do nirsevimabe.

Pela **SBIM** (que costuma sugerir o que é melhor para os pacientes, não o mais custo-efetivo em escala populacional), **o ideal é indicar para todas as crianças de até 8 meses de idade**, e crianças que fazem parte de grupos de maior risco para a BVA (cardiopatas, pneumopatas, doenças neuromusculares, anatômicas de vias aéreas, síndrome de Down) devem receber mais uma dose no segundo ano de vida.

No entanto, pela **CONITEC/MS** (que preza mais pela custo-efetividade), a medicação será destinada para os seguintes pacientes:

- prematuros (< 37 semanas) no primeiro ano de vida;
- bebês de termo, com comorbidades: doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica, nos dois primeiros anos de vida.

E reitero: se a mãe receber a vacina, **não há necessidade de fazer o nirsevimabe na maioria dos casos.**

Elaine foi uma criança nascida a termo e não tem comorbidade. **Vamos dar uma olhada nas alternativas? Note que a questão pede a conduta pelo PNI do MS.**

Correta a alternativa A. É a estratégia preferencial de prevenção contra o VSR.

Incorreta a alternativa B. A criança não tem indicação do nirsevimabe pelo MS, pois não é prematura ou portadora de comorbidades. Pela SBIM, até teria indicação caso a mãe não tivesse recebido a Abrysvo na gestação.

Incorreta a alternativa C. O palivizumabe está sendo substituído pelo nirsevimabe. Ele era aplicação em 5 doses mensais nas seguintes situações:

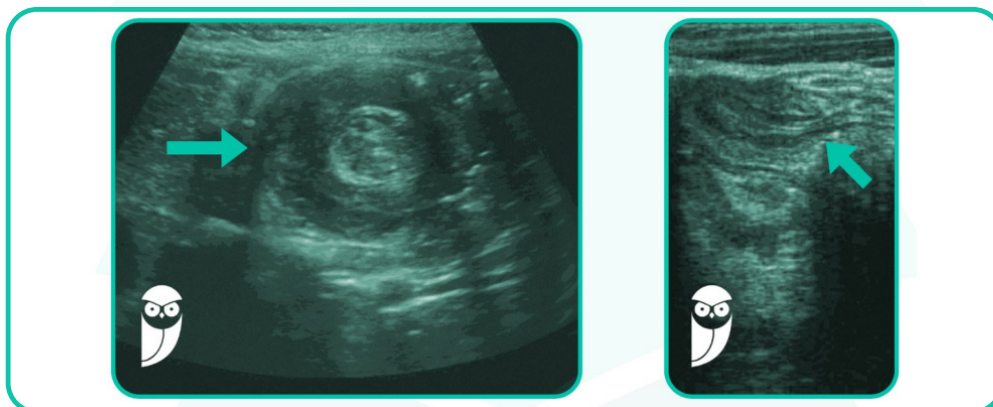
Ministério da Saúde	Sociedade Brasileira de Pediatria
Prematuros (IG $\leq$ 28 sem) de até 1 ano de idade	Prematuros (IG $\leq$ 28 sem) de até 1 ano de idade
Crianças até 2 anos com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica ou doença pulmonar crônica	Crianças até 2 anos com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica ou doença pulmonar crônica
	Lactentes prematuros (IG 29 a 31 semanas e 6 dias) até 6 meses de idade

Incorreta a alternativa D. Pelo PNI, não há necessidade de adotar as duas estratégias em uma criança nascida a termo e saudável. Mas existem situações em que o uso de **nirsevimabe está formalmente recomendado, mesmo com vacinação materna:**

- mãe imunossuprimida vacinada durante a gestação;
- parto ocorrido antes de 14 dias da vacinação materna;
- RN de alto risco, que pode incluir, mas não se limita a: doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa, imunocomprometidos, síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas.

Gabarito: A

67. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Menino de 8 meses de idade dá entrada no pronto-socorro de sua cidade com dor abdominal em cólica, irritado, vômitos biliosos e desidratação 1+/4 há 4 horas. Ao exame físico, nota-se distensão abdominal leve e massa em formato de salsicha palpável em hipocôndrio direito associado ao esvaziamento da fossa ilíaca esquerda. Foi realizado exame de imagem a seguir.



Em relação a essa patologia, assinale a alternativa correta.

- A) A porção intestinal mais acometida é íleo-ceco-cólica e a causa etiológica mais prevalente é secundária à hiperplasia linfóide abdominal.
- B) A porção intestinal mais acometida é o intestino delgado e a causa etiológica mais prevalente é secundária à hiperplasia linfóide abdominal.
- C) A porção intestinal mais acometida é íleo-ceco-cólica e a causa etiológica mais prevalente é secundária a divertículo de Meckel.
- D) A porção intestinal mais acometida é o intestino delgado e a causa etiológica mais prevalente é secundária a divertículo de Meckel.

COMENTÁRIOS:

Vamos lá, Estrategista, a questão traz uma criança de 8 meses de idade, com dor abdominal em cólica, distensão abdominal e vômitos biliosos. Até aqui, você poderia pensar em vários diagnósticos diferenciais de abdome agudo pediátricos, entretanto um achado no exame físico começa a nos direcionar para uma patologia específica. Massa palpável em hipocôndrio direito + fossa ilíaca esquerda vazia é conhecido como sinal de Dance. Tudo bem se você não soubesse, o examinador deu-lhe uma segunda chance e expôs um USG abdominal no corte transversal e longitudinal com o sinal da seta! No USG, podemos ver o sinal clássico de Invaginação intestinal. Até aqui, quase todos acertariam, mas a USP Ribeirão quer quem realmente estudou e vai perguntar a fisiopatologia da doença.

Sabe-se que a invaginação intestinal é mais prevalente entre os 3-9 meses de idade, tendo como fisiopatologia principal (90% dos casos) a hiperplasia linfóide secundária à enterocolite, quadro respiratório ou até mesmo pós-vacinal (lembra da rotavírus?). Os outros 10% ficam a cargo de causas como divertículo de Meckel, pólipos, linfomas, cistos de duplicação intestinal e outros. Além disso, sabemos que a principal localização da intussuscepção é íleo-ceco-cólica, por isso o sinal de Dance é tão importante para nosso diagnóstico. O diagnóstico por imagem baseia-se na ultrassonografia e o tratamento inicial é redução por enema hidrostática ou pneumática, com exceção em casos de peritonite, mal estado geral, suspeita de causa anatômica e pacientes > 2 anos, cujo tratamento passa a ser cirúrgico.

Correta a alternativa A - como estudamos, a causa mais comum é secundária à hiperplasia linfóide e o principal local de acometimento é próximo à válvula ileocecal, que se localiza na fossa ilíaca/hipocôndrio direito. Sinal de Dance.

Incorreta a alternativa B - intestino delgado, além de ficar muito amplo, não é fixo, por isso é mais difícil de invaginar, apesar de possível.

Incorreta a alternativa C - divertículo de Meckel é, sim, uma das causas de invaginação intestinal, mas longe de ser a causa mais prevalente.

Incorreta a alternativa D - nem intestino delgado nem Meckel fazem sentido.

Gabarito: A

68. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 38 anos de idade, comparece em atendimento na UBS trazendo ultrassom transvaginal que apresentou uma imagem anexial direita, sólida, irregular de aproximadamente 1,5 cm de diâmetro. A paciente nega queixas e ao exame ginecológico não foram encontradas anormalidades.

Assinale a alternativa que descreve a conduta correta.

- A) Conduta expectante.
- B) Repetir a ultrassonografia em 6 meses.
- C) Indicar punção por agulha fina da massa anexial.
- D) Encaminhar a paciente para avaliação oncológica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a **ultrassonografia pélvica** é o exame de escolha para a investigação inicial de massas anexiais. O baixo custo, associado à familiaridade dos ginecologistas com o uso e à boa qualidade de imagem, faz com que esse seja o método de primeira linha nesses casos. As características básicas que devem ser avaliadas nos tumores anexiais são: **paredes, conteúdo, presença de septos, presença de projeções sólidas e vascularização**.

A tabela a seguir traz as chamadas “regras simples” desenvolvidas pela IOTA (*European International Ovarian Tumor Analysis*) para avaliar a probabilidade de malignidade de um tumor ovariano:

Critérios de IOTA (<i>European International Ovarian Tumor Analysis</i>) para predição de risco de câncer de ovário em tumores anexiais – “regras simples” ou “simple rules”	
Benignidade.	Malignidade.
Unilocular.	Tumor sólido irregular.
Presença de componente sólido menor do que 7 mm.	Presença de ascite.
Presença de sombra acústica posterior.	Ao menos 4 estruturas papilares.
Tumor multilocular regular com diâmetro menor do que 100 mm.	Tumor multilocular com componente sólido e diâmetro maior ou igual a 100 mm.
Ausência de fluxo ao Doppler.	Vascularização intensa.
Os critérios para utilização das regras são:	
1- Se o tumor apresentar ao menos uma característica de malignidade e nenhuma de benignidade, é considerado provavelmente maligno.	
2- Se o tumor apresentar ao menos uma característica de benignidade e nenhuma de malignidade, é provavelmente benigno.	
3- Se o tumor apresentar características de benignidade e malignidade, é considerado inconclusivo.	

Além dos critérios de IOTA, algumas outras características podem estar associadas à malignidade, como: **bilateralidade, paredes irregulares e presença de septos grosseiros**. Em algumas referências, uma dimensão superior a 8 cm é considerada critério de malignidade.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente apresenta achado suspeito de malignidade, não sendo indicado atrasar a investigação complementar da lesão.

Incorreta a alternativa B, porque a paciente apresenta achado ultrassonográfico com característica maligna, sendo indicado complementar a avaliação e conduta diagnóstica com o especialista o quanto antes.

Incorreta a alternativa C, porque não se deve proceder com punção por agulha fina da massa anexial, já que esse procedimento pode “espalhar” células neoplásicas pela cavidade pélvica.

Correta a alternativa D: deve-se encaminhar a paciente para avaliação oncológica, que prosseguirá com a investigação diagnóstica através da realização de ressonância magnética, CA125, CA19.9 e CEA, além de indicar uma laparotomia exploradora para ressecar a lesão e proceder com o estudo anatomopatológico.

Gabarito: D

69. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Uma adolescente de 14 anos, com história de cardiopatia congênita não corrigida desde a infância, passa a apresentar dispneia aos esforços progressiva, cianose central e baqueteamento digital. Ao exame, observa-se sopro cardíaco de menor intensidade do que o descrito em consultas anteriores. A hipótese diagnóstica considerada é a síndrome de Eisenmenger. Com base nesse quadro, assinale a alternativa correta.

- A) Trata-se de complicação aguda típica do infarto agudo do miocárdio, caracterizada por hipertensão pulmonar transitória e hipoxemia reversível.
- B) O mecanismo fisiopatológico central é a manutenção do *shunt* esquerda-direita, com aumento progressivo do fluxo pulmonar e melhora da oxigenação sistêmica.
- C) A síndrome decorre da elevação progressiva da resistência vascular pulmonar, com inversão do *shunt* para direita-esquerda, levando à cianose e hipoxemia sistêmica.
- D) O tratamento de escolha consiste na correção cirúrgica tardia do defeito cardíaco, independentemente do grau de hipertensão pulmonar estabelecida.

COMENTÁRIOS:

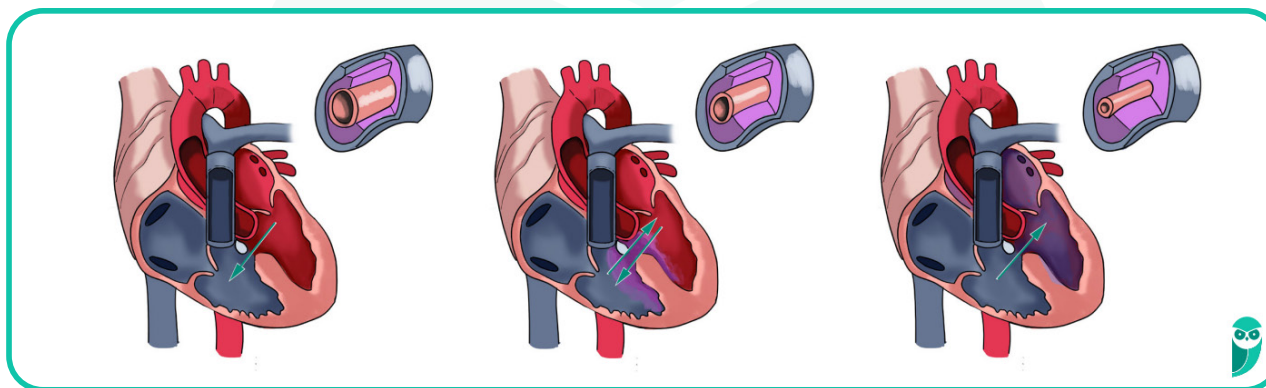
CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Olá, Estrategista! A síndrome de Eisenmenger é uma complicação grave e irreversível de cardiopatias congênitas com *shunt* esquerda-direita não corrigidas. Ela representa o estágio final de um processo patológico que se desenvolve ao longo de anos, e infelizmente marca um ponto de não retorno no tratamento dessas cardiopatias. Vamos entender como isso acontece. As cardiopatias de *shunt* esquerda-direita são cardiopatias congênitas em que há comunicação anormal entre as câmaras cardíacas ou grandes vasos, permitindo que sangue oxigenado do lado esquerdo do coração (que tem maior pressão) passe para o lado direito. As principais são: CIV, CIA, PCA e DSAV. Inicialmente, essas cardiopatias cursam com *shunt* esquerda-direita, levando sangue oxigenado “de volta” para o lado direito, aumentando o fluxo pulmonar. Esse hiperfluxo pulmonar crônico é o início de tudo. A evolução natural dessas cardiopatias não tratadas segue uma sequência bem definida:

Fase 1 - *shunt* esquerda-direita (fase inicial): o sangue passa do lado esquerdo (alta pressão) para o direito (baixa pressão), aumentando o fluxo pulmonar. Nessa fase, não há cianose - pelo contrário, pode haver apenas sinais de hiperfluxo pulmonar como infecções respiratórias de repetição, dificuldade para ganhar peso, taquipneia. O sopro é intenso nessa fase devido ao grande fluxo através do defeito.

Fase 2 - remodelamento vascular pulmonar: o hiperfluxo pulmonar crônico causa lesão endotelial progressiva nas arteríolas pulmonares. Inicialmente, há vasoconstrição como mecanismo protetor, mas, com o tempo, ocorre remodelamento vascular irreversível com proliferação da camada média, fibrose da íntima e até arterite necrotizante. Esse processo aumenta progressivamente a **resistência vascular pulmonar (RVP)**.

Fase 3 - inversão do *shunt* (síndrome de Eisenmenger): quando a RVP se eleva tanto que a pressão no lado direito se iguala ou supera a pressão do lado esquerdo, o *shunt* inverte - agora o sangue passa da direita para a esquerda (*shunt* direita-esquerda). Sangue venoso, não oxigenado, passa direto para a circulação sistêmica, resultando em **cianose central** e **hipoxemia crônica**.



ATENÇÃO: uma vez estabelecida a síndrome de Eisenmenger com hipertensão arterial pulmonar grave e *shunt* invertido, a correção cirúrgica do defeito está **CONTRAINDICADA**! Fechar o defeito nessa fase seria catastrófico, pois o ventrículo direito não conseguiria ejetar contra a altíssima resistência pulmonar.

Assim, o quadro clínico da síndrome de Eisenmenger é característico, apresentando os seguintes sintomas:

- **Dispneia aos esforços** progressiva (inicialmente aos grandes esforços, evoluindo para pequenos esforços e até repouso).
- **Fadiga** e intolerância ao exercício.
- **Cianose central** (lábios, mucosas, língua).
- **Síncope** ou pré-síncope aos esforços.
- **Hemoptise** (pela hipertensão pulmonar).
- **Dor torácica** (isquemia do VD ou dilatação da artéria pulmonar).

O tratamento da síndrome de Eisenmenger é principalmente **paliativo e de suporte**, já que a correção cirúrgica do defeito está contraindicada nessa fase. Então, temos como medidas gerais:

- Evitar esforços físicos intensos e atividades extenuantes.
- Evitar altitudes elevadas (hipoxemia piora).
- Evitar desidratação (aumenta viscosidade sanguínea e risco trombótico).
- Evitar gestação (mortalidade materna > 50%).
- Contracepção eficaz (preferir métodos de barreira + DIU de cobre; evitar estrogênios pelo risco trombótico).
- Vacinação em dia (*influenza*, pneumococo).
- Profilaxia de endocardite quando indicada.

O tratamento específico inclui oxigenoterapia domiciliar, vasodilatadores pulmonares, anticoagulação e, por fim, transplante cardiopulmonar ou pulmonar + correção do defeito.

Incorreta a alternativa A. A síndrome de Eisenmenger não tem relação com infarto agudo do miocárdio. Trata-se de uma complicação crônica e progressiva de cardiopatias congênitas com *shunt* não corrigidas, caracterizada por hipertensão pulmonar irreversível (não transitória) e hipoxemia crônica (não reversível). É uma condição completamente diferente, de evolução lenta ao longo de anos ou décadas.

Incorreta a alternativa B. Pelo contrário! O mecanismo fisiopatológico central é justamente a inversão do *shunt*, que passa de esquerda-direita para direita-esquerda. Com o aumento progressivo da resistência vascular pulmonar, a pressão no lado direito eleva-se até superar a do lado esquerdo, invertendo o fluxo. Isso leva à passagem de sangue venoso (não oxigenado) para a circulação sistêmica, resultando em piora da oxigenação sistêmica (cianose e hipoxemia), não melhora.

Correta a alternativa C. Perfeito! Essa alternativa descreve corretamente a fisiopatologia da síndrome de Eisenmenger. O hiperfluxo pulmonar crônico causa remodelamento vascular progressivo com elevação da resistência vascular pulmonar. Quando a RVP se eleva suficientemente, a pressão no lado direito iguala-se ou supera a do lado esquerdo, invertendo o *shunt* (agora direita-esquerda). Sangue venoso passa direto para a circulação sistêmica sem ser oxigenado, levando à cianose central e hipoxemia sistêmica características da síndrome.

Incorreta a alternativa D. A correção cirúrgica tardia do defeito cardíaco está **CONTRAINDICADA** na síndrome de Eisenmenger estabelecida. Uma vez que a hipertensão pulmonar severa se desenvolveu e o *shunt* inverteu, fechar o defeito seria catastrófico porque o ventrículo direito não conseguiria ejetar contra a altíssima resistência vascular pulmonar, levando rapidamente à falência ventricular direita e óbito. A única opção cirúrgica curativa nessa fase é o transplante cardiopulmonar ou pulmonar + correção do defeito.

Gabarito: C

70. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Mulher, 54 anos, diabética, procura o PS com febre há 24 horas (39,2 °C), calafrios, dor lombar direita intensa e náuseas. Ao exame: FC de 90 bpm, PA de 120/80 mmHg, dor à punho-percussão em flanco direito. Exames: leucócitos = 18.500/mm³, creatinina = 0,9 mg/dL. Urina I: piúria importante e bacteriúria. TC de abdome sem contraste mostra cálculo de 8 mm impactado em ureter proximal direito, com hidronefrose moderada.

Qual é a **conduta imediata mais adequada**?

- A) Analgesia, hidratação venosa e antibiótico oral, com programação de ureterolitotripsia eletiva.
- B) Litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) em caráter de urgência.
- C) Ureteroscopia com litotripsia imediata do cálculo, sem drenagem prévia.
- D) Antibioticoterapia venosa de amplo espectro associada à desobstrução urgente da via urinária (duplo J ou nefrostomia percutânea).

COMENTÁRIOS:

Estrategista, paciente com ureterolitíase em ureter proximal à direita associado a quadro infeccioso. Nessa situação, antibiótico sozinho não resolve, porque o rim está “fechado”. A evidência e os consensos são bem claros: **pielonefrite obstrutiva é emergência urológica**, e o tratamento correto é **antibiótico venoso + drenagem imediata da via urinária**, seja com duplo J retrógrado ou nefrostomia percutânea. Só depois de controlar o quadro infeccioso é que você resolve o cálculo de forma definitiva. Além disso, as outras indicações de desobstrução de via urinária de urgência são alteração da função renal, hidronefrose moderada a intensa e dor refratária.

Incorreta a alternativa A. Errada e perigosa. Em pielonefrite obstrutiva com sinais sistêmicos de infecção, antibiótico oral é insuficiente e **postergar a drenagem mantém o foco infeccioso ativo**, aumentando mortalidade. Precisamos desobstruir e planejar ATB EV.

Incorreta a alternativa B. LECO não é indicada em contexto de infecção ativa com obstrução, pois não garante descompressão imediata e pode piorar a bacteremia ao fragmentar o cálculo sem drenagem adequada.

Incorreta a alternativa C. Manipular o trato urinário em cenário de PIELONEFRITE OBSTRUTIVA **aumenta risco de choque séptico**. A prioridade é **drenar e estabilizar**; o tratamento definitivo do cálculo fica para um segundo tempo, após controle da infecção.

Correta a alternativa D. As indicações de drenagem de via urinária são: pielonefrite obstruída; alteração de função renal com hidronefrose (aumento do ureter); dor refratária ou cálculos renais grandes (normalmente maiores que 1 cm). Lembre-se de coletar urocultura para orientar seu tratamento.

Gabarito: D

71. – (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Júlia, 4 meses, nascida a termo e hígida. Trazida ao PS infantil com quadro de 14 dias de duração de “muita tosse”. A mãe diz que a paciente está bem, mas várias vezes ao dia entra em acessos de tosse que duram mais de 20 segundos e resultam em palidez, cianose e vômitos. Ao exame físico, você encontra uma criança hemodinamicamente estável, sem alterações na ausculta pulmonar, com petéquias no rosto e hemorragias conjuntivais. Durante o exame, a criança apresenta um acesso importante de tosse com repercussão, seguido de guincho inspiratório.

Visando a redução da mortalidade e desfechos desfavoráveis, qual é o tratamento mais adequado para Júlia?

- A) Azitromicina.
- B) Penicilina cristalina.
- C) Internação para suporte.
- D) Sulfametoxazol-trimetoprima.

COMENTÁRIOS:

Essa questão aborda desconforto respiratório em um lactente, bora lá?

As afecções respiratórias figuram entre as principais vilãs da pediatria. São, com certa folga, as principais causas de internação em pessoas < 5 anos de idade! Por isso, é crucial que você saiba fazer um diagnóstico acertado para oferecer um manejo adequado para o paciente.

O problema é que existem muitas coisas diferentes que podem provocar desconforto respiratório agudo nos pequenos: crises de asma, bronquiolite viral aguda, laringites, pneumonias bacterianas e virais, coqueluche, insuficiência cardíaca, choque, malformações congênitas que obstruem/alteram vias aéreas, colapso dinâmico de vias aéreas como na laringomalácia, etc.

Algumas pistas para diagnóstico diferencial em prova
Coqueluche: evolução subaguda, com descrição de acessos de tosse com guincho inspiratório + linfocitose.
Pneumonia típica: febre + tosse + taquipneia. Ausculta TENDE a ser localizada, RX com consolidação.
Pneumonia afebril do lactente: jovem (~2 meses) + afebril + taquipneia + crepitações difusas + RX com infiltrado intersticial + eosinofilia + história de conjuntivite.
Bronquiolite viral aguda: LACTENTE com resfriado comum seguido de DESCONFORTO RESPIRATÓRIO e SIBILÂNCIA.
Crupe: descrição de estridor inspiratório + tosse metálica.
Miocardite viral: evolução semelhante à BVA + sinais de insuficiência cardíaca!

A ideia desse comentário é dar ferramentas para identificar e tratar um caso suspeito de **coqueluche** na sua prova!

Estamos falando de um problema causado pela bactéria Gram-negativa ***Bordetella pertussis***. Esse bicho produz **toxinas** que destroem os cílios do epitélio respiratório e recrutam muitos linfócitos. As palavras-chave são: crises de tosse seguidas de guincho inspiratório.

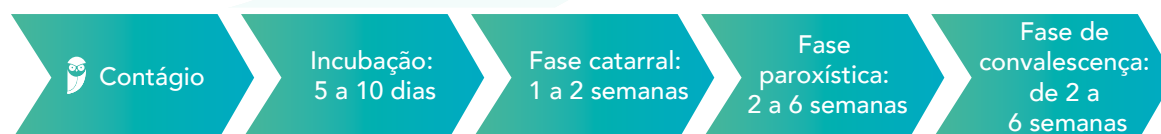
A doença ocorre principalmente nos menores de um ano de idade. Ressalta-se que, nesse grupo, aproximadamente 70% são menores de três meses de idade, os quais são mais suscetíveis à doença e à gravidade, com maior risco de vida. Quanto menor o bebê, maior o risco, uma vez que não receberam o esquema vacinal completo e que o aleitamento materno não protege contra essa doença, exceto se a mãe tiver sido vacinada com a DTPa durante a gestação ou no puerpério (lembra-se da indicação de idealmente vacinar entre a 28ª e 36ª semana de gestação? A ideia é proteger o bebê!).

Geralmente, o lactente adquire a coqueluche de um contato próximo através de aerossóis.

A evolução clínica é **arrastada**, e pode ser didaticamente dividida em fases:

- **Catarral:** dura de 1 a 2 semanas, apresenta sintomas leves como de quaisquer infecções de vias aéreas superiores (IVAS), com febre baixa, sendo indistinguível das outras IVAS nessa fase. Observa-se também tosse (mais comumente seca). Lembrando que essa fase é a de maior transmissão, quando a coqueluche muitas vezes ainda nem é suspeitada.
- **Fase paroxística:** dura de 2 a 6 semanas. **É a mais clássica da doença.** Como o nome diz, iniciam-se os paroxismos/acessos/crises de tosse seca, nos quais o paciente apresenta uma súbita crise de vários episódios seguidos de uma tosse curta, seguida de uma dificuldade de inspirar. Então, o paciente costuma forçar a inspiração de forma súbita e prolongada, o que causa um barulho característico: o guincho. O guincho é, portanto, inspiratório e ocorre pela passagem forçada e prolongada do ar pela glote estreitada. Ainda nessa fase, pode ocorrer cianose e, em crianças menores, podemos observar apneia ou engasgos.
- **Fase de convalescença:** dura também mais 2 a 6 semanas. Quando somem os paroxismos (e, portanto, os guinchos) e volta a tosse “normal”, que pode durar até 3 meses.

Ah, e curiosamente, a ausculta pulmonar costuma ser inespecífica ou normal.



E os exames complementares?

O diagnóstico da coqueluche é feito por meio de critérios clínicos associados a exames diagnósticos complementares.

A **radiografia de tórax** tem como manifestação clássica o coração felpudo:



O **hemograma** é bem interessante aqui. As alterações laboratoriais típicas são desencadeadas pela toxina pertússis e caracterizam-se por leucocitose de 30.000 a 40.000/mm³ com linfocitose de 60-80% que se intensificam na fase paroxística. Essas alterações ocorrem porque a toxina pertússis interfere na migração dos linfócitos aos linfonodos, fazendo com que permaneçam na circulação periférica.

#dicadacoruja

Leucocitose (acima de 20.000) na fase paroxística e, apesar de ser uma doença bacteriana, há linfocitose (comumente acima de 50%)

Por ser uma doença bacteriana, essa característica não seria esperada. A linfocitose é bastante explorada pelos examinadores e, na prática, ajuda na suspeita diagnóstica. É importante que você saiba que o fato de não termos leucocitose e/ou linfocitose no HMG não exclui o diagnóstico da coqueluche.

No aspecto etiológico, podemos considerar a **cultura (padrão-ouro)** e **RT-PCR**, mas esses exames só costumam ser positivos nas primeiras duas semanas de sintomas (especialmente na fase catarral).

É uma doença de **notificação compulsória**, ok?

E, para finalizar: o tratamento!

O tratamento da coqueluche contra *Bordetella pertussis* é realizado com antibiótico e os **macrolídeos** são os medicamentos mais eficazes contra esse microrganismo. Atualmente, indica-se a **azitromicina** como primeira opção.

E sobre a eficácia: tenha em mente que o antibiótico **não parece reduzir a mortalidade**, intensidade dos sintomas e a duração da doença, no entanto, **impacta na redução do período de transmissibilidade**. O que parece reduzir a mortalidade é o tratamento de suporte intensivo e transfusão de troca para pacientes com leucocitose severa (evitando hiperviscosidade).

Portanto, o ideal é **prevenir**. O esquema vacinal preconizado pelo PNI envolve: 3 doses da pentavalente (2, 4 e 6 meses), com 2 reforços da tríplice bacteriana DTP (15 meses e 4 anos); bem como a vacinação de gestantes com DTPa e contactantes.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. De fato, os macrolídeos são o tratamento de escolha para coqueluche. No entanto, veja a voz de comando da questão: queremos o tratamento com maior impacto na mortalidade.

Tenha em mente que o antibiótico **não parece reduzir a mortalidade**, intensidade dos sintomas e a duração da doença, no entanto, **reduz o período de transmissibilidade**. O que parece reduzir a mortalidade é o tratamento de suporte intensivo e transfusão de troca para pacientes com leucocitose severa (evitando hiperviscosidade). Mas, obviamente: o ideal seria ter vacinado a gestante e a criança.

Incorreta a alternativa B. Betalactâmicos não são eficazes contra a *Bordetella pertussis*.

Correta a alternativa C! O que parece reduzir a mortalidade é o tratamento de suporte intensivo e transfusão de troca para pacientes com leucocitose severa (evitando hiperviscosidade). Mas, obviamente: o ideal seria ter vacinado a gestante e a criança.

Incorreta a alternativa D. É um tratamento de 2ª linha para coqueluche, indicado quando há contraindicação aos macrolídeos.

Gabarito: C

72. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Uma mulher de 71 anos comparece à consulta com o médico de família e comunidade de uma equipe de Saúde da Família Fluvial demonstrando preocupação com o controle de seu diabetes mellitus. Devido ao longo intervalo sem atendimento na comunidade, em razão de condições climáticas adversas, relata ter passado a utilizar algumas plantas medicinais associadas aos fármacos previamente prescritos. Informa que recebeu orientação da curandeira local sobre quais chás deveria consumir. Após avaliação, o médico verifica que não há interação entre as plantas utilizadas e os medicamentos prescritos, nem risco de descompensação do diabetes ou dano à saúde. Diante disso, concorda com a manutenção do uso das plantas, reafirma a prescrição medicamentosa e solicita exames para monitoramento do controle glicêmico.

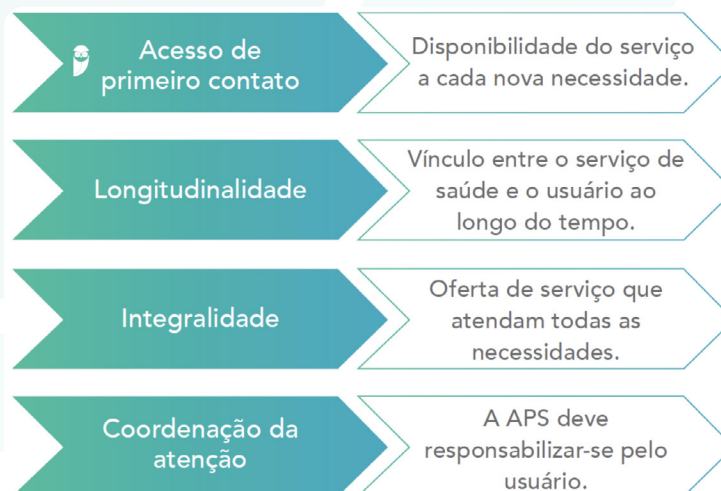
Considerando o caso acima, que atributo da atenção primária é apresentado?

- A) Longitudinalidade.
- B) Orientação para a comunidade.
- C) Competência cultural.
- D) Integralidade.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, os atributos da Atenção Primária à Saúde propostos por Barbara Starfield são alvos frequentes de questões nas mais variadas bancas. Muitas vezes, as questões costumam ser bem diretas, como foi o caso dessa questão. Para revisar esse tema, listaremos resumidamente todos os atributos, com dicas de memorização:

Atributos essenciais (se é essen**CIAL**, cada letra do final inicia um atributo):



Atributos derivados (derivados são informações complementares, derivadas do contexto do indivíduo: família, comunidade e cultura):



Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Estrategista, segundo a PNAB 2017, a longitudinalidade do cuidado é uma das diretrizes da Atenção Básica e “pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado”.

Incorreta a alternativa B. A “orientação comunitária” é um atributo derivado e refere-se ao reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade pelo serviço de saúde, influenciando a relação da equipe de saúde com a comunidade, o planejamento de ações e a avaliação conjunta com os usuários do funcionamento dos serviços.

Correta a alternativa C. Quando os profissionais da atenção básica reconhecem e valorizam as crenças e a sabedoria popular como parte integrante do processo de saúde da comunidade (bem como quando respeitam as vivências e experiências do indivíduo em relação ao seu próprio processo de saúde-doença), cumpre-se o princípio da competência cultural, que é um dos atributos derivados da Atenção Básica. Perceba que é justamente isso que está acontecendo quando o médico respeita o uso de plantas medicinais no tratamento da paciente.

Incorreta a alternativa D. A “integralidade” abrange o cuidado integral de todas as necessidades do indivíduo, o que não envolve somente a parte física ou biológica, mas também os aspectos psicossociais. Porém, a questão não menciona o atendimento integral.

Gabarito: C

73. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Mulher, 39 anos, previamente hígida, com história de colelitíase conhecida, procura o PS com dor epigástrica intensa em faixa para dorso há 10 horas, associada a náuseas e vômitos e sem febre no período. Exames: lipase 6x o limite superior da normalidade. BT = 3,2 mg/dL, FA e GGT elevadas, leucócitos normais. TC de abdome com contraste mostra pancreatite aguda intersticial edematosa, sem necrose. Paciente está hemodinamicamente estável, sem sinais de falência orgânica, mas mantém icterícia e dor em hipocôndrio direito.

Qual é a **conduta mais adequada nas primeiras 24–48 horas**?

- A) Hidratação venosa precoce, analgesia adequada e indicação de CPRE por suspeita de pancreatite biliar.
- B) Jejum, hidratação e antibioticoterapia por quadro de colangite associado.
- C) Jejum prolongado até normalização completa das enzimas pancreáticas.
- D) Colecistectomia imediata nas primeiras 24 horas.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, diante de paciente com dor abdominal em epigástrio, em faixa, com irradiação para dorso e associado a náuseas e vômitos, precisamos levantar alerta de abdome agudo superior. Além disso, paciente com histórico de colelitíase. Aos exames, apresenta amilase alterada e TC de abdome com sinais de pancreatite. Pronto: apresenta os 3 critérios para pancreatite aguda (sendo que apenas 2 já fariam diagnóstico) secundária à colelitíase. Nessa situação, além do suporte padrão (hidratação vigorosa e analgesia), precisamos solicitar **CPRE precoce** quando há suspeita de obstrução da via biliar. Lembre-se de que a principal causa de pancreatite é biliar e só a segunda é alcoólica.

Correta a alternativa A. Na suspeita de pancreatite aguda, nosso tratamento mantém hidratação venosa com alvo de 1 a 1,5 mL/kg/ hora de ringer lactato. Além disso, dieta precoce SEMPRE que tolerável. Nesse caso em específico, se suspeitamos de fatores obstrutivos, precisamos avaliar via biliar com CPRE ou colangioressonância.

Incorreta a alternativa B. Paciente não fecha critérios de Tokyo para colangite: A) inflamação sistêmica (febre ou Leucócitos > 10.000 ou < 4.000); B) colestase (icterícia ou alteração de GGT e FA); C) imagem (exame de imagem com fator obstrutivo ou dilatação de via biliar). Neste caso, ele apresenta apenas o critério A, não fechando critérios para colangite, que necessita OBRIGATORIAMENTE de A + B + C.

Incorreta a alternativa C. Conduta ultrapassada; hoje se preconiza realimentação precoce conforme tolerância clínica. Além disso, se o jejum permanecer por > 48-72 horas, podemos programar passagem de SNE para início de dieta pós-pilórica.

Incorreta a alternativa D. Na pancreatite biliar leve, a colecistectomia é indicada **na mesma internação**, mas após estabilização do quadro agudo, não enquanto houver sintomas de pancreatite.

Gabarito: A

74. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Primigesta de 40 semanas e 4 dias comparece ao pronto-socorro para avaliação, conforme foi orientado na UBS. Ela nega contrações, perda de líquido e outras queixas. A cardiotocografia apresenta vitalidade preservada e o índice de líquido amniótico encontra-se em 70 mm. Qual é a orientação que deve ser dada a essa paciente?

- A) A paciente deve ser internada para indução de parto.
- B) Deve ser orientado retorno em 3 dias para reavaliação.
- C) A cesariana está indicada devido ao oligoâmnio.
- D) A ultrassonografia deve ser repetida em 6 horas.

COMENTÁRIOS:

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

Os principais fatores de risco para gestação prolongada são: idade materna avançada, paridade, etnia e alterações fetais e placentárias. A idade materna avançada pode estar associada à gestação prolongada, embora isso ainda não tenha sido comprovado. Primigestas têm maior chance de gestação prolongada do que múltiparas. Algumas etnias, como gregas e italianas, apresentam taxas de gestação prolongadas mais elevadas. Algumas alterações fetais, como a anencefalia e alterações no cromossomo X, estão associadas à gestação pós-termo.

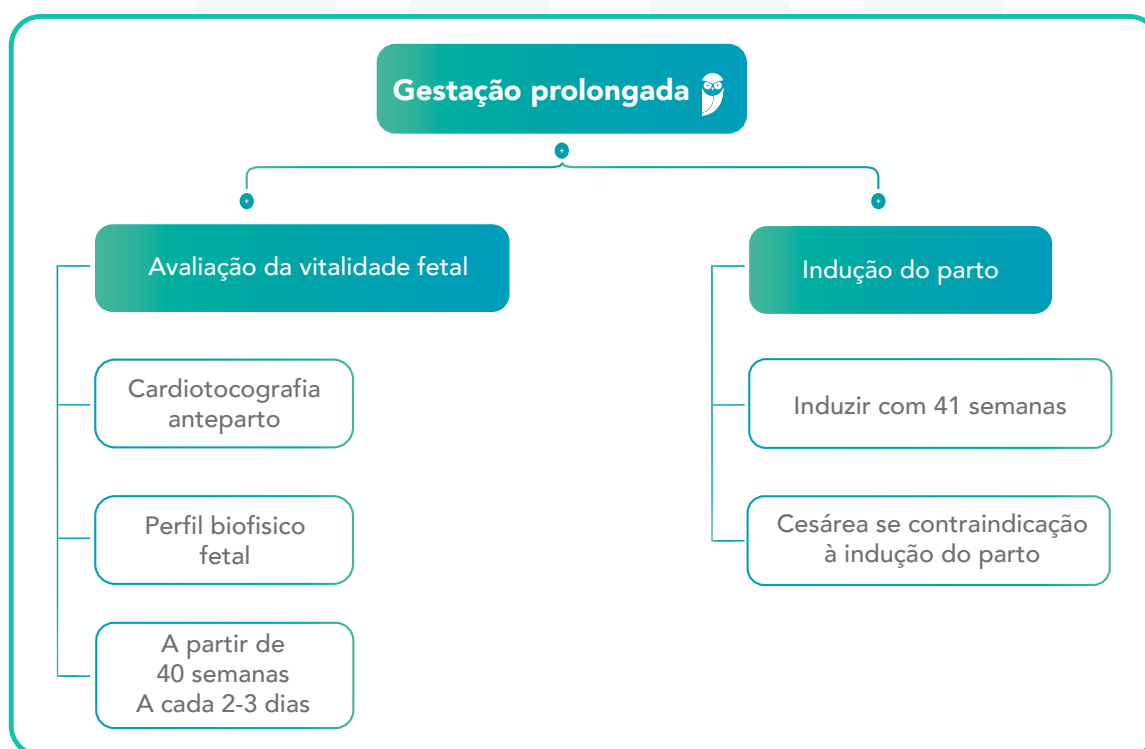
Observa-se que as menores taxas de óbito fetal e neonatal ocorrem entre 38 e 41 semanas. Após 41 semanas, as taxas de mortalidade fetal e neonatal apresentam aumento, sendo o dobro após 42 semanas.

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

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

A vigilância da vitalidade fetal deve ser iniciada a partir de 40 semanas, embora alguns serviços indiquem o acompanhamento do bem-estar fetal a partir de 41 semanas. A avaliação da vitalidade fetal na gestação prolongada deve ser feita com cardiotocografia anteparto e perfil biofísico fetal (veja no Livro Avaliação da vitalidade fetal), a cada 2-3 dias até o parto. O uso da Dopplervelocimetria em gestações prolongadas não tem mostrado benefício na avaliação fetal, por isso não é recomendada nessas situações. A amnioscopia também não é recomendada, pois as evidências científicas não mostram benefícios desse procedimento na melhora dos resultados neonatais.

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



Incorreta a alternativa A, pois não há indicação de resolução da gestação nesse momento.

Correta a alternativa B, pois, como a vitalidade está preservada, a gestante deve ser reavaliada em 2 a 3 dias.

Incorreta a alternativa C, pois, mesmo que houvesse indicação de resolução, não deveria ser por cesariana.

Incorreta a alternativa D, pois o exame deve ser repetido em 3 dias.

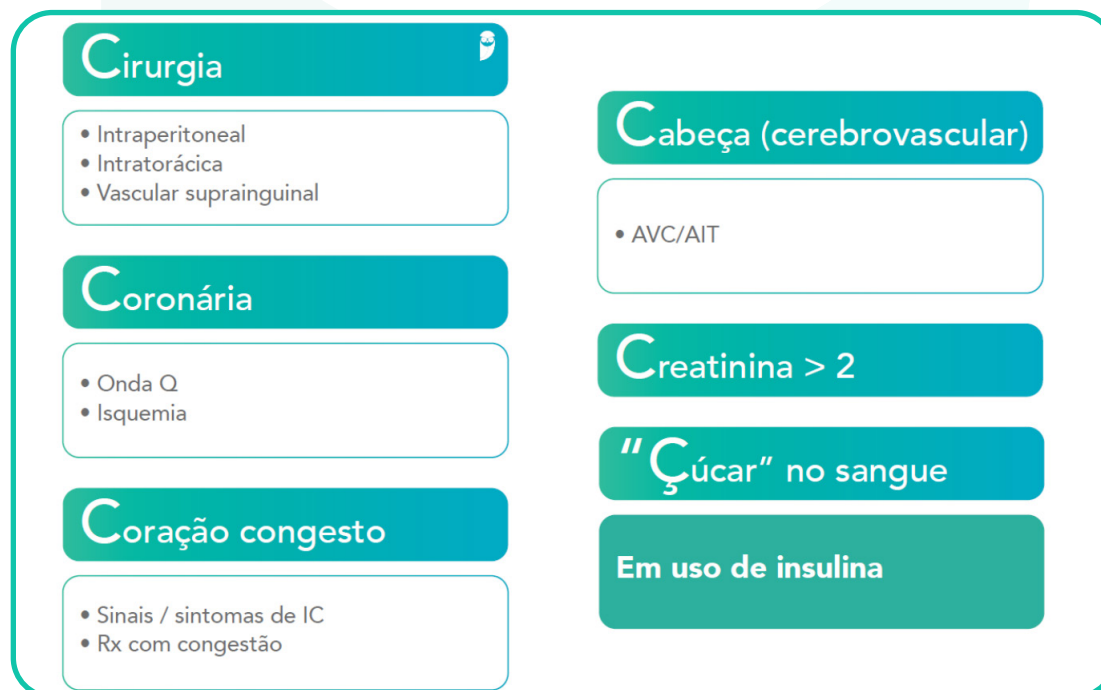
Gabarito: B

75. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 72 anos, hipertenso e com DPOC moderada em uso de broncodilatadores inalatórios, será submetido à colectomia eletiva por neoplasia de cólon. Refere dispneia aos grandes esforços, sem dor torácica. ECG sem alterações isquêmicas recentes e sem onda Q. Capacidade funcional estimada em cerca de 5 METs (sobe um lance de escadas sem parar). Sem história prévia de infarto ou insuficiência cardíaca. Radiografia de tórax sem sinais de congestão. Assinale a melhor alternativa em relação ao pré-operatório.

- A) Solicitar teste ergométrico para todos os pacientes acima de 70 anos antes de cirurgia abdominal.
- B) Otimizar comorbidades clínicas e prosseguir para a cirurgia, sem necessidade de testes cardiológicos adicionais de rotina.
- C) Indicar ecocardiograma e cintilografia miocárdica de perfusão pelo risco cirúrgico elevado.
- D) Adiar a cirurgia e realizar cateterismo cardíaco diagnóstico pré-operatório.

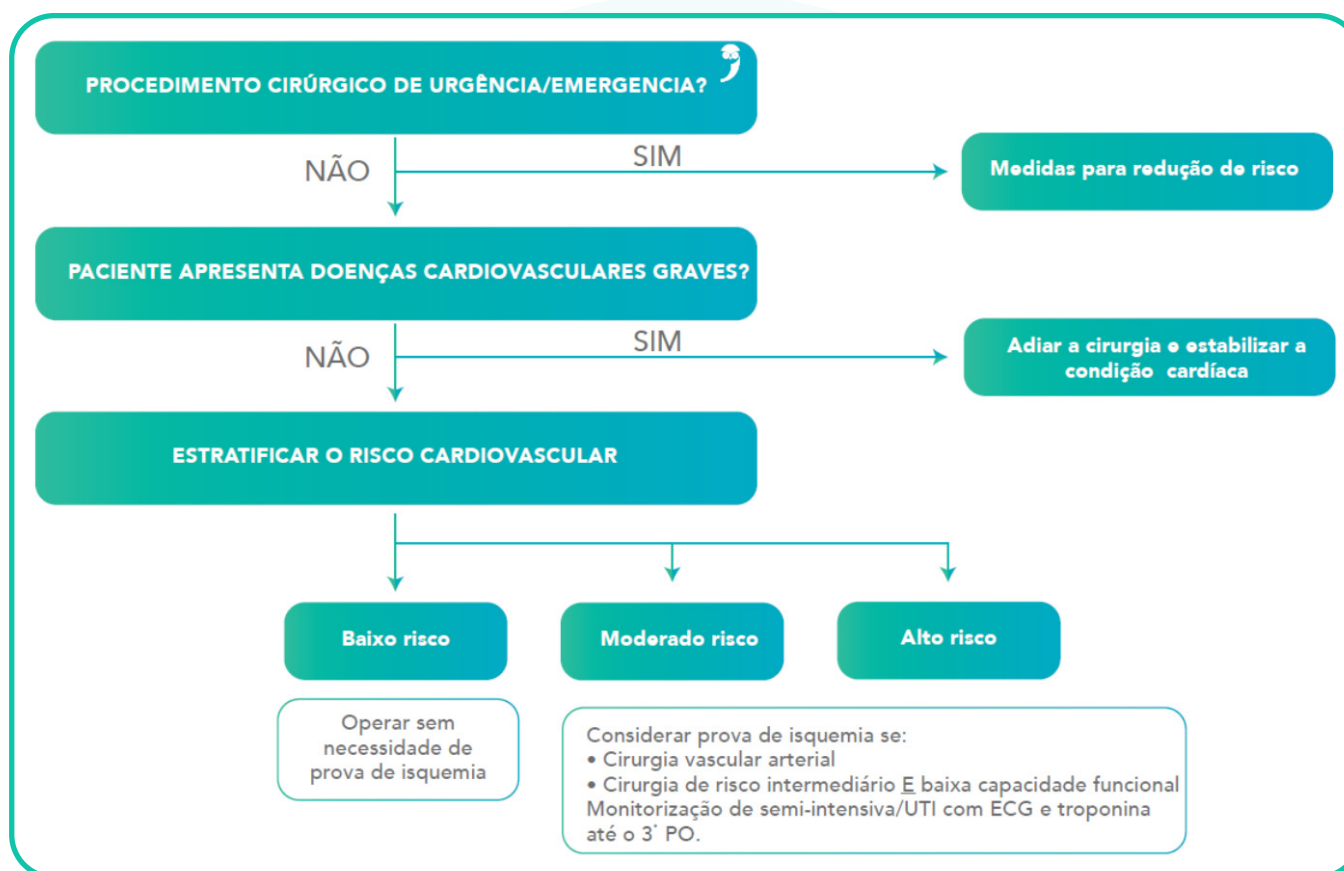
COMENTÁRIOS:

Atenção, Estrategista, um bom desfecho cirúrgico começa por uma boa indicação e também por uma boa avaliação pré operatória. Não adianta saber tudo de cirurgia e não saber realizar um pré-op. adequado. Nesse sentido, alguns fluxogramas nos ajudam a classificar os pacientes em aptos ou não para o procedimento a ser realizado. Nesse caso, temos um paciente de 72 anos, hipertenso e DPOC moderado, fazendo uso de suas medicações. Relata também não haver histórico de doenças cardíacas isquêmicas pelo ECG nem sinais de insuficiência cardíaca. Levamos em consideração também o tipo de cirurgia que será realizada, que nesse caso é intraperitoneal. Juntando as informações e a necessidade cirúrgica do paciente, classificaremos ele como de baixo risco pelos critérios de Lee, estando apto para a cirurgia após otimização de suas comorbidades clínicas. Vamos rever o índice de risco cardiovascular de Lee. Cada variável soma 1 ponto. Lembre-se dos 6 “Cs”.



• **Estratificação de risco cardiovascular perioperatório:**

- Classe I: nenhuma variável – baixo risco (0,4%)
- Classe II: uma variável – baixo risco (0,9%)
- Classe III: duas variáveis – risco intermediário (7%)
- Classe IV: três ou mais variáveis – alto risco (11%)



Fluxograma para estratificação de risco e decisão sobre necessidade de testes para coronariopatia antes de cirurgias não cardíacas

*UTI: unidade de terapia intensiva; ECG: eletrocardiograma; PO: pós-operatório.

Incorreta a alternativa A. Não há indicação de teste ergométrico em paciente com baixo risco cardiovascular

Correta a alternativa B. Paciente com baixo risco cardiovascular por critérios de Lee. Otimizar tratamento clínico e liberar para operar

Incorreta a alternativa C. Pacientes que possuem indicação de ecocardiograma no repouso são aqueles com suspeita de insuficiência cardíaca ou presença de valvopatias em cirurgias de risco intermediário/alto; Tx hepático; pacientes portadores de próteses intracardíacas em cirurgias de risco intermediário ou alto.

Incorreta a alternativa D. Paciente com baixo risco cardiovascular sem indicação clara de cateterismo.

Gabarito: B

76. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Nefrologia - Prof. Diego Ennes) Paciente do sexo masculino, 42 anos, é admitido na emergência com alteração do estado mental, visão turva e intensa dispneia há 6 horas. O paciente é um frequentador de churrascos e confirmou ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica com amigos no dia anterior. O exame físico revela taquipneia profunda (respiração de Kussmaul) e lentidão de resposta.

Exames laboratoriais iniciais:

Exame	Resultado
Glicemia	105 mg/dL
Sódio (Na ⁺)	135 mEq/L
Potássio (K ⁺)	4,0 mEq/L
Cloreto (Cl ⁻)	100 mEq/L
Bicarbonato (HCO ₃ ⁻)	5 mEq/L
pH arterial	7,05
pCO ₂ arterial	15 mmHg
Creatinina	2,1 mg/dL
Ureia	85 mg /dL
Osmolalidade sérica	335 mOsm/kg

Quais são a análise do distúrbio ácido-base e o passo diagnóstico mais imediato e crucial para a conduta nesse caso?

- A)** O paciente apresenta acidose metabólica grave pura com ânion *gap* (AG) de 30 mEq/L, sem evidência de distúrbio misto. O tratamento curativo deve ser iniciado com reposição volêmica e bicarbonato de sódio EV, devido ao pH ser < 7,10.
- B)** O ânion *gap* (AG) é 30 mEq/L e o delta *gap* (Δ AG) está em 18 mEq/L, o que é maior que o delta HCO₃⁻ (Δ HCO₃⁻) de 17 mEq/L. Essa pequena diferença sugere uma acidose com AG normal associado, confirmando o diagnóstico de cetoacidose alcoólica.
- C)** O ânion *gap* (AG) é 30 mEq/L e o osmolar *gap* (OG) é 45 mOsm/kg. A suspeita é de intoxicação por metanol.
- D)** O paciente tem acidose metabólica com AG de 30 mEq/L. Devido à presença de taquipneia de Kussmaul, há uma resposta compensatória respiratória incompleta, pois o pCO₂ esperado (18 mmHg) é maior que o encontrado (15 mmHg). Portanto, o paciente também apresenta uma alcalose respiratória primária associada.

COMENTÁRIOS:

Coruja, essa é uma questão clássica de **acidose metabólica com ânion *gap* (AG) elevado**, associada a um quadro de intoxicação por álcoois tóxicos. Tema “na moda” atualmente, visto a popularidade na mídia no ano de 2025.

Vamos analisar por partes a gasometria e as demais particularidades?

Passo A: determinar o pH e o distúrbio primário

- **pH arterial:** 7,05 (VR: 7,35-7,45) -> **acidemia grave**
- **HCO₃⁻:** 5 mEq/L (VR: 22-29 mEq/L) -> **reduzido**
- **pCO₂:** 15 mmHg (VR: 35-45 mmHg) -> **reduzido**

A acidemia grave com redução primária do bicarbonato (5 mEq/L) estabelece o diagnóstico de **acidose metabólica** como distúrbio primário. A redução do pCO₂ (15 mmHg) é a compensação respiratória esperada, pois a pCO₂ esperada é $1,5 \times 5 + 8 = 15,5$.

Passo B: calcular o ânion gap (AG)

O AG mede a diferença entre os principais cátions (Na⁺) e ânions (Cl⁻ e HCO₃⁻).

- $AG = Na^+ - (Cl^- + HCO_3^-)$
- $AG = 135 - (100 + 5)$
- $AG = 135 - 105$
- **AG = 30 mEq/L**
- **VR do AG:** 8 a 12 mEq/L.

Como o AG é **30 mEq/L**, está **elevado**, confirmando uma **acidose metabólica com ânion gap elevado**. **Mnemônico mudo para acidose com AG elevado:** Metanol, Uremia (insuficiência renal), DKA (cetoacidose diabética), Outras causas (cetoacidose alcoólica, cetoacidose de jejum), Lactato (acidose láctica), Etileno glicol, Salicilatos (intoxicação).

Passo C: calcular o gap osmolar (OG)

Coruja, dica valiosa: sempre que, na prova, tiver um valor de osmolaridade sérica e o tema envolver acidose, calcule o *gap* osmolar.

O *gap* osmolar (OG) é a diferença entre a osmolalidade sérica medida (pelo laboratório) e a osmolalidade sérica calculada. Um OG elevado sugere a presença de solutos de baixo peso molecular que não são contabilizados na fórmula usual (geralmente álcoois tóxicos).

- **Osmolalidade calculada (Osmc):** $2 \times Na^+ (glicemia/18) + (ureia/6)$
- $Osmc = 2 \times 135 + (105/18) + (85/6)$
- $Osmc = 270 + 5,83 + 14,2$
- $Osmc = \text{aprox. } 290 \text{ mOsm/kg}$
- **Osmolalidade medida (OsmM):** 335 mOsm/kg
- **OG = OsmM - Osmc**
- $OG = 335 - 290$
- **OG = 45 mOsm/kg** (Valores > 10-15 mOsm/kg são significativos)

O paciente apresenta:

1. Contexto clínico: ingestão de “muita bebida alcoólica” (possivelmente alguma bebida adulterada?), alteração do estado mental, dispneia e alterações visuais (visão turva).

2. Laboratório: acidose metabólica grave com **AG elevado (30 mEq/L)** e **OG elevado (45 mOsm/kg)**.

A presença de AG e OG elevados (acidose com AG/OG), juntamente à história de ingestão de álcool não regulamentado e a toxicidade neurológica e visual, é o cenário clássico de **intoxicação por metanol** ou **etilenoglicol**. O metanol, em particular, é metabolizado em **ácido fórmico**, que causa a toxicidade retiniana (cegueira, visão turva) e a acidose metabólica (devido ao acúmulo de ácido fórmico e láctico secundário).

Vamos às alternativas?

Incorreta a alternativa A. A acidose é realmente grave e o $\text{pH} < 7,10$ é uma indicação para bicarbonato. Contudo, essa opção **ignora o achado crucial do osmolar gap elevado** e o diagnóstico de intoxicação por metanol/etilenoglicol, que exige um tratamento específico urgente (antídoto).

Incorreta a alternativa B. A análise delta AG/delta HCO_3^- serve para detectar uma acidose metabólica com AG normal (hiperclorêmica) associada (quando delta AG/delta HCO_3^- é menor que 1). Nesse caso, delta AG = $30 - 10 = 20 \text{ mEq/L}$ e delta $\text{HCO}_3^- = 24 - 5 = 19 \text{ mEq/L}$. Como são praticamente iguais (relação é de 1,05), não há acidose hiperclorêmica associada, tampouco alcalose metabólica associada, confirmando uma acidose com AG elevado simples puramente. Lembre-se de que cetoacidose alcoólica é de AG elevado também.

Correta a alternativa C. Essa opção sintetiza perfeitamente os achados clínicos e laboratoriais (AG/OG elevados) e aponta para o diagnóstico mais provável e a conduta mais urgente: neutralizar a toxicidade dos metabólitos com fomepizol (preferencialmente) ou etanol, que competem pela enzima álcool desidrogenase, impedindo a formação dos ácidos tóxicos (ácido fórmico no metanol).

Incorreta a alternativa D. Conforme calculado no passo C, o pCO_2 encontrado (15 mmHg) está dentro da faixa esperada (13,5 a 17,5 mmHg). A compensação é **adequada**, e não há alcalose respiratória primária associada. Além disso, se fosse alcalose respiratória associada, esperaríamos um pCO_2 menor que 13.

Gabarito: C

77. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 34 anos, sem comorbidades, com dor anal intensa desencadeada pela evacuação há 3 semanas, associada a sangramento vivo em pequena quantidade. Refere constipação crônica, fezes endurecidas e esforço evacuatório. Ao exame: fissura anal posterior, sem sinais de abscesso ou doença inflamatória, com hipertonia do esfíncter anal interno.

Qual é a **conduta inicial mais adequada, baseada em evidência**, para esse quadro?

- A) Orientar aumento da ingesta hídrica e de fibras, instituir medidas para amolecimento das fezes (ex.: laxativos formadores de bolo fecal) e associar tratamento tópico com banho de assento e pomadas de nitroglicerina e bloqueadoras de canais de cálcio, como diltiazem e nifedipino.
- B) Prescrever analgésicos sistêmicos e pomadas anestésicas tópicas, mantendo a dieta habitual, e reavaliar em 4 semanas.
- C) Indicar esfínterectomia lateral interna como tratamento definitivo, por se tratar de fissura dolorosa com hipertonia esfíncteriana e características de cronicidade.
- D) Realizar dilatação anal instrumental em consultório como método inicial para redução do espasmo e alívio da dor.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos um paciente jovem com dor anal intensa ao evacuar e sangramento vivo no papel. Ao exame físico, identificado fissura anal posterior sem sinais de complicações. O examinador facilitou o diagnóstico e pediu o tratamento: precisamos lembrar da diferença entre **fissuras anais agudas e crônicas**. As **agudas**, tendem a ser rasas e com **resolução espontânea em até 6-8 semanas**. As **fissuras crônicas** tendem a permanecer por **mais de 6-8 semanas e apresentam sua tríade clássica: plicoma sentinela, bordas endurecidas e papila anal hipertrofica**. O tratamento de ambas não difere muito, pois baseiam-se na mudança de hábitos alimentares e ingesta hídrica, aumentando o aporte de fibras e tornando o bolo fecal amolecido. Além disso, podemos usar pomadas de bloqueadores de canais de cálcio tópico nas fissuras anais crônicas. Em casos refratários, a esfínterectomia externa é uma opção.

Correta a alternativa A. Como primeira medida, devemos estimular aumento da ingesta hídrica, aumento do consumo de fibras, medidas laxativas e pomadas tópicas.

Incorreta a alternativa B. Prescrever analgésicos e pomadas anestésicas está correto, mas a alternativa não ataca o cerne do problema: a consistência fecal, que deve ser amolecida.

Incorreta a alternativa C. Apesar de muito eficaz, a esfínterectomia é **segunda linha**, indicada para fissuras crônicas refratárias ao tratamento clínico, por envolver risco de incontinência.

Incorreta a alternativa D. A dilatação anal **não é recomendada** como primeira linha por risco de lesão esfínteriana e incontinência, além de não ser respaldada pelas diretrizes atuais.

Gabarito: A

78. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Um paciente é avaliado em unidade básica de saúde por apresentar lesão cutânea pruriginosa na região plantar. Ao exame, observa-se lesão nodular única, com ponto central enegrecido, associada a discreto edema e dor à palpação. Diante da principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Trata-se de uma infecção bacteriana profunda, cujo tratamento de escolha é antibioticoterapia sistêmica prolongada.
- B) É uma ectoparasitose causada por inseto hematófago, em que o tratamento consiste na extração completa do agente e cuidados locais para prevenção de infecção secundária.
- C) Corresponde a uma micose subcutânea adquirida por inoculação traumática, sendo indicado tratamento antifúngico sistêmico por tempo prolongado.
- D) É uma dermatose inflamatória autolimitada, relacionada à reação de hipersensibilidade, não sendo necessária intervenção local.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, aproveite essa questão para aprender bem essa descrição! A descrição de uma pápula amarelada com ponto negro central localizada no pé é bastante característica da tungíase!

A tungíase é uma doença causada por uma pulga da espécie *Tunga penetrans*. É uma doença associada a áreas rurais e a pessoas com baixa condição socioeconômica, sendo considerada uma doença negligenciada.

Clinicamente, há a presença de lesões nodulares amareladas ou brancacentas cuja porção central é negra. Popularmente, essas lesões são chamadas de “batata”. As lesões podem ser únicas ou múltiplas. Quando múltiplas lesões surgem muito próximas, dão o aspecto de “favo de mel”. São descritos casos com centenas de lesões! Os locais mais acometidos são os espaços interdigitais dos pés, regiões plantares e região periungueal. O paciente pode se queixar de prurido e dor local.

A modalidade terapêutica vai depender da quantidade de lesões que o paciente apresentar. Quando há uma ou poucas lesões, o tratamento pode ser realizado com retirada da pulga com agulha aplicando-se antissépticos no local. Quando o quadro é muito extenso, utiliza-se o tiabendazol 25 mg/kg de peso durante 10 dias.

Incorreta a alternativa A. Não se trata de uma infecção bacteriana profunda.

Correta a alternativa B. Alternativa perfeita e sem ressalvas.

Incorreta a alternativa C. Micoses subcutâneas adquiridas por inoculação traumática, como esporotricose, não cursam com ponto central enegrecido nem têm essa apresentação típica em região plantar.

Incorreta a alternativa D. Como vimos, é uma doença infecciosa e não inflamatória.

Gabarito: B

79. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Criança de 6 anos de idade, previamente saudável, é levada ao pronto atendimento com história de edema facial ao despertar e inchaço em membros inferiores há quatro dias, associado à redução do volume urinário e colúria. Ao exame físico, apresenta pressão arterial acima do percentil 90 para a idade, estertores crepitantes em bases pulmonares e sinais de sobrecarga volêmica. Considerando o quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada são, respectivamente:

- A) síndrome nefrótica; reposição volêmica com solução isotônica.
- B) síndrome nefrítica; uso de diurético de alça, como a furosemida.
- C) síndrome nefrótica; início imediato de corticoide em dose plena, sem outras medidas.
- D) insuficiência cardíaca congestiva; introdução de nifedipina como monoterapia.

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME NEFRÍTICA

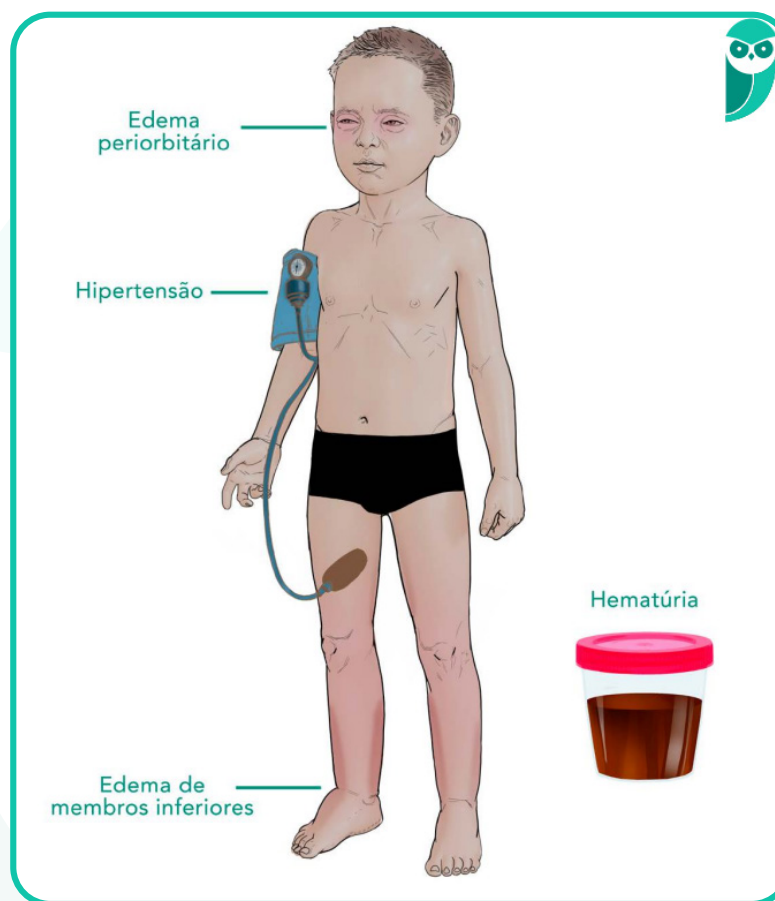
Olá, Coruja! Estamos diante de uma criança de 6 anos com um quadro agudo que combina edema, oligúria, colúria (urina escura) e hipertensão arterial. Esse conjunto de achados é extremamente sugestivo de uma **síndrome nefrítica**, e precisamos diferenciá-la claramente da síndrome nefrótica, que tem apresentação bem distinta. Vamos entender as diferenças e o raciocínio diagnóstico aqui... As glomerulopatias em pediatria podem se manifestar basicamente de duas formas principais: síndrome nefrótica e síndrome nefrítica. Embora ambas cursem com edema, os mecanismos, manifestações clínicas e abordagens são completamente diferentes.

Síndrome nefrótica: a síndrome nefrótica é caracterizada pela tríade clássica de **proteinúria maciça, hipoalbuminemia e edema**. A fisiopatologia central é o aumento da permeabilidade glomerular às proteínas, levando à perda urinária importante de albumina. O edema ocorre pela redução da pressão oncótica (hipoalbuminemia), não por retenção primária de sódio e água. A principal causa em crianças é a **doença de lesões mínimas** (responsável por 80-90% dos casos entre 2-6 anos), que tem excelente resposta à corticoterapia. O quadro costuma ser mais insidioso, com evolução ao longo de dias a semanas.

Síndrome nefrítica: já a síndrome nefrítica tem fisiopatologia completamente diferente. Aqui, o problema central é a **inflamação glomerular aguda** com proliferação celular e infiltrado inflamatório. Isso causa redução da taxa de filtração glomerular, levando à retenção de sódio, água e substâncias nitrogenadas. O edema é por retenção primária de volume, não por hipoalbuminemia.

As características principais são:

- **Hematúria macroscópica:** urina "cor de coca-cola" ou "cor de chá mate" - a colúria!
- **Proteinúria:** presente, mas geralmente não nefrótica ($< 40 \text{ mg/m}^2/\text{hora}$).
- **Hipertensão arterial:** comum e pode ser grave.
- **Edema:** por retenção de sódio e água (sobrecarga volêmica).
- **Oligúria:** pela redução da TFG.
- **Sinais de congestão:** estertores pulmonares, turgência jugular.
- **Elevação de ureia e creatinina:** por redução da função renal.



A principal causa em crianças é a **glomerulonefrite difusa aguda pós-infecciosa (GNDA)**, especialmente pós-estreptocócica (GNPE). O quadro é agudo, com início súbito após 1-3 semanas de uma infecção de vias aéreas superiores (faringite) ou cutânea (impetigo) por *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A. A presença de colúria (hematúria macroscópica) é uma dica de síndrome nefrítica! Na síndrome nefrótica, a urina pode estar espumosa (pela proteinúria), mas não escura.

Portanto, o manejo inicial da síndrome nefrítica foca o tratamento das complicações agudas da sobrecarga volêmica e hipertensão:

1. Restrição hidrossalina:

- Restrição hídrica: geralmente $400 \text{ mL/m}^2 + \text{débito urinário}$.
- Restrição de sódio: $< 2 \text{ mEq/kg/dia}$.

2. Diuréticos de alça:

- **Furosemida** é a droga de escolha para reduzir a sobrecarga volêmica.
- Dose: $1-2 \text{ mg/kg/dose}$, podendo repetir ou usar em infusão contínua se necessário.
- Monitorar eletrólitos (risco de hipocalcemia).

3. Controle da hipertensão arterial:

- Se PA muito elevada ou encefalopatia hipertensiva: anti-hipertensivos IV.
- Se PA moderadamente elevada: anti-hipertensivos orais.
- O controle pressórico é fundamental para prevenir encefalopatia hipertensiva, convulsões e insuficiência cardíaca.

4. Monitorização:

- Sinais vitais frequentes.
- Controle de peso diário.

- Diurese.
- Função renal (ureia, creatinina).
- Eletrólitos.
- Exame de urina (proteinúria, hematúria, cilindros).

5. Investigação etiológica:

- Pesquisa de ASLO (antiestreptolisina O) e anti-DNAse B - elevados na GNDA pós-estreptocócica.
- Complemento sérico (C3 e C4) - C3 baixo na GNDA pós-estreptocócica.
- Cultura de orofaringe.
- Sorologia para hepatites B e C, HIV (causas de glomerulonefrite).
- Investigar outras causas conforme contexto clínico.

6. Tratamento específico: na GNDA pós-estreptocócica: o tratamento é de suporte! A doença é autolimitada na maioria dos casos.

ATENÇÃO: ao contrário da síndrome nefrótica (em que corticoide é o tratamento de escolha), na síndrome nefrítica por GNDA pós-estreptocócica, o tratamento é SUPORTIVO. Corticoide não está indicado!

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. O diagnóstico está errado (não é síndrome nefrótica, é nefrítica) e a conduta está inadequada. Reposição volêmica com solução isotônica seria catastrófica em um paciente com síndrome nefrítica que já está com sobrecarga volêmica evidente (estertores pulmonares, edema, hipertensão)! Isso agravaria ainda mais a congestão e poderia precipitar edema agudo de pulmão.

Correta a alternativa B. Perfeito! O diagnóstico é síndrome nefrítica (baseado na colúria, oligúria, hipertensão e sinais de sobrecarga volêmica), e a conduta inicial mais adequada é o uso de diurético de alça, como a furosemida, para reduzir a sobrecarga volêmica, além de restrição hidrossalina e controle pressórico conforme necessário. O tratamento da síndrome nefrítica é essencialmente de suporte.

Incorreta a alternativa C. Duplo erro: o diagnóstico está errado (não é síndrome nefrótica) e a conduta também. Mesmo que fosse síndrome nefrótica, iniciar corticoide "sem outras medidas" não seria adequado - precisaríamos também orientar restrição de sódio, avaliar necessidade de diurético para edema importante, além de investigação laboratorial prévia. Mas, no contexto de uma síndrome nefrítica, corticoide não está indicado.

Incorreta a alternativa D. O diagnóstico está equivocado. Não se trata de insuficiência cardíaca congestiva primária, mas sim de uma glomerulopatia aguda (síndrome nefrítica) que está cursando com sobrecarga volêmica e congestão secundária. O tratamento com nifedipina como monoterapia seria insuficiente, precisamos tratar a sobrecarga volêmica com diurético e controlar pressão arterial. Além disso, o manejo iria se concentrar apenas na hipertensão, ignorando o problema renal subjacente.

Gabarito: B

80. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 59 anos de idade, comparece ao pronto-socorro referindo sangramento genital importante há 1 dia. Refere episódios de sangramento prévio após a relação sexual. Tercigesta com três partos normais, o último há 30 anos. Ao exame físico: descorada +/4+, PA = 110 x 70 mmHg, FC = 93 bpm. Exame ginecológico: toque vaginal apresenta colo endurecido e “pouco móvel”. Especular apresenta tumoração sangrante no colo.

Qual é a conduta indicada para esse caso?

- A) Prescrever anticoncepcional hormonal combinado em altas doses.
- B) Realizar biópsia do colo uterino.
- C) Curetagem.
- D) Solicitar colpocitologia e colposcopia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, as fases iniciais do câncer de colo do útero são assintomáticas e, nesse caso, o diagnóstico é realizado por meio do rastreamento ou presença de lesão no exame especular. Nas pacientes sintomáticas, as manifestações podem ser inespecíficas, como sinusorragia (sangramento pós-coito) e corrimento com odor fétido, ou associadas ao crescimento tumoral (hematúria, dor pélvica, constipação). A visualização do colo uterino ao exame especular pode revelar uma aparência normal ou uma lesão cervical (tumoração, lesão exofítica, área de necrose).

Qualquer lesão visível suspeita deve ser biopsiada! Você não deve atrasar o diagnóstico solicitando citologia ou colposcopia para uma paciente que tem um tumor aparente!

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque essa seria a conduta diante de um caso de sangramento uterino anormal agudo (ou seja, um sangramento que vem de dentro do útero), o que não é o caso. Aqui temos um sangramento proveniente do colo uterino (trato genital inferior), que não é passível de tratamento hormonal.

Correta a alternativa B: trata-se de caso com tumor aparente no colo uterino, sendo indicado realizar biópsia do colo para “agilizar” o diagnóstico e iniciar o quanto antes o tratamento da paciente.

Incorreta a alternativa C, porque a curetagem é o tratamento cirúrgico indicado para os casos de sangramento uterino anormal em paciente hemodinamicamente instáveis que não estabilizaram após a infusão de volume ou transfusão, ou para as mulheres que não melhoraram com o tratamento hormonal e, neste caso, a causa do sangramento genital não é “intrauterina”, e sim no trato genital inferior.

Incorreta a alternativa D, porque não se deve atrasar o diagnóstico dessa paciente solicitando colpocitologia e colposcopia. Temos aqui um tumor aparente, passível de biópsia “direta”.

Gabarito: B

81. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Sobre a febre reumática aguda, doença inflamatória sistêmica secundária à infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A, assinale a alternativa correta.

- A) A coreia de Sydenham é manifestação rara, por isso não é considerada critério maior nos critérios de Jones.
- B) A monoartralgia é classificada como critério menor nos critérios diagnósticos atualmente utilizados.
- C) A presença de febre alta é obrigatória para que o diagnóstico possa ser estabelecido.
- D) Trata-se de doença típica da idade adulta, com maior incidência entre 40 e 60 anos.

COMENTÁRIOS:

FEBRE REUMÁTICA

Olá, Estrategista! A febre reumática aguda (FR) é uma doença inflamatória sistêmica que ocorre como complicação não supurativa de uma infecção de orofaringe pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Apesar de ter se tornado rara em países desenvolvidos, a FR continua sendo um problema significativo de saúde pública em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, especialmente em regiões com condições socioeconômicas mais precárias. A FR não é causada pela invasão direta do estreptococo nos tecidos afetados, mas sim por uma **resposta imunológica exacerbada e inadequada à infecção**. O mecanismo envolve mimetismo molecular - anticorpos produzidos contra antígenos estreptocócicos reagem de forma cruzada com proteínas do tecido cardíaco, articular, cerebral e cutâneo, causando inflamação nesses locais. Por isso, chamamos de complicação **não supurativa** (não há pus ou bactérias vivas nesses tecidos). A doença acomete principalmente **crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos**, com pico de incidência por volta dos 8-9 anos. É rara antes dos 3 anos e após os 30 anos. Aproximadamente 3% das faringites estreptocócicas não tratadas evoluem para FR, e esse risco é ainda maior (até 50%) em pacientes que já tiveram um episódio prévio de febre reumática. O quadro clínico desenvolve-se tipicamente 2 a 3 semanas após a faringite estreptocócica, que muitas vezes já está curada quando os sintomas da FR começam.

O diagnóstico de FR é clínico e baseia-se nos **critérios de Jones**. Esses critérios diferenciam populações de baixo e alto risco para FRA, reconhecendo que manifestações podem ser mais sutis em populações de alto risco (em lugares onde a doença é endêmica). O Brasil é considerado um país de **risco moderado a alto**.

Populações de baixo risco	Populações de moderado a alto risco
Artrite: apenas poliartrite	Artrite: monoartrite, poliartrite ou poliartralgia
Cardite: clínica ou subclínica	Cardite: clínica ou subclínica
Coreia de Sydenham	Coreia de Sydenham
Eritema marginado	Eritema marginado
Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos

Quadro 1: Critérios maiores para Febre Reumática (AHA 2015).

Populações de baixo risco	Populações de moderado a alto risco
Poliartralgia	Monoartralgia
Febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$	Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
VHS $\geq 60\text{mm}$ na 1ª hora e/ou PCR $\geq 3\text{mg/dL}$	VHS $\geq 30\text{mm}$ na 1ª hora e/ou PCR $\geq 3\text{mg/dL}$
Intervalo PR prolongado para a idade (a menos que a cardite seja um critério maior)	Intervalo PR prolongado para a idade (a menos que a cardite seja um critério maior)

Quadro 2: Critérios menores para febre reumática (AHA 2015).

Para o diagnóstico de FR, é necessário:

- Evidência de infecção estreptocócica prévia + 2 critérios maiores OU 1 maior + 2 menores.

Existem duas situações em que o diagnóstico de FR é possível, sem preencher os critérios de Jones:

- Coreia como única manifestação: nesse caso, recomenda-se a realização do ecocardiograma para evidenciar a cardite. Esse diagnóstico se justifica pelo longo período de latência que pode ser observado entre a infecção e a instalação da coreia e pela sua manifestação característica na faixa etária pediátrica.
- Cardite indolente como única manifestação após infecção estreptocócica recente.

Agora, vamos conversar um pouco sobre os critérios maiores:

1. Cardite (40-50% dos casos): é a manifestação mais importante por ser a única que pode deixar sequela permanente - a doença cardíaca reumática crônica. Pode manifestar-se como:

- Pancardite:** endocardite (valvulite), miocardite e/ou pericardite.
- Valvulite:** é a lesão mais característica, acometendo principalmente a valva mitral (insuficiência mitral aguda), seguida pela aórtica.
- Sopro cardíaco novo ou modificado (regurgitação mitral e/ou aórtica).
- Cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva.
- Pericardite com derrame.
- Alterações eletrocardiográficas: bloqueio AV de 1º grau (prolongamento do intervalo PR) é comum.

2. Artrite (70-75% dos casos): é a manifestação mais comum. Caracteriza-se por **poliartrite migratória** que acomete grandes articulações (joelhos, tornozelos, cotovelos, punhos). Tem características bem específicas:

- Migratória:** a inflamação "pula" de uma articulação para outra em dias.
- Assimétrica.**
- Transitória:** cada articulação melhora espontaneamente em 2-3 dias, mas novas podem ser acometidas.
- Resposta dramática aos anti-inflamatórios:** a melhora com AAS ou AINE é tão característica que falta de resposta em 48h questiona o diagnóstico.
- Não deixa sequelas articulares (diferente da artrite reumatoide).

3. Coreia de Sydenham (10-30% dos casos): é uma manifestação neurológica caracterizada por movimentos involuntários, descoordenados, abruptos e sem finalidade, que desaparecem durante o sono. Pode ser acompanhada de fraqueza muscular, labilidade emocional e alterações comportamentais.

Características importantes da coreia:

- Pode ser a **única manifestação** da FR (coreia "pura" ou isolada).
- Tem início mais tardio que as outras manifestações (pode surgir até 6 meses após a infecção).
- Por isso, marcadores de infecção estreptocócica podem estar normalizados.
- Mais comum em meninas.
- É autolimitada (duração média 3-6 meses, podendo chegar a 2 anos).
- **Coreia isolada pode estabelecer o diagnóstico de FR** mesmo sem outros critérios.

4. Eritema marginado (< 5% dos casos): é uma lesão cutânea característica, mas rara. Apresenta-se como máculas eritematosas com centro claro e bordas serpiginosas, não pruriginosas, que aparecem principalmente no tronco e raiz dos membros (poupando face). As lesões são transitórias e podem aparecer e desaparecer em horas.

5. Nódulos subcutâneos (< 5% dos casos): são a manifestação mais rara. São nódulos firmes, indolores, móveis, localizados sobre superfícies extensoras de articulações (cotovelos, punhos, joelhos, tendão de Aquiles). Geralmente, aparecem em surtos graves com cardite importante.

Agora, veja o que vamos considerar como evidência de infecção estreptocócica prévia (critério obrigatório):

- **ASLO (antiestreptolisina O) elevado** ou em elevação.
- **Anti-DNAse B elevado** (mais sensível em infecções cutâneas).
- **Cultura de orofaringe positiva** para estreptococo do grupo A (menos comum, pois geralmente a faringite já passou).
- **Teste rápido de antígeno estreptocócico** positivo.

O tratamento resume-se em profilaxias e tratamento dos sintomas. O primeiro passo é a **erradicação do estreptococo**:

- **Penicilina benzatina** 600.000 UI (< 20 kg) ou 1.200.000 UI (≥ 20 kg) IM dose única.

2. Tratamento anti-inflamatório:

- **Artrite sem cardite:** podemos utilizar AAS e AINE.
- **Cardite leve a moderada:** AAS 80-100 mg/kg/dia por 6-8 semanas.
- **Cardite grave com insuficiência cardíaca:** prednisona 1-2 mg/kg/dia (máx 60-80 mg) por 2-3 semanas, seguido de desmame + AAS.
- **Coreia:** geralmente autolimitada; se grave, considerar haloperidol, ácido valproico ou carbamazepina.

3. Profilaxia secundária (FUNDAMENTAL): é a medida mais importante para prevenir recorrências, que agravam lesões cardíacas.

- **Penicilina benzatina 1.200.000 UI IM a cada 21 dias**
- Duração da profilaxia:
 - **Sem cardite:** até 21 anos ou por 5 anos após o último surto (o que for mais longo).
 - **Com cardite sem sequela valvar:** até 25 anos ou por 10 anos após o último surto (o que for mais longo).
 - **Com cardite e sequela valvar:** até 40 anos ou por toda vida (se lesão grave).

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A coreia de Sydenham não é manifestação rara (ocorre em 10-30% dos casos de FR) e SIM é considerada critério maior nos critérios de Jones. Além disso, a coreia tem uma particularidade importante: ela pode estabelecer o diagnóstico de FR **isoladamente**,

mesmo sem outros critérios, reconhecendo que pode ser a única manifestação da doença e que os marcadores de infecção estreptocócica podem estar normalizados quando ela surge (já que pode aparecer até 6 meses após a infecção).

Correta a alternativa B. Exatamente! A monoartralgia (dor articular em uma única articulação sem sinais inflamatórios objetivos) é classificada como critério menor nos critérios de Jones para populações de **alto risco**, como no Brasil.

Incorreta a alternativa C. A febre NÃO é obrigatória para o diagnóstico de FR. Ela é apenas um critério menor. Pacientes podem perfeitamente ter febre reumática aguda sem febre, especialmente aqueles com coreia isolada. Para o diagnóstico, precisamos de evidência de infecção estreptocócica + 2 critérios maiores OU 1 maior + 2 menores, mas a febre em si não é mandatória.

Incorreta a alternativa D. A febre reumática aguda é uma doença **típica da infância e adolescência**, com pico de incidência entre 5 e 15 anos (média de 8-9 anos). É rara antes dos 3 anos e incomum após os 30 anos. Definitivamente não é uma doença da idade adulta entre 40-60 anos - essa faixa etária seria acometida por doença cardíaca reumática crônica (sequela de FR na infância), não FR aguda.

Gabarito: B

82. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Marina é gestora municipal de saúde e está preocupada com o **impacto do diabetes mellitus tipo 2** em sua cidade. Ela sabe que a incidência da doença é de 800 casos novos por 100.000 habitantes ao ano e que a prevalência corresponde a 32%. Considerando esses dados, por quanto tempo, em média, vive um paciente com diabetes nessa população?

- A) 16 anos.
- B) 25 anos.
- C) 32 anos.
- D) 40 anos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

A incidência, a prevalência e o tempo de duração da doença podem ser relacionados por meio da fórmula abaixo:

$$\text{Prevalência (P)} = \text{Incidência (I)} \times \text{Tempo de duração da doença (D)}$$

$$P = I \times D$$

A questão fala que a incidência da doença é igual a 800/100.000, enquanto a prevalência é igual a 32/100.

Diante de uma doença como o diabetes *mellitus*, que não tem cura, podemos dizer que o tempo de duração da doença é o tempo médio de vida de um paciente com essa enfermidade. Assim:

$$32/100 = (800/100.000) \times \text{tempo de duração}$$

$$\text{Tempo de duração} = 0,32/0,008$$

$$\text{Tempo de duração} = 40 \text{ anos}$$

Observe que a prevalência e a incidência não precisam estar na mesma ordem de grandeza. Basta aplicar essas duas medidas diretamente na fórmula.

Além disso, a fórmula acima só pode ser utilizada para populações estáveis, isto é, cujo fluxo migratório não influencia significativamente na entrada e saída de indivíduos (Rothman *et al.*, 2011).

Incorreta a alternativa A. Resultaria em prevalência de $0,008 \times 16 = 12,8\%$, inferior aos 32% informados.

Incorreta a alternativa B. Implicaria prevalência de 20%, ainda menor que a apresentada.

Incorreta a alternativa C. Geraria prevalência de 25,6%, diferente da observada.

Correta a alternativa D. Satisfaz a relação $P = I \times D$, sendo compatível com os dados fornecidos.

Gabarito: D

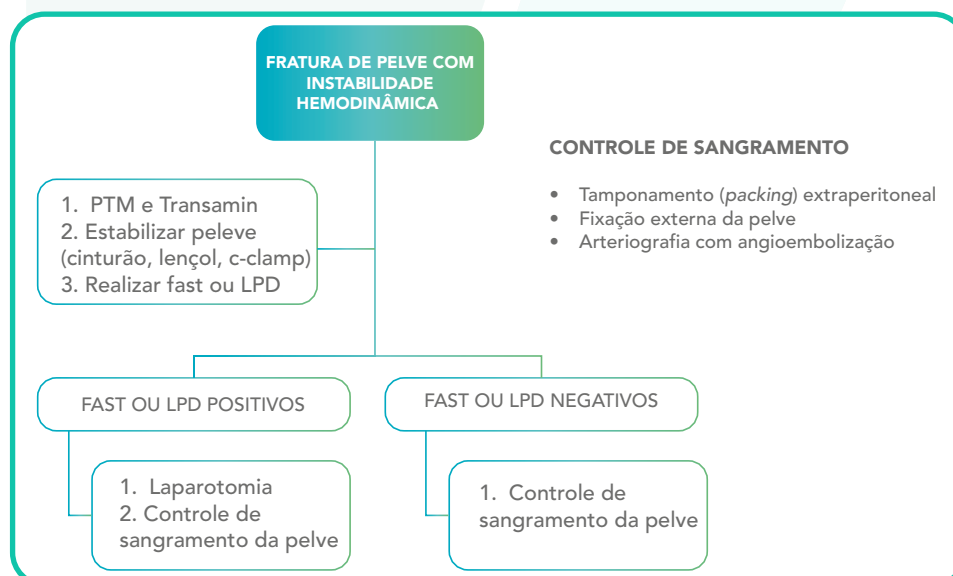
83. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 29 anos, vítima de atropelamento, chega ao PS com PA de 80/50 mmHg, FC de 132 bpm, pele fria e sudorese. Apresenta dor pélvica intensa, FAST negativo para líquido livre abdominal. Radiografia de pelve evidencia fratura instável do tipo “open book”. Foi realizada estabilização pélvica com lençol, com melhora parcial da pressão arterial após reposição volêmica e transfusão de hemoderivados, porém o paciente apresentou nova piora após. O restante do exame físico permaneceu inalterado.

Qual é a **melhor conduta imediata para controle do sangramento** nesse cenário?

- A) Encaminhar imediatamente para angioembolização seletiva das artérias ilíacas internas.
- B) Indicar laparotomia exploradora com empacotamento intraperitoneal.
- C) Prosseguir com ressuscitação volêmica e transfusional, aguardando estabilização hemodinâmica.
- D) Realizar empacotamento pré-peritoneal como medida de controle de danos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, paciente vítima de **trauma pélvico** dá entrada no PS com possível lesão em **livro aberto**. O examinador deixa claro que **não há outros pontos de sangramentos** e que o paciente até melhorou parcialmente com a colocação do lençol no nível dos trocanteres maiores, mas voltou a piorar depois. O que precisamos fazer é seguir o **fluxograma do trauma de pelve**. Além das medidas de **reposição volêmica + hemoderivados + transamin**, **devemos realizar o empacotamento pré-peritoneal da pelve**, que consiste na colocação de compressas ao redor da bexiga como tentativa de interromper o sangramento.



Incorreta a alternativa A. A angioembolização é indicada sobretudo para **sangramento arterial** e em pacientes **hemodinamicamente estáveis ou responsivos à ressuscitação**. Em choque refratário após fechamento mecânico externo da pelve, o empacotamento pré-peritoneal é mais rápido e eficaz como controle inicial.

Incorreta a alternativa B. O FAST é negativo e não há indício de sangramento intraperitoneal. O sangramento da fratura pélvica ocorre majoritariamente no **retroperitônio**, e o empacotamento intraperitoneal não controla adequadamente esse tipo de hemorragia.

Incorreta a alternativa C. O paciente tem **fonte hemorrágica não controlada**. Ressuscitar sem controle de sangramento perpetua o choque e piora a coagulopatia da tríade letal (acidose, hipotermia e coagulopatia).

Correta a alternativa D. Paciente com trauma pélvico sem resposta a medidas iniciais deve ser candidato a tamponamento pré-peritoneal, fixação externa e, por último, angioembolização seletiva.

Gabarito: D

84. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Homem, 63 anos, é levado ao atendimento pelos filhos por **queixa de quedas frequentes** nos últimos 3 meses. Os sintomas iniciaram-se apenas na mão direita e, ao longo dos meses subsequentes, passaram a envolver os braços, as pernas e, no último mês, a capacidade de engolir. Ao exame físico, apresenta tetraparesia, fasciculações em língua, deltoide e quadríceps, além de reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateralmente. O exame de eletroneuromiografia revela desnervação ativa e crônica nos segmentos craniano, cervical, torácico e lombossacro. Não há alteração de sensibilidade ou sinais de ataxia. O exame de TC de crânio é normal. Considerando a principal hipótese diagnóstica, que alternativa está correta?

- A) A nusinersena é um tratamento que muda o curso da doença.
- B) O exame de liquor, seguindo-se da imunoterapia são os próximos passos propedêuticos.
- C) Apesar da gravidade da doença, a função respiratória apenas raramente é envolvida.
- D) O início assimétrico é típico da doença.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, para definir a alternativa correta, primeiro precisamos reconhecer qual é a principal hipótese diagnóstica.

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

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

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

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. A ELA, como vimos, combina a disfunção dos neurônios motores superior e inferior e é eminentemente uma doença adquirida, sendo raramente genética. A doença insere-se em um conjunto maior, das doenças do neurônio motor em que também se encontra a amiotrofia espinhal. Trata-se de doença hereditária, autossômica recessiva e que cursa com disfunção apenas do neurônio motor inferior, sendo diagnóstico diferencial obrigatório em bebês hipotônicos. Essa doença, sim, tem tratamento modificador do curso da doença, sendo três as opções: nusinersena, risdiplam e zolgensma.

Incorreta a alternativa B. A ELA não tem cunho inflamatório ou imunomediado. Sendo assim, nem o exame de liquor e nem a imunomodulação fazem parte da abordagem.

Incorreta a alternativa C. Infelizmente, a função respiratória é envolvida, sendo, inclusive, importante causa de morbidade e mortalidade na doença.

Correta a alternativa D. Exatamente! Apesar da apresentação difusa em fases avançadas da doença, o início assimétrico é típico dessa condição.

Gabarito: D

85. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 26 anos, vítima de acidente de moto com impacto em períneo (queda “a cavaleiro” no tanque), dá entrada no PS com dor perineal e dificuldade para urinar. Ao exame físico, apresenta sangramento pelo meato uretral, equimose perineal e próstata não palpável ao toque retal. PA de 110/70 mmHg, FC de 102 bpm. FAST negativo.

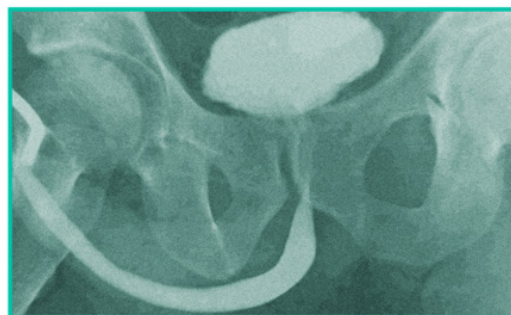
Qual é a **conduta inicial mais adequada**?

- A) Solicitar uretrografia retrógrada antes de qualquer tentativa de sondagem vesical.
- B) Realizar passagem cuidadosa de sonda vesical de demora para avaliação do débito urinário.
- C) Solicitar tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste como primeiro exame.
- D) Realizar cistoscopia imediata no leito para avaliação da uretra.

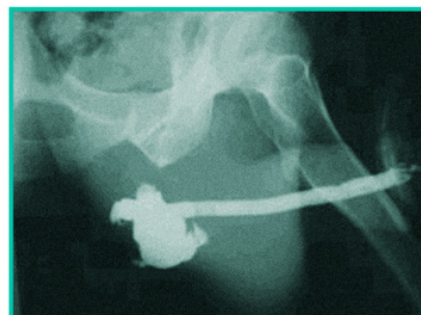
COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, paciente jovem com queda a cavaleiro + uretrorragia precisa acender uma luz na sua cabeça para trauma de uretra. A **tríade clássica consiste em uretrorragia (sangue no meato uretral) + incapacidade de urinar + globo vesical palpável (bexigoma)**. Diante da suspeita de lesão uretral, a sondagem vesical está contraindicada por risco de aumentarmos a lesão na uretra. Se o paciente estiver retendo urina, devemos partir para uma **cistostomia**. O primeiro exame a ser realizado é a **uretrocistografia retrógrada (ou uretrografia retrógrada) para avaliação da uretra**.

Uretrocistografia retrógrada



Uretra normal



Lesão uretral

Correta a alternativa A. Diante da suspeita de lesão uretral, devemos solicitar uma uretrocistografia retrógrada. Outros exames de imagem, como TC de pelve, pouco acrescentam ao diagnóstico.

Incorreta a alternativa B. Potencialmente danosa. Diante de **uretrorragia**, a sondagem uretral é contraindicada antes da uretrografia, pois pode agravar a lesão uretral transformando uma lesão parcial de uretra em lesão total de uretra.

Incorreta a alternativa C. A TC é útil para avaliar lesões associadas, mas **não substitui a uretrografia retrógrada** para avaliação da uretra. A TC pode até sugerir lesão, mas não é o exame padrão para uretra.

Incorreta a alternativa D. Errada como primeira conduta. A cistoscopia é um exame invasivo, depende de condições técnicas e não é o método inicial padrão no trauma uretral agudo. Primeiro, documenta-se a lesão com uretrografia.

Gabarito: A

86. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Segundo Rouquayrol, no campo da saúde, a informação é fundamental para orientar a tomada de decisões, pois permite compreender as condições de saúde da população, os padrões de mortalidade e morbidade, os fatores de risco e os aspectos demográficos, entre outros elementos. Considerando os Sistemas de Informação do SUS (SIS-SUS), assinale a alternativa correta.

- A)** Entre os sistemas de informação do SUS, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi o primeiro a ser criado e possibilitou a elaboração de diversos indicadores de saúde, como a razão de mortalidade materna, a mortalidade proporcional por causas externas e a mortalidade proporcional por aids.
- B)** O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), cuja principal fonte de registro é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foi instituído para subsidiar os gestores na organização, no controle e na análise da produção dos serviços ambulatoriais.
- C)** O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) recebe dados provenientes da notificação dos casos incluídos na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória. Embora essa relação seja revisada periodicamente, não é facultado aos estados e municípios acrescentarem, por iniciativa própria, novos agravos à lista nacional.
- D)** O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), instituído na década de 1990, tem como finalidade principal registrar informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o país, bem como subsidiar análises relacionadas à mortalidade infantil.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

Os SIS-SUS são uma importante ferramenta para o gerenciamento de ações no âmbito da saúde, permitindo a avaliação da situação atual desse setor no país e, assim, a tomada de decisões mais assertivas. Confira a seguir uma tabela que resume os dados mais relevantes dos principais sistemas que você deve conhecer para as provas:

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	OBJETIVO	FORMULÁRIOS
SIM	Informações sobre mortalidade	Declaração de óbito
SINAN	Informações sobre agravos e doenças de notificação compulsória	Ficha de notificação individual e ficha individual de investigação
SINASC	Informações sobre os nascimentos no país	Declaração de nascido vivo
SISAB	Informações em saúde na Atenção Básica	e-SUS AB (CDS e PEC)
SIA-SUS	Informações sobre atendimentos e procedimentos em nível ambulatorial	BPA e APAC
SIH-SUS	Informações sobre internamentos hospitalares financiados pelo SUS	AIH e prontuários
SISREG	Gerenciamento de todo complexo regulador	Sistema WEB

- SINAN é um importante sistema da vigilância epidemiológica.
- Documentos para alimentação do sistema: **Ficha Individual de Notificação e Ficha Individual de Investigação**.
- Abrange agravos e doenças. Lembrar que tanto doenças transmissíveis quanto não transmissíveis podem ser de notificação compulsória.
- Critérios para uma doença ser considerada para notificação compulsória: magnitude; potencial de disseminação; transcendência; vulnerabilidade; compromissos internacionais; ocorrência de emergências de saúde pública, epidemias e surtos.

- SINASC registra dados sobre os nascimentos no país.
- Documento para alimentação do sistema: **Declaração de Nascido Vivo (DNV)**.
- A DNV é um documento padrão do Ministério da Saúde.
- Permite identificar quais são as prioridades de intervenção necessárias para promover melhorias na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos.
- A DNV possui três vias: branca (SMS ou SES), amarela (familiares) e rosa (prontuário).
- Não confundir DNV com certidão de nascimento. São documentos diferentes.
- Todos os nascimentos com vida devem ter a DNV preenchida.
- O preenchimento da DNV não é prerrogativa exclusiva do médico! O profissional de saúde responsável pelo acompanhamento da gestação, do parto ou do recém-nascido deve preencher.
- Os dados do SINASC servem para sabermos os indicadores de mortalidade materna e de mortalidade infantil (e suas subdivisões)

- **Criação da AIH** – Autorização de Internação Hospitalar — dados que alimentariam o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

O SIH/SUS é um sistema de informação que se ocupa em registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo Sistema Único de Saúde, com vários objetivos: financeiros, epidemiológicos, sociais etc.

Sua fonte de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), um laudo profissional que apresenta dados, como identificação, dados clínicos, procedimentos a serem realizados e outros. Sua emissão é restrita a médicos, dentistas e enfermeiros obstétricos (para partos normais) e deve ser feita antes da internação (se eletiva) ou até dois dias após a internação (se urgência).

- **Implantação do SIA/SUS** – o Sistema de Informações Ambulatoriais foi instituído para organizar o pagamento aos prestadores de atividades ambulatoriais.

Pontos-chave

- O SIA-SUS registra **atendimentos e procedimentos** realizados em nível ambulatorial.
- Documentos utilizados para alimentar o sistema: Boletim de Produção Ambulatorial (**BPA**) e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (**APAC**).
- Registra apenas atendimentos de média e alta complexidade.
- Engloba procedimentos de média e alta complexidade realizados na atenção básica.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A. No Brasil, o SIM existe desde 1973, sendo o mais antigo entre os SIS-SUS. Como permite a coleta de informações sobre mortalidade, todos indicadores que envolvem dados relacionados a óbitos podem ser construídos a partir dele. Já o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) foi criado em 1993, sendo 18 anos mais novo. Portanto, o país não só apresenta um banco de dados maior em relação à mortalidade como também tem mais tempo de experiência no manejo dele.

Incorreta a alternativa B. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) foi criado prioritariamente para atender às demandas de controle e financiamento da assistência hospitalar no SUS, servindo como base para o pagamento das internações. Embora também possa fornecer dados para análises epidemiológicas, essa não foi sua finalidade principal.

Incorreta a alternativa C. Estados e municípios têm autonomia para incluir agravos adicionais em suas listas de notificação compulsória, além daqueles definidos nacionalmente pelo Ministério da Saúde, quando houver relevância epidemiológica local, tornando obrigatória a notificação naquela esfera.

Incorreta a alternativa D. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) registra dados sobre nascimentos; os indicadores de mortalidade infantil são construídos a partir das informações de óbitos do SIM.

Gabarito: A

87. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Homem, 27 anos, portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial refratária, comparece ao atendimento por queixa de dificuldade de concentração. Refere sentir-se cansado o tempo todo e que apresenta extrema facilidade para dormir. Apresenta ainda, cefaleia matinal 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 quer saber 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
Age (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 através 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 através 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 ≥ 5 , ou, alternativamente, quando não é identificada a presença de um sintoma, um IAH ≥ 15 será suficiente para o diagnóstico.

Em relação à classificação:

IAH 5-15 – AOS leve

IAH 15-30 – AOS moderada

IAH ≥ 30 – AOS grave

A AOS deve ser tratada através 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, conforme veremos logo abaixo.

Vamos às alternativas:

Correta a alternativa A. A idade limite contemplada no questionário é de 50 anos, não 30.

Incorreta a alternativa B. De fato, circunferência cervical acima de 40 cm faz parte dos critérios.

Incorreta a alternativa C. De fato, indivíduos do sexo masculino tem risco maior de AOS.

Incorreta a alternativa D. A obesidade é o maior fator de risco para AOS.

Gabarito: A

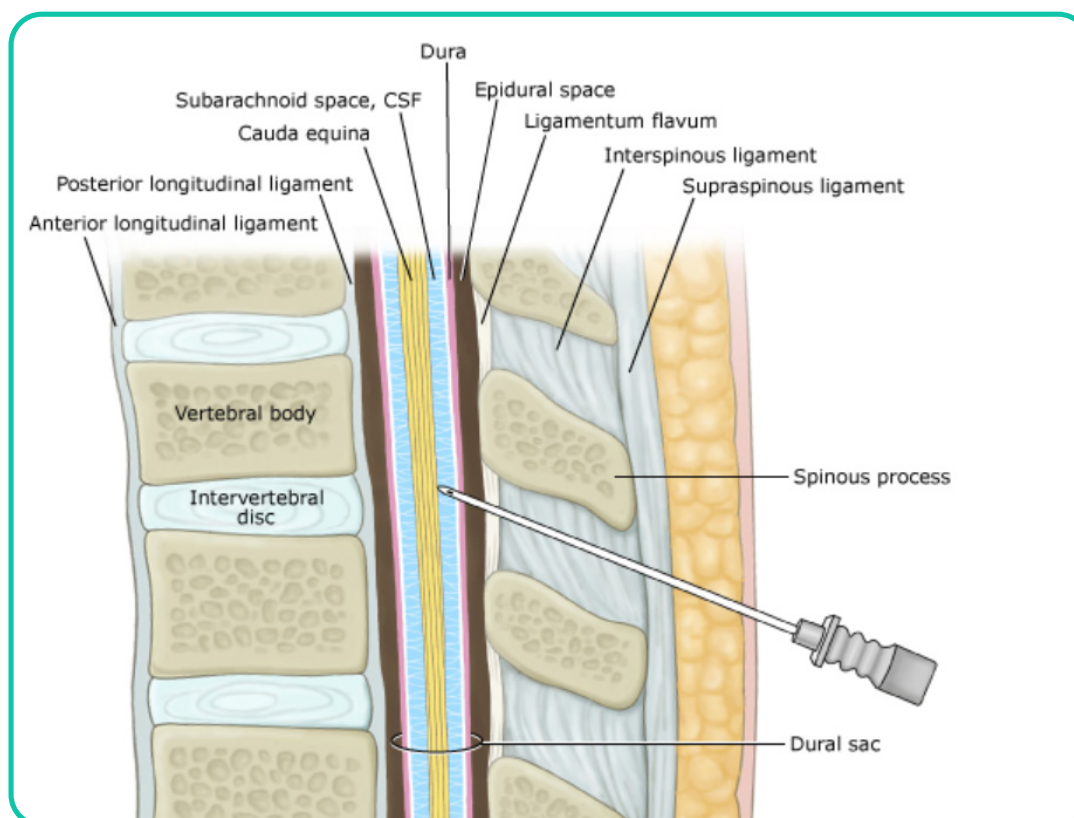
88. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Mulher, 31 anos, G2P1, em trabalho de parto ativo, solicita analgesia para parto vaginal. Sem comorbidades, plaquetas $210.000/\text{mm}^3$, sem uso de anticoagulantes. O anesthesiologista discute as opções de analgesia neuraxial e os planos anatômicos corretos de punção para peridural e raquianestesia.

Que alternativa **correlaciona corretamente a técnica anestésica ao local anatômico de deposição do anestésico?**

- A) A peridural deposita o anestésico no espaço subaracnóideo; a raquianestesia deposita o anestésico no espaço epidural.
- B) Ambas as técnicas depositam o anestésico no espaço epidural, diferindo apenas no volume administrado.
- C) A peridural deposita o anestésico no espaço epidural, fora da dura-máter; a raquianestesia deposita o anestésico no espaço subaracnóideo, em contato com o líquido.
- D) Ambas as técnicas depositam o anestésico no espaço subaracnóideo, diferindo apenas no calibre da agulha utilizada.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é aquela clássica que a prova cobra sem dó: **peridural (epidural) é fora da dura**, no espaço epidural; **raqui é dentro da dura**, no espaço subaracnóideo, em contato direto com o líquido. Parece básico, mas cai muito misturado com pegadinha de “volume vs. local” ou de confundir os planos anatômicos. A partir disso, você entende por que a raqui tem início de ação mais rápido e bloqueio mais previsível, enquanto a peridural permite titulação progressiva.



Fonte: Uptodate

Incorreta a alternativa A. Troca exatamente os planos anatômicos das técnicas, erro conceitual clássico de prova.

Incorreta a alternativa B. O local de deposição é diferente, e isso muda farmacocinética, início de ação, intensidade e perfil de bloqueio.

Correta a alternativa C. Correlaciona corretamente o local da anestesia com seu espaço.

Incorreta a alternativa D. Novamente, ignora o ponto central da distinção entre as técnicas, que é o **plano anatômico**, não apenas o material.

Gabarito: C

89. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Paciente de 36 anos, gestante de 34 semanas, vem para avaliação ultrassonográfica. Ela apresenta pré-eclâmpsia diagnosticada com 30 semanas. Na ultrassonografia, apresenta feto no percentil 8 de peso, IP de artéria umbilical no percentil 97, IP de artéria cerebral média no percentil 4 e ducto venoso normal. Qual é a conduta a ser tomada de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

- A) Repetir a vitalidade fetal em 1 semana.
- B) Internar a paciente para cesariana.
- C) Internar a paciente para realização de vitalidade fetal diária.
- D) Indução de parto.

COMENTÁRIOS:

O intervalo de acompanhamento dos fetos com restrição de crescimento varia de acordo com a situação da Dopplervelocimetria obstétrica.

O momento ideal do parto depende da combinação de diversos fatores, como a idade gestacional, a Dopplervelocimetria da artéria umbilical e do ducto venoso e o perfil biofísico fetal. Existem diversos protocolos de conduta para fetos com RCF. O protocolo a seguir adota o preconizado pelo Ministério da Saúde, 2022, que é semelhante ao de Gratacós, com algumas modificações:

Estágio	Descrição	Risco de óbito fetal	Controle de vitalidade	Parto
Feto PIG	$P3 > PFE < P10$	Baixo	- Vitalidade (com Doppler) a cada 15 dias	- Parto até 40 sem. - Via obstétrica (indução do parto)
Estágio 1	- $PFE < P3$ com Doppler normal ou - $P3 > PFE < P10$ com IP médio, art. uterinas $> p95$	Baixo	- Vitalidade (com Doppler) quinzenalmente até 34 semanas - Vitalidade (com Doppler) semanal a partir de 34 semanas	- Parto entre 37 ($PFE < 1$) e 38 semanas - Via obstétrica (evitar prostaglandinas)
Estágio 2	RCF com: Doppler Amb $> P95$, ACM $< P5$ ou centralização de fluxo fetal ($RCP < 1$)	Baixo	- Abaixo de 34 sem: vitalidade (com Doppler) 2 a 3 x/semana - Acima de 34 sem, considerar internação: vitalidade (com Doppler) diária	- Parto com 37 sem. - Via obstétrica com indução cuidadosa (evitar prostaglandinas)
Estágio 3	RCF com Doppler de AUmb com diástole zero	Severo	- Internação e vitalidade diária - Doppler com avaliação do DV, cardiotocografia computadorizada e PBF.	- Parto com 34 sem. - Cesárea eletiva
Estágio 4	Art. umb. com diástole reversa ou IP DV $> p95$	Deterioração fetal avançada	- Internação - Vitalidade fetal diária - Avaliar corticoterapia - Se for aguardar corticoterapia para o parto, realizar Doppler, cardiotocografia computadorizada e PBF diários.	- Parto com 26 semanas - Cesárea eletiva - Alguns protocolos orientam parto a partir de 30 semanas.
Estágio 5	DV onda a zero ou reversa ou STV na CTG comput. < 3 ms ou desaceleração da FCF	Acidose fetal e alto risco de óbito	Internação, corticoterapia e parto	- Parto na viabilidade (a depender da UTI neonatal) - Cesárea eletiva

Incorreta a alternativa A, pois nesse caso, a avaliação de vitalidade deve ser diária.

Incorreta a alternativa B, pois não há indicação de resolução nesse momento.

Correta a alternativa C, pois essa é a conduta adequada, conforme explicado na introdução.

Incorreta a alternativa D, pois a resolução não está indicada.

Gabarito: C

90. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria - Prof. Bruno Calvo) Eva, 1 mês e 15 dias, teve alteração na tripsina imunorreativa no teste do pezinho e está em investigação. Comparece ao PS infantil de Cuiabá com quadro de hipoatividade e sinais de desidratação grave. Não apresentou vômitos ou diarreia.

Que distúrbios hidroeletrolíticos são mais prováveis neste caso?

- A) Alcalose metabólica, hiponatremia, hipocalemia e hipocloremia.
- B) Acidose metabólica, hiponatremia e hipercalemia.
- C) Acidose metabólica, hipernatremia e hiperlactatemia.
- D) Alcalose metabólica, hipernatremia e hiperclorêmia.

COMENTÁRIOS:

Resposta:A.

A fibrose cística é uma doença **autossômica recessiva** que afeta 1 a cada 9000 nascidos vivos, principalmente população de pele branca.

Essa doença é resultado de uma mutação da proteína **cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR)**. Existem mais de 2000 mutações diferentes, então saiba que a apresentação clínica e a gravidade desses pacientes é muito variada.

Sei que essa condição está associada ao pulmão, mas o fato é que estamos falando de uma doença multissistêmica.

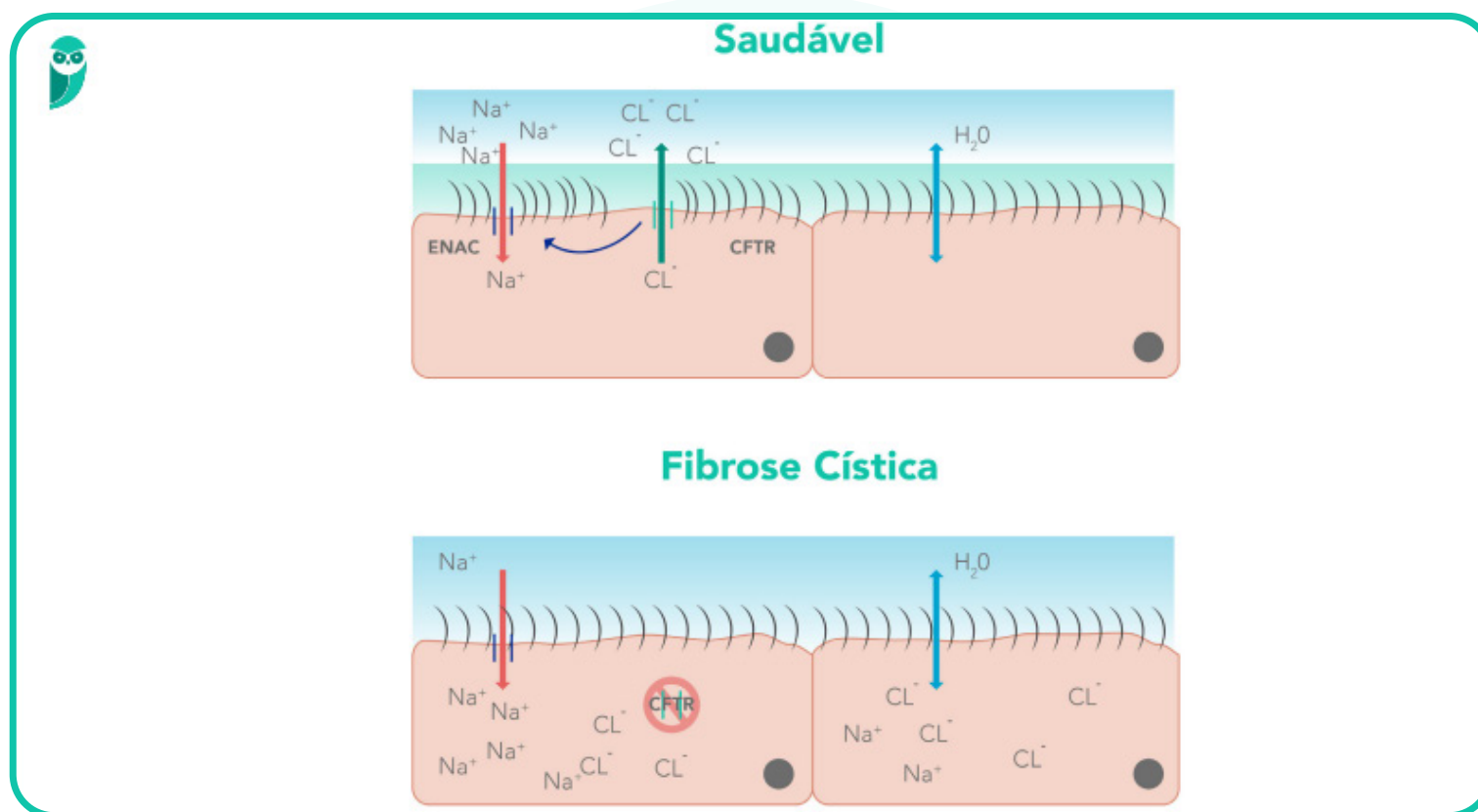
A CFTR está localizada na membrana apical do epitélio das vias aéreas pulmonares, no ducto pancreático, no intestino, nos ductos biliares e nas membranas apical e basolateral do ducto das glândulas sudoríparas.

Trata-se de um **canal de cloro** que funciona como um poro na célula que permite a passagem desse íon, promovendo um equilíbrio no fluxo de água entre a célula e seu exterior. Dessa forma, permite a existência de uma camada de água que reveste as células.

Se esse canal de cloro não funcionar, há uma secreção diminuída de cloro. Isso faz com que a água e sódio fiquem "presos" dentro da célula, acarretando desidratação das mucosas e aumento da viscosidade das secreções. **O muco fica seco demais e muito espesso!**

Nos pulmões, esses eventos diminuem o **clearance** das vias respiratórias, gerando impactação das secreções e posterior colonização por bactérias. Assim, a obstrução dos ductos por rolha de muco ocasiona uma reação inflamatória, resultando em uma doença sistêmica.

Mas isso acontece em todos os órgãos que dependem de secreção de fluidos para funcionar! Pâncreas exócrino e intestinos (gerando uma síndrome disabsortiva brutal, com risco de deficiência de vitaminas lipossolúveis e desnutrição grave), testículos (gerando infertilidade), seios da face, fígado... tudo vai pro espaço.



Especificamente nas glândulas sudoríparas, o CFTR faz o contrário: ele puxa o cloro do lado de fora para dentro da célula, puxando com isso água e sódio.

Se o CFTR não funciona, haverá água e sódio sendo perdidos em excesso no suor.

Especialmente, os lactentes com fibrose cística podem apresentar um quadro curioso de desidratação: **desidratação + hiponatremia + hipocloremia + hipocalcemia + alcalose metabólica por contração**. E qual é a fisiopatologia?

Perda de cloro e sódio no suor levam à hipocloremia e à hiponatremia, além de hipovolemia. Isso vai ativar o sistema renina-angiotensina-aldosterona, o que leva à hipocalcemia. A hipovolemia ocasiona uma **alcalose de contração**, como nos pacientes que usam furosemida, lembra? O resultado final é uma **alcalose metabólica hipoclorêmica, com hiponatremia e hipocalcemia**.

É a chamada **pseudossíndrome de Bartter**, fazendo alusão à tubulopatia! Ela perde água e cloro para o suor, o que justifica o **suor salgado** e a possibilidade de se fazer o diagnóstico dessa condição por meio da dosagem de cloro no suor. Ela é tratada com **hidratação com soro fisiológico, pois sódio e cloro foram perdidos no suor**.

Bom, classicamente o diagnóstico é suspeitado quando temos **infecções respiratórias de repetição**. Mas tenha em mente que as manifestações respiratórias demoram meses para começar a aparecer. Manifestações mais precoces envolvem: íleo meconial, insuficiência pancreática exócrina, *failure to thrive*, pseudossíndrome de Bartter.

As vias aéreas vão sendo colonizadas por bichos estranhos com o tempo, o que vai piorando a função pulmonar por exacerbar a inflamação crônica: *Staphylococcus aureus* (MSSA e MRSA), *Pseudomonas aeruginosa* (indica pior prognóstico quando presente), *Burkholderia cepacia* e *Stenotrophomonas maltophilia* são os mais clássicos. Tanto é que vamos coletando cultura de escarro desses pacientes de forma seriada no acompanhamento ambulatorial. Por isso, **o esquema antimicrobiano empírico para tratar exacerbações pulmonares deve cobrir pelo menos o *Staphylococcus aureus* e a *Pseudomonas aeruginosa***.

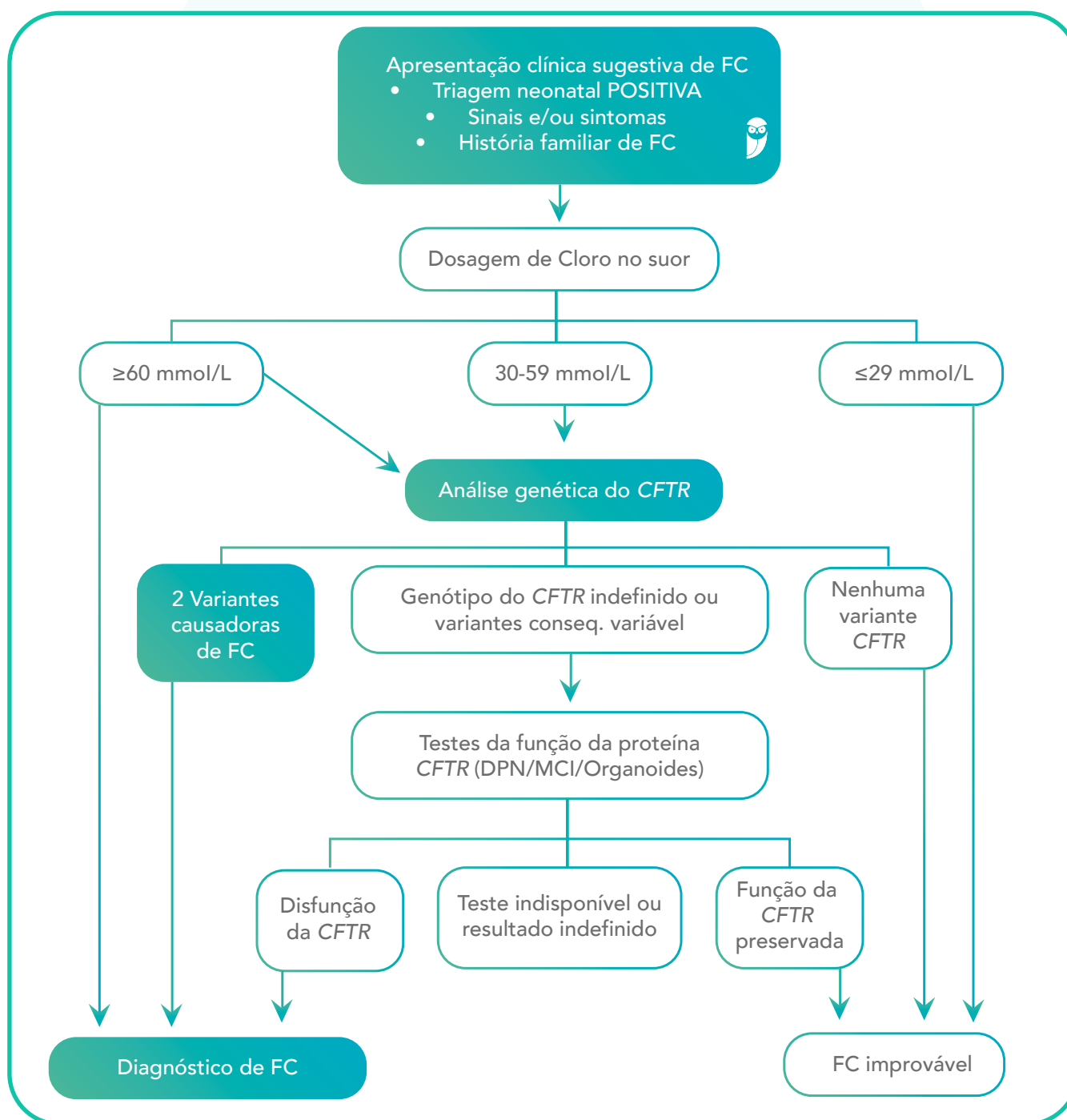
Além disso, a reposição de enzimas pancreáticas e o suporte nutricional, bem como a vacinação são mandatórias para essa criança.

Voltando para o **diagnóstico**:

O teste do pezinho é capaz de **TRIAR a fibrose cística**. Essa triagem é realizada por meio da dosagem da tripsina (ou tripsinogênio) imunorreativa (TIR). O teste deve ser realizado, idealmente, até o quinto dia de vida. Se positivo, deve ser repetido com 30 dias de vida e, caso permaneça alterado, devemos solicitar o teste do suor.

Tome cuidado, pois falsos-negativos e falsos-positivos são possíveis. O teste do pezinho apenas TRIA, não confirma o diagnóstico.

Já o **teste do cloro no suor** apresenta alta sensibilidade e especificidade (maior do que 95%), sendo o principal teste utilizado para o diagnóstico de fibrose cística. Esse teste deve ser indicado nas seguintes situações:



Considera-se o teste positivo quando a concentração de cloreto for maior ou igual a 60 mmol/L (ou mEq/L). Recomenda-se que, para que se tenha a confirmação do diagnóstico, sejam realizados dois testes do suor. Valores entre 59 e 29 mmol/L sugerem fibrose cística, mas são considerados inconclusivos. Para valores menores ou iguais a 29 mmol/L, descarta-se fibrose cística!

Apesar de o diagnóstico ser fechado com o teste do suor, é importante descobrir qual é a **mutação do CFTR** do seu paciente. Dependendo da mutação do CFTR do paciente, podemos usar medicações específicas **moduladoras do CFTR**, como o **Trikafta** (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor), que melhora muito o prognóstico do paciente! Mas é preciso uma genotipagem para saber se a medicação funciona para seu paciente.

Voltando para o nosso caso clínico:

Se temos tripsina imunorreativa alterada no teste do pezinho, devemos pensar imediatamente em **fibrose cística**. Agora, junte as peças:

- Lactente de 1 mês e meio: corpo pequeno e proporção de água corporal muito alta, então há predisposição à desidratação;
- Desidratação grave sem vômitos e sem diarreia. Se não perdeu líquido pelo TGI, de onde está perdendo? **Suor**. Na fibrose cística, o defeito do canal CFTR impede reabsorção de sódio e cloro no ducto sudoríparo! O suor fica **rico em NaCl**. O bebê perde sal pelo suor, especialmente se o clima está quente. Veja que Eva mora em Cuiabá - lugar onde às 9h30 da manhã já está o “bafo do capeta” de tão quente.

Como vimos acima, a perda de cloro e sódio no suor levam à hipocloremia e à hiponatremia, além de hipovolemia. Isso vai ativar o sistema renina-angiotensina-aldosterona, que leva à hipocalemia. A hipovolemia ocasiona uma **alcalose de contração**, como nos pacientes que usam furosemida, e o resultado final é uma **alcalose metabólica hipoclorêmica, com hiponatremia e hipocalemia**, a chamada **pseudossíndrome de Bartter**, fazendo alusão à tubulopatia!

Nessa síndrome, há perda de água e cloro para o suor, o que justifica o **suor salgado** e a possibilidade de se fazer o diagnóstico dessa condição por meio da dosagem de cloro no suor. O tratamento é feito com **hidratação com soro fisiológico para recuperar o sódio e o cloro que foram perdidos no suor**. Muitas crianças fazem reposição enteral de NaCl 3% diária depois que recebem alta, geralmente nos primeiros anos de vida.

Vamos dar uma olhada nas alternativas:

Correta a alternativa A! É a cara da desidratação pelo suor na fibrose cística. Lembre-se disso nos lactentes, beleza?

Incorreta a alternativa B. Isso é mais sugestivo de insuficiência adrenal, com deficiência de mineralocorticoides. Seria o padrão visto em uma questão de hiperplasia adrenal congênita clássica: hipoglicemia, virilização, hiponatremia e hipercalemia.

Incorreta a alternativa C. Isso é compatível com um choque hipovolêmico por perdas causadas pelo TGI.

Incorreta a alternativa D. A alcalose metabólica até está correta, mas eu esperaria hiponatremia, pois também há perda de Na⁺ no suor.

Gabarito: A

91. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Clínica Médica – Pneumologia - Prof. Juan Demolinari) Uma mulher de 62 anos comparece ao pronto atendimento por dispneia progressiva há 10 dias e desconforto torácico leve, sem dor pleurítica. Refere ortopneia recente e edema de membros inferiores. Nega febre. Ao exame físico, apresenta PA = 150 x 90 mmHg, FC = 96 bpm, FR = 22 irpm, SatO₂ = 93% em ar ambiente. No exame do tórax, nota-se redução do frêmito toracovocal e macicez à percussão em base direita, com murmúrio vesicular diminuído no mesmo local. A radiografia de tórax evidencia derrame pleural à direita, de pequeno a moderado volume.

Foi realizada toracocentese diagnóstica com os seguintes resultados do líquido pleural: proteínas 1,8 g/dL; LDH 120 U/L. Exames séricos coletados no mesmo atendimento: proteínas totais 6,0 g/dL; LDH 300 U/L.

Com base nos dados clínicos e laboratoriais apresentados, que hipótese diagnóstica é **menos provável**?

- A) Derrame pleural por insuficiência cardíaca congestiva.
- B) Derrame pleural por cirrose hepática com ascite (hidrotórax hepático).
- C) Derrame pleural por síndrome nefrótica.
- D) Derrame pleural parapneumônico complicado (empiema em evolução).

COMENTÁRIOS:

Derrame pleural é o acúmulo patológico de líquido no espaço pleural, resultante de desequilíbrio entre formação e reabsorção, seja por aumento da pressão hidrostática, redução da pressão oncótica, aumento da permeabilidade capilar, obstrução linfática ou passagem de líquido a partir do peritônio.

Na prática de prova, o ponto de virada do raciocínio é separar transudato de exsudato, porque isso “puxa” o leque etiológico para mecanismos sistêmicos (transudatos) ou processos inflamatórios/neoplásicos/infecciosos (exsudatos).

Os Critérios de Light são a chave para essa abordagem, sendo que, na coluna “exsudato”, qualquer fator presente fecha como sendo esse o diagnóstico:

	Transudato	Exsudato
Relação proteína no líquido pleural/proteína no soro	≤ 0,5	> 0,5
Relação LDH no líquido pleural/LDH no soro	≤ 0,6	> 0,6
LDH líquido pleural > 2/3 limite superior da normalidade sérica	Não	Sim

No caso em questão, a relação de proteínas é $1,8/6,0 = 0,30$, abaixo de 0,5, e a relação de LDH é $120/300 = 0,40$, abaixo de 0,6.

Quando o derrame é transudativo, as causas mais prováveis são insuficiência cardíaca, cirrose (hidrotórax hepático) e síndrome nefrótica, todas citadas nas alternativas, porque compartilham mecanismos de aumento de pressão hidrostática e/ou redução de pressão oncótica. Outras causas são mostradas abaixo:

Diagnóstico Diferencial - Líquido Pleural	
Transudato	Exsudato
ICC	Infecciosas
Cirrose hepática	Neoplásico
Sd. Nefrótica	Induzido por drogas
Hipoalbuminemia	Hemotórax
Diálise peritoneal	Quilotórax
Mixedema	Colagenoses
Obstrução Veia Cava Sup.	Embolia pulmonar (80%)
Embolia pulmonar (20%)	Pancreatite
Atelectasia (aguda)	Pós IAM

Já um derrame parapneumônico complicado/empiema, por definição, decorre de infecção pleuropulmonar e tende a ser exsudativo com inflamação intensa, frequentemente com pH baixo (classicamente $< 7,20$), glicose baixa, LDH elevado e predomínio de neutrófilos, além de contexto clínico de febre, toxemia e consolidação/infiltrado na radiografia.

Incorreta a alternativa A, já que derrame pleural por insuficiência cardíaca é uma das causas mais comuns de transudato e se encaixa no contexto clínico (ortopneia, turgência jugular, edema, estertores, cardiomegalia discreta) e nos Critérios de Light que apontam para transudato (baixas relações proteína e LDH).

Incorreta a alternativa B, já que o hidrotórax hepático é tipicamente transudativo e pode ocorrer inclusive com derrame pleural de maior volume, muitas vezes à direita.

Incorreta a alternativa C, já que a síndrome nefrótica reduz a pressão oncótica plasmática por hipoalbuminemia, favorecendo transudatos, incluindo derrame pleural; portanto, também é compatível com o padrão laboratorial do líquido pleural mostrado.

Correta a alternativa D, já que derrame parapneumônico complicado/empiema é, em regra, exsudativo e associado à inflamação intensa, com tendência a pH baixo e glicose baixa, LDH mais elevado e predomínio de neutrófilos, além de quadro clínico infeccioso (febre, toxemia) e achados radiográficos parenquimatosos associados, o que diverge do cenário clínico e dos Critérios de Light apresentados.

Gabarito: D

92. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Um menino de 7 anos é atendido com história de surgimento súbito de lesões purpúricas palpáveis em membros inferiores, associadas à dor abdominal intermitente e artralgia em joelhos e tornozelos. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, afebril, com lesões cutâneas não desaparecendo à digitopressão. A principal hipótese diagnóstica é Púrpura de Henoch-Schönlein. Sobre essa condição, assinale a alternativa correta:

- A) A púrpura palpável é um achado possível, mas não faz parte dos critérios diagnósticos da doença.
- B) O acometimento gastrointestinal é raro e, quando presente, costuma ser sempre leve e sem relevância clínica.
- C) O envolvimento renal não ocorre nessa doença, estando o quadro restrito à pele e às articulações.
- D) A Púrpura de Henoch-Schönlein pode ser desencadeada por infecções, uso de medicamentos, vacinas ou outros estímulos antigênicos.

COMENTÁRIOS:

PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN

Olá, Coruja! A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), atualmente também chamada de **Vasculite associada a IgA**, é a vasculite sistêmica mais comum da infância. Trata-se de uma vasculite de pequenos vasos mediada por imunocomplexos contendo IgA, que se depositam nas paredes dos vasos sanguíneos, causando inflamação e manifestações em múltiplos órgãos, principalmente pele, articulações, trato gastrointestinal e rins. A PHS acomete predominantemente **crianças entre 3 e 10 anos**. A fisiopatologia envolve a formação e deposição de **imunocomplexos contendo IgA1** nas paredes de pequenos vasos (capilares, vênulas e arteríolas), levando à vasculite leucocitoclástica. O que desencadeia essa produção anormal de IgA ainda não está completamente esclarecido, mas vários gatilhos foram identificados. São eles:

- **Infecções:** principalmente infecções de vias aéreas superiores por *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A, mas também por outros agentes como vírus (parvovírus B19, EBV, hepatites, adenovírus), bactérias (*Mycoplasma*, *Yersinia*, *Campylobacter*) e parasitas
- **Medicamentos:** antibióticos (penicilina, cefalosporinas, eritromicina), AINEs, ACE inibidores
- **Vacinas:** menos comum, mas já foram descritos casos após várias vacinas
- **Picadas de insetos**
- **Alimentos:** em alguns casos

Na maioria dos casos (60 a 80%), há um **pródromo infeccioso** em 1 a 3 semanas que antecede o quadro, tipicamente uma infecção de vias aéreas superiores. A PHS é caracterizada por uma apresentação clínica bastante típica que envolve quatro sistemas principais:

1. Púrpura palpável (100% dos casos): É a manifestação mais característica e essencial para o diagnóstico. A lesão cutânea típica é a **púrpura palpável**, ou seja, lesões purpúricas (roxas/avermelhadas) ligeiramente elevadas ao toque que **não desaparecem à digitopressão** e tem uma **distribuição característica**: predominantemente em **membros inferiores e nádegas**, podendo estender-se para face extensora de membros superiores e face (especialmente em lactentes), tende a ser **simétrica**. A púrpura ocorre pelo extravasamento de hemácias devido à inflamação vascular (vasculite), não por trombocitopenia - por isso chamamos de **púrpura não trombocitopênica**.

ATENÇÃO: A presença de púrpura palpável é OBRIGATÓRIA para o diagnóstico de PHS segundo os critérios diagnósticos atuais. Sem púrpura, não diagnosticamos PHS!

2. Artrite/artralgia (75% dos casos): O acometimento articular é muito comum e pode até preceder o aparecimento da púrpura em 25% dos casos.

3. Manifestações gastrointestinais (50 a 75% dos casos): O envolvimento GI é frequente e pode variar de leve a potencialmente grave. Geralmente inclui **dor abdominal, náuseas e vômitos e pode ter sangramento digestivo**. O acometimento GI NÃO é sempre leve! Pode ser grave o suficiente para causar complicações importantes como intussuscepção e perfuração intestinal, que requerem intervenção cirúrgica urgente.

4. Nefrite (20 a 50% dos casos): O envolvimento renal é a manifestação mais preocupante porque é a única que pode deixar **sequela permanente**. A maioria das manifestações renais ocorre no primeiro mês após o início do quadro, mas elas podem surgir até 6 meses depois.

- **Leve (mais comum):** hematúria microscópica isolada e/ou proteinúria leve
- **Moderada:** hematúria macroscópica, proteinúria moderada
- **Grave:** síndrome nefrítica ou nefrótica, glomerulonefrite rapidamente progressiva, insuficiência renal

A nefrite da PHS geralmente é uma **glomerulonefrite proliferativa mesangial por IgA** - histologicamente idêntica à doença de Berger (nefropatia por IgA primária). A maioria dos casos evolui bem, mas 1 a 2% podem progredir para doença renal crônica terminal. **TODOS** os pacientes com PHS devem ter seguimento com exame de urina e pressão arterial por, pelo menos, 6 meses após o diagnóstico, mesmo que não tenham apresentado manifestações renais inicialmente.

O diagnóstico de PHS é **essencialmente clínico**, baseado nos seguintes critérios:

Critério obrigatório:

- Púrpura palpável (púrpura não trombocitopênica)

MAIS pelo menos 1 dos seguintes:

- Dor abdominal difusa
- Artrite ou artralgia
- Envolvimento renal (hematúria e/ou proteinúria)
- Biópsia mostrando deposição predominante de IgA (histopatologia)

O tratamento da PHS é principalmente **sintomático e de suporte**, já que a doença é autolimitada na maioria dos casos. A evolução costuma ser favorável, com resolução espontânea em 4 a 6 semanas em cerca de 90% dos pacientes. Como medidas gerais, fazemos repouso relativo durante a fase aguda (especialmente se artrite ou manifestações abdominais), hidratação adequada e suporte nutricional. Para tratamento dos sintomas, estão indicados analgésicos/anti-inflamatórios como paracetamol, ibuprofeno ou naproxeno para dor articular ou abdominal leve. Evita-se AAS pelo risco de sangramentos gastrointestinal.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A púrpura palpável não apenas é um achado possível - ela é **OBRIGATÓRIA** para o diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schönlein segundo os critérios diagnósticos atuais.

Incorreta a alternativa B. O acometimento gastrointestinal **NÃO** é raro - ocorre em 50-75% dos casos de PHS. Além disso, quando presente, **NÃO** é "sempre leve e sem relevância clínica". Pelo contrário, pode ser grave o suficiente para causar complicações potencialmente fatais como intussuscepção (2 a 4% dos casos), perfuração intestinal, infarto intestinal e necrose, que podem requerer intervenção cirúrgica urgente. A dor abdominal pode ser intensa e o sangramento digestivo significativo.

Incorreta a alternativa C. O envolvimento renal ocorre **SIM** na PHS, em 20 a 50% dos casos. Aliás, a nefrite é a manifestação mais preocupante da doença porque é a única que pode deixar sequela permanente. A maioria dos casos apresenta hematúria microscópica e/ou proteinúria leve que se resolvem sem sequelas, mas alguns evoluem para nefrite grave com risco de progressão para doença renal crônica terminal (1-2% dos casos). Por isso, **TODOS** os pacientes com PHS devem ter seguimento com exame de urina e medida de PA por pelo menos 6 meses após o diagnóstico.

Correta a alternativa D. Perfeita! A Púrpura de Henoch-Schönlein pode realmente ser desencadeada por diversos estímulos antigênicos. Em 60 a 80% dos casos, há história de infecção prévia (principalmente infecções de vias aéreas superiores), uso de medicamentos (antibióticos, AINEs), vacinas, picadas de insetos e até alimentos.

Gabarito: D

93. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) Uma criança de 4 anos é atendida em hospital de referência que integra a rede de vigilância sentinela para doenças diarreicas. A mãe relata quadro de diarreia sanguinolenta há cinco dias, evoluindo com palidez, redução do volume urinário e irritabilidade. Ao exame físico, apresenta-se pálida e oligúrica. Exames laboratoriais evidenciam anemia hemolítica, plaquetopenia e elevação de creatinina. Diante da suspeita de Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU) e considerando as normas de vigilância epidemiológica no Brasil, qual é a conduta adequada quanto à notificação do caso?

- A) Notificar após confirmação laboratorial, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- B) Realizar notificação imediata à vigilância epidemiológica municipal na suspeita clínica, por se tratar de agravo monitorado por vigilância sentinela.
- C) Registrar o caso exclusivamente no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), por se tratar de internação hospitalar.
- D) Notificar somente se houver confirmação de surto ou vínculo epidemiológico com outros casos semelhantes na região.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, segundo a Portaria de Consolidação nº04, a vigilância sentinela é um "modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)".

Em outras palavras, as unidades sentinelas são unidades de saúde localizadas em pontos estratégicos do território e que, além de notificar as doenças da tradicional lista nacional de notificação compulsória (aquela lista que já conhecemos), também vão notificar mais alguns doenças que fazem parte de uma lista separada e que só as sentinelas notificam.

A vigilância sentinela, portanto, é como se uma fosse uma espécie de vigia que nunca dorme, já que é a primeira a sinalizar as mudanças epidemiológicas do território. Isso é importantíssimo pois permite que a vigilância epidemiológica consiga se antecipar e atuar rapidamente, principalmente na prevenção de surtos e epidemias.

Com a PORTARIA GM/MS Nº 5.201, DE 15 DE AGOSTO DE 2024, tivemos a saída do grupo de Doenças Relacionadas ao Trabalho da lista de vigilância sentinela para a lista nacional de notificação compulsória.

LISTA NACIONAL DE DOENÇAS E AGRAVOS A SEREM MONITORADOS PELA ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA SENTINELA (Anexo XLIII da Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017):

I. Vigilância de doenças de transmissão respiratória:

1. Doença pneumocócica invasiva;
2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
3. Síndrome Gripal (SG).

II. Vigilância de doenças de transmissão hídrica e/ou alimentar:

1. Rotavírus;
2. Doença Diarreica Aguda;
3. Síndrome Hemolítica Urêmica.

III. Vigilância de doenças sexualmente transmissíveis:

1. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino.

IV. Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática.

Lembre-se:

A notificação pela Lista Nacional é independente da notificação em unidades de vigilância sentinela. Isso fazia ainda mais sentido antes da atualização de 2023 da Lista Nacional, afinal nenhuma das doenças relacionadas ao trabalho que eram notificadas apenas em unidades de vigilância sentinela faziam parte da Lista Nacional.

Assim, com a inclusão de TODOS OS ACIDENTES DE TRABALHO como sendo de notificação compulsória, a partir de agora, em teoria passamos a ter que notificar essas doenças relacionadas ao trabalho, que são consideradas acidentes de trabalho, em qualquer unidade de saúde.

Incorreta a alternativa A, pois a notificação deve ser realizada na suspeita clínica, não sendo necessário aguardar confirmação laboratorial.

Correta a alternativa B, porque a Síndrome Hemolítico-Urêmica é agravo de interesse da vigilância e deve ser notificada imediatamente à vigilância epidemiológica municipal, mesmo na sua suspeita.

Incorreta a alternativa C, já que o SIH tem finalidade administrativa e financeira, ele não substitui a notificação epidemiológica obrigatória.

Incorreta a alternativa D, pois a notificação não depende da confirmação de surto ou vínculo epidemiológico, devendo ocorrer mesmo em casos isolados suspeitos.

Gabarito: B

94. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Um estudante de 8 anos está em uso de antibiótico há 48 horas para tratamento de pneumonia adquirida na comunidade. Retorna ao serviço de emergência por persistência de febre, prostração e redução importante do apetite. Ao exame físico, apresenta bom padrão respiratório, porém nota-se diminuição do murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo e postura antálgica, com leve inclinação do tronco para o mesmo lado.

Diante desse quadro, qual é a conduta mais indicada no momento?

- A) Manter o antibiótico atual e aguardar completar 72 horas de tratamento para nova reavaliação clínica.
- B) Trocar imediatamente o antibiótico por outro de amplo espectro e reavaliar em 48 horas.
- C) Solicitar exame de imagem do tórax para investigação de possível complicação, como derrame pleural ou empiema.
- D) Associar empiricamente um segundo antibiótico para cobertura de germes atípicos, sem necessidade de exames adicionais.

COMENTÁRIOS:

PNEUMONIAS NA INFÂNCIA

Olá, Estrategista! Estamos diante de uma criança em tratamento para pneumonia adquirida na comunidade que não está evoluindo bem - pelo contrário, ela mantém febre após 48 horas de antibiótico, está prostrada, com anorexia, diminuição do murmúrio vesicular e, talvez o achado mais revelador aqui, uma **postura antálgica com inclinação do tronco** para o lado acometido. Esse conjunto de achados nos leva a pensar em uma complicação da pneumonia, não simplesmente em falha terapêutica.

Vamos entender o raciocínio clínico aqui: quando iniciamos tratamento antibiótico adequado para pneumonia bacteriana, esperamos resposta clínica em **48-72 horas**. Essa resposta geralmente se manifesta por melhora do estado geral (criança mais ativa, alerta), redução ou desaparecimento da febre, melhora do desconforto respiratório, retorno do apetite e melhora dos achados auscultatórios (embora possam persistir por mais tempo). No entanto, a **ausência de melhora clínica após 48 a 72 horas de antibiótico** ou **piora do quadro** deve nos fazer pensar em algumas possibilidades:

1. Falha terapêutica:

- Antibiótico inadequado para o patógeno causador
- Resistência bacteriana
- Dose inadequada
- Má adesão ao tratamento

2. Patógeno não usual:

- Germes atípicos (*Mycoplasma*, *Chlamydia*) não cobertos pelo esquema inicial
- Tuberculose
- Fungo (em imunocomprometidos)
- Vírus (não responde a antibiótico)

3. Complicações da pneumonia:

- **Derrame pleural parapneumônico**
- **Empiema** (derrame pleural infectado/purulento)
- **Abscesso pulmonar**
- **Pneumatocele**
- **Necrose pulmonar**

A **postura antálgica com inclinação do tronco para o lado acometido** é um ACHADO-CHAVE para pensarmos em derrame pleural. A criança se inclina para o lado do derrame para reduzir a tensão pleural e aliviar a dor pleurítica! Diante da suspeita clínica de derrame pleural/empiema, o próximo passo é **confirmar com exame de imagem**. Não há indicação de "aguardar" ou "trocar antibiótico empiricamente" sem investigar adequadamente. A **Radiografia de tórax (PA + perfil)** é o exame inicial, mais acessível, onde poderemos avaliar opacificação do seio costofrênico (apaga o ângulo costofrênico), opacificação homogênea com concavidade superior (curva de Damoiseau), desvio do mediastino para lado oposto (se derrame volumoso), etc. Outro exame muito útil é o **ultrassom de tórax, sendo** mais sensível que a radiografia (detecta volumes menores), capaz de diferenciar derrame livre de loculado, identificar septos, debris, espessamento pleural e pode guiar toracocentese diagnóstica/terapêutica. Inclusive, uma vez identificado o derrame, a **toracocentese diagnóstica** deve ser realizada para caracterizar o líquido e orientar tratamento. Voltando ao nosso paciente, ele apresenta:

- Falha em responder ao antibiótico após 48h
- Sinais sistêmicos de toxemia (febre, prostração, anorexia)
- Achados localizados sugestivos de derrame pleural (diminuição MV, postura antálgica)

A conduta IMEDIATA e mais apropriada é **solicitar exame de imagem** (radiografia de tórax ou ultrassom) para confirmar a presença de derrame pleural e caracterizá-lo. Com base nos achados de imagem e, se necessário, na análise do líquido pleural, decide-se:

- Manter ou modificar o antibiótico
- Necessidade de drenagem
- Necessidade de internação ou UTI
- Outras intervenções

Aguardar 72h ou trocar antibiótico empiricamente sem investigar seria inadequado e potencialmente perigoso, pois o derrame pleural pode evoluir rapidamente e outras complicações podem surgir.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Manter o antibiótico atual e aguardar mais 24h (completar 72h) sem investigação adequada seria uma conduta inadequada nesse contexto. A criança já completou 48h de antibiótico e está claramente **PIORANDO** (febre persistente, prostração, anorexia) e apresenta achados clínicos muito sugestivos de complicação (diminuição do MV, postura antálgica). Aguardar pode permitir progressão da complicação e piorar o prognóstico. A investigação deve ser feita **AGORA**.

Incorreta a alternativa B. Trocar o antibiótico empiricamente sem investigar adequadamente também é inadequado. O problema aqui, provavelmente, **NÃO** é apenas falha do antibiótico (resistência ou cobertura inadequada), mas sim uma **complicação da pneumonia** (derrame pleural/empiema). Simplesmente trocar o antibiótico não resolve um empiema que pode necessitar de drenagem. Precisamos primeiramente confirmar a suspeita diagnóstica com imagem e, se necessário, caracterizar o líquido pleural antes de decidirmos sobre mudança de antibiótico ou necessidade de drenagem.

Correta a alternativa C. Exatamente! Diante da suspeita clínica forte de derrame pleural/empiema (febre persistente após 48h de ATB, diminuição do murmúrio vesicular, postura antálgica), a conduta mais indicada é solicitar **exame de imagem do tórax** (radiografia ou ultrassom) para confirmar o diagnóstico e caracterizar o derrame. O ultrassom é especialmente útil por ser mais sensível, não utilizar radiação e poder guiar a toracocentese se ela for necessária. Com base nos achados de imagem, definiremos a melhor conduta: manter ou trocar antibiótico, necessidade de drenagem, etc.

Incorreta a alternativa D. Associar empiricamente um segundo antibiótico para cobertura de germes atípicos sem investigar é inadequado por dois motivos: primeiro, os achados clínicos apontam fortemente para uma complicação estrutural, não para infecção por atípico (que geralmente cursa com tosse seca, sintomas mais arrastados, sem toxemia intensa); segundo, mesmo que houvesse suspeita de atípico, ainda precisaríamos **INVESTIGAR** a diminuição do murmúrio vesicular e a postura antálgica com exame de imagem antes de simplesmente adicionar antibiótico. A investigação diagnóstica adequada é fundamental e não deve ser postergada.

Gabarito: C

95. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 63 anos, internado há 6 dias por pneumonia comunitária grave, evoluiu com derrame pleural à direita. No início do quadro, há 18 dias, recebeu apenas ATB e evoluiu com melhora parcial, tendo nova piora clínica nos últimos 6 dias. Foi submetido à drenagem torácica com dreno em selo d'água associado à antibioticoterapia venosa adequada ao germe isolado. Após 72 horas, mantém febre diária, leucocitose e débito mínimo pelo dreno. TC de tórax evidencia múltiplas coleções pleurais loculadas, espessamento pleural e ausência de reexpansão pulmonar satisfatória.

Qual é a **mais adequada próxima conduta, baseada em evidência**, para controle do foco pleural?

- A) Indicar videotoracoscopia (VATS) para lise de septações, drenagem adequada das coleções e início de decorticação pleural, conforme achados intraoperatórios.
- B) Inserir um segundo dreno torácico guiado por imagem para abordar as loculações residuais e manter antibiótico venoso.
- C) Manter o dreno atual, otimizar antibioticoterapia com ampliação de espectro e reavaliar após 5–7 dias.
- D) Retirar o dreno torácico atual e realizar toracocenteses seriadas direcionadas às coleções residuais.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, todo mundo já decorou critérios de Light. Aqui, a prova quer ver se você reconhece um passo além, a **falha da drenagem pleural**: paciente séptico persistente, TC com loculações e pulmão que não expande pós-drenagem pleural. Nesse estágio (fase fibrinopurulenta/organizada), **multiplicar drenos não resolve o problema estrutural** — que são septações e pleura espessada aprisionando o pulmão.

O enunciado já traz que o antibiótico é adequado ao germe, então apenas escalonar ATB também não é uma opção. A melhor opção é **VATS precoce** para romper loculações e permitir drenagem completa e reexpansão pulmonar, reduzindo tempo de internação e taxa de conversão para toracotomia aberta quando comparada a insistir em medidas menos efetivas.

Correta a alternativa A. Isso aí, pessoal, o derrame pleural apresenta 3 fases: Exsudativa (primeiros 14 dias); Fibrino-purulenta (a partir de 14 dias) e organizacional (normalmente a partir de 21 dias) com espessamento pleural e dificuldade de reexpansão pulmonar. A drenagem pleural resolve quando não há septações e aprisionamento pulmonar. Quando isso ocorre, temos como melhor opção a toracoscopia (VATS) para romper as loculações e possibilitar uma reexpansão pulmonar.

Incorreta a alternativa B. Pegadinha clássica. Pode até ter papel em casos muito selecionados e precoces, mas, em cenário de **falha clínica + múltiplas loculações + pulmão encarcerado**, a taxa de sucesso é baixa. A evidência aponta melhor desfecho com **VATS**, em vez de “mais drenos”.

Incorreta a alternativa C. O foco pleural não está controlado por barreira mecânica (loculações/pleura espessada). **Trocar antibiótico sem resolver o espaço pleural** perpetua a sepse e atrasa o tratamento definitivo.

Incorreta a alternativa D. Toracocentese não é tratamento definitivo em empiema loculado e retirar o dreno piora o controle do espaço pleural.

Gabarito: A

96. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Carlos Eduardo Martins) Gestante de 22 semanas vem ao pronto-socorro com queixa de sangramento vaginal. Ao exame físico, há pequena quantidade de sangue coletado no fundo de saco vaginal e o colo está impérvio. No cartão de pré-natal, consta que a tipagem sanguínea da gestante é A negativo. A gestante não sabe a tipagem do pai da criança. Qual é a conduta correta neste momento?

- A) Coletar exame de Coombs indireto e, se negativo, administrar imunoglobulina anti-D.
- B) Aguardar 28 semanas para administrar a imunoglobulina anti-D.
- C) Aplicar a imunoglobulina anti-D neste momento e monitorar sua titulação nas semanas seguintes.
- D) Realizar titulação de anticorpos anti-D e, se superior a 1/16, aplicar a imunoglobulina anti-D.

COMENTÁRIOS:

Gestantes Rh negativas com Coombs indireto negativo devem receber profilaxia para aloimunização materna com imunoglobulina anti-D, se forem expostas ou tiverem risco alto de exposição a sangramento materno-fetal. A administração da imunoglobulina reduz drasticamente o risco de aloimunização materna. Se o pai biológico do feto for Rh negativo, a imunoglobulina anti-D não é necessária.

As indicações de profilaxia com imunoglobulina anti-D são:

- Gestantes Rh negativo e Coombs indireto negativo com 28 semanas de gestação.
- Gestantes Rh negativo e Coombs indireto negativo com até 72h pós-parto se o recém-nascido for Rh positivo.
- Após complicações na gravidez que possam levar a sangramento materno-fetal de gestantes Rh negativo com Coombs indireto negativo: abortamento, gestação ectópica, mola hidatiforme, procedimentos invasivos intraútero, morte fetal, trauma abdominal, descolamento prematuro de placenta, inserção baixa de placenta, versão cefálica externa e morte fetal.

Gestantes que receberam imunoglobulina com 28 semanas de gestação podem manter o Coombs indireto positivo em títulos baixos até o parto, sendo considerado Coombs indireto falso-positivo e deve-se manter a profilaxia pós-parto. Geralmente, os títulos ficam positivos por 12 semanas após administração da imunoglobulina anti-D. Uma vez que a gestante recebeu imunoglobulina, não é mais necessário realizar o acompanhamento com Coombs indireto ou pesquisa de anticorpos irregulares.

Uma vez que a gestante Rh negativa foi aloimunizada, isto é, apresenta Coombs indireto positivo, a imunoglobulina anti-D não é mais efetiva para evitar ou reduzir a severidade da doença hemolítica perinatal, por isso não deve ser administrada e a gestante é encaminhada para seguimento fetal da doença hemolítica perinatal.

Correta a alternativa A, pois devemos avaliar se houve ou não aloimunização antes de aplicar a imunoglobulina

Incorreta a alternativa B, pois a imunoglobulina deve ser aplicada nas primeiras 72 horas após o sangramento.

Incorreta a alternativa C, pois, após a aplicação da imunoglobulina, teremos positividade dos anticorpos e não há indicação de avaliar os títulos.

Incorreta a alternativa D, pois, se os anticorpos forem positivos, a paciente está aloimunizada e a imunoglobulina não tem papel.

Gabarito: A

97. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 71 anos, portador de fibrilação atrial não anticoagulado, procura o PS com dor súbita e intensa em membro inferior direito há 2 horas, associada à frialdade, palidez e incapacidade de movimentar o pé. Ao exame: ausência de pulsos femoral distal, poplíteo e pediosos à direita; membro pálido, frio, com hipoestesia distal. O membro contralateral apresenta pulsos normais.

Qual é a **conduta mais adequada**?

- A) Solicitar angiotomografia de membros inferiores antes de qualquer intervenção, para mapeamento anatômico completo.
- B) Iniciar trombólise sistêmica endovenosa e observar resposta clínica nas próximas horas.
- C) Indicar amputação primária do membro acometido pela alta probabilidade de necrose muscular.
- D) Iniciar heparinização sistêmica imediata e indicar embolectomia com cateter de Fogarty.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, quando estamos de frente para uma questão de oclusão arterial periférica, temos que nos fazer algumas perguntas: em primeiro lugar, trata-se de uma oclusão aguda ou crônica? No nosso caso, o enunciado não traz nenhuma informação sobre cronicidade do quadro ou a famosa claudicação intermitente, então assumimos ser aguda. A segunda pergunta é: a causa da obstrução é a arteriosclerose ou êmbolo? Novamente, na nossa questão, o enunciado traz que o paciente tem fibrilação atrial, sendo a formação de êmbolo uma possibilidade plausível. Diante do diagnóstico de oclusão arterial aguda secundário a êmbolo arterial, nosso tratamento é anticoagulação plena + embolectomia com cateter de Fogarty. Alternativa D

Incorreta a alternativa A. Em quadro clínico típico de embolia aguda com membro ameaçado, **a conduta é clínica e imediata**. Exame de imagem pode atrasar reperfusão e piorar o prognóstico. AngioTC é útil em casos subagudos ou quando há dúvida diagnóstica.

Incorreta a alternativa B. Trombólise tem papel em trombose arterial aguda selecionada, especialmente em trombose sobre placa aterosclerótica. Em **embolia aguda de FA**, a embolectomia com Fogarty é mais rápida, eficaz e com menor risco hemorrágico sistêmico.

Incorreta a alternativa C. Amputação primária só é indicada quando o membro é **irrecuperável** (isquemia prolongada com necrose estabelecida, rigidez muscular, anestesia completa). Com apenas 2 horas de evolução, o membro ainda é potencialmente salvável.

Correta a alternativa D. Este é o quadro clássico de **oclusão arterial aguda embólica**: início súbito, membro previamente normal, paciente com **fibrilação atrial não anticoagulada** e os “6 Ps” aparecendo (*pain, pallor, pulse lessness, poikilothermia, paresthesia, paralysis*). Em membro potencialmente viável nas primeiras horas, a conduta é **heparinizar imediatamente para evitar progressão do trombo** e partir para **embolectomia com cateter de Fogarty**, que resolve rapidamente a obstrução embólica em artérias de médio e grande calibre.

Gabarito: D

98. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria) Um lactente de 6 meses é trazido ao pronto-socorro pelos pais, que relatam episódio de queda do sofá há aproximadamente 4 horas. Segundo os cuidadores, a criança apresentou choro imediato após a queda, mas, nas últimas 2 horas, vem apresentando sonolência progressiva, irritabilidade e dois episódios de vômitos. Ao exame físico, encontra-se letárgico, com fontanela anterior levemente abaulada, sem sinais externos de trauma craniano ou lesões cutâneas aparentes. A tomografia computadorizada de crânio evidencia hematoma subdural bilateral com componentes de diferentes densidades. A avaliação oftalmológica especializada, após dilatação pupilar, revela hemorragias retinianas bilaterais, múltiplas e em várias camadas, estendendo-se até a periferia da retina. Diante desse quadro clínico e considerando os achados de imagem e oftalmoscópicos descritos, qual das alternativas a seguir apresenta corretamente a tríade clássica da principal hipótese diagnóstica neste caso?

- A) Hematoma subdural, hemorragia retiniana e fraturas metafisárias.
- B) Encefalopatia, hemorragia subaracnóidea e edema cerebral difuso.
- C) Hematoma subdural, encefalopatia e hemorragia retiniana.
- D) Convulsões, hematoma epidural e lesão axonal difusa.

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO

Olá, Estrategista! Aqui, estamos falando da Síndrome do Bebê Sacudido (Shaken Baby Syndrome). Atualmente, também denominada Traumatismo Cranioencefálico Abusivo, é uma forma grave de maus-tratos infantis que ocorre quando um lactente, ou uma criança pequena, é violentamente sacudido. Essa condição representa uma emergência médica grave e é uma das principais causas de morte e sequelas neurológicas permanentes em crianças vítimas de abuso físico. O mecanismo de lesão na síndrome do bebê sacudido envolve forças de aceleração-desaceleração repetidas e intensas aplicadas à cabeça do bebê. Quando um adulto sacode violentamente um lactente, segurando-o pelo tronco ou membros, a cabeça (que é proporcionalmente grande e pesada em relação ao corpo) se move rapidamente para frente e para trás e o pescoço (com musculatura ainda fraca e pouco desenvolvida) não consegue estabilizá-la adequadamente.

A tríade clássica consiste em:

1. Hematoma subdural:

- Coleção de sangue entre a dura-máter e a aracnoide
- Geralmente **bilateral** na síndrome do bebê sacudido
- Pode ser **inter-hemisférico** (na fissura inter-hemisférica)
- Densidade variável na TC: agudo (hiperdenso), subagudo (isodenso), crônico (hipodenso)
- **Presença de sangue em diferentes estágios** sugere episódios repetidos de trauma

2. Encefalopatia:

- Alteração do nível de consciência de gravidade variável
- Espectro: irritabilidade → letargia → estupor → coma
- Pode incluir convulsões (50 a 70% dos casos)
- Vômitos (comum, especialmente em lactentes)
- Fontanela abaulada
- Apneia ou padrões respiratórios anormais
- Reflexos anormais, postura de decorticação/descerebração (casos graves)

3. Hemorragias retinianas:

- Presentes em 75 a 90% dos casos de síndrome do bebê sacudido
- Características mais sugestivas de trauma não acidental:
 - **Bilaterais** (não obrigatoriamente simétricas)
 - **Múltiplas e extensas**
 - **Envolvem várias camadas da retina** (pré-retiniana, intra-retiniana, sub-retiniana)
 - **Estendem-se até a periferia**

A presença de hemorragias retinianas extensas, bilaterais e em múltiplas camadas é ALTAMENTE ESPECÍFICA de trauma não acidental (abuso) em lactentes. Outras causas raramente produzem esse padrão.

ATENÇÃO: Embora chamada de "tríade clássica", a ausência de um dos componentes NÃO exclui o diagnóstico de trauma não acidental. Cerca de 10 a 25% dos casos confirmados não apresentam hemorragias retinianas, por exemplo.

Outro ponto importante que precisamos estar sempre atentos é a história clínica! Consideramos uma **história suspeita se:**

- História incompatível com achados clínicos (lactente "caiu do sofá", mas tem hematoma subdural bilateral)
- História vaga, inconsistente ou que muda ao longo do tempo
- Atraso em procurar atendimento médico
- Responsabilização de irmãos pequenos ou terceiros
- Atribuição a causas improváveis ("estava brincando e de repente desmaiou")

Com relação ao diagnóstico e tratamento, a neuroimagem tem um papel importante. A TC de crânio é o exame inicial de emergência. A **Fundoscopia é obrigatória** em todo lactente com suspeita de trauma não acidental e a **skeletal survey (pesquisa radiológica do esqueleto) também é obrigatória** em menores de 2 anos com suspeita de abuso físico, para identificação de fraturas ocultas, em diferentes estágios de consolidação.

Ah, e não se esqueça: maus-tratos são de **notificação compulsória** ao Conselho Tutelar e autoridades!

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A tríade clássica NÃO inclui fraturas de ossos longos nem convulsões (embora convulsões sejam comuns, elas fazem parte da encefalopatia, não são um componente separado da tríade). As fraturas de ossos longos, quando presentes, são achados adicionais que fortalecem a suspeita de abuso, mas não fazem parte da tríade clássica.

Correta a alternativa B. Exatamente! Esta alternativa descreve corretamente a tríade clássica da Síndrome do Bebê Sacudido: **hematoma subdural** (pela ruptura de veias-ponte devido às forças de aceleração-desaceleração), **encefalopatia** (alteração do nível de consciência de

gravidade variável, podendo incluir convulsões, vômitos, irritabilidade ou coma) e **hemorragia retiniana** (tipicamente bilateral, múltipla e em várias camadas da retina, altamente específica de trauma não acidental).

Incorreta a alternativa C. Traumatismo cranioencefálico é um termo genérico muito amplo (não específico da síndrome), petéquias em face não fazem parte da tríade clássica (embora possam estar presentes em alguns casos de asfixia ou compressão torácica associada), e vômitos incoercíveis também não são parte da tríade - vômitos podem ocorrer como manifestação da encefalopatia/hipertensão intracraniana, mas não são um componente separado e específico da tríade.

Incorreta a alternativa D. Encefalopatia e sonolência são basicamente a mesma coisa (sonolência é uma manifestação de encefalopatia leve), então não faria sentido listá-las separadamente na tríade. Além disso, o hematoma na síndrome do bebê sacudido é tipicamente **subdural**, não epidural. O hematoma epidural geralmente resulta de trauma com impacto direto importante (fratura de crânio com laceração de artéria meníngea média) e não é característico da sacudida pura.

Gabarito: C

99. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Mariana Castro) O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), inclusive no que se refere aos pontos de acesso inicial do usuário ao sistema.

Nesse contexto, constituem unidades de porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde:

- A) os Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- B) os serviços de emergência hospitalar
- C) as policlínicas especializadas
- D) os Centros de Atenção Psicossocial

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o Decreto 7.508 foi publicado em 28 de junho de 2011 e trouxe definições importantes acerca das Redes de Atenção à Saúde, também conhecidas como RAS. Segundo esse decreto, são consideradas Portas de Entrada:

“Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas

Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.”

Destacamos, ainda, o conceito de “serviços especiais de acesso aberto”, os quais são conceituados pelo Decreto como “serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial”. Como exemplos, temos os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

No artigo dez, o decreto informa que os serviços de atenção hospitalar e os ambulatorios especializados não são portas de entradas. Dessa forma, para ter acesso a esses serviços, o usuário do sistema precisa ter sido encaminhado por alguma porta de entrada:

“Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art.9º”

Assim, acesso a outros pontos da rede de atenção (referências), como serviços hospitalares e ambulatoriais, necessariamente deve ocorrer por meio dessas portas de entrada, garantindo ao usuário a continuidade do cuidado.

Organizar as Redes de Atenção à Saúde dentro das Regiões de Saúde busca fundamentalmente promover o acesso universal e integral da população ao Sistema Único de Saúde.

Analisemos as alternativas:

Incorreta a alternativa A: o NASF/NASF-AB é equipe de apoio matricial à APS e não é listado como “porta de entrada” no art. 9º do Decreto 7.508/2011.

B) Incorreta a alternativa B: “emergências hospitalares” estão inseridas no componente hospitalar de maior densidade tecnológica, que, pelo decreto, deve ser referenciado pelas portas de entrada (art. 10), não caracterizado como porta de entrada em si.

C) Incorreta a alternativa C: policlínicas/ambulatórios especializados também se enquadram como atenção especializada e são referenciados pelas portas de entrada (art. 10).

D) Correta a alternativa D: os CAPS integram a atenção psicossocial, que é expressamente definida como uma das portas de entrada das Redes de Atenção à Saúde no art. 9º.

Gabarito: D

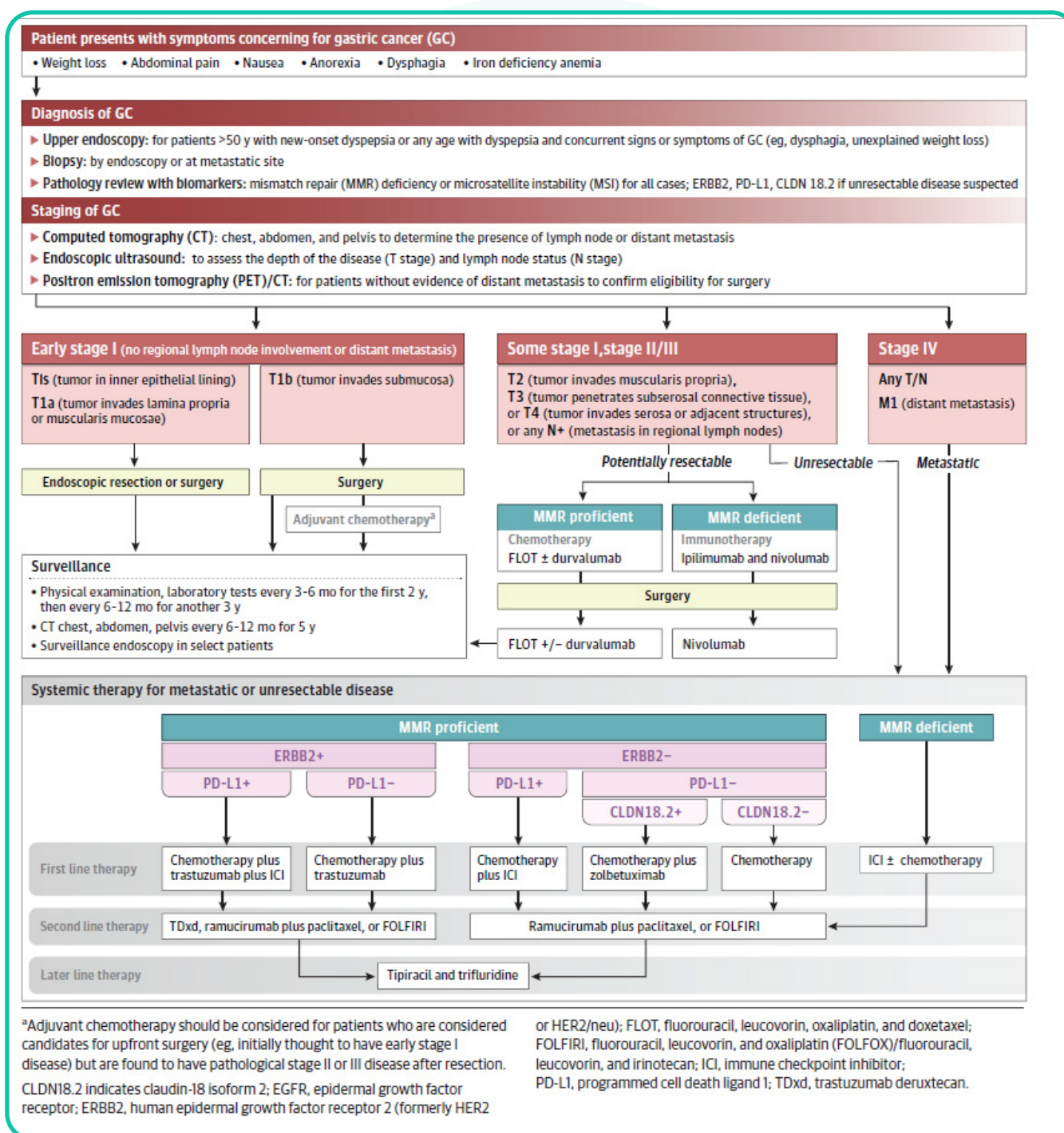
100. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 62 anos, com perda ponderal de 8 kg em 3 meses, epigastria e anemia ferropriva. Endoscopia digestiva alta evidencia lesão ulcerada infiltrativa em antro gástrico; biópsia confirma adenocarcinoma gástrico localmente avançado. TC de tórax, abdome e pelve sem evidência de metástases. ECOG 1.

Qual é a **estratégia terapêutica inicial mais adequada, baseada em evidência contemporânea**, considerando doença localmente avançada potencialmente ressecável?

- A) Indicar gastrectomia oncológica *upfront* com linfadenectomia D2 e se anatomopatológico revelar pT3/pN+, instituir quimioterapia adjuvante.
- B) Realizar estadiamento completo com laparoscopia para detecção de carcinomatose oculta, e indicar quimioterapia perioperatória (neoadjuvante + adjuvante) seguida de gastrectomia oncológica com linfadenectomia D2.
- C) Instituir quimiorradioterapia neoadjuvante como padrão para todo câncer gástrico localmente avançado, com posterior cirurgia sem quimioterapia adjuvante.
- D) Iniciar quimioterapia neoadjuvante isolada e, após, realizar reestadiamento do tumor, pode-se considerar apenas terapia de manutenção se resposta completa com a quimioterapia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão difícil sobre câncer gástrico, que têm aumentado tanto epidemiologicamente quanto nas provas de Residência. Traz um tumor gástrico localmente avançado. Nesse tipo de tumor, não há proposta endoscópica, portanto a cirurgia é a única opção curativa. Observamos que a neoadjuvância têm acrescentado melhores taxas de sobrevida em relação à cirurgia *up-front* nesse tipo de pacientes. Então, a resposta correta seria terapia neoadjuvante + gastrectomia a d2 com linfadenectomia + terapia adjuvante, com possibilidade de cura.



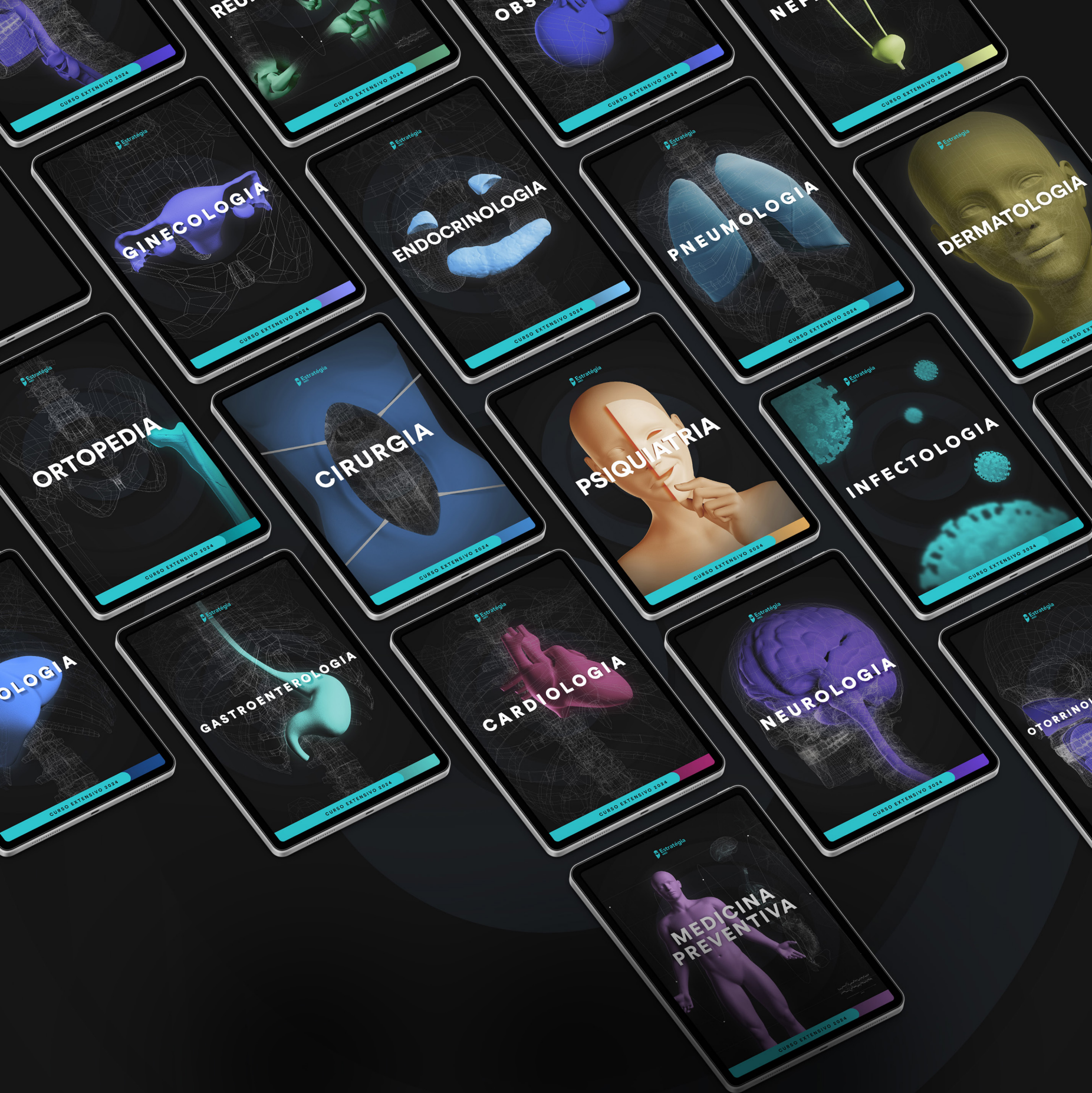
Incorreta a alternativa A. Paciente com doença localmente avançada já possui indicação de neoadjuvância e só após terapia sistêmica devemos indicar gastrectomia oncológica

Correta a alternativa B. Paciente estágios II ou III com possibilidade cirúrgica devem receber neoadjuvância com melhores resultados de cura e sobrevida.

Incorreta a alternativa C. O erro desta questão é a não realização da terapia adjuvante.

Incorreta a alternativa D. Não existe opção de tratamento sistêmico sem tratamento cirúrgico se há possibilidade de cura. Faremos apenas terapia sistêmica em estágio IV como medida paliativa.

Gabarito: B



med.estrategia.com



Estrategia
MED