

PROVA COMENTADA

ENAMED / ENARE

2025/26

A prova do ENAMED 2025/26 chegou como uma grande novidade — mas a engenharia reversa do INEP é uma velha conhecida nossa. No Estratégia MED, temos anos de experiência em analisar padrões de provas e traduzir o raciocínio das bancas para proporcionar um aprendizado de alto rendimento, o que vai fazer a diferença na sua preparação.

Foi com essa expertise que montamos este e-book em tempo recorde, reunindo a prova completa, inteiramente comentada pelo nosso time de professores especialistas, para que você possa estudar com qualidade! Afinal, você já sabe: o time do Estratégia quer estar ao seu lado em todas as etapas da sua preparação!

Este e-book é mais uma mostra da nossa metodologia de trabalho: a atualização chega para o nosso aluno em tempo real. Com o material do Estratégia, você não precisa esperar meses para receber cada atualização da medicina - quando ocorre uma novidade, de imediato, nossos professores modificam seu Livro Digital Interativo, assim você está sempre por dentro do conteúdo mais atual!

E já que o ENAMED marcou o início de uma nova fase nas seleções médicas do país, a Black November do Estratégia MED chega para marcar a sua preparação. Aproveite as oportunidades e venha estudar com quem vai mantê-lo sempre um passo à frente!



QUESTÕES

1. Mulher de 58 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e em tratamento irregular, é encaminhada ao ambulatório de clínica médica de atenção secundária. Queixa-se de fadiga e dispneia aos esforços, com piora progressiva. Ao exame físico, é observado ritmo cardíaco regular em 4 tempos (B3 + B4), sem sopros no precórdio, mas com crépitos em bases pulmonares; pressão arterial: 148 x 90 mmHg. Ecocardiograma transtorácico evidencia hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, associada com fração de ejeção de 38% (por Simpson). Exames laboratoriais normais, salvo pela elevação sérica de peptídeo natriurético tipo B (BNP). Para melhorar o controle da HAS e o prognóstico da paciente, o tratamento com inibidor da enzima conversora de angiotensina foi mantido, e o especialista optou por associar determinado fármaco, devido ao impacto positivo no prognóstico de sobrevivência dessa paciente.

O fármaco introduzido no tratamento da paciente foi:

- A) espironolactona.
- B) clortalidona.
- C) hidralazina.
- D) clonidina.

VEJA RESOLUÇÃO

2. Lactente de 4 meses é levado ao serviço de emergência com história de vômitos, poliúria, episódios de fraqueza intensa e febre. Ao exame físico, apresenta-se com desidratação grave e déficit de crescimento significativo. Encontram-se, ainda, sinais radiológicos de osteopenia e raquitismo resistente à vitamina D. Com base na principal hipótese diagnóstica, o distúrbio ácido-básico relacionado ao caso é:

- A) alcalose respiratória hipoclorêmica.
- B) acidose metabólica hiperclorêmica.
- C) alcalose respiratória hipocalêmica.
- D) acidose metabólica hipercalêmica.

VEJA RESOLUÇÃO

3. Homem de 45 anos foi encontrado inconsciente por familiares junto a uma escada de sua casa. Familiares conduziram-no em carro próprio, sem medidas-padrão de atendimento pré-hospitalar. Não sabem por quanto tempo ficou desacordado nem sobre o histórico de saúde. Quando deu entrada no pronto-socorro, encontrava-se inconsciente, com equimose e escoriações na região orbital e palpebral direita, além de escoriações na região cervical posterior e em membros à direita. Não apresentava resposta ao comando verbal, mas respirava espontaneamente com frequência normal. Pressão arterial de 140 x 90 mmHg e pupilas isocóricas. Durante a avaliação, abriu os olhos e começou a se mexer, ainda sem responder a questões ou comandos. Após 30 minutos começou a responder, mas informava não se lembrar de ter caído da escada.

Considerando o quadro, a conduta adequada é:

- A) tomografia de crânio, face e coluna cervical; radiografia de membros; manter o paciente em observação por 12 horas.
- B) radiografia de crânio, coluna cervical e membros em duas posições; internar o paciente para observação.
- C) tomografia de crânio, face e radiografia de membros; liberar o paciente para observação domiciliar.
- D) radiografia de crânio e face; radiografia de membros; internar o paciente por 24 horas.

VEJA RESOLUÇÃO

4. Paciente de 30 anos procurou consultório de ginecologia relatando fadiga, dismenorreia progressiva e dispareunia de profundidade. Toque vaginal; útero de volume normal, retroversofletido, dor à mobilização do colo.

Com base nessas informações, a principal hipótese diagnóstica é:

- A) doença inflamatória pélvica.
- B) miomatose uterina.
- C) cisto hemorrágico.
- D) endometriose.

VEJA RESOLUÇÃO

5. Homem de 28 anos, estudante universitário, residente em zona urbana, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) referindo aparecimento de lesão cutânea em região dorsal da mão, cerca de 1 mês após ter sofrido arranhadura de gato de rua. A lesão apresenta úlceras com presença de crostas além de nodulações próximas. Foi submetido à biópsia da lesão cutânea e cultura de material. Observou-se dermatite granulomatosa difusa, presença de corpos asteroides e material eosinofílico ao redor de células características.



Quais são a principal hipótese diagnóstica e o respectivo tratamento para esse caso?

- A) Furunculose; cefalexina por 7 dias.
- B) Herpes-zóster; aciclovir por 10 dias.
- C) Esporotricose; itraconazol por 120 dias.
- D) Paracoccidiodomicose; anfotericina B por 30 dias.

VEJA RESOLUÇÃO

6. Observe o encaminhamento realizado por um médico de família.

À cardiologia,

"Encaminho o Sr. J. L. S., de 56 anos, com diagnóstico de cardiopatia isquêmica, que sofreu um infarto agudo do miocárdio há 3 meses. Tem orientação para o uso de antiagregantes plaquetários, mas tem história de úlcera péptica e teve reação alérgica ao clopidogrel e à ticlopidina. Dessa forma, solicito orientação quanto à conduta preventiva."

Ao ser assistido pelo cardiologista, o paciente será atendido em que nível de atenção e receberá que tipo de prevenção, respectivamente?

- A) Primário; secundário.
- B) Secundário; secundário.
- C) Terciário; terciário.
- D) Quaternário; terciário.

VEJA RESOLUÇÃO

7. Homem de 20 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, chega à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) acompanhado de familiares, que descrevem que o paciente acordou "torto". Há 5 dias, foi realizada a troca de risperidona por haloperidol, pois aquela estava em falta na farmácia. Paciente nega outras queixas clínicas. Ao exame, apresenta contratura de região cervical e fácies de dor.

Quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada?

- A) Distonia; biperideno intramuscular.
- B) Acatisia; haloperidol intramuscular.
- C) Discinesia tardia; diazepam intramuscular.
- D) Síndrome extrapiramidal; prometazina intramuscular.

VEJA RESOLUÇÃO

8. Mulher de 20 anos procura atendimento médico no ambulatório de clínica médica de referência devido ao quadro iniciado há 3 meses, com dor e edema articular acometendo articulações das mãos (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas e punhos), assim como cotovelos, joelhos e tornozelos. Relata rigidez matinal que perdura por mais de 2 horas. O exame físico confirma dor e edema nas articulações descritas, além de mucosas hipocoradas (++/4+), sem outras alterações.

A hipótese diagnóstica a ser considerada, o achado laboratorial esperado e a primeira linha de tratamento indicada são, respectivamente:

- A) esclerose sistêmica; níveis elevados de creatina quinase; prednisona.
- B) artrite reumatoide; pesquisa do fator reumatoide (FR) positivo; metotrexato.
- C) lúpus eritematoso sistêmico; FAN com padrão nuclear pontilhado fino denso; cloroquina.
- D) doença mista do tecido conjuntivo; FAN com padrão nuclear pontilhado fino denso; azatioprina.

VEJA RESOLUÇÃO

9. Paciente de 7 anos, na 4ª semana de tratamento quimioterápico para leucemia linfocítica aguda, é admitido em hospital terciário com história de febre há 12 horas (temperatura axilar de 39 °C), tosse e dispneia. Após 24 horas da admissão, segue febril, apesar de ter usado dipirona há 1 hora, e mantém diurese de 2 mL/kg/h. Exame físico: hidratado, pálido; orientado no tempo e no espaço; frequência cardíaca de 130 bpm; temperatura axilar de 39°C; frequência respiratória de 36 rpm; pressão arterial de 90 x 60 mmHg; boa perfusão periférica; murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax à direita, com crepitações; bulhas taquicárdicas; fígado a 4 cm do rebordo costal direito e baço palpável a cerca de até a linha hemiclavicular esquerda. Os exames laboratoriais evidenciam lactato aumentado, acidose

metabólica e hemograma com leucocitose com desvio à esquerda.

Com base no quadro descrito, o diagnóstico é:

- A) sepse.
- B) choque séptico.
- C) disfunção múltiplos órgãos.
- D) síndrome da resposta inflamatória sistêmica.

VEJA RESOLUÇÃO

10. Paciente feminina de 78 anos, com 24 horas de evolução de dor e abaulamento progressivo em região inguinal direita. Apresentou também alguns episódios de vômitos e diminuição da eliminação de flatos. Antecedentes: neoplasia de mama há 30 anos, diabetes *mellitus* há 20 anos e tabagista de 40 maços-ano. Ao exame, estava normotensa, eucárdica, afebril, eupneica. Índice de massa corporal de 35 kg/m². Abdome globoso, depressível, com abaulamento não redutível e desconforto à palpação em região inguinal direita, com discreta hiperemia local e sem sinais de irritação peritoneal.

Resultados dos exames laboratoriais:

Exame	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	13 g/dL	11 a 15 g/dL
Leucócitos	10.300/mL	4.000 a 11.000/mm ³
Plaquetas	261.000/mm ³	150 a 300.000/mm ³
Creatinina	1,8 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Ureia	65 mg/dL	40 a 80 mg/dL

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A) isquemia mesentérica.
- B) hérnia inguinal indireta.
- C) hérnia femoral encarcerada.
- D) neoplasia de cólon obstrutiva.

VEJA RESOLUÇÃO

11. Paciente de 25 anos, com duas gestações e um parto, no segundo trimestre de gestação, compareceu à primeira consulta de pré-natal sem queixas. Após orientações e realização dos testes rápidos, verificou-se que o teste para sífilis foi positivo e imediatamente a paciente recebeu 2,4 milhões UI de penicilina benzatina intramuscular. Paciente nega diagnóstico e tratamento prévios para sífilis.

Em relação ao acompanhamento da paciente, é correto afirmar que:

- A) com o tratamento instituído, o feto não terá sequelas.
- B) titulações menores ou iguais a um quarto indicam cicatriz sorológica.
- C) a queda de duas titulações do VDRL indicará efetividade de tratamento.
- D) o exame de FTA-Abs reagente indicará doença ativa.

VEJA RESOLUÇÃO

12. Homem de 52 anos, branco, solteiro, comparece à consulta agendada na Unidade Básica de Saúde (UBS) desejando realizar revisão clínica e exames laboratoriais. Desde os 35 anos, não faz acompanhamento de saúde. Relata história familiar de diabetes e hipertensão, e a mãe faleceu com câncer de pulmão. Sem história familiar de câncer de próstata. Fuma cerca de 2 maços por dia há 21 anos. Exame físico: pressão arterial de 120 x 80 mmHg, índice de massa corporal de 23 kg/m², sem outras alterações.

Considerando as recomendações de rastreamento para esse paciente, o médico de família e comunidade deve:

- A) solicitar exames de colesterol total e frações, hemograma, glicemia de jejum, creatinina, PSA, radiografia de tórax, colonoscopia, realizar toque retal; orientar sobre a prática de atividade física regular.
- B) solicitar exames de colesterol total, glicemia de jejum, pesquisa de sangue oculto nas fezes, PSA, ofertar anti-HIV e HBsAg, realizar toque retal; orientar sobre participação no grupo na UBS para abandono do tabagismo.

- C) abordar mudanças no estilo de vida e cessação do tabagismo; acompanhar, em consultas longitudinais, as futuras possibilidades de exames complementares quando o paciente atingir faixa etária para investigações adicionais.
- D) solicitar exames de colesterol total, HDL e triglicerídeos, glicemia de jejum, pesquisa de sangue oculto nas fezes, ofertar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; realizar abordagem sobre possibilidade de cessação do tabagismo.

VEJA RESOLUÇÃO

13. Mulher de 32 anos, parda, ensino fundamental incompleto, trabalhadora rural, diarista no plantio de morango, procura Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixas de tonturas, dores de cabeça, cansaço, náuseas e falta de ar. Ela referiu que desde os 20 anos sofre com dores de cabeça frequentes, mas há 2 semanas, após uma pulverização de agrotóxicos, começou a apresentar os sintomas descritos. Disse, ainda, que sua colega de trabalho apresentava queixas similares. Ao ouvir esses relatos, a médica da UBS suspeita de intoxicação aguda por agrotóxicos.

Nessa situação, qual é a conduta adequada a ser adotada na assistência?

- A) Encaminhar como caso suspeito ao centro de referência em saúde do trabalhador estadual e formalizar denúncia ao Ministério Público do Trabalho.
- B) Estabelecer nexos causais entre os sintomas e os resultados de exames complementares, para confirmar diagnóstico de intoxicação por agrotóxicos, e notificar a Vigilância em Saúde municipal.
- C) Tratar os sintomas, solicitar exames complementares, notificar o caso no Sistema de Notificação de Agravos e Doenças (Sinan), conceder atestado médico e solicitar matriciamento à Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- D) Informar não ser responsável pelo preenchimento da comunicação de acidente de trabalho (CAT), por ser atribuição exclusiva da medicina do trabalho, no centro municipal de referência em saúde do trabalhador.

VEJA RESOLUÇÃO

14. Pais de um menino de 10 anos levam a criança para avaliação médica em Unidade Básica de Saúde (UBS). Relatam que seu filho se dá bem com a família até que não lhe seja permitido fazer algo que deseja. Quando isso ocorre, ele fica irritado, impulsivamente agressivo e agitado por várias horas. Assim que se acalma ou consegue o que quer, fica feliz e agradável novamente. Os pais entendem que o filho parece agir deliberadamente para aborrecer os outros e nunca assume a culpa por seus próprios erros ou mau comportamento. Relatam ainda que ele discute com adultos ou figuras de autoridade e, em várias situações, não aceita as regras de boa convivência com os familiares.

Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Transtorno afetivo bipolar.
- B) Transtorno de oposição desafiante.
- C) Transtorno disruptivo da desregulação do humor.
- D) Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

VEJA RESOLUÇÃO

15. Homem de 50 anos, queixando-se de astenia e constipação com fezes em fita. Há 15 dias, apresenta edema de membros inferiores até a raiz da região crural, bilateralmente, com pouca melhora à elevação dos membros. Ele perdeu 10 kg em 6 meses. Nega hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e não faz uso de medicamento. Os exames do paciente apresentaram os seguintes resultados:

Exame	Resultado	Valor de referência
Pressão arterial	130 x 80 mmHg	---
Peso	70 kg	---
Hematócrito	35%	48 a 69%
Glicemia	88 mg/dL	60 a 100 mg/dL
Albumina sérica	1,8 g/dL	3,8 a 4,8 g/dL
Creatinina	1,2 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Triglicerídeos	200 mg/dL	< 150 mg/dL
Proteína urinária de 24 horas	3,6 g/24 horas	< 100 mg/24 horas
Sedimentos	proteínas +++ hemácias + (5 por campo)	---

Entre esses achados laboratoriais, quais são necessários para a definição da síndrome renal do paciente?

- A) Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e albumina sérica = 1,8 g/dL.
- B) Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e triglicerídeos = 200 mg/dL.
- C) Hematúria e triglicerídeos = 200 mg/dL.
- D) Hematúria e albumina sérica = 1,8 g/dL.

VEJA RESOLUÇÃO

16. Recém-nascido de 15 dias, a termo, Apgar 8/9, peso e comprimento ao nascer de 2.600 g e 46 cm, respectivamente, com síndrome de Down e cuja gestação não apresentou outras intercorrências. Está na consulta de puericultura com peso e comprimento atuais de 2.900 g e 47 cm, respectivamente.

Para o acompanhamento pondero-estatural, os dados devem ser plotados nas:

- A) curvas de crescimento da OMS desde o nascimento até a adolescência.
- B) curvas de crescimento específicas para síndrome de Down desde o nascimento.
- C) curvas de crescimento da OMS, corrigindo o peso e o comprimento para síndrome de Down.
- D) curvas de crescimento da OMS até os dois anos e, a partir daí, em curvas específicas para síndrome de Down.

VEJA RESOLUÇÃO

17. Paciente de 20 anos, sexo masculino, vítima de colisão "automóvel x muro", sem cinto de segurança, é atendido ainda na cena pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU). Exame físico: paciente torporoso; saturação de O₂ de 60%, em ar ambiente; frequência respiratória de 28 irpm; frequência cardíaca de 130 bpm; pressão arterial de 90 x 50 mmHg. Desvio da traqueia à direita, turgência de veias jugulares, hipofonese de bulhas cardíacas e diminuição

acentuada do murmúrio vesicular à esquerda.

Qual é a conduta adequada no atendimento pré-hospitalar?

- A) Reposição volêmica.
- B) Cricotireoidostomia.
- C) Pericardiocentese.
- D) Toracocentese.

VEJA RESOLUÇÃO

18. Paciente de 16 anos comparece ao ambulatório para mostrar resultados dos exames complementares solicitados na consulta anterior. Está preocupada porque todas as colegas da mesma idade já menstruaram e ela, não. O fenótipo é feminino, com pelos pubianos e axilares esparsos. Os exames complementares evidenciam ausência do útero à ultrassonografia pélvica, dosagem sérica do hormônio folículo estimulante (FSH) normal, dosagem de testosterona sérica compatível com níveis do sexo masculino e cariótipo 46 XY.

Com base no quadro clínico e nos dados apresentados, a principal hipótese diagnóstica dessa paciente é:

- A) disgenesia gonadal.
- B) malformação mülleriana.
- C) obstrução do trato genital.
- D) insensibilidade androgênica.

VEJA RESOLUÇÃO

19. Mulher de 82 anos, sem história prévia de hipertensão, comparece à consulta preocupada porque aferiu a pressão na farmácia há 1 semana e estava em 146 x 86 mmHg. Em outra aferição, há 2 semanas, na unidade de saúde, a pressão estava em 144 x 88 mmHg. No momento da consulta, a pressão está em 146 x 88 mmHg. Não apresenta sintomas nem está em acompanhamento de outros agravos nesse momento.

Qual é a abordagem adequada nesse caso?

- A) Referenciar ao cardiologista para um manejo específico.
- B) Solicitar holter 24 horas e ecocardiograma para ampliar a avaliação.
- C) Prescrever losartana 50 mg, 1 comprimido à noite, com monitoramento da pressão arterial na unidade.
- D) Realizar uma conduta expectante, sem necessidade de medicamentos, com monitoramento de pressão arterial na unidade.

VEJA RESOLUÇÃO

20. Mulher travesti de 28 anos, profissional do sexo, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) em demanda espontânea. Relata relações sexuais frequentes com diferentes parceiros, com uso inconsistente de preservativos, principalmente durante relações anais receptivas. Há 2 dias, teve uma relação sexual desprotegida com um cliente que se recusou a usar camisinha. Nunca utilizou medicamento para profilaxia pré-exposição (PrEP) ou pós-exposição (PEP) à infecção pelo HIV.

Considerando que a paciente está assintomática no momento, qual é a melhor estratégia de prevenção?

- A) Prescrever PrEP após resultado não reagente para HIV; indicar PEP após tratamento inicial e orientar rastreamento de ISTs a cada 3 meses.
- B) Oferecer teste rápido para HIV e sífilis; prescrever PrEP de início imediato; orientar sobre as vacinas disponíveis no SUS para seu grupo populacional.
- C) Realizar testagem rápida para HIV e sífilis; prescrever PEP mediante resultado não reagente para HIV e programar início da PrEP após término da PEP.
- D) Prescrever PEP e PrEP de forma concomitante; solicitar sorologias para ISTs; agendar retorno para analisar os resultados e revisar adesão ao tratamento.

VEJA RESOLUÇÃO

21. Mulher de 21 anos comparece à consulta médica em Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação de amenorreia há 4 meses, sendo descartada gravidez. Paciente relata que, há 10 meses, iniciou dieta para perder peso, tendo emagrecido nesse período aproximadamente 30 kg. Há 2 dias, relata desmaio durante prática de exercício físico, por isso realizou eletrocardiograma (ECG) que indicou alterações no segmento ST e na onda T. Paciente nega histórico de diagnóstico de transtorno mental, mora sozinha e sua família é de outra cidade. Afirma manter o padrão alimentar, pois ainda quer perder peso. Ao exame físico, apresenta palidez de mucosa e turgor cutâneo diminuído. Altura = 1,63 m; peso = 39 kg (IMC = 14,7 kg/m²); pressão arterial = 80 x 60 mmHg; frequência cardíaca = 55 bpm e frequência respiratória = 15 irpm.

Qual é a conduta adequada nesse momento?

- A) Solicitar internação em enfermaria de clínica médica.
- B) Encaminhar para internação em enfermaria de saúde mental.
- C) Continuar a investigação para causas da amenorreia na UBS.
- D) Acompanhar em ambulatório do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

VEJA RESOLUÇÃO

22. Mulher de 65 anos iniciou quadro de lentidão dos movimentos há 6 meses, com dificuldade para amarrar sapatos, abotoar roupas e digitar. Ao caminhar, apresentava passos mais curtos e sensação de instabilidade, com 1 episódio de queda. Concomitantemente apresentou tremores nas mãos, de repouso, associados à rigidez e alteração do padrão do sono. Nega alterações de memória e cognição. Ao exame físico, apresentava fácies em máscara, marcha em pequenos passos, frequência cardíaca de 88 bpm com ausculta sem alterações, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, tremores assimétricos na manobra dos braços estendidos, hipertonia em roda dentada. A ressonância nuclear magnética realizada há 2 semanas constatou atrofia cerebral compatível com a idade.

O tratamento medicamentoso inicial recomendado para o caso clínico será:

- A) levodopa e carbidopa.
- B) donepezila e memantina.
- C) propranolol e amantadina.
- D) atorvastatina e baclofeno.

VEJA RESOLUÇÃO

23. A violência contra adolescentes pode ter várias causas e atores. Os sinais que demonstram essas ações podem ser indiretos, mas devem ser observados pelos profissionais da saúde.

Assinale a alternativa com a situação em que se deve notificar o Conselho Tutelar.

- A) Manuel, 15 anos, abandonado pelos pais e sob os cuidados de uma família acolhedora, apresenta febre, vômitos, petéquias que evoluem para púrpuras em MMII e SS, rigidez de nuca e história vacinal desconhecida.
- B) Michele, 13 anos, está morando temporariamente com os tios enquanto a mãe faz um curso no exterior. Há 1 mês, vem apresentando equimoses em face, pernas, coxas, em vários estágios de evolução e evita falar sobre o fato.
- C) Felipe, 11 anos, acolhido em um abrigo desde os 9 anos, há 3 dias, está mais recolhido no seu quarto e dorme quase o tempo todo. Apresenta febre, muita dor no corpo e retro-orbitária, sangramento gengival quando escova os dentes e petéquias pelo corpo.
- D) Edilene, 16 anos, que cumpre medidas socioeducativas em uma instituição do Estado, apresenta várias equimoses nos membros superiores e inferiores, além do tronco. Refere também suores noturnos, febre inexplicada, perda de peso e linfonodos aumentados de tamanho em região cervical, supraclavicular e inguinal bilateralmente.

VEJA RESOLUÇÃO

24. Paciente do sexo feminino, 27 anos, é atendida em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com história de dor abdominal, com início em epigástrio há dois dias, contínua, sem fatores de melhora, associada a náuseas e perda de apetite, evoluindo para dor em fossa ilíaca direita há 1 dia e febre de 38,2 °C no dia do atendimento. Nega comorbidades, cirurgias prévias ou uso de medicações regulares. Relata que a última menstruação foi há 23 dias e apresenta ciclos regulares de 28 dias.

Exame físico: regular estado geral, corada, desidratada +/4+, eupneica, anictérica, acianótica; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações; ruídos hidroaéreos diminuídos, descompressão brusca dolorosa em quadrante inferior de abdome à direita.

Exame	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	10,7 g/dL	11,5 a 15,5 g/dL
Hematócrito	37%	38 a 52%
Leucócitos totais	13.400/mm ³	4.000 a 11.000/mm ³
Bastonetes	7%	0 a 5%
Urina	25 leucócitos/campo	--
Hemácias	8 hemácias/campo	--
Beta-hCG sérico	negativo	--

Considerando o diagnóstico mais provável, a conduta adequada é:

- A) iniciar antibioticoterapia empírica até resultado de exame de urocultura.
- B) realizar tomografia computadorizada de abdome e iniciar metotrexato.
- C) iniciar antibioticoterapia empírica e acompanhamento ambulatorial.
- D) realizar ultrassonografia de abdome e solicitar parecer cirúrgico.

VEJA RESOLUÇÃO

25. Multípara, 37 semanas, obesa, apresentando diabetes *mellitus* gestacional controlada com insulina NPH e regular. Evoluiu para parto normal, e o recém-nascido pesou 3.300 g.

A conduta no puerpério imediato deve ser:

- A) suspender insulinoterapia.
- B) iniciar hipoglicemiante oral.
- C) manter insulina NPH em 1/3 da dose da gravidez.
- D) manter insulinoterapia com a dosagem do pré-natal.

VEJA RESOLUÇÃO

26. Homem de 34 anos dirige-se à Unidade Básica de Saúde com febre (38,5 °C), dores de moderada intensidade no corpo há 3 dias. No dia da consulta, iniciou com dores abdominais e vômitos incontroláveis. Exame físico: mucosas coradas, extremidades bem perfundidas, pressão arterial de 120 x 80 mmHg; frequência respiratória de 20 irpm; frequência cardíaca de 80 bpm. Leve dor à palpação abdominal, sem outras alterações.

Quais são a hipótese diagnóstica e o manejo, respectivamente?

- A) Dengue grupo B. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; realizar acompanhamento domiciliar após exames.
- B) Dengue grupo C. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e anticorpo IgM; realizar acompanhamento ambulatorial após exames.
- C) Dengue grupo C. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; manter em leito de observação até estabilização.
- D) Dengue grupo B. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas, antígeno NS1 e anticorpo IgM; manter em leito de observação até estabilização.

VEJA RESOLUÇÃO

27. Homem de 48 anos, auxiliar de pedreiro, procura Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dor lombar iniciada há 6 semanas, de instalação insidiosa, sem irradiação. Relata que a dor piora ao final do dia e melhora parcialmente com repouso e uso de paracetamol. Nega perda de peso, febre, incontinência ou fraqueza nos membros inferiores. Ao exame físico, apresenta dor à palpação paravertebral em região lombar, sem alterações neurológicas.

Com base na história clínica e no exame físico, qual é o primeiro passo na condução desse caso?

- A) Solicitar ressonância magnética da coluna lombar e encaminhar para a ortopedia.
- B) Solicitar radiografia lombar, prescrever corticoide e agendar o retorno após 10 dias.
- C) Orientar repouso, fornecer atestado de 7 dias e prescrever analgesia com antidepressivo tricíclico.
- D) Explicar a natureza benigna, orientar analgesia e atividade física leve, com reavaliação em 4 a 6 semanas.

VEJA RESOLUÇÃO

28. "Internações sem consentimento aumentam na Cracolândia, em meio a denúncias de agressões".

ZYLBERKAN, M.; KRUSE, T. Folha de S. Paulo, 3 jul. 2024.

Notícias como essa têm se tornado frequentes em jornais brasileiros nos últimos anos. Alguns municípios têm criado leis locais próprias para as internações involuntárias que muitas vezes contradizem as leis federais sobre o tema.

Sobre a internação involuntária no Brasil, é correto afirmar que:

- A) a internação involuntária é determinada, de acordo com a legislação, pela Justiça.
- B) é autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.
- C) no prazo de 15 dias, a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Federal.
- D) o término da internação involuntária ocorrerá por solicitação do Ministério Público Municipal.

VEJA RESOLUÇÃO

29. Homem de 68 anos, em tratamento crônico irregular de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e fibrilação atrial, é admitido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de rebaixamento do nível de consciência e déficit neurológico do lado esquerdo, de predomínio braquiofacial. Segundo o acompanhante, o paciente tinha ido se deitar havia 90 minutos, sem qualquer sintoma antes de ser encontrado com o transtorno observado. Foi levado ao hospital, onde deu entrada 30 minutos após constatado o déficit focal. Ao exame físico, paciente com 9 pontos na escala de coma de Glasgow modificada, exibindo hemiparesia acentuada à esquerda, pressão arterial de 170 x 100 mmHg em ambos os membros superiores, com ritmo cardíaco irregular, frequência cardíaca média de 96 bpm. Não há outras alterações expressivas ao exame físico. Glicemia capilar de 285 mg/dL; demais exames laboratoriais não revelam anormalidades. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste revela área de atenuação de densidade em cerca de 40% do território da artéria cerebral média direita, cujo laudo é obtido cerca de 3 horas após o último momento em que o paciente foi visto sem déficits.

O médico da unidade explica ao acompanhante que, apesar dos potenciais benefícios da terapia trombolítica em pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico, o paciente apresenta contraindicação em função de:

- A) apresentar extensão de isquemia superior a 1/3 do território da artéria cerebral média acometida.
- B) haver decorrido período de tempo superior ao limite máximo tolerável desde o início do déficit.
- C) evoluir com glicemia acima de 200 mg/dL com intervalo maior do que 2 horas pós-prandial.
- D) ter níveis pressóricos superiores aos permitidos para o uso do fármaco.

VEJA RESOLUÇÃO

30. Menino de 6 anos é levado à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de fimose. Mãe relata balanopostites frequentes, sendo o primeiro episódio com 1 ano de vida. Nega infecções do trato urinário. Ao exame físico, apresenta prepúcio cobrindo toda a glândula que, quando tracionado, expõe meato uretral e anel fibrótico prepucial.

Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- A) Trata-se de fimose fisiológica, necessitando de exercícios de redução e higiene do prepúcio.
- B) Há indicação cirúrgica na adolescência, pois já está apresentando exposição de meato uretral.
- C) Há indicação cirúrgica, pois a criança apresenta balanopostites recorrentes com fibrose prepucial.
- D) Indica-se uso de creme de betametasona e hialuronidase por 4 semanas, uma vez que apresenta exposição de meato uretral.

VEJA RESOLUÇÃO

31. Mulher de 72 anos foi atendida em hospital de médio porte. Relatava emagrecimento e dor abdominal com irradiação para região dorsal há 3 meses; há 1 mês, a urina ficou mais escura, começou a apresentar prurido cutâneo intenso e icterícia em esclera. Ao exame físico, encontrava-se ictérica +++/4+, emagrecida; exame do abdome com fígado palpável abaixo da borda costal direita, assim como uma massa bem definida, de consistência cística, não dolorosa em hipocôndrio direito.

Nesse caso, o mais adequado é solicitar:

- A) ultrassonografia para avaliar colecistite crônica calculosa.
- B) tomografia computadorizada para avaliar vias biliares e pâncreas.
- C) colangiopancreatografia por ressonância para avaliar coledocolitíase.
- D) biópsia percutânea com agulha da massa palpada para avaliar neoplasia.

VEJA RESOLUÇÃO

32. Paciente, G5P3C1, 35 anos, idade gestacional de 15 semanas por ecografia realizada com 8 semanas, hipertensa crônica em uso de enalapril, antecedente de pré-eclâmpsia. Comparece à consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com pressão arterial de 140 x 90 mmHg.

Qual é a conduta medicamentosa indicada para essa paciente?

- A) Captopril, varfarina e ácido acetilsalicílico.
- B) Furosemida, varfarina e carbonato de cálcio.
- C) Losartana, enoxaparina e carbonato de cálcio.
- D) Alfa-metildopa, ácido acetilsalicílico e carbonato de cálcio.

VEJA RESOLUÇÃO

33. Homem de 48 anos busca atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para reiniciar tratamento para tuberculose. Paciente refere que iniciou o tratamento poliquimioterápico há 6 meses, quando foi diagnosticado com tuberculose; porém, há 2 meses, interrompeu o acompanhamento na sua unidade de origem devido ao uso de substâncias psicoativas. Ele mudou-se para o território da unidade há 15 dias e foi visitado pelo agente comunitário, que o orientou a procurar atendimento médico para avaliação e retomada do tratamento. Foram solicitados, inicialmente, o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), baciloscopia de escarro e radiografia de tórax.

Qual é a conduta adequada para esse caso?

- A) Se o TRM-TB for positivo, sem resistência à rifampicina, e a baciloscopia for negativa, reiniciar o esquema básico.
- B) Se o TRM-TB for negativo e a baciloscopia for positiva, reiniciar o esquema básico, desde que a resistência à rifampicina seja positiva.
- C) Se o TRM-TB for negativo e a baciloscopia for positiva, solicitar cultura de escarro com teste de sensibilidade e reiniciar o esquema básico enquanto se aguarda a cultura.
- D) Se o TRM-TB for positivo, com resistência à rifampicina, e a baciloscopia for positiva, solicitar cultura de escarro com teste de sensibilidade e reiniciar o esquema básico enquanto se aguarda a cultura.

VEJA RESOLUÇÃO

34. Uma instituição de saúde está pesquisando um novo teste de triagem para hanseníase, com sensibilidade de 92% e especificidade de 65%, aplicado em uma população com baixa prevalência da doença.

Nesse contexto, é correto afirmar que:

- A) quase todos os testes positivos indicarão verdadeiros casos de hanseníase, diante da elevada sensibilidade do teste.
- B) o número de falsos-positivos será elevado, devido à baixa especificidade do teste e à baixa prevalência da doença.
- C) o número de falsos-negativos será elevado, reduzindo a capacidade do teste em detectar casos reais.
- D) a elevada sensibilidade do teste torna-o ideal para a confirmação do diagnóstico de hanseníase.

VEJA RESOLUÇÃO

35. Mulher de 52 anos chega ao acolhimento de Unidade Básica de Saúde (UBS), muito chorosa, e relata: "estou com dificuldade para dormir, não tenho comido direito, desde o ocorrido... é o meu filho, sabe... ele morreu há 3 dias... e a dor no meu coração está muito forte, quase insuportável". A paciente chora copiosamente e diz que sonha com uma pessoa gritando o nome de seu filho, lembrando o momento em que o tinha encontrado na rua, vítima de atropelamento. Após o primeiro acolhimento, ela fica um pouco mais calma, relatando que não pensa em se matar, que nunca tinha sido atendida por psiquiatra ou tomado medicamentos antes, mas que nesse momento precisa de muita ajuda.

Diante do caso, qual é a conduta adequada?

- A) Prescrever inibidor de recaptção de serotonina para alívio dos sintomas depressivos e ansiosos.
- B) Encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para seguimento intensivo com médico psiquiatra.
- C) Encaminhar para psicologia na atenção secundária para ofertar terapia psicanalítica breve.
- D) Acompanhar longitudinalmente para observação e ofertar apoio pela equipe da UBS.

VEJA RESOLUÇÃO

36. Mulher de 86 anos é levada pela filha à consulta no ambulatório de clínica médica, com queixa de quedas frequentes. A paciente tem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, depressão, déficit cognitivo leve e constipação intestinal. Está em uso de losartana, hidroclorotiazida, atenolol, metformina, gliclazida, rosuvastatina, escitalopram, donepezila e lactulose. Segundo a filha da paciente, as quedas ocorrem em diversos horários do dia, mais frequentemente na madrugada, ao se levantar para ir ao banheiro. Ao exame físico, a idosa apresenta leve bradipsiquismo e sinais de sarcopenia; pressão arterial do membro superior direito de 138 x 92 mmHg, quando deitada, e 110 x 70 mmHg, quando sentada.

O plano terapêutico apropriado ao contexto desse caso deve incluir:

- A) sugerir avaliação oftalmológica para investigação da catarata.
- B) encaminhar ao neurologista para investigar a presença da disautonomia.
- C) rever a polifarmácia para reduzir fármacos indutores de hipotensão arterial.
- D) adicionar fármaco capaz de elevar os níveis tensionais como a fludrocortisona.

VEJA RESOLUÇÃO

37. Menino, 10 anos, morador de área urbana, está em avaliação no pronto-atendimento por apresentar dor em cotovelo direito há 1 dia. Há 1 semana, iniciou quadro de febre de 38,5 °C, 1 a 2 picos ao dia, associada à dificuldade de deambular devido ao joelho direito apresentar-se "doloroso e inchado". Após 4 dias, percebeu melhora da dor no joelho, porém o tornozelo direito começou a ficar "inchado e um pouco avermelhado", doloroso, com melhora em 2 dias. Há 3 semanas, havia se queixado de dor de garganta. Sem outras queixas. Nega contato com animais domésticos. No momento do atendimento, está com dificuldade para movimentar o cotovelo direito por causa da dor e do edema, frequência

cardíaca de 110 bpm e 2 bulhas rítmicas normofonéticas, com sopro sistólico de 3+/6+. Restante do exame físico sem anormalidades.

Considerando o quadro clínico apresentado, o agente etiológico e o tratamento de escolha são, respectivamente:

- A) *Borrelia burgdorferi*; doxiciclina.
- B) *Staphylococcus aureus*; oxacilina.
- C) *Treponema pallidum*; penicilina G benzatina.
- D) *Streptococcus pyogenes*; penicilina G benzatina.

VEJA RESOLUÇÃO

38. Homem de 58 anos deu entrada no pronto-socorro com dor epigástrica irradiada para as costas, iniciada há 2 horas, progressiva, pós-prandial, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese. Relata episódios semelhantes no último ano, que melhoraram com uso de analgésico. Tabagista ativo, alcoolista de 8 doses de destilado por dia há 33 anos, nega comorbidades. Exame físico: corado, acianótico, anictérico, sudoreico, fácies de dor, agitado. Índice de massa corporal de 23 kg/m²; pressão arterial de 150 x 90 mmHg; frequência cardíaca de 74 bpm; frequência respiratória de 18 irpm; temperatura axilar de 37 °C. Abdome globoso, distendido, timpânico, peristalse presente, doloroso à palpação do epigástrico e hipocôndrio esquerdo.

Os exames laboratoriais apresentam os seguintes resultados:

Exame	Resultado	Valor de referência
Hematócrito	46%	36 a 46%
Hemoglobina	15,0 g/dL	12,0 a 15,0 g/dL
Leucócitos	12.000/mm ³	4.000 a 10.000/mm ³
Glicose	120 mg/dL	70 a 99 mg/dL
Bilirrubina total	1,2 mg/dL	0,3 a 1,3 mg/dL
Ureia	38 mg/dL	15 a 40 mg/dL
Cálcio	8,9 mg/dL	8,7 a 10,2 mg/dL
Amilase	35 U/L	20 a 96 U/L
Lipase	12 U/L	3 a 43 U/L
Fosfatase alcalina	81 U/L	33 a 96 U/L
LDH	127 U/L	100 a 190 U/L
TGO	36 U/L	5 a 40 U/L

Qual é o provável diagnóstico?

- A) Colangite aguda.
- B) Colecistite aguda.
- C) Doença ulcerosa péptica.
- D) Pancreatite crônica.

VEJA RESOLUÇÃO

39. Primigesta de 29 anos, com 41 semanas de gestação e pré-natal de risco habitual, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de rotina. Ela está preocupada com a duração da gravidez e deseja saber quais serão os próximos passos. A paciente está assintomática, relata movimentação fetal presente, e o exame físico está normal para a idade gestacional. Perfil biofísico fetal realizado há 1 dia encontra-se dentro da normalidade.

Considerando o quadro clínico apresentado e a idade gestacional, a conduta é:

- A) orientar repouso domiciliar, com planejamento da indução do parto após 42 semanas.
- B) solicitar Dopplervelocimetria obstétrica para avaliar o bem-estar fetal e planejar o manejo com base no resultado.
- C) realizar amnioscopia para verificar a presença de mecônio no líquido amniótico e planejar o manejo com base no resultado.
- D) solicitar perfil biofísico fetal e cardiocografia a cada 2 a 3 dias e planejamento da indução do parto até 41 semanas e 6 dias.

VEJA RESOLUÇÃO

40. Médica de 32 anos foi contratada pelo Programa Mais Médicos para trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) no distrito sanitário especial indígena Yanomami na Amazônia, região endêmica para malária.

Considerando que a médica não tem morbidades ou problemas de saúde em tratamento, qual quimioprofilaxia está indicada?

- A) Artesunato.
- B) Doxiciclina.
- C) Primaquina.
- D) Cloroquina.

VEJA RESOLUÇÃO

41. Homem de 21 anos, portador de diabetes *mellitus* tipo 1, diagnosticado há 5 anos, foi levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido à dor abdominal, náuseas e vômitos. Familiares informam que está sem utilizar insulina há 3 dias por dificuldades financeiras. No exame físico, encontra-se torporoso, desidratado, com hálito cetótico e dor abdominal à palpação profunda de forma generalizada. Ao exame, frequência cardíaca de 112 bpm; frequência respiratória de 38 irpm; pressão arterial de 110 x 70 mmHg.

Os exames laboratoriais na admissão indicam:

Exame	Resultado	Valor de referência
Glicemia	472 mg/dL	60 a 100 mg/dL
Gasometria arterial	pH de 7,2	7,35 a 7,45
Bicarbonato	10 mEq/L	22 a 26 mEq/L
Creatinina	1,6 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Potássio sérico	3,0 mEq/L	3,5 a 5,5 mEq/L

O diagnóstico e a conduta inicial indicada para esse paciente são, respectivamente:

- A) pancreatite aguda; iniciar dieta oral zero.
- B) estado hiperosmolar hiperglicêmico; iniciar insulinoterapia.
- C) cetoacidose diabética; prescrever solução fisiológica a 0,9 por cento.
- D) insuficiência renal aguda; prescrever bicarbonato de sódio.

VEJA RESOLUÇÃO

42. Recém-nascido de 14 dias, hipoativo e com desconforto respiratório, é levado para avaliação na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Antecedentes obstétricos: não foi realizado pré-natal e o parto ocorreu a termo no domicílio. Exame clínico: hipoativo e pouco responsivo, hipocorado, cianótico. Aparelho respiratório: 70 irpm com tiragem subcostal. Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Saturação de O₂ em ar ambiente de 82%. Aparelho cardiovascular: pulsos débeis, tempo de perfusão capilar de 5 segundos. Frequência cardíaca de 160 bpm, com ritmo cardíaco regular. Abdome globoso, com fígado a 2,5 cm do rebordo costal direito, presença de halo de hiperemia e edema em torno do coto umbilical.

O diagnóstico e as condutas adequadas são, respectivamente:

- A) choque cardiogênico; manter suporte ventilatório, evitar excesso de volume intravascular devido ao risco de piora, administrar fármacos vasoativos e prostaglandina E1.
- B) choque neurogênico; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção e administrar corticoide endovenoso.
- C) choque obstrutivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico e corrigir rapidamente a causa subjacente com descompressão torácica com agulha.
- D) choque distributivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção, administrar antibióticos e fármacos vasoativos.

VEJA RESOLUÇÃO

43. Homem de 66 anos, em pós-operatório precoce de revascularização cardíaca, é encaminhado ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal progressiva em quadrante inferior esquerdo há 5 dias e piora há 1 dia, com aumento do número de evacuações para 3 vezes ao dia. Relata febre não aferida. Exame físico: bom estado geral, eupneico, pressão arterial de 110 x 60 mmHg, temperatura axilar de 38 °C e frequência cardíaca de 100 bpm. Ao exame abdominal, defesa voluntária da musculatura e dor à palpação superficial e profunda, com massa em quadrante inferior esquerdo. Ao toque retal, presença de uma massa flutuante dolorosa à esquerda. Tomografia de abdome com contraste: densificação dos planos gordurosos adjacente ao sigmoide, associada à coleção de 100 mm³ no local.

Após iniciada a antibioticoterapia sistêmica, qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

- A) Laparotomia para drenagem.
- B) Tratamento clínico conservador.
- C) Drenagem guiada por colonoscopia.
- D) Drenagem percutânea guiada por tomografia.

VEJA RESOLUÇÃO

44. Parturiente de 29 anos, sem comorbidades, esteve em trabalho de parto por 8 horas e evoluiu para parto vaginal. Após 10 minutos do desprendimento do feto, ainda não se observou a expulsão da placenta. A paciente está estável e sem sinais de hemorragia.

Diante do quadro apresentado, a conduta a ser adotada é:

- A) aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem intervenções adicionais, e observar sinais de separação.
- B) realizar tração controlada do cordão umbilical, enquanto se estabiliza o útero com a mão suprapúbica.
- C) iniciar curagem placentária, devido ao tempo transcorrido sem desprendimento placentário.
- D) administrar uterotônico adicional e realizar massagem uterina para auxiliar a dequitação.

VEJA RESOLUÇÃO

45. Paciente de 27 anos, em regime fechado em penitenciária, queixa-se de tosse há 2 semanas.

Considerando a situação na qual se encontra esse paciente, o médico de família e comunidade deve:

- A) encaminhar para internação clínica, objetivando rapidez no diagnóstico e garantia da segurança.
- B) solicitar radiografia de tórax, pesquisa laboratorial de *Mycobacterium tuberculosis* e garantir o tratamento em caso de positividade.
- C) solicitar internação social, a fim de garantir tratamento supervisionado, observado diretamente por 6 meses, caso seja confirmada a tuberculose.
- D) aguardar evolução, com uso de sintomáticos: caso a tosse persista por mais de 3 semanas, proceder à investigação diagnóstica de tuberculose.

VEJA RESOLUÇÃO

46. Homem de 32 anos apresenta quadro de dor lombar crônica de início insidioso, com duração aproximada de 6 meses, que piora pela manhã e melhora com o movimento. Refere rigidez matinal, principalmente nas regiões lombar e sacroilíaca, com duração de mais de 30 minutos, com dor nas articulações sacroilíacas e sensação de fadiga durante as últimas semanas. Não há histórico de trauma. A história familiar é positiva para doenças reumatológicas, mas o paciente desconhece diagnósticos específicos.

O painel de autoanticorpos apresenta:

Anticorpo antinuclear (ANA)	Positivo Título 1:80 Padrão homogêneo/difuso
Anticorpo anti-DNA dupla hélice	Negativo
Antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27)	Positivo
Fator reumatoide	Negativo
Anticorpo anti-CCP	Negativo
Anticorpo anti-Ro	Negativo
Anticorpo anti-La	Negativo

Com base no caso clínico e nos exames laboratoriais apresentados, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Artrite reativa.
- B) Artrite psoriática.
- C) Espondilite anquilosante.
- D) Lúpus eritematoso sistêmico.

VEJA RESOLUÇÃO

47. Adolescente de 12 anos, sexo feminino, é levada à Unidade Básica de Saúde (UBS) para verificar se suas vacinas estão atualizadas. Até os 8 anos, todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o biênio 2024-2025 foram feitas, sendo que tomou 1 dose da vacina contra febre amarela aos 9 meses.

Nesse momento, deve receber as vacinas:

- A) HPV, reforço da hepatite B e dT.
- B) reforço da hepatite B, dT e SCR.
- C) HPV, meningocócica ACWY e febre amarela.
- D) SCR, meningocócica ACWY e febre amarela.

VEJA RESOLUÇÃO

48. Paciente masculino, 36 anos, é tabagista e trabalha como ascensorista. Procura atendimento no ambulatório queixando-se de tosse seca, persistente por mais de 3 semanas, acompanhada de febre vespertina, dificuldade respiratória durante esforços e dor infraescapular à esquerda. Exame físico: bom estado geral, orientado, emagrecido, descorado, hidratado, afebril. Ausculta cardíaca sem alterações; ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos e percussão maciça em base do tórax à esquerda.

Com base no diagnóstico provável, quais são, respectivamente, o exame complementar e a conduta adequada ao caso?

- A) Ressonância magnética; programação cirúrgica.
- B) Tomografia de tórax; lobectomia segmentar.
- C) Tomografia de tórax; drenagem de tórax.
- D) Ultrassonografia; toracocentese.

VEJA RESOLUÇÃO

49. Nulípara de 30 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e história recente de trombose venosa, apresenta ciclos menstruais prolongados de 8 a 10 dias, com intenso sangramento e cólicas fortes, e busca orientação sobre métodos contraceptivos.

Considerando os critérios de elegibilidade para uso de anticoncepção e o quadro clínico, qual é a melhor opção de contracepção?

- A) DIU de cobre.
- B) DIU de levonorgestrel.
- C) Anticoncepcional injetável mensal.
- D) Pílula anticoncepcional combinada contínua.

VEJA RESOLUÇÃO

50. Homem de 55 anos, com diagnóstico de diabetes *mellitus*, foi em consulta de rotina em Unidade Básica de Saúde (UBS) levando exames laboratoriais solicitados pelo médico na consulta anterior. Faz uso de metformina 850 mg, 3 vezes ao dia, e gliclazida 30 mg, 1 vez ao dia, há mais de 6 meses. Os exames laboratoriais atuais apresentam hemoglobina glicada de 9,5% e creatinina sérica de 0,8 mg/dL.

Qual das condutas é a mais adequada para o seguimento desse caso?

- A) Suspender os medicamentos orais, iniciar insulina NPH 10 UI subcutânea pela manhã e 20 UI à noite. Monitorar a glicemia pré-prandial, e, quando estiver controlada, medir a glicemia pós-prandial para avaliação da introdução da insulina regular.
- B) Aumentar a gliclazida para 60 mg ao dia, aumentar a metformina para 1 g, 3 vezes ao dia, repetir exames em 1 mês. Iniciar insulina se estiverem alterados; pactuar com o paciente a possibilidade de insulinização no retorno.
- C) Manter a dose de metformina e gliclazida, iniciar insulina NPH 10 UI subcutânea à noite, associada à monitorização glicêmica de jejum. Ajustar 2 a 3 UI a cada 2 a 3 dias, até atingir a meta da glicemia de jejum.
- D) Trocar a gliclazida por glibenclamida 20 mg por dia, aumentar a metformina para 1 g, 3 vezes ao dia, solicitar novos exames em 1 mês. Pactuar com o paciente a possibilidade de insulinização no retorno.

VEJA RESOLUÇÃO

51. Homem de 38 anos retorna ao ambulatório de clínica médica de um hospital de atenção secundária, onde faz acompanhamento clínico de retocolite ulcerativa. Analisando os exames complementares solicitados na última consulta, o médico atendente observa elevações significativas da fosfatase alcalina e gama-GT, com discreta elevação dos níveis séricos de aminotransferases, sem hiperbilirrubinemia. Questionado, o paciente refere apenas leve desconforto no hipocôndrio direito. Ao exame físico, não há icterícia, febre ou presença de sinal de Murphy.

Considerando a doença de base do caso, o exame complementar indicado e seu resultado provável são, respectivamente:

- A) tomografia computadorizada de abdome; lesão tumoral presente ao nível do hilo hepático.
- B) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; presença de litíase impactada no colédoco terminal.
- C) colangiorressonância; múltiplas estenoses intercaladas na árvore biliar, com áreas normais ou dilatadas de permeio.
- D) ultrassonografia abdominal total; espessamento da parede da vesícula biliar com nodulação no interior, sem sombra acústica.

VEJA RESOLUÇÃO

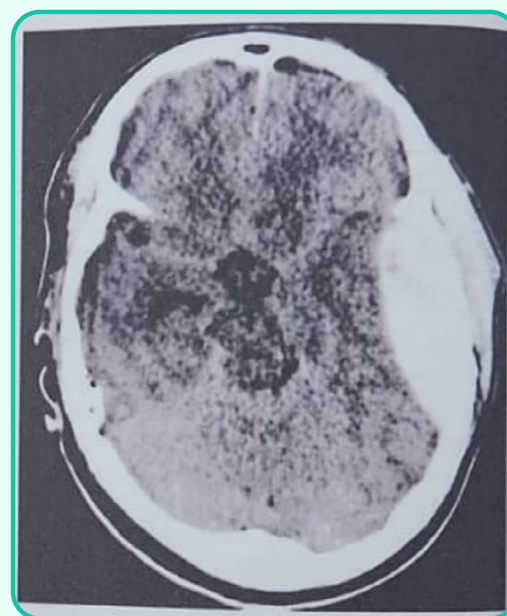
52. Mãe de menina de 11 meses em consulta de puericultura, relata que não há queixas específicas no momento e refere que a criança está começando a trocar passos de maneira independente. Apresenta marcos do desenvolvimento anteriores a 11 meses dentro da normalidade e bom ganho pondero-estatural. Gestação e parto sem intercorrências.

O reflexo primitivo usualmente presente nessa faixa etária é o:

- A) reflexo plantar.
- B) reflexo de Moro.
- C) reflexo de procura.
- D) reflexo tônico-cervical.

VEJA RESOLUÇÃO

53. Paciente do sexo masculino, 23 anos, foi vítima de acidente automobilístico no qual o veículo em que estava colidiu com caminhão. Usava cinto de segurança e foi retirado consciente do carro pela equipe de resgate. Apresentava amnésia anterógrada. Após atendimento pré-hospitalar, o paciente foi levado ao pronto-socorro, sem déficits motores ou sensitivos. No hospital, o médico pede uma tomografia computadorizada de crânio para avaliação. Alguns minutos depois, a equipe de enfermagem solicita avaliação de emergência para o paciente, com necessidade de intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência e anisocoria com pupila esquerda dilatada. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste.



Ao considerar a situação clínica do paciente e a imagem tomográfica apresentada, o médico diagnosticou:

- A) hematoma subdural agudo, sendo necessário realizar hidantalização do paciente e aguardar melhora clínica.
- B) contusão cerebral, sendo necessário realizar cirurgia de emergência para controle de hipertensão intracraniana.
- C) hematoma epidural, sendo necessário realizar cirurgia de emergência para controle da hipertensão intracraniana.
- D) hematoma intraparenquimatoso, sendo necessário realizar hidantalização do paciente e aguardar melhora clínica.

VEJA RESOLUÇÃO

54. Uma adolescente de 15 anos comparece em consulta ginecológica com a finalidade de iniciar contracepção. Na história patológica pregressa, refere episódios de enxaqueca com aura. Nos antecedentes familiares, relata que a avó materna teve diagnóstico de câncer de mama, sua mãe é hipertensa e sua irmã tem diabetes.

O uso do contraceptivo combinado está contraindicado para essa paciente devido ao risco de:

- A) câncer de mama.
- B) diabetes *mellitus*.
- C) acidente vascular cerebral.
- D) hipertensão arterial sistêmica.

VEJA RESOLUÇÃO

55. Ao visitar um idoso acamado de 80 anos, restrito ao lar e dependente em relação às atividades de vida diária, a médica de família e comunidade verificou que ele não havia recebido as vacinas indicadas pelo Ministério da Saúde para os idosos. Ao questionar a filha de 55 anos, principal cuidadora, sobre a vacinação do idoso, ela respondeu que o pai é muito frágil e não iria aguentar os efeitos colaterais, e, como ele é restrito ao lar, a família preferiu não vacinar.

Assinale a alternativa que inclui, respectivamente, vacinas disponibilizadas no calendário de imunização nacional para o idoso e uma forma de abordar a situação encontrada.

- A) Pneumocócica 23-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; dupla adulto (dT-contradifteria e tétano), a cada 10 anos; contra *influenza* e covid-19, anualmente; contra hepatite B, 3 doses. Agendar uma nova visita domiciliar com mais membros da família para dialogar sobre a situação.
- B) Contra *influenza* e covid-19, anualmente; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra hepatite B, 3 doses; contra herpes-zóster, 2 doses. Fazer denúncia ao Conselho Municipal do Idoso sobre não vacinação do idoso.
- C) Pneumocócica 10-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos;

dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra *influenza* e covid-19, anualmente; contra hepatite B, 3 doses. Solicitar que a filha assine um termo de responsabilidade em relação à não vacinação do pai.

- D) Pneumocócica 10-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; contra *influenza* e covid-19, anualmente; contra herpes-zóster, 2 doses; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos. Respeitar a autonomia da filha sobre a vacinação, uma vez que é a cuidadora responsável.

VEJA RESOLUÇÃO

56. O vírus *chikungunya* é transmitido pelo mosquito *Aedes sp.* e foi responsável por grandes epidemias associadas a desfechos clínicos agudos, crônicos e graves.

As ações voltadas para o controle do *Aedes sp.* incluem medidas como o manejo integrado de vetores, que envolve atividades a serem executadas pela equipe de vigilância do território em um processo cíclico, tais como:

- A) levantamento do índice larvário, notificação de vetores infectados e avaliação dos indicadores entomológicos e epidemiológicos.
- B) treinamento da equipe de controle de vetores, uso intensivo de inseticidas, mutirões de limpeza e tratamento de pontos estratégicos.
- C) vigilância virológica, notificação semanal dos casos suspeitos de *chikungunya* em áreas sem transmissão e definição do local provável de infecção.
- D) análise situacional com base em informações epidemiológicas e entomológicas, desenho das operações de planificação, implementação, monitoramento e avaliação.

VEJA RESOLUÇÃO

57. Criança de 9 anos chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade há 2 anos. Faz uso de metilfenidato há pelo menos 1 ano. O pai informa que, desde o início do uso, apresentou grande melhora na escola e solicita que o uso seja estendido por mais tempo.

Que estratégias de monitoramento referentes ao uso dessa medicação devem ser utilizadas?

- A) Realizar seguimento em conjunto com neuropediatra para acompanhar aumento de peso e possível dislipidemia associada ao uso crônico do medicamento.
- B) Acompanhar com testes psicodinâmicos parâmetros de atenção e desempenho escolar, a fim de avaliar a efetividade da estimulação farmacológica.
- C) Coletar hemograma e hormônios tireoidianos anuais e eventualmente prescrever antipsicóticos para combate dos efeitos colaterais.
- D) Agendar consultas periódicas para verificação da estatura, peso e pressão arterial, com nova avaliação para retirada após 1 ano.

VEJA RESOLUÇÃO

58. Mulher de 45 anos é internada em hospital de média complexidade com queixas de febre (em torno de 38 °C), mialgia, mal-estar e dor na região cervical anterior, irradiada para a mandíbula e orelhas. Há 2 semanas, iniciou quadro sugestivo de infecção viral respiratória alta, com evolução clínica lenta desde então, passando a sentir palpitações e tremores nos últimos 3 dias. Procurou atendimento na unidade de saúde. Ao exame físico, a paciente encontra-se febril, com taquicardia desproporcional à temperatura corporal e tremores finos nas extremidades. A palpação da tireoide: glândula dolorosa, firme e levemente aumentada de tamanho, assimétrica, não nodular. As dosagens da velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa mostraram-se elevadas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, que exames complementares a sustentariam e qual é o tratamento indicado, respectivamente?

- A) Redução da captação tireoidiana de iodo radioativo; betabloqueador e anti-inflamatório.
- B) Detecção de presença de nódulo quente à cintilografia de tireoide; tireoidectomia subtotal.
- C) Verificação de aumento nas dosagens séricas de TSH, T4 livre e TRAb; ablação com iodo radioativo.
- D) Verificação de aumento das concentrações sanguíneas de TSH, T3 e T4 livre; oseltamivir + metimazol + atenolol.

VEJA RESOLUÇÃO

59. Lactente de 9 meses é atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS) em virtude do surgimento de crises epiléticas há 3 meses. Os eventos caracterizam-se por espasmos em flexão dos membros superiores sobre o tronco, semelhantes a sustos, e ocorrem nos horários de maior sonolência da criança. História gestacional e de parto sem anormalidades. Ao exame físico, lactente interage com o observador, porém não consegue ficar sentado. Ausculta cardíaca e respiratória sem anormalidades. Apresenta várias manchas hipomelanóticas nos membros inferiores e no tronco. Ressonância magnética de crânio revelou duas áreas compatíveis com astrocitomas de células gigantes subependimárias.

A principal hipótese diagnóstica é:

- A) neurofibromatose.
- B) esclerose tuberosa
- C) síndrome de Sturge-Weber.
- D) doença de von Hippel-Lindau.

VEJA RESOLUÇÃO

60. Paciente masculino, 59 anos, atendido em hospital terciário com queixa de dor de moderada intensidade em fossa ilíaca esquerda (FIE), com início há 5 dias. Apresentou temperatura de 38 °C nas últimas 48 horas, associada à prostração. Não possuía comorbidades. Relatou episódio semelhante de menor intensidade há cerca de 1 ano, com resolução espontânea e um episódio de hematoquezia há 6 meses.

No momento, encontra-se em regular estado geral, discretamente desidratado, com frequência cardíaca de 95 bpm; pressão arterial de 140 x 90 mmHg; índice de massa corporal de 30,5 mg/kg. Abdome flácido, doloroso à palpação profunda em FIE e hipogástrio, com plastrão palpável em hipogástrio. Hemograma: leucócitos de 17.000/mm³ (valor de referência: 5.000 a 10.000/mm³), 7% de bastões (valor de referência: 0 a 5%).

Considerando o quadro, qual é o exame complementar de maior acurácia para estabelecer o diagnóstico?

- A) Radiografia abdominal em 3 posições.
- B) Colonoscopia com biópsia.
- C) Tomografia de abdome com contraste.
- D) Ultrassonografia de abdome.

VEJA RESOLUÇÃO

61. Mulher de 35 anos, diabética, com laqueadura tubária bilateral, procurou atendimento médico com queixa de prurido genital e disúria terminal, com 7 dias de evolução. Recentemente, fez uso de antibiótico para tratamento de abscesso dental. Ao exame especular, notava-se edema vulvar, hiperemia, fissura, corrimento esbranquiçado e teste das aminas negativo.

Com base no agente etiológico mais provável, o tratamento é:

- A) miconazol, 1 aplicador, via vaginal, por 7 noites.
- B) cefalexina, 2 g/dia, via oral, por 7 dias.
- C) azitromicina 1 g/dia, via oral, por 10 dias.
- D) metronidazol, 1 aplicador, via vaginal, por 10 noites.

VEJA RESOLUÇÃO

62. Médica de família e comunidade foi solicitada para preencher a declaração de óbito de um paciente que acompanhava regularmente em sua área adstrita. O paciente era hipertenso há 30 anos, com histórico pessoal de acidente vascular encefálico (AVE) há 5 anos. Há 10 dias, o paciente apresentou quadro gripal e, há 1 dia, teve agravamento dos sintomas respiratórios, com dispneia e cianose.

A declaração de óbito deverá ser preenchida:

- A) pelo Instituto Médico Legal e constar — Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Síndrome gripal (10 dias); c) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). Parte II: Acidente vascular encefálico (5 anos).
- B) pela médica e constar — Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Pneumonia (1 dia); Síndrome gripal (10 dias). Parte II: a) Acidente vascular encefálico (5 anos); b) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos).
- C) pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) e constar — Parte I: a) Síndrome gripal (10 dias); b) Pneumonia (1 dia); c) Insuficiência respiratória aguda grave (horas). Parte II: a) Acidente vascular encefálico (5 anos); b) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos).
- D) pelo serviço de verificação de óbitos e constar — Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Acidente vascular encefálico (5 anos); c) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). Parte II: a) Pneumonia (1 dia); b) Síndrome gripal (10 dias).

VEJA RESOLUÇÃO

63. Uma equipe de saúde da família percebeu um aumento do número de casos complicados de diabetes *mellitus*. De um total de 3.500 pacientes cadastrados, 280 são acompanhados por diabetes *mellitus* tipo 2, sendo 4 casos de amputações, 28 casos de retinopatia diabética e 80 casos de algum grau de doença renal crônica. Foi identificado que essa população apresentava dieta inadequada, baixo nível de atividade física e pouco conhecimento sobre estilos de vida que poderiam prevenir complicações das doenças. A equipe de saúde decidiu elaborar um projeto de intervenção com ênfase em avaliação e orientação nutricional e práticas de atividade física de rotina.

Qual é o desenho de pesquisa para avaliação do impacto desse projeto de intervenção coletiva?

- A) Estudo de caso-controle aninhado.
- B) Ensaio clínico não randomizado.
- C) Estudo de coorte retrospectivo.
- D) Ensaio clínico randomizado.

VEJA RESOLUÇÃO

64. Homem de 23 anos, estudante universitário, é levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por um amigo da moradia estudantil, que o encontrou chorando, trancado no banheiro com diversas cartelas de medicamentos próximas de si.

O paciente nega ter ingerido qualquer fármaco ou outras substâncias, mas admite estar pensando em dar fim à própria vida. Refere tristeza profunda há cerca de 2 meses, com piora recente após o término de um relacionamento. Diz estar "sem propósito na vida" e que "ninguém sentiria falta" se ele morresse. Conta que viu na *internet* que tomar muitos comprimidos de paracetamol seria a melhor forma de morrer.

Relata insônia inicial e terminal, perda de apetite, queda de rendimento acadêmico e isolamento social. Nega uso atual de drogas ilícitas, mas admite consumo de álcool eventualmente.

Abandonou psicoterapia após 2 sessões. Todos os familiares vivem em outro estado.

Ao exame, apresenta-se vigil, orientado, com discurso discretamente lentificado, sem alucinações ou delírios evidentes. O contato visual é pobre, o afeto está intensamente rebaixado e não modulante. Exames laboratoriais gerais solicitados à chegada na UPA não mostram alterações.

Qual é a conduta adequada ao caso clínico apresentado?

- A) Encaminhar o paciente para acompanhamento médico em Unidade Básica de Saúde (UBS).
- B) Encaminhar o paciente para psicoterapia com equipe multiprofissional na atenção primária à saúde.
- C) Encaminhar o paciente para avaliação ambulatorial com psiquiatra em centro de atenção psicossocial do tipo I.
- D) Encaminhar o paciente para internação em enfermaria de saúde mental em hospital geral ou em serviço congênere.

VEJA RESOLUÇÃO

65. Mulher de 35 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) informando ter tido diagnóstico de trombose venosa profunda há cerca de 2 anos. Fez tratamento adequado com anticoagulante oral por tempo limitado, tendo recebido alta com cura do quadro há cerca de 1 ano. Na ocasião, ela não havia realizado qualquer exame específico adicional. Entretanto, nos últimos 6 meses, seu pai e sua irmã também tiveram o diagnóstico de trombose. O médico assistente solicita exames complementares para rastreamento de hipercoagulabilidade primária.

Considerando a história apresentada, que alteração laboratorial é compatível com a suspeita de doença hereditária?

- A) Presença de fator V de Leiden.
- B) Níveis aumentados de proteína S.
- C) Níveis aumentados de antitrombina III.
- D) Níveis reduzidos de fator de Von Willebrand.

VEJA RESOLUÇÃO

66. Menina de 11 anos foi trazida à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de queda do estado geral, náuseas e dor abdominal, desidratação e hálito cetônico. Exames realizados: glicemia de 410 mg/dL; gasometria venosa de pH 7,15 e bicarbonato de 13 mEq/L; exame de urina indica cetonúria.

Além da fluidoterapia, o próximo passo é:

- A) reposição de potássio.
- B) correção imediata da glicemia.
- C) reposição de bicarbonato de sódio.
- D) administração imediata de manitol.

VEJA RESOLUÇÃO

67. Paciente do sexo masculino, 26 anos, está sendo atendido em via pública, vítima de disparo de arma de fogo em braço direito. O trauma ocorreu cerca de 15 minutos antes da chegada da equipe de atendimento pré-hospitalar.

Ao exame, o paciente encontra-se pálido, pele fria, sudoreico, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial 90 × 50 mmHg e escala de coma de Glasgow de 15. A equipe de socorristas não possui hemoderivados disponíveis. Exame físico de cabeça, pescoço, tórax e abdome sem alterações, incluindo a região posterior do paciente. Presença de ferida perfuro-contusa em região medial do terço distal do braço direito, apresentando hemorragia pulsátil em grande volume.

Considerando o atendimento pré-hospitalar do paciente, deve-se realizar:

- A) dissecação da região traumatizada e hemostasia do vaso que apresenta sangramento com pinças hemostáticas; iniciar reposição volêmica com albumina e soro fisiológico.
- B) dissecação da região traumatizada e hemostasia do vaso que apresenta sangramento com pinças hemostáticas; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico e glicofisiológico.
- C) compressão local da ferida e, caso essa manobra não cesse a hemorragia, aplicação de torniquete proximal à ferida e fora

da região de articulação; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico.

- D) compressão local da ferida e, caso essa manobra não cesse a hemorragia, aplicação de torniquete proximal à ferida e fora da região de articulação; iniciar reposição volêmica com albumina e soro fisiológico.

VEJA RESOLUÇÃO

68. Uma mulher de 30 anos recebeu a citologia oncótica com laudo de "atipias celulares escamosas de significado indeterminado onde não se pode afastar alto grau (ASC-H)". Ela nega antecedente de tabagismo e não se lembra de ter tido infecção sexualmente transmissível.

Nesse caso, a conduta adequada deve ser a realização de:

- A) conização.
- B) colposcopia.
- C) cirurgia de alta frequência.
- D) nova citologia oncótica em 6 meses.

VEJA RESOLUÇÃO

69. Homem de 45 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro, por não conseguir controlar a frequência e a quantidade do uso de bebida alcoólica. Por conta disso, está faltando ao trabalho e não consegue se lembrar do que acontece quando bebe. O médico da UBS investigará os pontos mais importantes que podem indicar o padrão de dependência a substâncias psicoativas de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM-5).

O médico deve investigar sobre:

- A) a intolerância cruzada entre outras substâncias e a de uso abusivo.
- B) a aceitação e a adesão à proposta de abstinência apresentada pela equipe.
- C) o tempo que é gasto para obter a substância ou recuperar-se de seus efeitos.
- D) o tipo e a classe de substância que o paciente usa, diferenciando se é lícita ou ilícita.

VEJA RESOLUÇÃO

70. Agentes penitenciários de uma unidade prisional informaram à equipe de saúde sobre o aumento de queixas de prurido intenso e lesões cutâneas entre as pessoas privadas de liberdade. Cada cela, prevista para 35 pessoas, está com lotação de 75.

As ações prioritárias no manejo adequado dessa situação são:

- A) solicitar o isolamento imediato dos casos sintomáticos, iniciar tratamento individual conforme avaliação clínica, recomendar higienização de colchões e ampliar o fornecimento de sabão e escovas pessoais.
- B) implementar bloqueio coletivo com tratamento simultâneo, notificar o surto ao serviço de vigilância em saúde, reorganizar fluxos com a administração prisional e planejar medidas educativas e estruturais.
- C) preferir o tratamento tópico dos casos diagnosticados, com prescrição médica individualizada, e restringir o fornecimento de medicação aos casos confirmados, evitando exposição a medicamentos em massa.
- D) reunir-se com a direção para discutir a viabilidade de transferência dos casos graves, focando a atuação em medidas educativas com folhetos informativos sobre problemas de pele mais frequentes.

VEJA RESOLUÇÃO

71. Homem de 28 anos, solteiro e residindo com os pais, comparece ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), com visível constrangimento ao longo da consulta. Apesar de sua resistência inicial, relata que tem pensamentos recorrentes e indesejados, os quais invadem sua cabeça, tendo como temática a sua mãe sendo vítima de grande violência. Enfatiza sua angústia com esses pensamentos, que já duram mais de 6 meses, provocando significativo prejuízo em sua vida pessoal e profissional. Afirma ter o entendimento de que não há fundamento nessas ideias e que não faz sentido sofrer com isso.

A denominação para a descrição clínica apresentada é:

- A) delírio.
- B) obsessão.
- C) hipertimia.
- D) compulsão.

VEJA RESOLUÇÃO

72. Homem de 35 anos, índice de massa corporal de 15 kg/m², é internado devido à diarreia líquida, com produtos patológicos, acompanhada de flatulência e desconforto abdominal há 4 semanas. Apresentou emagrecimento de cerca de 10 kg em 1 mês. Foram solicitados exames com endoscopia digestiva alta e baixa, sem alterações macroscópicas. Estudos histopatológicos de estômago, intestino delgado e cólon normais. Teste respiratório com lactulose positivo.

O plano terapêutico adequado para esse paciente será:

- A) neomicina e rifaximina.
- B) loperamida e escopolamina.
- C) dieta sem glúten e sem lactose.
- D) probióticos e inibidores da bomba de prótons.

VEJA RESOLUÇÃO

73. Criança de 2 anos encaminhada ao matriciamento de pediatria, com história de ter apresentado, há 7 dias, uma crise tônico-clônica generalizada em vigência de temperatura axilar de 39,3 °C, duração de 2 minutos, sem recorrência em 24 horas. Naquela ocasião, foi realizado exame físico e neurológico, compatível com infecção viral de vias aéreas superiores, sem outras alterações.

A conduta adequada nesse caso é:

- A) solicitar eletroencefalograma.
- B) indicar profilaxia com barbitúricos.
- C) tranquilizar e orientar puericultura de rotina.
- D) solicitar exames laboratoriais e de imagem.

VEJA RESOLUÇÃO

74. Paciente de 47 anos, sexo feminino, atendida no ambulatório de cirurgia geral. A paciente havia sido submetida à cirurgia de tireoidectomia total há 60 dias, devido a um carcinoma folicular de tireóide, o qual estava restrito à glândula. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou rouquidão, que não melhorou durante o acompanhamento ambulatorial nesses 60 dias.

Com base no quadro clínico apresentado, qual foi o nervo lesionado durante a cirurgia?

- A) Laríngeo recorrente.
- B) Glossofaríngeo.
- C) Hipoglosso.
- D) Vago.

VEJA RESOLUÇÃO

75. Paciente de 29 anos, nuligesta, ciclos menstruais com intervalos de 20 a 65 dias, duração de 4 a 10 dias, intensidade moderada. Apresenta índice de massa corporal de 41,5 kg/m² e se submeterá à cirurgia bariátrica em alguns meses. Necessita de orientação para contracepção.

Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- A) Para contracepção efetiva e proteção endometrial, está indicado o endoceptivo antes da operação.
- B) Devido ao risco de apresentar tromboembolismo, está contraindicado o uso de métodos hormonais.
- C) Apresenta quadro de anovulação crônica, portanto deve ser orientada a usar preservativo masculino.
- D) Está contraindicada gravidez na fase de perda de peso, logo ela pode usar o adesivo anticoncepcional.

VEJA RESOLUÇÃO

76. Mulher de 28 anos, estudante universitária, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta agendada. Refere ter realizado seus últimos exames de rotina há cerca de 3 anos, com resultados normais. Faz uso regular de anticoncepcional oral combinado há 2 anos, não faz uso de preservativo. Relata que seu namorado apresentou uma úlcera no pênis, há cerca de 30 dias, tratado com uma injeção de benzetacil. Ele fez um teste rápido para HIV e deu reagente. Teve sua última relação sexual com ele há 2 dias. Exame físico sem alterações.

O manejo inicial para essa paciente é:

- A) solicitar teste rápido para sífilis, HIV e hepatites B e C. Em caso de teste reagente para sífilis, prescrever penicilina G benzatina. Prescrever 1 comprimido de tenofovir/ lamivudina (TDF/3TC) 300 mg/300 mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg ao dia, durante 28 dias.
- B) solicitar sumário de urina e anti-HIV. Prescrever azitromicina 1 g, dose única, via oral e, em caso de piócitos aumentados e nitrito positivo, prescrever fosfomicina trometamol 5,631 g, dose única, via oral. Solicitar a vinda do namorado para confirmação do teste para HIV.
- C) solicitar VDRL e anti-HIV. Realizar abordagem sindrômica e prescrever doxiciclina 100 mg, de 12 em 12 horas, via oral, por 21 dias, juntamente com fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) 300 mg e entricitabina (FTC) 200 mg, 1 comprimido ao dia, durante 3 meses.
- D) solicitar urocultura, colpocitologia oncótica e anti-HIV. Em caso de presença de *Escherichia coli* e *Trichomonas vaginalis*, prescrever ciprofloxacino 500 mg, de 12 em 12 horas, via oral, por 7 dias, e metronidazol creme vaginal, por 7 noites.

VEJA RESOLUÇÃO

77. Uma equipe de saúde da família realiza atendimento itinerante a comunidades ribeirinhas e aldeias indígenas na Região Amazônica. Em visita, uma médica recém-chegada observa que uma mulher ribeirinha evita contato visual durante a consulta e responde às perguntas apenas com monossílabos. Em outra situação, um indígena da etnia Tikuna não aceita ser atendido sozinho e insiste na presença de um pajé da comunidade.

A abordagem adequada que a equipe deve adotar é:

- A) investir na padronização de rotinas clínicas e na capacitação da equipe para comunicação técnica propositiva e objetiva.
- B) promover espaços formativos para a equipe assistencial, reconhecendo saberes e práticas das populações atendidas.
- C) reforçar a autonomia profissional da médica, mantendo as condutas clínicas baseadas em evidências científicas.
- D) estabelecer rotinas padronizadas e uniformes de atendimento para ribeirinhos e indígenas.

VEJA RESOLUÇÃO

78. Paciente de 21 anos comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta agendada. Durante o atendimento, diz que se reconhece como um homem trans e que está em processo de afirmação de gênero. Relata que, nos últimos meses, tem buscado apoio em grupos de pessoas trans, começou a usar um *binder* (faixa de compressão torácica) e que cogita iniciar terapia hormonal no futuro. Refere que não apresenta sofrimento psíquico intenso relacionado à sua identidade de gênero, mas sente que precisa de informações adequadas sobre os próximos passos e sobre cuidados com a saúde. Não apresenta sintomas depressivos, ansiosos ou psicóticos.

Qual é a conduta mais adequada a ser adotada?

- A) Solicitar avaliação psiquiátrica para diagnóstico de disforia de gênero antes do acompanhamento na UBS.
- B) Iniciar terapia hormonal na UBS, conforme estabelecido no

processo transexualizador do SUS, e marcar retorno em 8 semanas.

- C) Encaminhar paciente para serviço especializado e informar que o seguimento relacionado à transição de gênero deve ser feito com especialista.
- D) Esclarecer que tal identidade de gênero não é transtorno mental, oferecer acompanhamento contínuo na UBS e orientar sobre cuidados gerais de saúde.

VEJA RESOLUÇÃO

79. Mulher de 62 anos, com histórico de infecções do trato urinário de repetição, da entrada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de febre alta e calafrios. A paciente é portadora de diabetes *mellitus* tipo 2, em tratamento regular com metformina e gliclazida. A admissão apresenta-se com pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 106 bpm, frequência respiratória de 25 irpm e temperatura axilar de 38 °C. Os exames laboratoriais indicam hemoglobina de 12,3 g/dL e hematócrito de 36%; leucócitos de 14.000/mm³ (valor de referência: 6.000 a 10.000/mm³), com 84% de neutrófilos e 12% de bastonetes; plaquetas de 210.000/mm³.

A conduta para o caso deve ser recomendar:

- A) tratamento com antitérmico, hidratação oral vigorosa e observação na unidade hospitalar.
- B) tratamento com esquema antibiótico de amplo espectro, ainda na 1ª hora da chegada da paciente.
- C) tratamento com cobertura contra *Candida sp.*, por se tratar de infecção urinária de repetição em paciente diabética.
- D) tratamento com antibiótico de amplo espectro, mantido durante todo o curso de tratamento, mesmo após os resultados das culturas.

VEJA RESOLUÇÃO

80. Recém-nascido a termo apresenta, no 1º minuto de vida, quadro de apneia e bradicardia, desvio do íctus à direita, abdome escavado e presença de ruídos hidroaéreos à ausculta do hemitórax esquerdo.

No decorrer do atendimento desse recém-nascido, em sala de parto, os procedimentos adequados a serem realizados são:

- A) intubação traqueal e massagem cardíaca externa.
- B) cateterismo umbilical e drenagem de hemitórax esquerdo.
- C) ventilação com óxido nítrico e administração de surfactante.
- D) ventilação com balão autoinflável com pressão expiratória final positiva.

VEJA RESOLUÇÃO

81. Adulto jovem, sexo masculino, atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS), relata dor e ardor no ânus acompanhados de sangramento vivo em pequena quantidade ao evacuar com esforço e fezes endurecidas. Nega tumoração perianal. Portador de constipação crônica e diagnóstico recente de doença Crohn. Exame geral sem alterações.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Abscesso perianal.
- B) Fístula perianal.
- C) Cisto pilonidal.
- D) Fissura anal.

VEJA RESOLUÇÃO

82. Paciente G3P1A1, idade gestacional de 24 semanas, comparece à consulta. Refere que, na primeira gestação, teve um abortamento com 16 semanas e, na segunda, teve trabalho de parto vaginal muito rápido, na idade gestacional de 28 semanas. Na ultrassonografia transvaginal, realizada com 23 semanas desta gestação, detectou-se colo uterino com 1,5 cm de comprimento.

Qual é a conduta adequada à situação?

- A) Solicitar a pesquisa de estreptococo do Grupo B na 28ª semana.
- B) Internar a paciente para receber atosiban intravenoso até 34 semanas.
- C) Prescrever nifedipina 20 mg via oral diariamente à noite até 39 semanas.
- D) Prescrever progesterona micronizada via vaginal 200 mg ao dia até 36 semanas.

VEJA RESOLUÇÃO

83. Mulher de 32 anos, sexualmente ativa, comparece à consulta com o médico de família e comunidade para realização do seu primeiro exame preventivo. O médico realiza a coleta de citologia oncológica. Após 3 semanas, a paciente retorna com o resultado "presença de lesão intraepitelial de baixo grau".

Considerando esse resultado, qual é a conduta adequada do médico?

- A) Solicitar ultrassonografia transvaginal.
- B) Repetir o exame citopatológico em 6 meses.
- C) Encaminhar para a realização de colposcopia.
- D) Repetir o exame citopatológico imediatamente.

VEJA RESOLUÇÃO

84. A agente comunitária de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) relata, durante a reunião de equipe, a sua preocupação com os idosos de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) no território da UBS. Em sua última visita, a agente observou que, na instituição, havia 38 idosos vivendo em isolamento excessivo, a maioria sem vínculos familiares ativos e sofrendo constantes agressões dos funcionários. Comenta, ainda, que havia sinais de contenção física em idosos com demência avançada e presença de lesões de pressão.

Qual é a conduta mais adequada da equipe de saúde?

- A) Formalizar denúncia ao Conselho Municipal do Idoso, considerando que situações como contenção e úlcera por pressão podem acontecer em ambientes de institucionalização prolongada e não requerem intervenção clínica imediata.
- B) Oferecer apoio clínico para os casos de maior vulnerabilidade, como os com lesão por pressão e agitação psicomotora, sugerindo adequações na rotina assistencial, respeitando a autonomia da ILPI.
- C) Articular ação intersetorial com órgãos de controle social, registrar notificação compulsória de violência institucional e elaborar plano de ação conjunta com a equipe da ILPI.
- D) Agendar reuniões quinzenais com a equipe da ILPI para educação permanente sobre cuidados paliativos, sem envolver outras instâncias legais ou sociais.

VEJA RESOLUÇÃO

85. Mulher de 42 anos é levada pelo irmão à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com fala alterada, lentificação, tontura e sonolência. Ela admite ter ingerido 30 comprimidos de clonazepam 2 mg há 20 minutos. Paciente evolui com hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, sendo caracterizado coma e indicada a ventilação mecânica.

Que medicação é indicada nessa situação?

- A) N-acetilcisteína.
- B) Flumazenil.
- C) Naloxona.
- D) Atropina.

VEJA RESOLUÇÃO

86. Mulher de 55 anos, sem história de doenças crônicas, procura atendimento por queixa de cefaleia persistente em ambos os lados do crânio, associada a alterações de visão (amaurose fugaz e diplopia), cansaço e artralguas. Relata dor em todo o couro cabeludo. Notou perda de peso (2 kg em 2 meses). Nega fotofobia ou fonofobia, febre ou náuseas, e afirma que não acorda de madrugada por conta da cefaleia. Nega qualquer problema de ordem emocional. Ao exame, a paciente encontra-se afebril, com pupilas isocóricas e sem rigidez de nuca.

Qual é o tipo de cefaleia dessa paciente, e que exame seria útil na sua investigação preliminar, respectivamente?

- A) Cefaleia primária (cefaleia tensional); nenhum exame é necessário.
- B) Cefaleia secundária (hemorragia subaracnóidea); análise de liquor.
- C) Cefaleia primária (migrânea); tomografia computadorizada de encéfalo.
- D) Cefaleia secundária (arterite temporal); velocidade de hemossedimentação.

VEJA RESOLUÇÃO

87. Adolescente de 13 anos, sexo masculino, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) devido a manchas escurecidas nas dobras do pescoço, axilas e virilhas. Ao exame físico, índice de massa corporal está no Z escore entre +2 e +3 para a idade e sexo, relação da circunferência abdominal/estatura aumentada, com manchas hiperocrômicas no pescoço, axilas e raiz da coxa, sem outros achados significativos.

Além de prescrever mudança de hábitos alimentares e aumento da atividade física, deve-se:

- A) solicitar biópsia das lesões e hemoglobina glicada.
- B) solicitar perfil lipídico e ultrassonografia de abdome.
- C) indicar corticoide tóxico nas lesões e evitar exposição solar.
- D) indicar antifúngico nas lesões e solicitar teste de tolerância oral à glicose.

VEJA RESOLUÇÃO

88. Homem de 72 anos, encaminhado a ambulatório especializado, com queixa de dor epigástrica, com irradiação em faixa para região dorsal há 3 meses e perda de 8 kg. Queixa-se que na última semana está com prurido, icterícia, náuseas, colúria e acolia. Refere carga tabágica de 30 maços/ano e consumo de bebida alcoólica há 35 anos. Há 15 anos, trata de dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Índice de massa corporal de 30 kg/m².

Com base na principal hipótese diagnóstica, que exames iniciais devem ser solicitados?

- A) Ultrassonografia de abdome, dosagem de aminotransferases, bilirrubinas e sorologias para hepatites.
- B) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada e dosagem de aminotransferases e gama GT.
- C) Ressonância magnética de abdome e dosagem de amilase, lipase e cálcio.
- D) Tomografia de abdome com contraste e dosagem de CA 19.9.

VEJA RESOLUÇÃO

89. Gestante de 28 anos, idade gestacional desconhecida, situação de vulnerabilidade social, chega, trazida pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU), com sangramento vaginal intenso, hipertonia uterina, pressão arterial de 130 x 90 mmHg, altura uterina de 32 cm, batimentos cardíacos fetais de 90 bpm. Toque vaginal: colo grosso, posterior impérvio. A acompanhante refere que a paciente fez uso de cocaína antes do ocorrido.

O diagnóstico, a conduta adequada e a complicação possível são, respectivamente:

- A) descolamento de placenta; cesárea, útero de Couvelaire.
- B) rotura de vasa prévia; amniotomia; anemia fetal.
- C) trabalho de parto; inibição; prematuridade.
- D) pré-eclâmpsia; cesárea, rotura uterina.

VEJA RESOLUÇÃO

90. Homem de 23 anos, previamente hígido, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) relatando que há cerca de 2 horas foi mordido por um gato de rua ao tentar retirá-lo de cima de uma árvore. A mordida resultou em feridas cortocontusas nos dedos da mão esquerda. Paciente nega episódios anteriores de agressões desse tipo. O animal, que não pertence a ninguém da vizinhança, fugiu após ser resgatado. Na cidade, no ano anterior, houve a confirmação de raiva em felinos.

A conduta adequada no atendimento imediato ao paciente é:

- A) higienizar adequadamente e suturar as lacerações; aplicar o soro antirrábico; prescrever 1 dose de penicilina benzatina 1,2 milhão de UI.
- B) lavar os ferimentos com antissépticos; aguardar a busca ativa do animal pela zoonose para início da profilaxia; aplicar reforço da vacina dT (difteria e tétano).
- C) lavar os ferimentos com água corrente abundante e sabão; administrar a vacina antirrábica em 4 doses, nos dias 0, 3, 7 e 14; aplicar imunoglobulina humana antirrábica.
- D) higienizar com solução antisséptica; administrar a 1ª dose da vacina antirrábica; na presença de qualquer reação adversa, contraindicar as doses subsequentes; aplicar o soro antirrábico.

VEJA RESOLUÇÃO

91. Homem de 56 anos, em acompanhamento médico por angina instável de início recente, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, é internado em unidade coronariana de hospital de atenção terciária com quadro de dor torácica em aperto, de forte intensidade, irradiada para o membro superior esquerdo e mandíbula, iniciada há cerca de 2 horas. O paciente relata ter sofrido 3 episódios de dor com características similares, mas de menor duração, nas últimas 24 horas. Ele vem em uso crônico de losartana, hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico, dapagliflozina, metformina e atorvastatina. Ao exame físico, ausculta-se 4ª bulha, níveis pressóricos dentro da normalidade, sem congestão pulmonar. Um eletrocardiograma mostra novo infradesnivelamento segmento ST de 1 mm, com inversão de onda T, em parede anterior. O paciente evolui com elevação da troponina-I, fazendo curva enzimática. O escore de risco Grace é de 152 pontos, enquanto o *TIMI risk score* é de 5 pontos.

A conduta indicada nesse caso é realizar:

- A) angiotomografia coronária em até 48 horas.
- B) cateterismo cardíaco nas primeiras 24 horas.
- C) cateterismo cardíaco em até 3 dias do evento.
- D) ecocardiograma de estresse em até 7 dias do evento.

VEJA RESOLUÇÃO

92. Menina de 1 ano e 10 meses é levada ao serviço de urgência com quadro de tosse e dispneia há 4 dias. A mãe refere que aumentou a frequência de salbutamol, que usa rotineiramente, porém não observou melhora, com piora da dispneia há 6 horas. Relata frequentes exacerbações da asma nos últimos 3 meses, apesar da utilização de prednisolona. História familiar: pai e mãe asmáticos. Ao exame físico, lactente no colo da mãe, afebril, sonolenta, taquidispneica, choro entrecortado, saturação 94% em ar ambiente, retração de musculatura acessória.

Além da internação da criança, a conduta adequada é prescrever:

- A) metilprednisolona endovenoso.
- B) ventilação não invasiva (VNI) com sedação.
- C) salbutamol endovenoso em infusão contínua.
- D) sulfato de magnésio em infusão intravenosa contínua.

VEJA RESOLUÇÃO

93. Paciente de 45 anos atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) com dor ocular. Referiu que estava realizando limpeza doméstica com alvejante e deixou atingir o olho, acidentalmente. Ao exame físico, foi observada presença de hiperemia intensa com opacidade da córnea e queimadura química da pálpebra superior do olho direito.

Qual é o correto manejo da paciente?

- A) Prescrição de analgésico tópico e colírio lubrificante.
- B) Lavagem dos olhos com solução de água boricada e curativo oclusivo.
- C) Lavagem ocular com solução fisiológica e avaliação imediata do especialista.
- D) Prescrição de colírio de corticoide tópico e avaliação precoce do especialista.

VEJA RESOLUÇÃO

94. Mulher de 72 anos, previamente hígida, com menopausa aos 53 anos, obesa, solteira e nulípara, nunca fez reposição hormonal. Chega à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com sangramento vaginal há dois dias, hemodinamicamente estável. Nega sangramentos anteriores. Realizou exame especular, com os seguintes achados: mucosa vaginal sem alterações, colo uterino contendo lesão polipóide que se exteriorizava pelo orifício externo, ectocérvice sem alterações, anexos livres. A ultrassonografia transvaginal, útero contendo 3 nódulos, medindo respectivamente 2,5 cm, 3,5 cm e 1,5 cm

em seus maiores diâmetros, sendo o 1º e o 2º intramurais e o 3º submucoso. Endométrio medindo 8 mm de espessura. Colo uterino mostrando lesão polipoide no canal endocervical, medindo 1,5 cm em sua maior dimensão.

Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Hiperplasia endometrial.
- B) Câncer de colo de útero.
- C) Leiomioma submucoso.
- D) Endométrio atrófico.

VEJA RESOLUÇÃO

95. Menina de 11 anos é levada pela mãe à consulta médica em Unidade Básica de Saúde (UBS), com história de cansaço, palidez cutânea e baixo rendimento escolar nos últimos 3 meses. Ao exame físico, mucosas hipocrômicas (3+/4+); palidez cutânea. Pulso radial: 104 bpm, rítmico e cheio. Aparelho cardiovascular: sopro sistólico 2/6. Restante do exame físico sem alterações. Mãe apresenta hemograma da menina realizado há 2 semanas.

	Resultados	Valores de referência
Hemoglobina	8,4 g/dL	11,5 a 15,5 g/dL
Hematócrito	25,3%	36 a 48%
VCM	62 fL	80 a 98 fL
HCM	24 pg	27 a 34 pg
CHCM	28 g/dL	31 a 36 g/dL
RDW	22%	11,5 a 14,5%
Leucócitos totais	8.430/mm ³	4.000 a 10.000/mm ³
Neutrófilos	54%	40 a 80%
Eosinófilos	10%	0 a 5%
Basófilos	1%	0 a 2%
Monócitos	4%	2 a 10%
Linfócitos	31%	25 a 50%
Plaquetas	480.000/mm ³	140.000 a 450.000/mm ³

Diante do caso apresentado, assinale a alternativa mais adequada.

- A) Deve-se dosar o ferro sérico, por ser exame sensível e específico, atentando-se para o ritmo circadiano do ferro, cujos valores são mais elevados pela manhã.
- B) Considerando-se o resultado dos exames, pode-se iniciar tratamento com 4 mg/kg/dia de ferro elementar, e espera-se aumento de reticulócitos em 4 a 7 dias.
- C) Com base no HCM, a anemia pode ser classificada em normocítica, e o esfregaço de sangue periférico pode evidenciar anisocitose, eliptocitose e poiquilocitose.
- D) A eosinofilia e a trombocitose observadas justificam o encaminhamento para hematologista, a fim de investigar causas de anemia e comprometimento esplênico.

VEJA RESOLUÇÃO

96. Homem de 30 anos chega para consulta em Unidade Básica de Saúde (UBS) devido à astenia e úlcera no pênis. Trabalha como profissional do sexo e nem sempre faz uso de preservativo. Há cerca de 3 meses, vem notando emagrecimento (10 kg no período), astenia, febre baixa sem horário fixo e, há 1 semana, observou o aparecimento de úlcera dolorosa no pênis. Nega secreção uretral. Ao exame físico, apresenta-se emagrecido, com uma lesão ulcerada com bordas elevadas sem secreção de aproximadamente 3 centímetros logo abaixo da glândula, rasa e de base mole, além de linfonodomegalia inguinal direita, com sinais inflamatórios, sem fistulização.



Nesse caso, a investigação, o achado esperado e o tratamento referentes à úlcera devem ser, respectivamente:

- A) sorologia para *Chlamydia trachomatis*, positiva; doxiciclina 100 mg, 2 vezes ao dia, via oral, por 7 dias.
- B) biópsia da úlcera; bacilos álcool-ácido resistentes; esquema inicial com pirazinamida, isoniazida e rifampicina, via oral.
- C) *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL); reagente; benzilpenicilina benzatina 1,2 milhão de unidades, intramuscular, dose única.
- D) microscopia de esfregaço do fundo da úlcera; Gram-negativos agrupados em correntes; azitromicina 500 mg, via oral, 2 comprimidos em dose única.

VEJA RESOLUÇÃO

97. Mãe de menina de 7 anos, em consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS), relata preocupação por a filha ser a menor de sua sala de aula. Nega intercorrências nos períodos gestacional e neonatal. Nega internações ou uso de medicações contínuas. Exame físico sem alterações, estágio de desenvolvimento de Tanner M1P1; peso de 19 kg (z-1); estatura de 1,07 m (-3 < z < -2) com alvo de 1,50 m (z-2); índice de massa corporal de 16,6 (0 < z < +1); relação entre segmento superior e segmento inferior de 1,02 (valor de referência para a idade: 1 a 1,3). Em consulta com 6 anos e 8 meses, apresentava peso de 17 kg (-2 < z < -1); estatura de 1,05 m (-3 < z < -2); índice de massa corporal de 15,4 (z 0), quando foi realizado cálculo de idade óssea compatível com 5 anos e 10 meses.

A hipótese diagnóstica adequada para o caso é:

- A) acondroplasia.
- B) síndrome de Turner.
- C) baixa estatura familiar.
- D) atraso constitucional do crescimento.

VEJA RESOLUÇÃO

98. Paciente de 43 anos, sexo feminino, internada em enfermaria de cirurgia. Refere icterícia, colúria e acolia, iniciadas há 72 horas. Paciente nega tabagismo, comorbidades ou episódios semelhantes previamente.

Exame físico: icterícia (+++/++++), dor à palpação profunda de hipocôndrio direito; frequência cardíaca de 83 bpm; pressão arterial de 123 x 76 mmHg; temperatura axilar de 37,4 °C.

Ultrassonografia de abdome: presença de múltiplas imagens móveis e arredondadas, de 0,5 a 1 cm de diâmetro, e dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas.

Exames laboratoriais:

Exame	Resultado	Valor de referência
Hematócrito	50%	38 a 52%
Leucócitos totais	9.000/mL	4.000 a 11.000/mL
Bastões	3%	0 a 5%
Creatinina	0,9 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
TGO	45 U/L	4 a 35 U/L
TGP	38 U/L	4 a 32 U/L
Fosfatase alcalina	760 U/L	40 a 150 U/L
Gama GT	900 U/L	9 a 36 U/L
Bilirrubina total	6,2 mg/dL	0,2 mg/dL a 1,20 mg/dL
Bilirrubina direta	5,1 mg/dL	0,1 a 0,4 mg/dL
Amilase	80 U/L	28 a 100 U/L

Nesse momento, quais são, respectivamente, o diagnóstico sintromico e o exame complementar mais indicados para prosseguir à investigação?

- A) Síndrome colestática sem colangite; tomografia de abdome com contraste venoso.
- B) Síndrome colestática com colangite; ressonância nuclear magnética de vias biliares.
- C) Síndrome colestática sem colangite; ressonância nuclear magnética de vias biliares.
- D) Síndrome colestática com colangite; colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

VEJA RESOLUÇÃO

99. Primigesta de 28 anos, com 33 semanas de gestação, pré-natal de risco habitual, chega ao pronto-atendimento obstétrico relatando saída de líquido claro pela vagina há cerca de 2 horas. Ao exame físico, sinais vitais normais, tônus uterino normal, não há presença de contrações, altura uterina é compatível com a idade gestacional, movimentos fetais presentes e frequência cardíaca fetal de 140 bpm. Ao exame especular, nota-se saída de líquido amniótico claro pelo orifício externo do colo uterino. Após a prescrição de antibiótico e corticoterapia antenatal, a conduta adequada a ser adotada é prescrever

- A) internação hospitalar e monitoramento materno-fetal diário.
- B) internação hospitalar, cardiotocografia e indução imediata do parto.
- C) alta, repouso domiciliar e monitoramento materno-fetal ambulatorial diário.
- D) alta, repouso domiciliar e monitoramento materno-fetal ambulatorial semanal.

[VEJA RESOLUÇÃO](#)

100. Considerando a atenção ao pré-natal de pacientes na atenção primária em saúde, assinale a condição clínica que indica a referência da gestante para acompanhamento conjunto em um centro de referência especializado (pré-natal de alto risco).

- A) Malária no 3º trimestre da gestação.
- B) Anemia com 9,5 mg/dL de hemoglobina.
- C) Gestação gemelar dicoriônica diamniótica.
- D) Diabetes *mellitus* gestacional controlada com dieta.

[VEJA RESOLUÇÃO](#)

QUESTÕES COMENTADAS

1. Mulher de 58 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e em tratamento irregular, é encaminhada ao ambulatório de clínica médica de atenção secundária. Queixa-se de fadiga e dispneia aos esforços, com piora progressiva. Ao exame físico, é observado ritmo cardíaco regular em 4 tempos (B3 + B4), sem sopros no precórdio, mas com crépitos em bases pulmonares; pressão arterial: 148 x 90 mmHg. Ecocardiograma transtorácico evidencia hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, associada com fração de ejeção de 38% (por Simpson). Exames laboratoriais normais, salvo pela elevação sérica de peptídeo natriurético tipo B (BNP). Para melhorar o controle da HAS e o prognóstico da paciente, o tratamento com inibidor da enzima conversora de angiotensina foi mantido, e o especialista optou por associar determinado fármaco, devido ao impacto positivo no prognóstico de sobrevida dessa paciente.

O fármaco introduzido no tratamento da paciente foi:

- A) espironolactona.
- B) clortalidona.
- C) hidralazina.
- D) clonidina.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. BRUNO FERRAZ

Caro Estrategista,

Trata-se de uma paciente de 58 anos, hipertensa e em tratamento irregular, apresentando fadiga e dispneia progressiva, com B3 e B4 à ausculta e crepitações em bases pulmonares, sugerindo insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). O ecocardiograma confirma hipertrofia ventricular esquerda concêntrica e fração de ejeção de 38%, além de BNP elevado, consolidando o diagnóstico.

O quarteto de tratamento inicial da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) representa a base terapêutica mais atual dessa condição, fundamentado em evidências robustas que demonstram melhora significativa na sobrevida, na função cardíaca e na qualidade de vida dos pacientes. Ele é composto por quatro classes farmacológicas: betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA) ou antagonistas da neprilisina (ARNI), antagonistas da aldosterona e inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT2).

Os betabloqueadores (como carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol) atuam bloqueando a hiperativação do sistema nervoso simpático, um dos principais mecanismos de progressão da insuficiência cardíaca. Com isso, reduzem a frequência cardíaca, melhoram o enchimento diastólico, previnem o remodelamento ventricular e diminuem o consumo de oxigênio pelo miocárdio. São drogas que reduzem mortalidade e hospitalizações, devendo ser introduzidas precocemente em pacientes clinicamente estáveis.

Os IECA (como enalapril) e os BRA (como losartana) atuam inibindo o sistema renina-angiotensina-aldosterona, reduzindo a pós-carga, a pré-carga e o remodelamento miocárdico. Contudo, atualmente, recomenda-se substituir essas drogas pelo ARNI (sacubitril-valsartana), uma combinação que associa o bloqueio do receptor de angiotensina ao inibidor da neprilisina. O ARNI proporciona redução adicional da mortalidade e das hospitalizações quando comparado ao IECA isolado.

O antagonista da aldosterona, representado principalmente pela espironolactona ou pela eplerenona, bloqueia os efeitos deletérios da aldosterona sobre o coração e o rim, prevenindo fibrose miocárdica, retenção de sódio e remodelamento ventricular. Essa classe mostrou, em grandes ensaios clínicos, importante redução da mortalidade global e das internações por insuficiência cardíaca, sendo indicada para todos

os pacientes com fração de ejeção igual ou inferior a 40%, que permaneçam sintomáticos apesar do uso de IECA (ou ARNI) e betabloqueador. Por fim, os inibidores de SGLT2 (como dapagliflozina e empagliflozina) revolucionaram o manejo da insuficiência cardíaca ao demonstrarem benefícios expressivos, independentemente da presença de diabetes *mellitus*. Seu mecanismo envolve diurese e natriurese leve, melhora do metabolismo energético cardíaco, redução da sobrecarga de volume e efeitos anti-inflamatórios e antifibróticos. Essa classe reduz tanto mortalidade cardiovascular quanto hospitalizações por insuficiência cardíaca, sendo hoje considerada um pilar essencial do tratamento.

Na prática, recomenda-se iniciar precocemente o IECA (ou ARNI) e o betabloqueador, desde que o paciente apresente estabilidade hemodinâmica. Em seguida, associam-se o antagonista da aldosterona e o inibidor de SGLT2, com ajustes graduais de dose conforme tolerância clínica, pressão arterial, função renal e níveis séricos de potássio.

Em conjunto, essas quatro classes reduzem a mortalidade em até 60%, diminuem as hospitalizações em até 70%, atenuam o remodelamento ventricular e proporcionam ganho funcional significativo. Por isso, o quarteto terapêutico deve ser instituído de forma precoce e mantido indefinidamente, compondo o núcleo do tratamento farmacológico de todos os pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

Vamos analisar as afirmativas:

Correta a alternativa A. Indicada em pacientes com ICFER ($FE \leq 40\%$) e sintomas persistentes, mesmo sob uso de IECA e betabloqueador. Proporciona melhora na sobrevida, redução de hospitalizações e melhora funcional. Não se esqueça de monitorar potássio e função renal.

Incorreta a alternativa B. É um diurético tiazídico usado no controle da hipertensão arterial, mas não possui impacto comprovado na mortalidade em ICFER. Serve para controle pressórico, não para melhora do prognóstico.

Incorreta a alternativa C. Vasodilatador arterial útil em casos específicos, como pacientes intolerantes a IECA/BRA ou em associação com nitrato em pacientes negros. Não é droga de primeira escolha neste contexto.

Incorreta a alternativa D. Antagonista alfa-2 central. Usado para controle pressórico refratário, mas sem benefício prognóstico na insuficiência cardíaca. Além disso, pode causar efeitos adversos, como bradicardia e sedação.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

2. Lactente de 4 meses é levado ao serviço de emergência com história de vômitos, poliúria, episódios de fraqueza intensa e febre. Ao exame físico, apresenta-se com desidratação grave e déficit de crescimento significativo. Encontram-se, ainda, sinais radiológicos de osteopenia e raquitismo resistente à vitamina D. Com base na principal hipótese diagnóstica, o distúrbio ácido-básico relacionado ao caso é:

- A) alcalose respiratória hipoclorêmica.
- B) acidose metabólica hiperclorêmica.
- C) alcalose respiratória hipocalêmica.
- D) acidose metabólica hipercalêmica.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RICARDO LEAL

Fala, Estrategista!

Vou lhe contar: você está diante de uma das questões mais difíceis que envolve os distúrbios do equilíbrio ácido-básico que eu já vi em uma prova de acesso direto. Digo a você com tranquilidade que essa questão poderia estar em uma prova de título de Nefrologia...

O enunciado traz uma criança com diversos sinais e sintomas sistêmicos e questiona-nos sobre o possível distúrbio ácido-básico apresentado por ela. Para acertar a questão, o que você precisaria saber de fisiologia era relacionar o distúrbio mineral e ósseo do paciente com um distúrbio ácido-básico.

Mas que relação é essa?

O osso é um dos sistemas-tampão do organismo. Ou seja, no excesso de H^+ (acidoses metabólicas), esse cátion é tamponado pelo osso mediante a liberação de carbonato de cálcio, uma base.

O curioso é que isso não acontece em todas as situações, mas principalmente nas acidoses metabólicas crônicas.

A desmineralização progressiva e o aumento da excreção renal de cálcio agravam, com o passar do tempo, a estrutura óssea do paciente.

Mas que distúrbio é responsável por isso?

Principalmente a acidose tubular renal tipo 1 (ATR 1), uma condição que pode ter origem genética, como é a grande suspeita da questão (manifestação ainda nos primeiros meses de idade). A ATR 1 é uma acidose metabólica de ânion *gap* normal, ou hiperclorêmica. Outro fato curioso é que a ATR cursa com hipocalcemia, diferentemente das outras causas de acidose metabólica.,

Repito: questão extremamente difícil e que requer conhecimento profundo sobre distúrbios ácido-básicos e alterações minerais e ósseas.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Alcaloses respiratórias não cursam com distúrbios ósseos.

Correta a alternativa B. É nossa principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa C. Justificativa semelhante à alternativa A.

Incorreta a alternativa D. A ATR é hipocalêmica.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

3. Homem de 45 anos foi encontrado inconsciente por familiares junto a uma escada de sua casa. Familiares conduziram-no em carro próprio, sem medidas-padrão de atendimento pré-hospitalar. Não sabem por quanto tempo ficou desacordado nem sobre o histórico de saúde. Quando deu entrada no pronto-socorro, encontrava-se inconsciente, com equimose e escoriações na região orbital e palpebral direita, além de escoriações na região cervical posterior e em membros à direita. Não apresentava resposta ao comando verbal, mas respirava espontaneamente com frequência normal. Pressão arterial de 140 × 90 mmHg e pupilas isocóricas. Durante a avaliação, abriu os olhos e começou a se mexer, ainda sem responder a questões ou comandos. Após 30 minutos começou a responder, mas informava não se lembrar de ter caído da escada.

Considerando o quadro, a conduta adequada é:

- A) tomografia de crânio, face e coluna cervical; radiografia de membros; manter o paciente em observação por 12 horas.
- B) radiografia de crânio, coluna cervical e membros em duas posições; internar o paciente para observação.
- C) tomografia de crânio, face e radiografia de membros; liberar o paciente para observação domiciliar.
- D) radiografia de crânio e face; radiografia de membros; internar o paciente por 24 horas.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RODRIGO FREZATTI

Olá, Estrategista, a questão trata da abordagem ao paciente vítima de traumatismo cranioencefálico (TCE). Primeiramente, atente-se para a classificação do TCE, baseada na escala de coma de Glasgow (ECG):

TCE Leve	ECG 13, 14 ou 15
TCE Moderado	ECG 9 a 12
TCE grave	ECG 3 a 8

Vale a ressalva de que, em algumas literaturas, a classificação de TCE leve engloba apenas os pacientes com ECG 14 ou 15.

A questão cobra um conceito primordial no atendimento desses pacientes: quando é necessária a realização de TC de crânio no paciente vítima de TCE leve?

O exame deverá ser realizado naqueles pacientes com maior risco de lesão estrutural cerebral. De acordo com o *Canadian CT score rule*, um dos algoritmos mais usados, as principais indicações são:

- ECG < 15 após 2 horas do trauma;
- suspeita de fratura aberta do crânio;
- sinais sugestivos de fratura de base de crânio (hemotímpano, hematoma periorbitário (sinal do olho de guaxinim), hematoma retroauricular (sinal de Battle), oto ou rinorreia;
- ao menos dois episódios de vômitos;
- idade superior a 65 anos;
- amnésia anterógrada superior a 30 minutos;
- mecanismo de alto impacto (atropelamento, acidente automobilístico com ejeção do veículo, queda de altura superior a 1 metro).

Além disso, a presença de crise epiléptica, déficit neurológico focal ou o uso de anticoagulantes também indicam a demanda de neuroimagem. Critérios como cefaleia, intoxicação etílica e alteração comportamental são menos validados e geralmente não são, isoladamente, indicativos de necessidade de realização de neuroimagem.

Pois bem. Não fica claro o Glasgow do paciente no momento da avaliação, entretanto, a cinemática é de alto impacto, corroborando a indicação da imagem. Além disso, pelos mesmos motivos, a TC de coluna cervical também deve ser realizada.

Vejamos as alternativas

Correta a alternativa A. Exatamente. A única alternativa que contempla a abordagem adequada a esse paciente.

Incorreta a alternativa B. A radiografia de crânio não tem espaço em nenhum cenário da avaliação do paciente vítima de TCE.

Incorreta a alternativa C. Os problemas da alternativa são não incluir a TC de coluna cervical e liberar o paciente imediatamente após o exame.

Incorreta a alternativa D. Como vimos, a proposta de radiografia de crânio invalida a alternativa.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

4. Paciente de 30 anos procurou consultório de ginecologia relatando fadiga, dismenorreia progressiva e dispareunia de profundidade. Toque vaginal; útero de volume normal, retroversofletido, dor à mobilização do colo.

Com base nessas informações, a principal hipótese diagnóstica é:

- A) doença inflamatória pélvica.
- B) miomatose uterina.
- C) cisto hemorrágico.
- D) endometriose.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ALEXANDRE MELITTO

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de dismenorreia progressiva e dispareunia de profundidade. Ao exame físico, foi observado útero retroversofletido e dor à mobilização do colo. Esse quadro é muito característico de endometriose.

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

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

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

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

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

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente não preenche os critérios diagnóstico de doença inflamatória pélvica, já que não apresenta dor à palpação anexial nem alterações do conteúdo vaginal.

Incorreta a alternativa B, porque a paciente não apresenta quadro sugestivo de miomatose uterina, já que não apresenta menorragia (sangramento uterino anormal).

Incorreta a alternativa C, porque a paciente não apresenta quadro de abdome agudo, com dor abdominal "súbita", nem aumento e/ou dor anexial.

Correta a alternativa D: a paciente apresenta quadro muito característico de endometriose.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

5. Homem de 28 anos, estudante universitário, residente em zona urbana, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) referindo aparecimento de lesão cutânea em região dorsal da mão, cerca de 1 mês após ter sofrido arranhadura de gato de rua. A lesão apresenta úlceras com presença de crostas além de nodulações próximas. Foi submetido à biópsia da lesão cutânea e cultura de material. Observou-se dermatite granulomatosa difusa, presença de corpos asteroides e material eosinofílico ao redor de células características.



Quais são a principal hipótese diagnóstica e o respectivo tratamento para esse caso?

- A) Furunculose; cefalexina por 7 dias.
- B) Herpes-zóster; aciclovir por 10 dias.
- C) Esporotricose; itraconazol por 120 dias.
- D) Paracoccidiodomicose; anfotericina B por 30 dias.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO SOUZA

Estrategista, estamos vendo uma placa ulcerada e algumas nodulações entre a região dorsal da mão e o antebraço do paciente. Com a história dessas lesões terem surgido após arranhadura de gato, precisamos imediatamente fazer a hipótese diagnóstica de esporotricose. A esporotricose é uma micose subcutânea causada por fungos do gênero *Sporothrix* spp. e atualmente a principal forma de transmissão é arranhadura com felinos contaminados. O padrão-ouro para o diagnóstico é a visualização do fungo na cultura em meio específico. Na biópsia de pele, podemos ver o que foi descrito: uma dermatite granulomatosa e um material eosinofílico (róseo) que são os corpos asteroides.

Incorreta a alternativa A. Furunculose é o termo dado para quando o paciente apresenta diversos furúnculos. Não é o caso aqui apresentado.

Incorreta a alternativa B. O herpes-zóster manifesta-se como vesículas e bolhas agrupadas sobre uma base eritematosa seguindo um trajeto neural e não cruza a linha média.

Correta a alternativa C. De fato, esse é o diagnóstico. Tratamos com itraconazol ou terbinafina.

Incorreta a alternativa D. A paracoccidiodomicose pode se manifestar na pele de várias formas, com úlceras, placas verrucosas. Mas geralmente há o acometimento sistêmico, principalmente pulmonar.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

6. Observe o encaminhamento realizado por um médico de família.

À cardiologia,

"Encaminho o Sr. J. L. S., de 56 anos, com diagnóstico de cardiopatia isquêmica, que sofreu um infarto agudo do miocárdio há 3 meses. Tem orientação para o uso de antiagregantes plaquetários, mas tem história de úlcera péptica e teve reação alérgica ao clopidogrel e à ticlopidina. Dessa forma, solicito orientação quanto à conduta preventiva."

Ao ser assistido pelo cardiologista, o paciente será atendido em que nível de atenção e receberá que tipo de prevenção, respectivamente?

- A) Primário; secundário.
- B) Secundário; secundário.
- C) Terciário; terciário.
- D) Quaternário; terciário.

COMENTÁRIO E PROFESSORA: BÁRBARA D'ALEGRIA

Referências bibliográficas:

1. SANTOS, José Agostinho. Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, [Porto?], v. 30, n.º 3, p. 152-154, maio 2014. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11358>. Acesso em 27 de outubro de 2025.
2. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Ministério da Saúde. Publicado em 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em 27 de outubro de 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento: cadernos de atenção primária, n.º 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf. Acesso em 27 de outubro de 2025.

Estrategista,

As questões que envolvem os níveis de prevenção em saúde são clássicas no INEP e foram previstas por nosso time na reta final para o ENAMED. Vamos aproveitar para revisar rapidamente esse tema.

Prevenção primária é o conjunto de ações de saúde que são aplicadas antes de o indivíduo desenvolver a doença. Portanto, são as ações estabelecidas no **período pré-patogênico**. De forma geral, essas ações podem ser classificadas em dois tipos: **(a) promoção da saúde** e **(b) proteção específica da saúde**.

As ações de **promoção em saúde** são aquelas que têm por objetivo melhorar o estado de saúde do indivíduo, como o estímulo para o consumo de uma alimentação saudável e prática de atividade física. Ainda, enquadram-se aqui também as ações que combatem os determinantes sociais de saúde, como cultura da paz, melhoria da mobilidade urbana, alfabetização, entre outras que atuam nos níveis socioeconômicos reduzindo o risco de doenças e agravos. Já as ações de **proteção específica** têm por objetivo proteger o indivíduo *especificamente* de uma determinada doença. É o caso da imunização e do uso de preservativos.

Prevenção secundária é o conjunto de ações de saúde que são aplicadas ao indivíduo que já tem a doença. Como a doença já existe, consideramos que já há algum dano e que precisamos limitá-lo (isto é, precisamos 'frear' ou "retardar" a evolução natural da doença para que ela não progrida para as complicações, o que levaria à invalidez total ou parcial).

Por exemplo, sabemos que uma neoplasia, quando não tratada, pode evoluir naturalmente para metástases. Logo, o principal objetivo da prevenção secundária será evitar a evolução para as complicações e para o óbito, limitando, assim, o dano causado pelo processo patogênico. São exemplos de prevenção secundária as ações que envolvem rastreamentos, diagnósticos de forma geral e tratamentos.

Prevenção terciária é o conjunto de ações de saúde que são aplicadas ao indivíduo que já tem alguma complicação em virtude da enfermidade. Em outras palavras, o paciente já apresenta alguma **perda de função** ou **incapacidade funcional** do processo patogênico. Portanto, ele já está em uma fase mais avançada da doença. Nesse sentido, o objetivo aqui será recuperar essa função perdida, ainda que parcial ou artificialmente.

Como assim, Bárbara?

Vamos lá! O exemplo clássico de prevenção terciária é o do indivíduo hipertenso que evolui com acidente vascular encefálico e perde parte da função motora. Com isso, ele é submetido a sessões de fisioterapia para recuperar parte dessa função perdida.

Porém, a utilização de cadeira de rodas por aqueles que não têm mais a capacidade de deambulação, permitindo que eles possam se locomover, assim como a realização de uma gastrostomia em quem tem uma obstrução de esôfago por neoplasia (devolvendo, assim, a capacidade de nutrição) também são consideradas ações de prevenção terciária.

Existem, ainda, mais dois níveis de prevenção em saúde relacionados à prevenção de iatrogenias. São eles: a **prevenção quaternária** e a **prevenção quinquenária**.

A **prevenção quaternária** foi descrita pelo médico de família belga Marc Jamouille e é também conhecida como **P4**. Trata-se de um nível de prevenção que pode ser aplicado em qualquer ponto da evolução natural da doença, uma vez que o objetivo é prevenir iatrogenias no paciente. Tem como prerrogativa o famoso "*primum non nocere*" (primeiramente, não fazer mal), evitando o excesso de intervenções que poderiam levar a muitos exames (e falso-positivos) e à hipermedicalização. Mais recentemente, o conceito vem sendo reformulado e não pressupõe necessariamente a negativa de exames que não apresentam robustez científica, e sim a **análise conjunta com o paciente para avaliar os riscos e os benefícios de uma determinada prática à luz da Medicina Baseada em Evidências**.

Já a **prevenção quinquenária** foi criada em 2014 por Agostinho e tem por objetivo "*impedir a iatrogenia no paciente, atuando no médico*". **Sabemos que a segurança do paciente passa pelo médico**. Se o profissional não estiver em condições de saúde adequadas, principalmente do ponto de vista psíquico, será alta a probabilidade de ele cometer equívocos em suas condutas, já que ele não estará com sua capacidade de decisão clínica preservada.

Por isso, **quando as ações de saúde são aplicadas no médico (não no paciente) com o objetivo de prevenir o burnout**, teremos a prevenção quinquenária. Observe que o paciente se beneficiará indiretamente, já que o médico, por não estar em sofrimento psíquico, conseguirá planejar as condutas e discuti-las de forma assertiva.

E uma observação: o artigo original da prevenção quinquenária fala sobre as ações de saúde serem aplicadas ao médico, mas nada impede que a questão mencione outras categorias profissionais, como a dos enfermeiros.

Voltando para a questão, veja que o enunciado menciona um encaminhamento do médico de família para o cardiologista. Observe que o paciente já está no período patogênico, uma vez que ele já apresenta cardiopatia isquêmica. Porém, nada é mencionado sobre possíveis complicações, como perda da função sistólica. Logo, podemos concluir que o tratamento dessa enfermidade será uma ação de prevenção secundária.

Porém, observe que a questão também menciona os **níveis de atenção à saúde**. O Ministério da Saúde conceitua três níveis principais:

- atenção primária à saúde (APS);
- atenção secundária;
- atenção terciária.

A **atenção primária à saúde (ou atenção básica)** é representada pelas **Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família** e unidades móveis, como as **Unidades Básicas Fluviais**, que formam, em conjunto, a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde. É o nível de atenção que acompanha o paciente longitudinalmente, em todas as fases de sua vida, ofertando integralidade e atendimento centrado nas necessidades do paciente. O núcleo familiar também é considerado importante no atendimento, sendo parte do processo saúde-doença.

Já a **atenção secundária** e **atenção terciária** são consideradas os níveis de atenção especializada pelo Ministério da Saúde, o que é um nome inadequado, já que também temos especialistas na APS. Porém, o Ministério afirma que esses dois níveis formam a média e a alta complexidade do sistema, sendo a média complexidade, em grande parte, ambulatorial (atenção secundária) e a alta complexidade, hospitalar (atenção terciária):

Atenção secundária (média complexidade): constituída pelos ambulatórios de especialidades, mas não só por eles. Entram aqui os hospitais de especialidades com procedimentos menos complexos, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), policlínicas e centros de diagnóstico por imagem.

Atenção terciária (alta complexidade): formada por hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários e unidades de ensino e pesquisa. Apresentam leitos de unidade intensiva e leitos para cirurgias de elevada complexidade, além de tecnologias mais densas para procedimentos de natureza oncológica, cardiovascular, além de transplantes e partos de alto risco. Aqui também entram as cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida, afecções genéticas e a assistência a outras enfermidades raras.

É importante ressaltar que, para alguns autores, existe também a **atenção quaternária ou nível quaternário de atenção**, que seria aquele que está equipado com altíssima tecnologia para atender pacientes que estão em risco elevado de iatrogenia em decorrência do excesso de tratamentos. São hospitais que realizam transplantes de órgãos e outros procedimentos mais complexos como cirurgias cardíacas (portanto, ficariam responsáveis por parte dos procedimentos descritos anteriormente como pertencentes ao nível terciário).

Com essas informações em mente, vamos analisar as assertivas.

Incorreta a alternativa A. Como dito, o nível primário de atenção (ou atenção primária à saúde - APS) é caracterizado como a porta de entrada preferencial do sistema único de saúde, apresentando equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família e/ou equipe de Atenção Primária) e utilização de tecnologias leves. É formado pelas unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e unidades móveis, como a unidade básica de saúde fluvial. Como o caso descrito pela questão necessita da atuação de um **especialista focal**, o paciente será encaminhado *a priori* para a **atenção secundária**. Logo, o erro aqui está em afirmar que o nível de atendimento seria a APS.

Correta a alternativa B, com ressalvas. O atendimento do cardiologista ocorre no nível ambulatorial, portanto nível secundário. Ainda, considerando que o paciente já está no período patogênico, o tratamento da enfermidade seria classificado como prevenção secundária. No entanto, temos uma ressalva aqui. O Ministério da Saúde afirma que o tratamento após o infarto agudo do miocárdio é considerado prevenção terciária.

“Prevenção terciária é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (ex.: prevenir complicações do diabetes, reabilitar paciente pós-infarto – IAM ou acidente vascular cerebral)” (Cadernos de Atenção Básica, n° 29).

Se considerarmos essa referência, a assertiva estaria incorreta e caberia recurso para a anulação.

Incorretas as alternativas C e D. Como vimos anteriormente, o nível de prevenção até poderia ser classificado como terciário, mas o nível de atenção seria secundário. Portanto, essas alternativas não correspondem ao nosso gabarito.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

7. Homem de 20 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, chega à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) acompanhado de familiares, que descrevem que o paciente acordou "torto". Há 5 dias, foi realizada a troca de risperidona por haloperidol, pois aquela estava em falta na farmácia. Paciente nega outras queixas clínicas. Ao exame, apresenta contratura de região cervical e fácies de dor.

Quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada?

- A) Distonia; biperideno intramuscular.
- B) Acatisia; haloperidol intramuscular.
- C) Discinesia tardia; diazepam intramuscular.
- D) Síndrome extrapiramidal; prometazina intramuscular.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Os antipsicóticos típicos podem causar sintomas conhecidos extrapiramidais (síndrome extrapiramidal - SEP) ou, ainda, sintomas parkinsonianos, como discinesias, tremores, distonias e acatisia, uma sensação de inquietação, descrita por alguns pacientes como uma "ansiedade nas pernas".

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

Além dos antipsicóticos, alguns medicamentos de uso clínico, como metoclopramida, cinarizina e flunarizina também podem ocasionar o surgimento da síndrome por também bloquearem esses receptores.

O tratamento das manifestações da SEP baseia-se, especialmente, na prevenção, já que o bloqueio excessivo dos receptores D2 não traz benefícios terapêuticos adicionais. A redução da dose do antipsicótico deve ocorrer nos primeiros indícios da síndrome.

Caso o paciente esteja utilizando um antipsicótico típico, ele poderá ser beneficiado com a troca por um atípico. Medicações com propriedades anticolinérgicas, como o biperideno, e benzodiazepínicos podem aliviar os sintomas agudos da SEP, mas não previnem a discinesia tardia (DT). A acatisia, especificamente, responde melhor ao uso de benzodiazepínicos ou betabloqueadores.

Vamos às alternativas!

Correta a alternativa A: a distonia aguda é um efeito colateral que resulta em contração muscular (muitas vezes dolorosa) envolvendo tronco, pescoço e, algumas vezes, promovendo crises oculogíricas, observa-se que crianças/adolescentes e pessoas do sexo masculino são mais acometidas. Crianças, inclusive, podem apresentar opistótono.

Incorreta a alternativa B: a acatisia, uma sensação de inquietação motora, descrita por alguns pacientes como uma "ansiedade nas pernas".

Incorreta a alternativa C: o bloqueio excessivo e prolongado (normalmente superior a 6 meses) dos receptores D2 na via nigroestriatal causado por antipsicóticos, ou a suspensão abrupta dessas drogas, leva os receptores dopaminérgicos a uma "hipersensibilidade compensatória" para tentar superar o bloqueio dopaminérgico. Em virtude disso, alguns pacientes desenvolvem a discinesia tardia (DT), que tem como principal característica movimentos orobucocomastigatórios (menos frequentemente movimentos de membros superiores e tronco) involuntários e, em muitos casos, é irreversível (cerca de 50%).

Incorreta a alternativa D: síndrome extrapiramidal trata-se de um diagnóstico amplo e genérico, que descreve de forma generalista o achado em questão.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

8. Mulher de 20 anos procura atendimento médico no ambulatório de clínica médica de referência devido ao quadro iniciado há 3 meses, com dor e edema articular acometendo articulações das mãos (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas e punhos), assim como cotovelos, joelhos e tornozelos. Relata rigidez matinal que perdura por mais de 2 horas. O exame físico confirma dor e edema nas articulações descritas, além de mucosas hipocoradas (++)/4+, sem outras alterações.

A hipótese diagnóstica a ser considerada, o achado laboratorial esperado e a primeira linha de tratamento indicada são, respectivamente:

- A) esclerose sistêmica; níveis elevados de creatina quinase; prednisona.
- B) artrite reumatoide; pesquisa do fator reumatoide (FR) positivo; metotrexato.
- C) lúpus eritematoso sistêmico; FAN com padrão nuclear pontilhado fino denso; cloroquina.
- D) doença mista do tecido conjuntivo; FAN com padrão nuclear pontilhado fino denso; azatioprina.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF TAYSA MOREIRA

Estrategista, antes de irmos para as alternativas é importante que, em questões como essa, você esteja apto a identificar os padrões de acometimento articular clássicos das doenças reumatológicas. Essa é a chave para resolver boa parte das questões envolvendo artropatias. Vamos lá!

Diante de um adulto, especialmente do sexo feminino, que apresenta poliartrite (5 ou mais articulações) crônica (6 semanas ou mais de duração) e simétrica de pequenas e grandes articulações, especialmente metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e punhos, nossa principal hipótese deve ser artrite reumatoide (AR). Esse diagnóstico é corroborado pela rigidez matinal prolongada, com duração superior a 2 horas, achado que não é específico, mas que, nesse contexto, sugere ainda mais fortemente a AR.

Incorreta a alternativa A: para pensarmos nessa doença autoimune do tecido conjuntivo, faltam elementos fundamentais, como fenômeno de Raynaud, espessamento cutâneo, esofagopatia, doença pulmonar intersticial, hipertensão pulmonar, dentre outros.

Correta a alternativa B: a AR é uma doença autoimune de caráter inflamatório crônico e sistêmico associada à sinovite e, em parte dos pacientes, a manifestações extra-articulares. Predomina no sexo feminino, especialmente, na meia-idade, mas homens e mulheres adultos de quaisquer idades podem ser acometidos. Como dito acima, o padrão de acometimento presente no enunciado é altamente sugestivo de AR, com destaque para a quantidade de pequenas e grandes articulações acometidas ao mesmo tempo. Dado seu caráter inflamatório sistêmico, esperamos elevação de reagentes de fase aguda positivos, como PCR e VHS, quando a doença está em atividade, assim como anemia de doença crônica na maioria deles. Em geral, temos uma anemia normocítica e normocrômica/hipocrômica discreta. Por isso, a menção a mucosas descoradas não descarta, de forma alguma, a AR. Pensando nessa principal hipótese diagnóstica, além das provas de atividade inflamatória, solicitamos também os autoanticorpos, como fator reumatoide e anti-CCP. Ambos estão presentes em cerca de 70-80% dos pacientes e auxiliam em termos diagnósticos e prognósticos. Por fim, a droga de primeira linha para seu tratamento é uma droga antirreumática modificadora do curso de doença (DMARD) sintética, o metotrexato. DMARDs têm ação sintomática de início lento, mas o ponto principal é o fato de evitarem progressão radiográfica de doença, como o surgimento de erosões marginais.

Incorreta a alternativa C: sem dúvidas, lúpus eritematoso sistêmico (LES) é um baita diagnóstico diferencial para esse caso, tendo em vista que estamos falando de uma mulher jovem e com provável anemia. No entanto, alguns pontos deveriam nos afastar dessa hipótese. Começando pelo padrão de acometimento articular, que, apesar de semelhante ao visto na AR, tem suas particularidades. Normalmente, temos um caráter migratório no LES, não aditivo, como vemos na AR. Por isso, não é esperado que, no LES, tenhamos tantas articulações com sinovite ao mesmo tempo como reportado no enunciado. Além disso, não é comum o envolvimento de algumas articulações acometidas nessa paciente, como cotovelos e tornozelos. Por fim, não esperamos rigidez matinal tão prolongada no LES. Comparativamente à AR, ela é menor e tende a durar minutos, não horas. No mais, se ainda houvesse dúvidas, ao se deparar com o padrão do FAN descrito, esse era o sinal para você

marcar a alternativa B. Isso acontece porque o FAN padrão nuclear pontilhado fino denso está presente em pacientes saudáveis e naqueles com doenças inflamatórias de outras origens, por exemplo. É sabido que esse padrão é muito incomum em doenças autoimunes do tecido conjuntivo, como o LES. FAN não é específico nem dessa, nem de nenhuma outra doença, por isso é tão importante avaliarmos seus títulos e, principalmente, seu padrão. No LES, aqueles mais frequentes são o nuclear homogêneo, nuclear pontilhado grosso e nuclear pontilhado fino. Por fim, entre os antimaláricos, atualmente a preferência é pelo uso da hidroxicloroquina, já que é eficaz e com menor risco de toxicidade macular em comparação à cloroquina.

Incorreta a alternativa D: a doença mista do tecido conjuntivo envolve achados presentes em outras doenças autoimunes, como LES, esclerose sistêmica e miopatias. Entre as manifestações mais comuns, temos fadiga, edema dos dedos e mãos (*puffy fingers/puffy hands*), fenômeno de Raynaud, artralgia/artrite, mialgia/fraqueza muscular, esofagopatia, lesões cutâneas, entre várias outras. No mais, para seu diagnóstico, esperamos FAN no padrão nuclear pontilhado grosso devido à presença do anticorpo anti-RNP em todos os pacientes (condição obrigatória para o diagnóstico).

GABARITO: B

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

9. Paciente de 7 anos, na 4ª semana de tratamento quimioterápico para leucemia linfocítica aguda, é admitido em hospital terciário com história de febre há 12 horas (temperatura axilar de 39 °C), tosse e dispneia. Após 24 horas da admissão, segue febril, apesar de ter usado dipirona há 1 hora, e mantém diurese de 2 mL/kg/h. Exame físico: hidratado, pálido; orientado no tempo e no espaço; frequência cardíaca de 130 bpm; temperatura axilar de 39°C; frequência respiratória de 36 rpm; pressão arterial de 90 x 60 mmHg; boa perfusão periférica; murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax à direita, com crepitações; bulhas taquicárdicas; fígado a 4 cm do rebordo costal direito e baço palpável a cerca de até a linha hemiclavicular esquerda. Os exames laboratoriais evidenciam lactato aumentado, acidose metabólica e hemograma com leucocitose com desvio à esquerda.

Com base no quadro descrito, o diagnóstico é:

- A) sepse.
- B) choque séptico.
- C) disfunção múltiplos órgãos.
- D) síndrome da resposta inflamatória sistêmica.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!

Uma questão que começa bem, mas se torna bastante problemática na prova do ENAMED. O cenário posto é o seguinte:

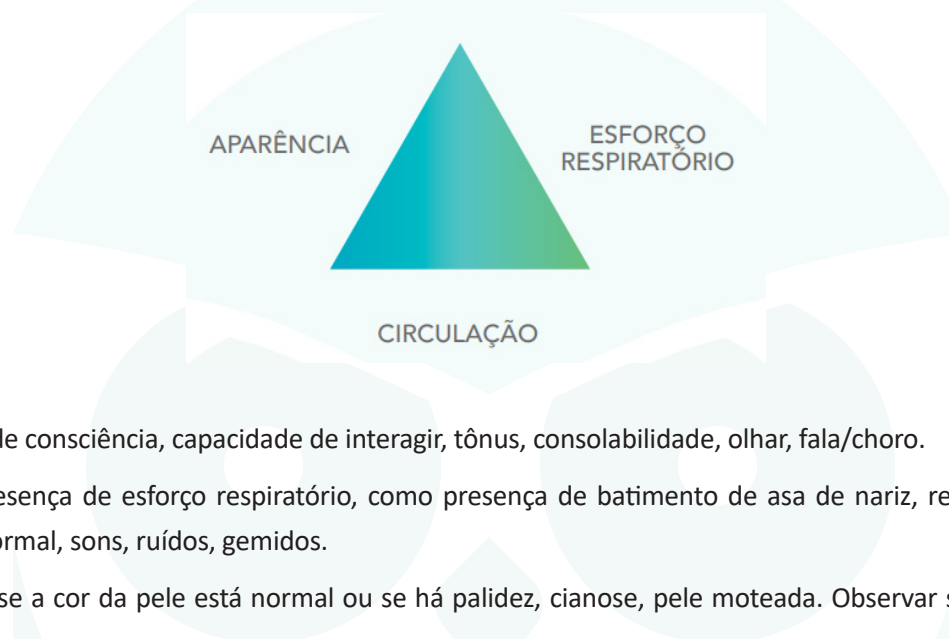
- Criança de 7 anos em vigência de quimioterapia por uma LLA: indício de muita imunossupressão! Esse paciente tem um risco elevado de desenvolver infecções bacterianas, virais e fúngicas invasivas nesse momento.
- Febre, tosse, taquipneia com alteração localizada na ausculta pulmonar: possível pneumonia. Considerando o grau de imunossupressão, não tenha dúvidas de que o paciente será internado!
- Taquicardia (pode ser secundária à febre), normotensão (lembre-se da regra de PAS < 2 x idade para considerar hipotensão; ou seja, PAS < 84 mmHg nesse caso), boa perfusão periférica: sem indícios de comprometimento cardiovascular ao exame físico.
- Hepatoesplenomegalia: muito possivelmente reflexo da doença de base! A LLA promove hiperplasia dos tecidos do sistema reticuloendotelial (baço, fígado e linfonodos) em uma tentativa de compensar a falência medular por infiltração.
- Lactato aumentado com acidose metabólica: isso pode ser um prenúncio de disfunção cardiovascular, pois é resultado de metabolismo celular anaeróbico. No entanto, não temos uma informação crucial: o valor do lactato. Como veremos adiante, isso muda muita coisa!
- Leucocitose com desvio à esquerda: pode sugerir uma infecção bacteriana, mas não é um achado específico.
- Diurese, nível de consciência, ausência de evidência de comprometimento hematológico ou respiratório grave: não temos sinais de disfunção orgânica.

Ok. Aparentemente, temos uma criança imunossuprimida com uma pneumonia, mas não temos critérios claros para pensar em uma disfunção orgânica.

Será que dá para chamar isso de sepse? Veja, à luz do conhecimento mais atualizado, podemos dizer que é uma sepse suspeita, mas ainda não temos como confirmar isso.

Aí que a voz de comando da questão atrapalha. Ela exige um diagnóstico fechado, não qual é o diagnóstico mais provável. Ou seja, precisamos de critérios objetivos para escolher uma das alternativas - e você vai ver que isso não é fornecido pela banca examinadora.

Infelizmente, não temos critérios objetivos para definir suspeita de sepse. Fica à 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!"

Diante da suspeita de sepse, não temos tempo a perder: **INSTITUA O TRATAMENTO ADEQUADO!** Ok, tudo bem considerar o paciente com uma **SUSPEITA** de sepse e tratá-lo como tal, **mas fechar o diagnóstico ainda não é possível, veja só:**

A maneira mais recente que temos de fechar o diagnóstico de sepse em pediatria é por meio do **score 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. À 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 CONDUTA.** Guarde isso, Estrategista: **VOCÊ NÃO DEVE ESPERAR O PACIENTE PONTUAR NO SCORE 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.

Feitas essas considerações, vamos voltar para o score de Phoenix. Depois da análise estatística, o resultado foi o encontro de **QUATRO TIPOS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA**, que podem ser identificados 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 zoado 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): <ul style="list-style-type: none"> • 1 droga vasoativa(d) • Lactato entre 5-10,9 mmol/L(e) 	2 pontos para cada (máximo 6): <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 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	
COAGULAÇÃO (0 - 2 pontos) (h)	Plaquetas ≥ 100 x 10 ³ INR ≤ 1,3 D-dímero ≤ 2 mg/L FEU Fibrinogênio ≥ 100 mg/dL	1 ponto cada (máximo 2 pontos) <ul style="list-style-type: none"> • Plaquetas < 100 x 10³(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 SIRS.

Nosso paciente tem uma infecção respiratória baixa, mas não temos informações para preencher o PSS de forma adequada.

Apesar de mencionar o lactato elevado, que é critério na categoria CARDIOVASCULAR do PSS, temos alguns problemas: não temos o valor do lactato do paciente, e isso é importante para definir se ele não pontua (lactato $5 < \text{mmol/L}$) ou recebe um ponto (entre 5 e 10.9 mmol/L), ou recebe dois pontos ($\geq 11 \text{ mmol/L}$). Além disso, não há hipotensão, nem necessidade de vasopressores, nem disfunção de órgãos documentada (nível de consciência mantido, sem alteração da $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, sem evidência de coagulopatia). Dessa forma, não temos informações concretas para que o paciente pontue no PSS.

À luz do conhecimento atual, isso impede o diagnóstico de sepse e/ou 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, o paciente trazido 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 D (SIRS) já poderiam ser consideradas como gabarito da questão. **Acontece que esse conceito foi abandonado como critério diagnóstico de sepse.**

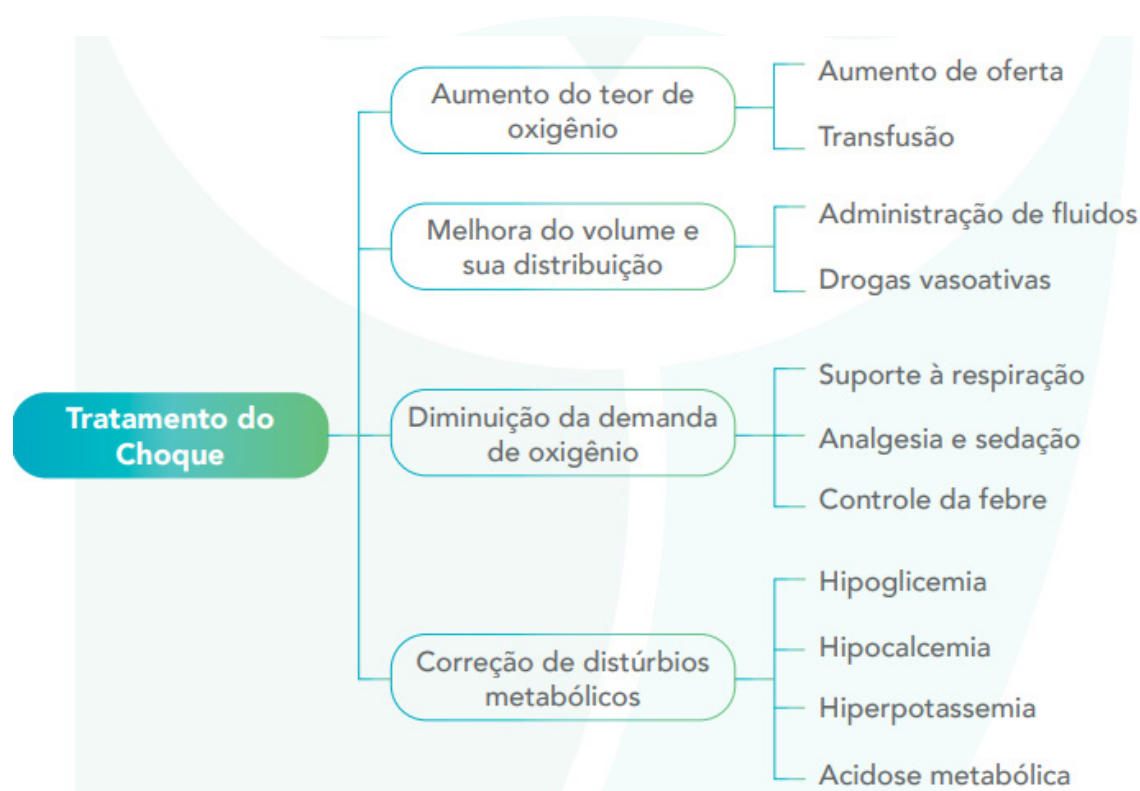
Desde o Sepsis-3, o diagnóstico de sepse não depende mais do número de critérios de SIRS, e sim da presença de disfunção orgânica secundária à infecção.

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).

Só para não deixar de revisar, como é feito o tratamento da sepse?

O tratamento inicial de todos os tipos de choque objetiva aumentar a oferta de oxigênio para os tecidos e restaurar o equilíbrio entre a perfusão tecidual e a demanda metabólica. Assim, as primeiras medidas devem ser:



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

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

Voltando para as alternativas...

Coruja, se chamarmos isso de “sepsis”, estaríamos aplicando critérios antigos de SIRS, já superados.

Se aplicarmos os critérios atuais (PSS), o paciente teria infecção sem disfunção orgânica, o que não configura sepsis. Se considerar o lactato elevado como pontuação cardiovascular, não temos como discernir entre 1 ou 2 pontos, pois não temos o valor do lactato, o que mudaria o diagnóstico entre choque séptico e sepsis.

Assim, nenhuma alternativa é plenamente correta segundo a definição vigente de sepsis em pediatria. Se considerarmos os critérios já desatualizados, tanto a letra D quanto A podem responder ao que foi perguntado na voz de comando da questão. Problemaço, né?



Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. **INCORRETA pelo score de Phoenix.** O paciente não pontua 2 ou mais pontos e não temos o valor do lactato. Não dá para fechar o diagnóstico de sepse, muito embora seja uma sepse suspeita. Se a questão pergunta-se qual é o diagnóstico “mais provável”, seria uma boa alternativa - mas não é o caso.

Pelos critérios desatualizados, temos uma SIRS + infecção, então dá para chamar de sepse. Mas é complicado basear-se em critério diagnóstico de 2005 sendo que temos os mais modernos de 2024, né?

Incorreta a alternativa B. **INCORRETA pelo score de Phoenix.** Se o lactato estivesse maior ou igual a 11 mmol/L, o paciente até receberia dois pontos cardiovasculares e fecharia o diagnóstico de choque séptico. No entanto, não temos o valor do lactato na questão!

Incorreta a alternativa C. Até o rim está funcionando bem nesse paciente! Não temos evidência clínica de disfunção orgânica múltipla por aqui.

Correta a alternativa D, mas o conceito é desatualizado. De fato, temos febre, taquicardia, taquipneia e leucocitose - isso é uma SIRS. No entanto, não utilizamos mais esse conceito atualmente.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

10. Paciente feminina de 78 anos, com 24 horas de evolução de dor e abaulamento progressivo em região inguinal direita. Apresentou também alguns episódios de vômitos e diminuição da eliminação de flatos. Antecedentes: neoplasia de mama há 30 anos, diabetes *mellitus* há 20 anos e tabagista de 40 maços-ano. Ao exame, estava normotensa, eucárdica, afebril, eupneica. Índice de massa corporal de 35 kg/m². Abdome globoso, depressível, com abaulamento não redutível e desconforto à palpação em região inguinal direita, com discreta hiperemia local e sem sinais de irritação peritoneal.

Resultados dos exames laboratoriais:

Exame	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	13 g/dL	11 a 15 g/dL
Leucócitos	10.300/mL	4.000 a 11.000/mL
Plaquetas	261.000/mm ³	150 a 300.000/mm ³
Creatinina	1,8 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Ureia	65 mg/dL	40 a 80 mg/dL

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A) isquemia mesentérica.
- B) hérnia inguinal indireta.
- C) hérnia femoral encarcerada.
- D) neoplasia de cólon obstrutiva.

COMENTÁRIO E PROFESSORA: RENATHA PAIVA - CIRURGIA

QUESTÃO ANULADA

Estamos diante de uma paciente idosa com quadro clínico sugestivo de hérnia da região inguinocrural complicada com encarceramento (abaulamento irreductível) e possível estrangulamento, pois apresenta 24 horas de evolução e hiperemia local. A conduta diante de hérnia inguinal complicada com encarceramento ou estrangulamento é cirúrgica de urgência ou emergência, respectivamente.

As hérnias mais comuns da parede abdominal são as hérnias inguinais indiretas e, por esse motivo, são as que mais encarceram. As hérnias femorais, apesar de terem um risco maior de encarceramento e estrangulamento (15-20%) são bem menos frequentes, 2 a 3% das hérnias da parede abdominal.

Dessa forma, a principal hipótese diagnóstica seria hérnia inguinal indireta encarcerada, mas não temos essa opção entre as alternativas.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: na isquemia mesentérica, não temos abaulamento irreductível na região inguinal.

Incorreta a alternativa B: a hérnia mais comum da parede abdominal é a hérnia inguinal indireta, mas “faltou” completar a alternativa com hérnia inguinal indireta encarcerada.

Incorreta a alternativa C: esse foi o gabarito liberado inicialmente pela banca e, entre as alternativas, é a mais correta, uma vez que temos uma hérnia da região inguinocrural complicada e as hérnias femorais são mais comuns em pacientes do sexo feminino e têm maior risco de complicações.

Incorreta a alternativa D: neoplasia de cólon obstrutiva é a principal causa de obstrução intestinal baixa, mas não apresenta abaulamento irreductível na região inguinal.

Gabarito: anulada

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

11. Paciente de 25 anos, com duas gestações e um parto, no segundo trimestre de gestação, compareceu à primeira consulta de pré-natal sem queixas. Após orientações e realização dos testes rápidos, verificou-se que o teste para sífilis foi positivo e imediatamente a paciente recebeu 2,4 milhões UI de penicilina benzatina intramuscular. Paciente nega diagnóstico e tratamento prévios para sífilis.

Em relação ao acompanhamento da paciente, é correto afirmar que:

- A) com o tratamento instituído, o feto não terá sequelas.
- B) titulações menores ou iguais a um quarto indicarão cicatriz sorológica.
- C) a queda de duas titulações do VDRL indicará efetividade de tratamento.
- D) o exame de FTA-Abs reagente indicará doença ativa.

COMENTÁRIO E PROFESSORA: NATÁLIA CARVALHO (OBSTETRÍCIA)

O que o examinador quer saber: sobre sífilis na gestação

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

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

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

Vale destacar que a maioria das gestantes é diagnosticada durante os exames de rotina de pré-natal, por isso grande parte delas é estadiada como **sífilis latente de duração ignorada/tardia** e deve receber o tratamento para sífilis tardia, no total de **7,2 milhões UI**, dividido em 3 doses. **O intervalo entre uma dose e outra é de 7 dias e, se ultrapassar 9 dias, o tratamento deve ser recommençado.**

Considera-se que o tratamento para sífilis foi **adequado** na gestação quando ele não só cura a doença na gestante, mas também previne a sífilis congênita no recém-nascido. Sendo assim, a gestante é considerada adequadamente tratada se presentes, concomitantemente, os seguintes fatores:

- Tratamento com penicilina benzatina
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis
- Respeito ao intervalo recomendado das doses
- Documentação de queda dos títulos do teste não-treponêmico em pelo menos duas diluições em 3 meses ou quatro diluições em 6 meses
- Queda da titulação em duas diluições (4x) dentro de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia.
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção

Comentários:

Incorreta a alternativa A: não é possível ter certeza que, com o tratamento, o feto não terá sequelas, pois a paciente iniciou o tratamento somente no segundo trimestre e o feto pode ter sido contaminado já no primeiro trimestre e já apresentar sequelas que não serão revertidas com o tratamento instituído.

Incorreta a alternativa B: qualquer titulação dos testes não treponêmicos durante a gestação indica o tratamento na gestação. Para se considerar cicatriz sorológica, a paciente deve ter sido adequadamente tratada previamente, com documentação da queda dos títulos dos testes não treponêmicos em pelo menos duas diluições. Como a paciente não realizou tratamento prévio, não é possível falar em cicatriz sorológica e a paciente deve receber tratamento para sífilis, independentemente da titulação.

Correta a alternativa C: temos uma gestante que apresentou teste rápido positivo sífilis (teste treponêmico) e nega diagnóstico e tratamento prévios. A paciente deve ser considerada com sífilis de duração indeterminada e deve receber tratamento com três doses de 2,4 milhões UI de penicilina benzatina intramuscular, sendo que a primeira dose deve ser feita imediatamente diante de um único teste positivo para sífilis. A paciente em questão recebeu a primeira dose de penicilina imediatamente e deve receber as outras duas doses nas semanas seguintes, caso o teste não treponêmico confirme o diagnóstico. A queda de duas titulações ou duas diluições (queda de 4x nos títulos) indica efetividade do tratamento. Não confundir título com titulação/diluição. A queda de duas titulações ou duas diluições é o mesmo que a queda dos títulos em 4x. Exemplo: queda de 1:32 para 1:8 indica queda de duas titulações ou diluições (1:32 -> 1:16 -> 1:8) ou queda de 4x nos títulos (32 dividido por 4 é 8).

Incorreta a alternativa D: os testes treponêmicos (FTA-ABS) permanecem positivos após o tratamento e por toda a vida do paciente, então não servem para indicar doença ativa. O exame que indica se a infecção é aguda ou não é o teste não treponêmico.

Gabarito: C**VOLTAR PARA AS QUESTÕES**

12. Homem de 52 anos, branco, solteiro, comparece à consulta agendada na Unidade Básica de Saúde (UBS) desejando realizar revisão clínica e exames laboratoriais. Desde os 35 anos, não faz acompanhamento de saúde. Relata história familiar de diabetes e hipertensão, e a mãe faleceu com câncer de pulmão. Sem história familiar de câncer de próstata. Fuma cerca de 2 maços por dia há 21 anos. Exame físico: pressão arterial de 120 x 80 mmHg, índice de massa corporal de 23 kg/m², sem outras alterações.

Considerando as recomendações de rastreamento para esse paciente, o médico de família e comunidade deve:

- A) solicitar exames de colesterol total e frações, hemograma, glicemia de jejum, creatinina, PSA, radiografia de tórax, colonoscopia, realizar toque retal; orientar sobre a prática de atividade física regular.
- B) solicitar exames de colesterol total, glicemia de jejum, pesquisa de sangue oculto nas fezes, PSA, ofertar anti-HIV e HBsAg, realizar toque retal; orientar sobre participação no grupo na UBS para abandono do tabagismo.
- C) abordar mudanças no estilo de vida e cessação do tabagismo; acompanhar, em consultas longitudinais, as futuras possibilidades de exames complementares quando o paciente atingir faixa etária para investigações adicionais.
- D) solicitar exames de colesterol total, HDL e triglicerídeos, glicemia de jejum, pesquisa de sangue oculto nas fezes, ofertar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; realizar abordagem sobre possibilidade de cessação do tabagismo.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ÊNIO SIMAS MACEDO

Dentro do contexto de promoção de saúde, um dos temas mais abordados nas provas são os rastreios de doenças. Uma das principais sociedades que define os critérios de rastreio é a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF). No contexto brasileiro, a principal entidade sobre o tema é o Ministério da Saúde (MS). Apresentamos, a seguir, um resumo sobre os principais rastreios em adultos.

RASTREIO DE DOENÇAS NÃO ONCOLÓGICAS

Hipertensão arterial

- Indicação: todos os indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos (USPSTF, 2021; MS, 2014).

- Método: medida de pressão arterial em consultório (USPSTF, 2021; MS, 2014).

- Periodicidade:

- MS, 2014: em todas as idas à unidade básica de saúde com intervalos de no máximo 2 anos.
- USPSTF, 2021: anualmente (idade > 40 anos ou fatores de risco para hipertensão) ou a cada 3-5 anos (idade < 40 anos e sem fatores de risco para hipertensão).
- Outras sociedades (por exemplo Sociedade Brasileira de Cardiologia): em todas as consultas.

Diabetes *mellitus* do tipo 2 e pré-diabetes (segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024)

- Indicação:

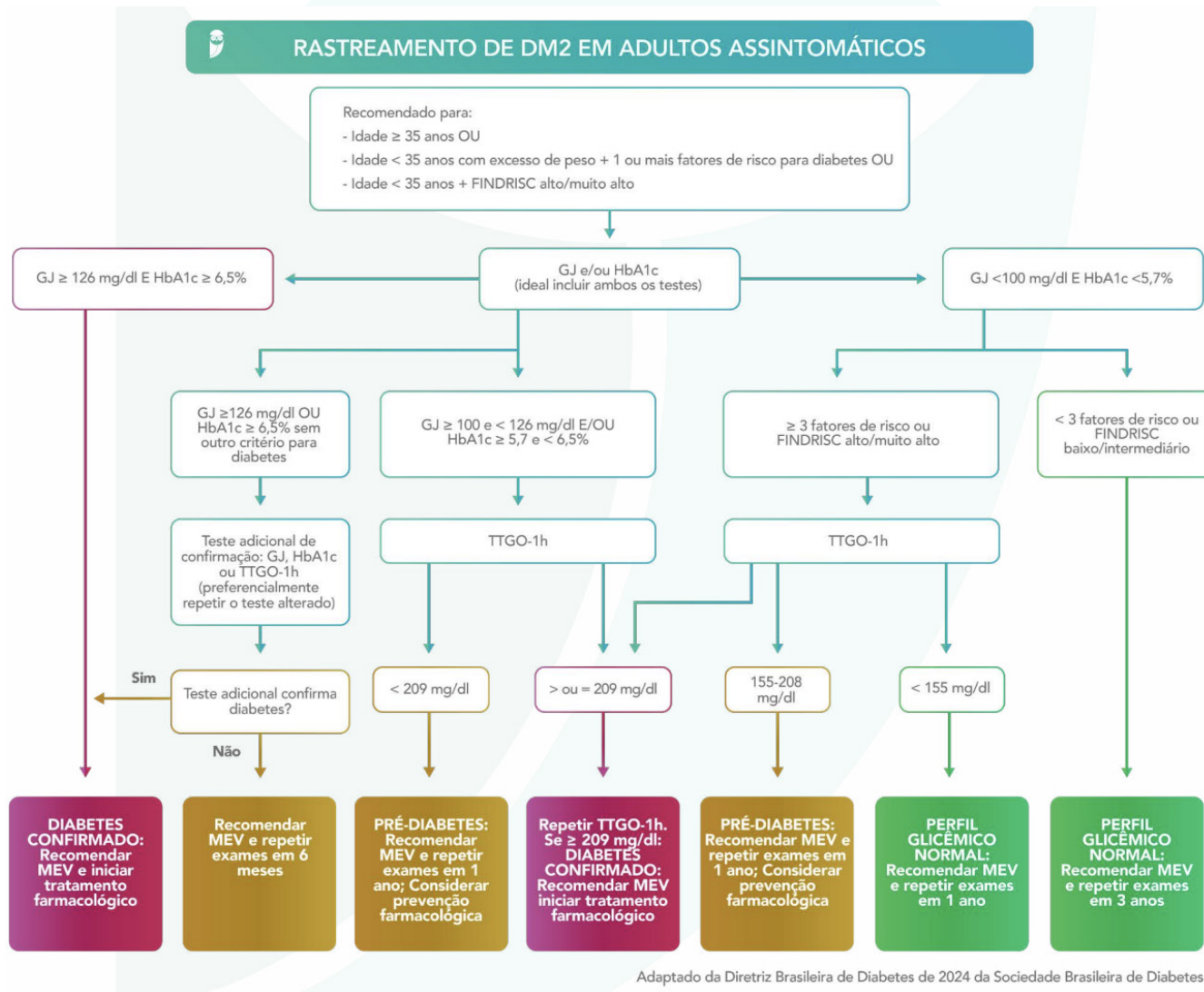
- Idade maior ou igual a 35 anos.
- Sobrepeso ou obesidade + 1 fator de risco.
- Escore FINDRISC alto ou muito alto.

- Método: glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada.

- Periodicidade:

- 3 anos (pessoas com < 3 fatores de risco e FINDRISC baixo ou moderado risco).

- 1 ano (pessoas com 3 ou mais fatores de risco, FINDRISC alto ou muito alto risco ou pré-diabetes).
- 6 meses (pessoas com apenas um exame laboratorial com critério para diabetes mellitus do tipo 2).



Dislipidemia

- Indicação:

- Homens ≥ 35 anos ou ≥ 20 anos com alto risco de doença coronariana (MS, 2013).
- Mulheres ≥ 20 anos com alto risco de doença coronariana (MS, 2013).

- Método: dosagem de perfil lipídico e cálculo do risco cardiovascular.

- Periodicidade: pelo menos a cada 5 anos. Recomenda-se rastreamento mais frequente em pessoas sob maior risco de doenças cardiovasculares.

Osteoporose

- Indicação:

- Mulheres com idade maior ou igual a 65 anos (USPSTF, 2025).
- Mulheres na pós-menopausa com fatores de risco para osteoporose (USPSTF, 2025).
- Homens com idade maior ou igual a 70 anos (Endocrine Society, 2012).
- Homens com idade 50-70 anos com fatores de risco para osteoporose (Endocrine Society, 2012).

- Método: densitometria mineral óssea (USPSTF, 2025; SBEM, 2017), com ou sem radiografia de coluna toracolombar (SBEM 2017 indica) ou cálculo do FRAX.

- Periodicidade: mal definido e não citado na maioria das diretrizes. Uma recomendação não consensual é:

- *T score* entre -2 e -2,5: repetir em 2 anos.
- *T score* entre -1,5 e -2,0: repetir em 3 a 5 anos.
- *T score* entre -1 e -1,5: repetir em 10 a 15 anos.
- FRAX: repetir a cada 5 anos.

Hipotireoidismo

É um dos mais controversos, por isso também um dos menos cobrados. Enquanto algumas sociedades recomendam o rastreo, outras não recomendam.

- *United States Preventive Services Task Force* (2014 - atualizado em 2021): evidências insuficientes a favor ou contra.

- *Royal College of Physicians of London* (2004): rastreo na população adulta não é justificável.

- *American Thyroid Association* (2002): homens e mulheres > 35 anos, com dosagem a cada 5 anos de TSH.

- *American Association of Clinical Endocrinologists* (2000): pacientes mais velhos (não especifica a idade), especialmente mulheres.

- *American Academy of Family Physicians* (2002): pacientes > 60 anos.

- *American College of Physicians* (1998): mulheres > 50 anos com achado incidental de doença tireoidiana sintomática.

Aneurisma de aorta abdominal

- Indicação: homens, com idade entre 65 e 75 anos e que já fumaram na vida (USPSTF, 2019).

- Método: ultrassonografia de aorta abdominal (USPSTF, 2019).

- Periodicidade: uma vez na vida (USPSTF, 2019).

Demência

O rastreo não é recomendado de rotina (USPSTF, 2020).

Depressão e risco de suicídio

- Indicação: idade maior ou igual a 18 anos (USPSTF, 2023).

- Método:

- Ferramentas de rastreo para depressão: PHQ (*Patient Health Questionnaire*); CES-D (*Center of Epidemiology Studies Depression Scale*); GDS (*Geriatric Depression Scale*) para pessoas idosas; ou EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) no cenário pós-parto (USPSTF, 2023).
- Ferramentas de rastreo para suicídio: *Beck Hopelessness Scale* e *SAD PERSONS Scale* e SAFE-T (*Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage*) (USPSTF, 2023).

- Periodicidade: a critério clínico (USPSTF, 2023).

Transtornos de ansiedade

- Indicação: adultos entre 18 e 65 anos (USPSTF, 2023).

- Método: escalas *Generalized Anxiety Disorder (GAD) scale*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) anxiety subscale*, *Geriatric Anxiety Scale (GAS)* e *Geriatric Anxiety Inventory (GAI)* (USPSTF, 2023).

- Periodicidade: a critério clínico (USPSTF, 2023).

Infecções sexualmente transmissíveis

- Indicação: pessoas ≤ 30 anos sexualmente ativas ou em situações específicas apresentadas no quadro abaixo.
- Método: teste rápido para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. Detecção molecular de clamídia e gonococo.
- Periodicidade: conforme a indicação (tabela abaixo).

QUANDO				
QUEM	HIV	Sífilis	Clamídia e Gonococo	Hepatites B e C
Adolescentes e jovens (≤ 30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente no 1º trimestre); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto ou em caso de aborto/natimorto, independente de exames anteriores; Em caso de aborto/natimorto, testar independentemente de exames anteriores.		Na primeira consulta do pré-natal (gestantes ≤ 30 anos)	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente 1º trimestre); Hepatite C: na primeira consulta do pré-natal
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral a anual
Profissionais do sexo				
Travestis / transexuais				
Pessoas que usam álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após		No momento do diagnóstico	
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	—	—	—
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	—	—	—
PVHIV	—	Semestral	No momento do diagnóstico	Semestral a anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passive) sem uso de preservativo	Semestral			Semestral a anual

QUANDO				
QUEM	HIV	Sífilis	Clamídia e Gonococo	Hepatites B e C
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	—	Semestral a anual
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição		Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com profilaxia pós-exposição instituída ^g Hepatite C: atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidentes com material biológico)	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com profilaxia pós-exposição instituída ^g Hepatite C: atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: HSH – homens que fazem sexo com homens; PVHIV – pessoas vivendo com HIV; PrEP – profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV; PEP – profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.

^a HIV: preferencialmente com teste rápido – TR.

^b Sífilis: preferencialmente com TR para sífilis.

^c Clamídia e gonococo: detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta.

^d Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Realizar o rastreamento em indivíduos suscetíveis à hepatite B. Pessoa suscetível é aquela que possui HBsAg (TR ou imunoenensaio laboratorial) não reagente e que não possui registro de esquema vacinal completo com 3 doses aplicadas adequadamente ou, se indicada avaliação de soroconversão, não apresentou soroconversão para anti-HBs após dois esquemas vacinais completos (não respondedores). Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível. Para mais informações sobre grupos que necessitam esquemas especiais de vacinação (ex.: PVHIV), consultar o PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

^e Hepatite C: preferencialmente com TR.

^f Caso a gestante não tenha realizado rastreio no pré-natal, proceder à testagem rápida para hepatite B no momento do parto. A vacina para hepatite B é segura durante a gestação em qualquer idade gestacional, e as mulheres suscetíveis devem ser vacinadas.

^g Em caso de HBsAg (TR ou imunoenensaio laboratorial) não reagente em indivíduos suscetíveis, iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B e avaliar indicação de IGHAHB. O anti-HBs deve ser realizado preferencialmente 1 a 2 meses após a última dose da vacina (ou em até 6 meses) e, nos casos em que a IGHAHB foi aplicada, pelo menos 6 meses após a última dose de IGHAHB. Resultados positivos para HBsAg devem ser conduzidos conforme orientações do PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

RASTREIO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS

Câncer de colo uterino

- Indicação: mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual e com idade entre 25 e 64 anos (MS/INCA, 2016).

- Método: exame citopatológico do colo uterino (MS/INCA, 2016).

- Periodicidade: anual, nos dois primeiros exames e, após, trienal (MS/INCA, 2016).

OBS1: para mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

OBS2: os exames periódicos devem seguir até os 64 anos e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Câncer de mama

- Indicação:

- Mulheres de 40 a 49 anos (MS, 2025): a mamografia pode ser indicada de forma individualizada, considerando a decisão compartilhada entre paciente e médico.
- Mulheres de 50 a 74 anos (MS, 2025; USPSTF, 2024):

- Método: mamografia (MS, 2025) ou tomossíntese mamária (USPSTF, 2024).

- Periodicidade: bienal (MS, 2025; USPSTF, 2024).

Câncer colorretal

- Indicação:

- Pessoas de 50 a 75 anos (MS, 2010).
- Pessoas de 45 a 75 anos (USPSTF, 2024).

- Método:

- Sangue oculto nas fezes (PSOF) a cada 1 a 2 anos (MS, 2010) ou anual (USPSTF, 2021)
- Teste imuno-histoquímico nas fezes (FIT) anual (USPSTF, 2021).
- Pesquisa de DNA tumoral nas fezes anual (USPSTF, 2021).
- Colonoscopia a cada 10 anos (MS, 2010; USPSTF, 2021).
- Retossigmoidoscopia a cada 5 anos (MS, 2010; USPSTF, 2021).
- PSOF/FIT anual + retossigmoidoscopia a cada 10 anos (USPSTF, 2021).
- Colonoscopia tomográfica a cada 5 anos (USPSTF, 2021).

Câncer de pulmão

- Indicação: pessoas de 50 a 80 anos, com carga tabágica de pelo menos 20 maços-ano e que são tabagistas ativos ou cessaram o tabagismo há menos de 15 anos (USPSTF, 2021).

- Método: tomografia computadorizada de tórax de baixa dosagem (USPSTF, 2021).

- Periodicidade: anual (USPSTF, 2021).

OBS: ainda não recomendado formalmente pelo Ministério da Saúde.

Câncer de próstata

Antes de decidir se farão o rastreamento, os homens devem ter a oportunidade de discutir os potenciais benefícios e malefícios do rastreamento com seu médico e incorporar seus valores e preferências na decisão. O rastreamento oferece um pequeno benefício potencial de redução da chance de morte por câncer de próstata em alguns homens. No entanto, muitos homens sofrerão potenciais danos do rastreamento, incluindo resultados falso-positivos que exigem testes adicionais e possível biópsia de próstata; sobrediagnóstico e tratamento excessivo; e complicações do tratamento, como incontinência e disfunção erétil. Ao determinar se esse serviço é apropriado em casos individuais, pacientes e médicos devem considerar o equilíbrio entre benefícios e malefícios com base no histórico familiar, raça/etnia, condições médicas comórbidas, valores do paciente sobre os benefícios e malefícios do rastreamento, resultados específicos do tratamento e outras necessidades de saúde. Os médicos não devem rastrear homens que não expressem preferência pelo rastreamento (USPSTF, 2018).

O rastreamento não é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS, 2010).

Câncer de pele

O rastreamento não é recomendado (MS, 2010; USPSTF, 2023).

Agora, vamos comentar cada uma das alternativas:

Incorreta a alternativa A: devido à idade do paciente, estariam indicados os rastreios de dislipidemia (colesterol total e frações e triglicérides), diabetes (glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada) e câncer colorretal (colonoscopia). A prática de atividade física deve ser recomendada para todas as pessoas sem contraindicações, independentemente da idade. A alternativa torna-se incorreta, pois:

1. Se indicado, o rastreio de neoplasia de pulmão deverá ser feito com tomografia de tórax de baixa dose anual, não com radiografia.
2. O Ministério da Saúde não recomenda o rastreio populacional para câncer de próstata com PSA e toque retal. O rastreio pode ser feito após decisão compartilhada baseada em extensiva discussão sobre potenciais riscos e benefícios.
3. A solicitação de hemograma e creatinina sem uma suspeita clínica específica não possui indicação formal, apesar de ser prática comum e considerada razoável por muitos especialistas.

Incorreta a alternativa B: devido à idade do paciente, estariam indicados o rastreios de dislipidemia (colesterol total e frações e triglicérides), diabetes (glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada) e câncer colorretal (pesquisa de sangue oculto nas fezes). O encorajamento à cessação do tabagismo também é indicado. Apesar de não ser obrigatória, a oferta de exames para identificação de ISTs é razoável. A alternativa torna-se incorreta, pois:

O Ministério da Saúde não recomenda o rastreio populacional para câncer de próstata com PSA e toque retal. O rastreio pode ser feito após decisão compartilhada baseada em extensiva discussão sobre potenciais riscos e benefícios.

Incorreta a alternativa C: a alternativa torna-se incorreta, pois não contempla rastreios indicados para a idade do paciente, como câncer colorretal, dislipidemia, diabetes etc.

Correta a alternativa D: devido à idade do paciente, estariam indicados os rastreios de dislipidemia (colesterol total e frações e triglicérides), diabetes (glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada) e câncer colorretal (pesquisa de sangue oculto nas fezes). O encorajamento à cessação do tabagismo também é indicado. Apesar de não ser obrigatória, a oferta de exames para identificação de ISTs é razoável.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

13. Mulher de 32 anos, parda, ensino fundamental incompleto, trabalhadora rural, diarista no plantio de morango, procura Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixas de tonturas, dores de cabeça, cansaço, náuseas e falta de ar. Ela referiu que desde os 20 anos sofre com dores de cabeça frequentes, mas há 2 semanas, após uma pulverização de agrotóxicos, começou a apresentar os sintomas descritos. Disse, ainda, que sua colega de trabalho apresentava queixas similares. Ao ouvir esses relatos, a médica da UBS suspeita de intoxicação aguda por agrotóxicos.

Nessa situação, qual é a conduta adequada a ser adotada na assistência?

- A) Encaminhar como caso suspeito ao centro de referência em saúde do trabalhador estadual e formalizar denúncia ao Ministério Público do Trabalho.
- B) Estabelecer nexos causais entre os sintomas e os resultados de exames complementares, para confirmar diagnóstico de intoxicação por agrotóxicos, e notificar a Vigilância em Saúde municipal.
- C) Tratar os sintomas, solicitar exames complementares, notificar o caso no Sistema de Notificação de Agravos e Doenças (Sinan), conceder atestado médico e solicitar matriciamento à Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- D) Informar não ser responsável pelo preenchimento da comunicação de acidente de trabalho (CAT), por ser atribuição exclusiva da medicina do trabalho, no centro municipal de referência em saúde do trabalhador.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BÁRBARA D'ALEGRIA

Referências bibliográficas:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 5 – Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/saude_trabalhador_cab5.pdf. Acesso em 27 de outubro de 2025.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. *Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento de intoxicações por agrotóxicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_brasileiras_diagnostico_tratamento_intoxicacao.pdf. Acesso em 27 de outubro de 2025.

Estrategista,

Nesta questão, o INEP queria testar seus conhecimentos acerca da abordagem de **intoxicação por agrotóxicos** na Atenção Primária à Saúde. O Ministério da Saúde conta com um **caderno de atenção básica (CAB nº 41)** que traz justamente os passos iniciais dessa abordagem.

Diante de um caso de intoxicação por agrotóxicos, o médico da atenção primária deve classificar o quadro clínico imediatamente em **leve, moderado ou grave**, acionando a regulação para a transferência do paciente nos casos moderados ou graves (Ministério da Saúde, CAB 41):

Quadro leve: cefaleia, irritação da pele e das mucosas, náuseas, tontura discreta.

Quadro moderado: cefaleia intensa, náuseas e vômitos, dor abdominal intensa do tipo cólica, tontura de maior intensidade, dispneia, salivação e sudorese aumentadas, tontura mais intensa e parestesias em membros inferiores.

Quadro grave: instabilidade hemodinâmica (hipotensão), presença de arritmias cardíacas e de insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão, pneumonite química, convulsões, alterações da consciência, choque e coma.

Os casos leves poderão ser avaliados na própria UBS. Veja, a seguir, o trecho que consta no documento do Ministério da Saúde e observe que as condutas a serem tomadas são muito semelhantes ao que consta na alternativa C, que foi o gabarito dessa questão:

“O médico suspeitou tratar-se de um caso de intoxicação por agrotóxicos; pediu alguns exames complementares; notificou o caso no Sinan; emitiu atestado médico com afastamento do trabalho por uma semana, com recomendação de retorno à UBS para reavaliação do quadro clínico” (Ministério da Saúde, CAB 41, 2018).

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde também conta com as **diretrizes para o tratamento da intoxicação por agrotóxicos**. Especificamente, nos casos de intoxicação por organofosforados, é possível utilizarmos a **escala de Peradeniya** para classificarmos a gravidade do quadro clínico. Dessa forma, a tomada de decisão torna-se mais efetiva.

Parâmetro	Critérios	Pontuação
Tamanho das pupilas	≥ 2 mm	0
	< 2 mm	1
	Miose	2
Frequência respiratória	< 20/min	0
	≥ 20/min	1
	≥ 20/min com cianose central	2
Frequência cardíaca	> 60/min	0
	41 - 60/min	1
	< 40/min	2
Fasciculações	Nenhuma	0
	Presentes, generalizadas/contínuas	1
	Ambas generalizadas e contínuas	2
Nível de consciência	Consciente e racional	0
	Resposta prejudicada ao comando verbal	1
	Sem resposta ao comando verbal	2
Convulsões	Ausentes	0
	Presentes	1
Pontuação:		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="background-color: #00a651; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 0 - 3 intoxicação leve </div> <div style="background-color: #8bc34a; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 4 - 7 intoxicação moderada </div> <div style="background-color: #c0392b; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 8 - 11 intoxicação grave </div> </div>		

Figura - Escala de Peradeniya. Fonte: Estratégia MED.

Incorreta a alternativa A. Não está incorreto encaminhar o caso para o **centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST)**, já que ele pode realizar o atendimento diretamente ao trabalhador, assim como também não está incorreto pontuar a natureza estadual desse serviço (o Ministério da Saúde afirma que os CERESTs podem ser regionais, estaduais e municipais). O problema da alternativa está em sua segunda parte: *“formalizar denúncia ao Ministério Público do Trabalho”*. Embora as denúncias ao MPT possam ser feitas por qualquer pessoa, geralmente, orientamos o paciente a realizar a denúncia ou acionar seu sindicato. De igual forma, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, o Caderno de Atenção Básica (CAB n° 41) afirma que as denúncias ao MPT podem ser acompanhadas pelo antigo NASF-AB, mas não seriam uma prerrogativa do médico ou das equipes. Ainda, veja que a questão solicita a conduta assistencial, logo devemos procurar pela alternativa que traz as condutas mais pertinentes ao atendimento clínico.

Incorreta a alternativa B. Não é necessário estabelecer o nexo causal para só então notificar ao SINAN. A notificação de intoxicação exógena, mesmo de origem ocupacional, é realizada ainda na suspeita do diagnóstico.

Correta a alternativa C. Observe que a **notificação ao SINAN acontecerá ainda na suspeita do diagnóstico e que o CEREST será acionado para o matriciamento, o que, de fato, corresponde a uma de suas funções.**

Incorreta a alternativa D. Como o próprio nome sugere, a **comunicação de acidente de trabalho (CAT)** é o documento enviado para a **Previdência Social** com o objetivo de sinalizar que houve um acidente de trabalho. É feito apenas para trabalhadores formais (celetistas), trabalhadores domésticos e segurados especiais. A obrigatoriedade do preenchimento é do empregador, cabendo inclusive multa se ele não preenchê-lo no tempo adequado (até o próximo dia útil seguinte em acidentes sem óbitos ou imediatamente em caso de óbito). Porém, outros atores podem preenchê-lo, como o próprio indivíduo acidentado, seus familiares, sindicato, autoridades judiciais e o médico assistente, **que não precisa ser especialista em medicina do trabalho**. Aliás, essa é uma pegadinha comum no INEP: em questões de saúde do trabalhador, o instituto frequentemente adiciona uma assertiva informando que o médico que prestou o atendimento não pode preencher o documento por não ser médico do trabalho, o que não é verdade.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

14. Pais de um menino de 10 anos levam a criança para avaliação médica em Unidade Básica de Saúde (UBS). Relatam que seu filho se dá bem com a família até que não lhe seja permitido fazer algo que deseje. Quando isso ocorre, ele fica irritado, impulsivamente agressivo e agitado por várias horas. Assim que se acalma ou consegue o que quer, fica feliz e agradável novamente. Os pais entendem que o filho parece agir deliberadamente para aborrecer os outros e nunca assume a culpa por seus próprios erros ou mau comportamento. Relatam ainda que ele discute com adultos ou figuras de autoridade e, em várias situações, não aceita as regras de boa convivência com os familiares.

Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Transtorno afetivo bipolar.
- B) Transtorno de oposição desafiante.
- C) Transtorno disruptivo da desregulação do humor.
- D) Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Incorreta a alternativa A: no transtorno bipolar, há registro de sintomas de elevação do humor, euforia, pensamentos acelerados, desinibição sexual, impulsividade, menor necessidade de sono, envolvimento em atividades potencialmente perigosas, entre outros. Não há, no enunciado, informações compatíveis com o diagnóstico de bipolaridade. Além disso, poucos diagnósticos dessa doença acontecem em crianças.

Correta a alternativa B: o transtorno de oposição e desafio é um transtorno em que há falha no controle dos impulsos e se caracteriza por um padrão contínuo de comportamento irritável e vingativo, que desafia e questiona as figuras de autoridade, recusando-se em atender às ordens dos pais ou professores. O paciente facilmente fica contrariado, raramente assume as responsabilidades por seus atos e com frequência “perde a calma”, frequentemente se envolvendo em brigas e discussões com colegas, professores e familiares. Apesar disso, no TOD, não acontecem eventos graves, não há associação com crueldade contra os animais ou agressão grave a pessoas, roubo, assalto ou destruição de propriedades. O tratamento de escolha para esse transtorno é principalmente psicoterápico. Psicofármacos poderão ser utilizados caso haja comorbidades psiquiátricas, como o TDAH ou transtornos do humor.

Incorreta a alternativa C: o transtorno disruptivo da desregulação do humor é um transtorno afetivo crônico que pode ocorrer em crianças e adolescentes, que mantém um comportamento regular e longitudinalmente irritadiço (superior a 12 meses), permeado por várias crises de raiva ou comportamentos externalizantes (ao menos 3x na semana), que ocorrem em pelo menos 2 ambientes distintos. Ou seja, trata-se de uma criança que demonstra um padrão de funcionamento irritado e que tem crises agudas e intensas de raiva de maneira regular.

Esse diagnóstico só pode ser realizado entre 6 e 18 anos, e os sintomas precisam, necessariamente, ter se manifestado inicialmente antes dos 10 anos de idade e em pelo menos 2 ambientes distintos.

Embora tenha sido considerado, no passado, como um "precursor" da bipolaridade, estudos mais recentes demonstram que há uma baixa taxa de conversão para transtorno bipolar. Dessa forma, considera-se o transtorno disruptivo da desregulação do humor um fator de risco importante para o desenvolvimento de depressão maior e transtornos de ansiedade na vida adulta.

Incorreta a alternativa D: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade envolve sintomas de hiperatividade/impulsividade, como inquietação, crianças que balançam pés ou mãos, não conseguem ficar sentadas na cadeira durante a aula, interrompem outros de forma inadvertida, entre outros. Sintomas de desatenção podem ser esquecimentos de datas e compromissos, perdas de objetos, distratibilidade e incapacidade de se envolver em atividades complexas. Sintomas de agressividade, sentimentos vingativos, contestações sobre a autoridade dos pais e professores não são característicos do TDAH.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

15. Homem de 50 anos, queixando-se de astenia e constipação com fezes em fita. Há 15 dias, apresenta edema de membros inferiores até a raiz da região crural, bilateralmente, com pouca melhora à elevação dos membros. Ele perdeu 10 kg em 6 meses. Nega hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e não faz uso de medicamento. Os exames do paciente apresentaram os seguintes resultados:

Exame	Resultado	Valor de referência
Pressão arterial	130 x 80 mmHg	---
Peso	70 kg	---
Hematócrito	35%	48 a 69%
Glicemia	88 mg/dL	60 a 100 mg/dL
Albumina sérica	1,8 g/dL	3,8 a 4,8 g/dL
Creatinina	1,2 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Triglicerídeos	200 mg/dL	< 150 mg/dL
Proteína urinária de 24 horas	3,6 g/24 horas	< 100 mg/24 horas
Sedimentos	proteínas +++ hemácias + (5 por campo)	---

Entre esses achados laboratoriais, quais são necessários para a definição da síndrome renal do paciente?

- A) Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e albumina sérica = 1,8 g/dL.
- B) Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e triglicerídeos = 200 mg/dL.
- C) Hematúria e triglicerídeos = 200 mg/dL.
- D) Hematúria e albumina sérica = 1,8 g/dL.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RICARDO LEAL

Fala, Estrategista! Tudo certo?

Questão clássica sobre a definição das síndromes glomerulares, mas que pode gerar algum tipo de dúvida e é fundamental o esclarecimento para eliminar qualquer confusão. Vamos lá?

O enunciado traz um paciente que evolui, de maneira insidiosa, com edema. Seus exames laboratoriais mostram algumas alterações, sendo as principais: **proteinúria em níveis nefróticos (> 3,5 g/dia) e hipoalbuminemia!**

Edema, proteinúria nefrótica e hipoalbuminemia é a tríade que define a **síndrome nefrótica**, uma manifestação clínico-laboratorial das doenças glomerulares.

Existem dois pontos de conflito possíveis aqui:

- A hematúria apresentada pelo paciente é insignificante (5 hemácias por campo). Normalmente, esse nível de hematúria nem é considerado como alteração.
- **A hipertrigliceridemia é uma consequência da síndrome nefrótica** e não faz parte de sua definição. Os nefróticos evoluem com redução da atividade da lipase lipoproteica, levando à hipertrigliceridemia.

Como curiosidade, pois o autor não cobra isso: qual seria a etiologia dessa síndrome nefrótica? Pensando em um paciente com alteração do hábito intestinal e perda ponderal involuntária, a suspeita de câncer colorretal deve ser aventada. Aí entra a **glomerulopatia membranosa**,

uma manifestação renal paraneoplásica de algumas neoplasias sólidas.

Excelente questão, não?

Vamos às alternativas:

Correta a alternativa A. Proteinúria nefrótica e hipoalbuminemia definem a síndrome, junto ao edema.

Incorreta a alternativa B. A dislipidemia é uma consequência da síndrome, não um critério diagnóstico.

Incorreta a alternativa C. A hematúria desse paciente não deve ser sequer considerada.

Incorreta a alternativa D. Como vimos, a doença aqui é proteinúrica, não hematúria.

Gabarito: A

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

16. Recém-nascido de 15 dias, a termo, Apgar 8/9, peso e comprimento ao nascer de 2.600 g e 46 cm, respectivamente, com síndrome de Down e cuja gestação não apresentou outras intercorrências. Está na consulta de puericultura com peso e comprimento atuais de 2.900 g e 47 cm, respectivamente.

Para o acompanhamento pondero-estatural, os dados devem ser plotados nas:

- A) curvas de crescimento da OMS desde o nascimento até a adolescência.
- B) curvas de crescimento específicas para síndrome de Down desde o nascimento.
- C) curvas de crescimento da OMS, corrigindo o peso e o comprimento para síndrome de Down.
- D) curvas de crescimento da OMS até os dois anos e, a partir daí, em curvas específicas para síndrome de Down.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!

Você já deve saber que, 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, em quem 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 ≤ +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 $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$, 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, o

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	Estatuta 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 faz-nos pensar em desnutrição crônica, ok?

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

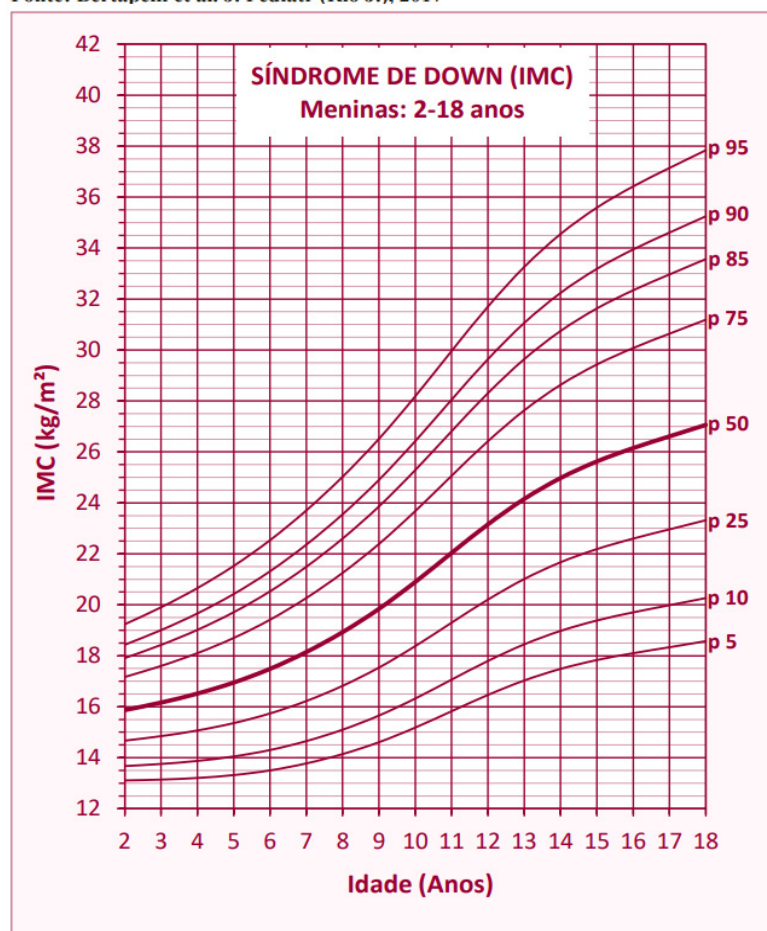
É fundamental avaliar se ela se mantém no mesmo “canal” de crescimento, ou seja, se acompanha de forma consistente a mesma linha de Z-score ao longo do tempo. Alterações bruscas de canal em curtos intervalos podem indicar problemas nutricionais ou de saúde. As curvas de crescimento devem, idealmente,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

Mas, Bruno, a questão pergunta sobre uma criança com síndrome de Down! Isso muda alguma coisa?

Muda sim! Você deve saber que crianças com síndrome de Down apresentam trajetórias de crescimento distintas em relação à população geral, pois há uma tendência a menor estatura e peso ao nascer, crescimento mais lento e maior risco de obesidade e comorbidades endócrinas.

Tendo isso em vista, foram desenvolvidas **curvas específicas para crianças com síndrome de Down**. Existem curvas para peso, IMC, perímetro cefálico e estatura, inclusive próprias da população brasileira! Olhe só esse exemplo:

Gráficos de síndrome de Down (população brasileira)
IMC (percentis)
Meninas: 2-18 anos
Fonte: Bertapelli et al. J. Pediatr (Rio J.), 2017



Mas, olhe só: a combinação de curvas específicas e “normais” pode ampliar a capacidade de detecção de distúrbios do desenvolvimento. Afinal, um dado antropométrico que é mediano para uma criança com trissomia do 21 pode ser indicio de problema em uma criança não sindrômica, e isso não isenta a criança com trissomia dos riscos desse desvio do padrão! Então, geralmente acompanhamos a criança sindrômica pelas duas curvas. Mas o principal é segui-las pelas curvas específicas para a população com síndrome de Down.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Podemos utilizar as curvas padrão da OMS, mas isso é uma medida complementar à principal ferramenta, que são as curvas específicas para síndrome de Down.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. Não há necessidade de correção, pois já existem as curvas específicas para a população com trissomia do 21.

Incorreta a alternativa D. As curvas para síndrome de Down estão disponíveis do nascimento até os 20 anos de idade.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

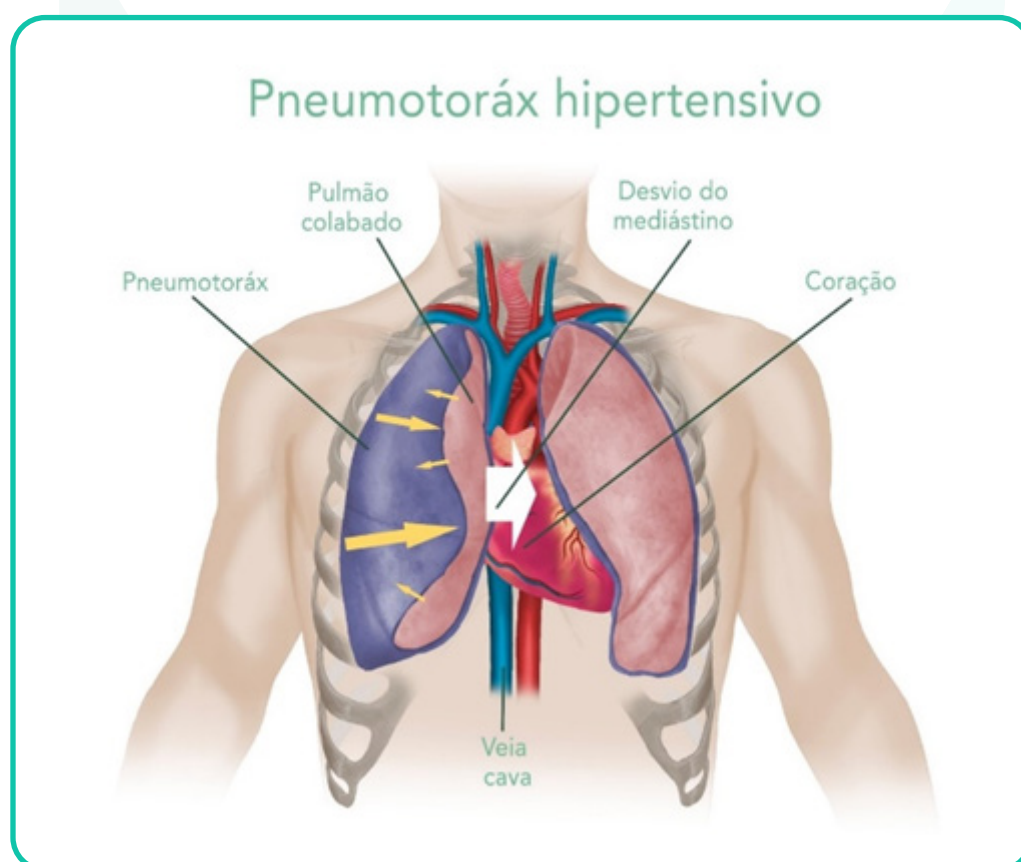
17. Paciente de 20 anos, sexo masculino, vítima de colisão "automóvel x muro", sem cinto de segurança, é atendido ainda na cena pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU). Exame físico: paciente torporoso; saturação de O₂ de 60%, em ar ambiente; frequência respiratória de 28 irpm; frequência cardíaca de 130 bpm; pressão arterial de 90 x 50 mmHg. Desvio da traqueia à direita, turgência de veias jugulares, hipofonese de bulhas cardíacas e diminuição acentuada do murmúrio vesicular à esquerda.

Qual é a conduta adequada no atendimento pré-hospitalar?

- A) Reposição volêmica.
- B) Cricotireoidostomia.
- C) Pericardiocentese.
- D) Toracocentese.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de um paciente vítima de acidente automobilístico, no cenário de atendimento pré-hospitalar, apresentando quadro clínico típico de pneumotórax hipertensivo. Vamos lembrar os principais pontos sobre pneumotórax hipertensivo:



QUADRO CLÍNICO:

- Ausência de murmúrio vesicular.
- Hipertimpanismo à percussão.

- Hipóxia.
- Sinais de choque: taquipneia, taquicardia e hipotensão (choque obstrutivo).
- Turgência jugular.
- Desvio de traqueia contralateralmente ao lado acometido.

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO (não realizar radiografia)

TRATAMENTO:

- Imediato: toracocentese (punção) imediata no 5º espaço intercostal, na linha axilar média ou no 2º EIC linha hemiclavicular **OU**
- Descompressão torácica digital no 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
- Definitivo: drenagem torácica no 5º EI, entre a linha axilar anterior e a média.

No entanto, ele também apresenta abafamento de bulhas, o que sugere tamponamento cardíaco (triade de Beck: hipotensão, abafamento de bulhas e turgência jugular), cujo tratamento imediato pode ser feito com a pericardiocentese. Mas o diagnóstico deve ser confirmado pelo FAST e a punção deve ser feita guiada por USG e com monitorização cardíaca paciente.

Mas lembre-se de que o ambiente é pré-hospitalar, com muito o “barulho” local, o que pode prejudicar a ausculta cardíaca e nos dar a impressão de abafamento de bulhas.

Dessa forma, no cenário pré-hospitalar, mesmo que o paciente apresente pneumotórax e tamponamento cardíaco, a conduta prioritária nesse paciente é realizar a toracocentese de alívio.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: a reposição volêmica faz parte da etapa C da avaliação primária à vítima de trauma, sendo a prioridade nesse paciente o B (ventilação e respiração). Além disso, o choque apresentado é obstrutivo devido ao pneumotórax hipertensivo, não hemorrágico.

Incorreta a alternativa B: o paciente não tem indicação de via aérea definitiva e, se tivesse, seria uma via aérea não cirúrgica (IOT). A queda da saturação é decorrente do pneumotórax hipertensivo.

Incorreta a alternativa C: como foi dito, o tamponamento cardíaco deve ser confirmado pelo FAST e o procedimento de pericardiocentese guiada por ele, e o paciente com monitorização cardíaca.

Correta a alternativa D: Como foi dito, a prioridade é tratar o pneumotórax hipertensivo com a toracocentese de alívio, procedimento facilmente realizado no ambiente pré-hospitalar.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

18. Paciente de 16 anos comparece ao ambulatório para mostrar resultados dos exames complementares solicitados na consulta anterior. Está preocupada porque todas as colegas da mesma idade já menstruaram e ela, não. O fenótipo é feminino, com pelos pubianos e axilares esparsos. Os exames complementares evidenciam ausência do útero à ultrassonografia pélvica, dosagem sérica do hormônio folículo estimulante (FSH) normal, dosagem de testosterona sérica compatível com níveis do sexo masculino e cariótipo 46 XY.

Com base no quadro clínico e nos dados apresentados, a principal hipótese diagnóstica dessa paciente é:

- A) disgenesia gonadal.
- B) malformação mülleriana.
- C) obstrução do trato genital.
- D) insensibilidade androgênica.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: CARLOS EDUARDO

A síndrome de insensibilidade androgênica é um **distúrbio recessivo ligado ao X** em que há um **defeito no receptor de androgênios**, provocando resistência à ação da testosterona. Assim, o sexo genético é masculino (cariótipo 46XY), mas o **fenótipo é feminino**. Para que você não esqueça: tudo que depender da testosterona não se desenvolve, ou seja, a genitália externa e os ductos de Wolff!

A presença do cromossomo Y provoca o desenvolvimento dos testículos e a produção de HAM, ou seja, **não há útero, trompas e 2/3 superiores da vagina**. Como existe o defeito no receptor de androgênios, não há ação da testosterona e desenvolve-se **genitália externa feminina**. Também devido à ausência da ação da testosterona, não ocorre o desenvolvimento dos ductos de Wolff, ou seja, **não há formação de epidídimo, vesículas seminais e ductos deferentes**.

As pacientes geralmente são magras, altas e com quadril estreito. Na puberdade, ocorre o desenvolvimento das mamas devido à conversão periférica da testosterona, mas são de pequeno volume, com aréolas pálidas. Como o desenvolvimento adequado dos pelos depende da ação periférica da testosterona, os pelos pubianos e axilares são ausentes ou escassos.

O diagnóstico baseia-se no exame físico e na ultrassonografia, que mostram a ausência dos derivados müllerianos e a presença de testículos, no cariótipo masculino (46XY) e nos valores séricos de testosterona. Com relação a esses últimos, você deve dar especial atenção às questões: a testosterona na síndrome de Morris está aumentada para o sexo feminino, porém os valores estão normais considerando os valores-padrão para o sexo masculino!

O tratamento consiste em reposição hormonal estrogênica, para o término do desenvolvimento dos caracteres secundários e prevenção de osteoporose e, da mesma forma que na síndrome de Rokitansky, a criação de neovagina. Além disso, os testículos devem ser excisados cirurgicamente após a puberdade, por causa do risco aumentado (2-5%) de malignização após os 25 anos de idade. Como existe discordância entre o sexo genético e fenotípico, é importante o seguimento psicológico.

SÍNDROME DE MORRIS

Alta e magra

Mamas pequenas

Testículos

Vagina curta
pelos pubianos escassos
genitália externa feminina



Ausência de útero, trompas
e 2/3 superiores da vagina

Vamos para as alternativas.

Incorreta a alternativa A, pois, na disgenesia gonadal, não há desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, uma vez que a gônada não produz hormônios. Além disso, há a presença de útero.

Incorreta a alternativa B, pois, apesar de ser o principal diagnóstico diferencial do caso, na anomalia mülleriana, o cariótipo é XX.

Incorreta a alternativa C, pois, na obstrução do trato genital, há quadro de dor pélvica cíclica pelo acúmulo de sangue da menstruação e a paciente apresenta útero.

Correta a alternativa D, conforme explicado na introdução.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

19. Mulher de 82 anos, sem história prévia de hipertensão, comparece à consulta preocupada porque aferiu a pressão na farmácia há 1 semana e estava em 146 x 86 mmHg. Em outra aferição, há 2 semanas, na unidade de saúde, a pressão estava em 144 x 88 mmHg. No momento da consulta, a pressão está em 146 x 88 mmHg. Não apresenta sintomas nem está em acompanhamento de outros agravos nesse momento.

Qual é a abordagem adequada nesse caso?

- A) Referenciar ao cardiologista para um manejo específico.
- B) Solicitar holter 24 horas e ecocardiograma para ampliar a avaliação.
- C) Prescrever losartana 50 mg, 1 comprimido à noite, com monitoramento da pressão arterial na unidade.
- D) Realizar uma conduta expectante, sem necessidade de medicamentos, com monitoramento de pressão arterial na unidade.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. BRUNO FERRAZ

Caro Estrategista,

Estamos diante de uma idosa de 82 anos, assintomática, com três medidas limítrofes/elevadas em ambiente de serviço de saúde (146 x 86–88 mmHg e 144 x 88 mmHg), sem história prévia de HAS e sem avaliação ambulatorial domiciliar (MAPA/MRPA). Em muitos idosos, a decisão terapêutica precisa ponderar fragilidade, risco de hipotensão postural e quedas, assim como a possibilidade de hipertensão do avental branco. Em geriatria, antes de rotular HAS e iniciar droga, é crucial confirmar fora do consultório (MAPA 24h ou MRPA), medir PA ortostática (deitado/sentado e em pé), rastrear danos de órgão-alvo e avaliar fragilidade/risco de quedas. Início inadvertido de anti-hipertensivo pode precipitar hipotensão postural, síncope e lesões (como fraturas), que são eventos com grande impacto prognóstico no idoso.

Com os dados fornecidos, a pressão encontra-se na faixa de hipertensão estágio 1. Porém, não há confirmação fora do consultório, o que deixa aberta a hipótese de hipertensão do avental branco. Em uma octogenária sem sintomas, a conduta não medicamentosa com confirmação diagnóstica é perfeitamente defensável. Por outro lado, se houver acesso difícil a MAPA/MRPA, se a paciente tiver risco cardiovascular elevado ou se novas medidas mantiverem valores semelhantes, iniciar terapia com baixa dose (ex.: losartana) pode ser aceitável, desde que acompanhada de monitorização próxima e checagem de PA ortostática, creatinina e potássio.

Antes de analisar as alternativas, fizemos um **breve resumo** sobre o tema:

A hipertensão arterial no idoso é altamente prevalente e constitui um dos principais determinantes de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana e declínio cognitivo. O envelhecimento leva à rigidez das grandes artérias e perda da complacência vascular, resultando em aumento da pressão sistólica e, frequentemente, em hipertensão sistólica isolada, a forma mais comum nessa faixa etária.

O diagnóstico deve ser confirmado com medidas repetidas da pressão arterial, idealmente fora do consultório, por meio da monitorização residencial (MRPA) ou ambulatorial (MAPA), já que é alta a prevalência de hipertensão do avental branco e de variabilidade pressórica. Também é essencial medir a pressão ortostática, uma vez que a hipotensão postural é comum e pode causar tonturas, quedas e síncope, especialmente quando há uso inadvertido de medicamentos anti-hipertensivos.

A conduta inicial deve sempre incluir mudanças de estilo de vida, com redução do consumo de sal, adoção de dieta balanceada (como a dieta DASH), prática regular de atividade física conforme tolerância, manutenção do peso adequado, limitação do consumo de álcool e cessação do tabagismo. Essas medidas isoladas podem reduzir significativamente os níveis pressóricos e o risco cardiovascular global.

Quando a pressão arterial sistólica é ≥ 140 mmHg, de forma sustentada, o tratamento farmacológico deve ser considerado, principalmente em pacientes com risco cardiovascular elevado ou lesão de órgão-alvo. A introdução das drogas deve ser gradual, com doses baixas e monitorização próxima da função renal, potássio sérico e tolerância clínica, para evitar hipotensão sintomática.

As classes mais indicadas são os diuréticos tiazídicos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os inibidores da ECA e os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA). Essas drogas têm eficácia comprovada nessa população e boa tolerabilidade quando bem ajustadas.

Os benefícios do tratamento anti-hipertensivo em idosos foram demonstrados em múltiplos estudos clínicos. O SHEP (*Systolic Hypertension in the Elderly Program*) mostrou que o controle rigoroso da hipertensão sistólica em idosos reduziu em 36% o risco de AVC e em 27% o risco de eventos cardiovasculares maiores. O HYVET (*Hypertension in the Very Elderly Trial*), que incluiu pacientes com 80 anos ou mais, demonstrou que o uso de indapamida (com ou sem perindopril) reduziu em 30% o risco de AVC, em 64% o risco de insuficiência cardíaca e em 21% a mortalidade por todas as causas, confirmando que mesmo os muito idosos se beneficiam do tratamento. O SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*), em sua subanálise de idosos, evidenciou que metas pressóricas mais baixas (PAS < 120 mmHg) reduziram mortalidade cardiovascular e global, embora com maior risco de efeitos adversos, reforçando a necessidade de individualização do tratamento.

Quanto às metas pressóricas, em idosos robustos e sem limitações funcionais, busca-se valores inferiores a 130 x 80 mmHg, desde que bem tolerados. Em pacientes frágeis, com múltiplas comorbidades ou risco de quedas, metas mais conservadoras (em torno de 140–150 mmHg de PAS) são aceitáveis, priorizando a segurança hemodinâmica e a qualidade de vida.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Encaminhamento pode ser necessário em situações complexas (sintomas, hipertensão secundária, lesão de órgão-alvo, refratariedade). Nesse caso, a atenção primária pode e deve conduzir a confirmação diagnóstica e decisão inicial.

Incorreta a alternativa B. *Holter* avalia ritmo, não é exame para diagnóstico de HAS. Ecocardiograma não é exame de triagem rotineira em idoso assintomático sem sinais de cardiopatia; deve ser direcionado por achados.

Incorreta a alternativa C, porém PLAUSÍVEL. É uma escolha defensável diante da idade e de medidas repetidamente elevadas, desde que: (1) avaliada PA ortostática; (2) haja monitorização próxima; (3) iniciem-se medidas não farmacológicas; (4) sejam checados função renal e potássio. Ainda assim, atenção para hipotensão postural e quedas — risco aumentado em octogenários.

Correta a alternativa D (gabarito oficial). Totalmente aceitável, pois faltam MAPA/MRPA para excluir avental branco e informações sobre o nível de fragilidade da paciente. Essa conduta permite confirmar diagnóstico, instituir mudanças de estilo de vida e medir PA ortostática antes de medicar, além de evitar hipotensão e quedas por início desnecessário de anti-hipertensivo.

Gabarito oficial: D

A alternativa C é plausível.

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

20. Mulher travesti de 28 anos, profissional do sexo, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) em demanda espontânea. Relata relações sexuais frequentes com diferentes parceiros, com uso inconsistente de preservativos, principalmente durante relações anais receptivas. Há 2 dias, teve uma relação sexual desprotegida com um cliente que se recusou a usar camisinha. Nunca utilizou medicamento para profilaxia pré-exposição (PrEP) ou pós-exposição (PEP) à infecção pelo HIV.

Considerando que a paciente está assintomática no momento, qual é a melhor estratégia de prevenção?

- A) Prescrever PrEP após resultado não reagente para HIV; indicar PEP após tratamento inicial e orientar rastreamento de ISTs a cada 3 meses.
- B) Oferecer teste rápido para HIV e sífilis; prescrever PrEP de início imediato; orientar sobre as vacinas disponíveis no SUS para seu grupo populacional.
- C) Realizar testagem rápida para HIV e sífilis; prescrever PEP mediante resultado não reagente para HIV e programar início da PrEP após término da PEP.
- D) Prescrever PEP e PrEP de forma concomitante; solicitar sorologias para ISTs; agendar retorno para analisar os resultados e revisar adesão ao tratamento.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

A profilaxia pós-exposição (PEP) é uma medida de urgência usada após exposição ao HIV, como relação sexual desprotegida ou acidente ocupacional. Deve ser iniciada o mais rápido possível, idealmente nas primeiras horas, com limite máximo de 72 horas após a exposição. O esquema dura 28 dias e é composto por tenofovir, lamivudina e dolutegravir.

A profilaxia pré-exposição (PrEP), por sua vez, é uma estratégia de prevenção contínua, indicada antes da exposição ao vírus. É recomendada para pessoas com maior risco de infecção pelo HIV, como a paciente desse caso. A PrEP, feita com tenofovir e entricitabina, reduz o risco de infecção caso uma exposição ocorra.

O Ministério da Saúde define alguns critérios para indicação da PrEP, incluindo: relações sexuais anais ou vaginais sem preservativo; uso repetido de PEP; diagnóstico recente de ISTs; parcerias sexuais sorodiscordantes; relações sexuais em troca de dinheiro ou objetos de valor; e “chemsex” (atividade sexual com uso de drogas psicoativas).

Nesse caso, a paciente apresenta risco crônico que justifica PrEP, mas também teve exposição aguda há 2 dias, que justifica PEP. Como a exposição ocorreu dentro da janela de 72 horas, a conduta imediata é iniciar PEP e, após completar os 28 dias, programar o início da PrEP.

Incorreta a alternativa A. A sequência apresentada está invertida. A PrEP não deve ser prescrita imediatamente após o teste, pois há uma exposição recente. Primeiro, é necessário iniciar a PEP, pois ainda há tempo hábil (menos de 72 horas). A PrEP será indicada apenas depois do término da PEP.

Incorreta a alternativa B. Prescrever apenas PrEP de início imediato está incorreto. A exposição há 2 dias exige PEP. A PrEP é para uso contínuo antes de exposições, não após exposição recente.

Correta a alternativa C. Diante de uma exposição sexual desprotegida ocorrida há menos de 72 horas, deve-se iniciar PEP após resultado não reagente para HIV e, posteriormente, avaliar o início da PrEP ao término da PEP, como estratégia de prevenção contínua.

Incorreta a alternativa D. A associação simultânea de PEP e PrEP não é indicada. As duas profilaxias têm finalidades distintas e devem ser utilizadas de forma sequencial, não concomitante.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

21. Mulher de 21 anos comparece à consulta médica em Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação de amenorreia há 4 meses, sendo descartada gravidez. Paciente relata que, há 10 meses, iniciou dieta para perder peso, tendo emagrecido nesse período aproximadamente 30 kg. Há 2 dias, relata desmaio durante prática de exercício físico, por isso realizou eletrocardiograma (ECG) que indicou alterações no segmento ST e na onda T. Paciente nega histórico de diagnóstico de transtorno mental, mora sozinha e sua família é de outra cidade. Afirma manter o padrão alimentar, pois ainda quer perder peso. Ao exame físico, apresenta palidez de mucosa e turgor cutâneo diminuído. Altura = 1,63 m; peso = 39 kg (IMC = 14,7 kg/m²); pressão arterial = 80 x 60 mmHg; frequência cardíaca = 55 bpm e frequência respiratória = 15 irpm.

Qual é a conduta adequada nesse momento?

- A) Solicitar internação em enfermaria de clínica médica.
- B) Encaminhar para internação em enfermaria de saúde mental.
- C) Continuar a investigação para causas da amenorreia na UBS.
- D) Acompanhar em ambulatório do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, estamos diante de um caso em que uma jovem de 21 anos com um quadro compatível com o diagnóstico de anorexia nervosa, com repercussões orgânicas evidentes - IMC baixo, bradicardia, hipotensão arterial, palidez e que suscitam cuidados clínicos imediatos e prioritários.

Sendo assim, é indicada, nessa situação, inicialmente, a internação da paciente em enfermaria clínica, com apoio da equipe de psiquiatria em paralelo.

Correta a alternativa A. A internação deve ocorrer, inicialmente, em leito de clínica médica, garantindo um atendimento médico amplo adequado e estabilização clínica.

Incorreta a alternativa B. A internação em leito psiquiátrico deve ocorrer, se necessário, após a estabilização do quadro clínico.

Incorreta a alternativa C. A amenorreia é secundária ao quadro da anorexia nervosa, que, nesse caso, deve ser manejada, inicialmente, em ambiente hospitalar.

Incorreta a alternativa D. O paciente pode ser encaminhado para acompanhamento longitudinal no CAPS quando a alta hospitalar for prescrita.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

22. Mulher de 65 anos iniciou quadro de lentidão dos movimentos há 6 meses, com dificuldade para amarrar sapatos, abotoar roupas e digitar. Ao caminhar, apresentava passos mais curtos e sensação de instabilidade, com 1 episódio de queda. Concomitantemente apresentou tremores nas mãos, de repouso, associados à rigidez e alteração do padrão do sono. Nega alterações de memória e cognição. Ao exame físico, apresentava fácies em máscara, marcha em pequenos passos, frequência cardíaca de 88 bpm com ausculta sem alterações, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, tremores assimétricos na manobra dos braços estendidos, hipertonia em roda dentada. A ressonância nuclear magnética realizada há 2 semanas constatou atrofia cerebral compatível com a idade.

O tratamento medicamentoso inicial recomendado para o caso clínico será:

- A) levodopa e carbidopa.
- B) donepezila e memantina.
- C) propranolol e amantadina.
- D) atorvastatina e baclofeno.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RODRIGO FREZATTI

Questão que nos cobra a identificação de uma doença de Parkinson, bem como o tratamento ideal para uma paciente de 65 anos. Antes de qualquer coisa, devemos nos lembrar de que o termo parkinsonismo descreve a associação de bradicinesia e pelo menos mais um dos seguintes sintomas:

- 1- rigidez;
- 2- tremor de repouso.

Existe um critério mais antigo, critério do banco de cérebro de Londres, que admite, além dos dois sintomas acima, a possibilidade de instabilidade postural.

Tal quadro ocorre, principalmente, na doença de Parkinson, e nas síndromes conhecidas como *Parkinson-plus* (paralisia supranuclear progressiva, atrofia de múltiplos sistemas, degeneração corticobasal e de demência com corpúsculos de Lewy), além de ser um comum efeito colateral do uso de neurolépticos.

A presença de alucinações visuais, déficit cognitivo precoce e flutuação dos sintomas é sugestiva da demência por corpúsculos de Lewy. A “regra”, em relação à associação de sintomas parkinsonianos (motores) e declínio cognitivo é que, na doença de Parkinson, o declínio cognitivo é tardio, ao passo que, na demência por corpúsculos de Lewy, os sintomas cognitivos precedem os motores, ou ocorrem com até, no máximo, 1 ano do aparecimento do parkinsonismo. Essa doença faz parte das chamadas síndromes *Parkinson-plus*, que são condições em que, além dos sintomas motores parkinsonianos, o paciente apresenta outras manifestações, atípicas para a doença de Parkinson. Além da demência por corpúsculos de Lewy, cujos achados estão supracitados, vale a pena destacar:

- Atrofia de múltiplos sistemas: o paciente apresenta sinais de disautonomia precoce e eventualmente de síndrome do neurônio motor superior e ataxia cerebelar, achados atípicos para o diagnóstico de doença de Parkinson. Destaca-se que, nessa condição, a alteração cognitiva não é comum e, se ocorre, é tardia.
- Paralisia supranuclear progressiva. Além do parkinsonismo, frequentemente simétrico, o paciente apresenta restrição para a movimentação dos olhos no sentido vertical, principalmente para baixo, além de quedas frequentes. Cabe destacar que o uso de levodopa não é eficaz nessa doença.

· Degeneração corticobasal: condição rara que, frequentemente, associa os sintomas parkinsonianos a uma postura “distônica”, rígida de uma das mãos, além de poder se associar a déficits sensoriais. Também não tem boa resposta com o uso de levodopa.

Pois bem. Como vimos, a paciente não apresenta nenhum desses sinais de alerta, sendo o diagnóstico de doença de Parkinson o mais provável. Nessa doença, é a falta de dopamina que determina os sintomas, de modo que o uso de levodopa, uma pré-droga que será metabolizada em dopamina, é o tratamento de escolha. O uso prolongado leva ao aparecimento de discinesias, motivo pelo qual, em pacientes que abrem o quadro com menos de 60 anos, sugere-se iniciar o manejo, desde que efetivo, com agonistas dopaminérgicos que, embora menos efetivos, buscam protelar a introdução da levodopa e, com isso, do aparecimento da discinesia.

Correta a alternativa A. Exatamente. Como vimos, é o tratamento de escolha. A levodopa é metabolizada em dopamina pela enzima dopa-descarboxilase, enzima bloqueada pela carbidopa. Entretanto, a carbidopa não atravessa a barreira hemato-encefálica, de modo que o uso junto à levodopa impedirá a conversão da levodopa periféricamente, garantindo maior concentração onde ela deverá agir, no sistema nervoso central, além de evitar efeitos colaterais indesejáveis.

Incorreta a alternativa B. A donepezila, um anticolinesterásico, e a memantina, um bloqueador de glutamato, são estratégias de tratamento da doença de Alzheimer, não da doença de Parkinson.

Incorreta a alternativa C. O propranolol pode auxiliar no manejo do tremor essencial, já a amantadina, no controle das discinesias do paciente com doença de Parkinson, não em fases iniciais do tratamento.

Incorreta a alternativa D. Nem atorvastatina nem baclofeno têm espaço no manejo do parkinsonismo.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

23. A violência contra adolescentes pode ter várias causas e atores. Os sinais que demonstram essas ações podem ser indiretos, mas devem ser observados pelos profissionais da saúde.

Assinale a alternativa com a situação em que se deve notificar o Conselho Tutelar.

- A) Manuel, 15 anos, abandonado pelos pais e sob os cuidados de uma família acolhedora, apresenta febre, vômitos, petéquias que evoluem para púrpuras em MMII e SS, rigidez de nuca e história vacinal desconhecida.
- B) Michele, 13 anos, está morando temporariamente com os tios enquanto a mãe faz um curso no exterior. Há 1 mês, vem apresentando equimoses em face, pernas, coxas, em vários estágios de evolução e evita falar sobre o fato.
- C) Felipe, 11 anos, acolhido em um abrigo desde os 9 anos, há 3 dias, está mais recolhido no seu quarto e dorme quase o tempo todo. Apresenta febre, muita dor no corpo e retro-orbitária, sangramento gengival quando escova os dentes e petéquias pelo corpo.
- D) Edilene, 16 anos, que cumpre medidas socioeducativas em uma instituição do Estado, apresenta várias equimoses nos membros superiores e inferiores, além do tronco. Refere também suores noturnos, febre inexplicada, perda de peso e linfonodos aumentados de tamanho em região cervical, supraclavicular e inguinal bilateralmente.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: DAVID NORDON

Discussão sobre a questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Condutas em maus-tratos.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Maus-tratos

A criança que sofre de maus-tratos pode sofrer por agressão (verbal, física ou psicológica) ou simplesmente negligência.

São sinais de maus-tratos: lesões em diversos estágios de cicatrização (hematomas e equimoses – particularmente na nuca, costas, abdome e coxas –, mordeduras, queimaduras – em especial na forma de ferro, numulares como bituca de cigarro, ou dos pés e nádegas – como se a criança tivesse sido colocada sentada, contra a vontade, em água fervente); múltiplas fraturas em vários estágios de consolidação; fraturas de alto risco; hematoma subdural; hemorragias retinianas; alterações comportamentais da criança (triste, arredia, agressiva, irritadiça, queda do rendimento escolar).

É notável que as lesões são geralmente incompatíveis com a história que os pais contam.

A combinação de **hemorragia retiniana, hematoma subdural e lesões de partes moles** forma o diagnóstico da SBC, que pode ser fatal. Ela ocorre pelo movimento *violento* de chacoalhar a criança para frente e para trás, causando trauma cerebral com lesão axonal difusa, hemorragia e edema. A hemorragia retiniana é marcante dessa condição. Em **provas, hemorragia retiniana = maus-tratos**. Na prática, porém, não é um sinal patognomônico.

Há algumas fraturas que se relacionam mais a maus-tratos. Veja o quadro a seguir:

Fraturas indicativas de maus-tratos
Alta especificidade:
Lesões metafisárias clássicas (alça de balde, canto) Arco posterior da costela Escápula Processo espinhoso Esterno
Moderada especificidade:
Múltiplas fraturas, em especial bilateralmente Fraturas em vários estágios de consolidação Separação epifisária Fratura ou subluxação de corpo vertebral Dedos Fraturas complexas do crânio
Baixa especificidade:
Clavícula Ossos longos Fratura linear de crânio

Quem é o culpado?

Na grande maioria das vezes, são os próprios pais, que muitas vezes sofreram maus-tratos na própria infância e, dessa forma, não sabem agir de outro modo. Há alguns fatores que aumentam o risco de maus-tratos, como instabilidade familiar, pais solteiros, pais usuários de drogas, classe socioeconômica (embora possa ocorrer mesmo nas classes mais altas).

Condutas na suspeita de maus tratos

A suspeita é o principal. Uma vez suspeitado, os passos são:

- instituir o tratamento adequado;
- internar a criança;
- notificar o conselho tutelar ou a vara da infância.

Não é necessário aguardar confirmação diagnóstica para proceder com essas condutas.

Não é necessário avisar a polícia.

A não notificação pelo médico causará multa de 3 a 20 salários mínimos.

Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A, pois o paciente apresenta quadro compatível com meningite. Nesse caso, a conduta seria levar ao pronto-socorro e, lá, realizar a notificação à vigilância epidemiológica (mas não ao conselho tutelar).

Correta a alternativa B. Note que a questão busca algum caso de maus-tratos, que seria notificado ao conselho tutelar. Aqui, temos uma paciente com lesões suspeitas em lugares sugestivos de maus-tratos, adotando a postura usual de evitar falar sobre isso, geralmente por coerção.

Incorreta a alternativa C, pois, mais do que maus-tratos, esse caso apresenta uma suspeita de dengue hemorrágica.

Incorreta a alternativa D, pois o paciente apresenta quadro sugestivo de tumor, como linfoma.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

24. Paciente do sexo feminino, 27 anos, é atendida em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com história de dor abdominal, com início em epigástrio há dois dias, contínua, sem fatores de melhora, associada a náuseas e perda de apetite, evoluindo para dor em fossa ilíaca direita há 1 dia e febre de 38,2 °C no dia do atendimento. Nega comorbidades, cirurgias prévias ou uso de medicações regulares. Relata que a última menstruação foi há 23 dias e apresenta ciclos regulares de 28 dias.

Exame físico: regular estado geral, corada, desidratada +/4+, eupneica, anictérica, acianótica; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações; ruídos hidroaéreos diminuídos, descompressão brusca dolorosa em quadrante inferior de abdome à direita.

Exame	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	10,7 g/dL	11,5 a 15,5 g/dL
Hematócrito	37%	38 a 52%
Leucócitos totais	13.400/mm ³	4.000 a 11.000/mm ³
Bastonetes	7%	0 a 5%
Urina	25 leucócitos/campo	--
Hemácias	8 hemácias/campo	--
Beta-hCG sérico	negativo	--

Considerando o diagnóstico mais provável, a conduta adequada é:

- A) iniciar antibioticoterapia empírica até resultado de exame de urocultura.
- B) realizar tomografia computadorizada de abdome e iniciar metotrexato.
- C) iniciar antibioticoterapia empírica e acompanhamento ambulatorial.
- D) realizar ultrassonografia de abdome e solicitar parecer cirúrgico.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de uma paciente do sexo feminino, jovem, com quadro clínico sugestivo de apendicite aguda, pois apresenta dor epigástrica com migração para a fossa ilíaca direita, associada a náuseas, anorexia, febre baixa e sinal de Blumberg ao exame físico. A presença de leucocitose com desvio à esquerda reforça nossa hipótese diagnóstica.

Apesar do quadro clínico clássico de apendicite, em pacientes do sexo feminino, por apresentar diversos diagnósticos ginecológicos diferenciais, devemos confirmar o diagnóstico com exames de imagem, podendo ser uma ultrassonografia ou tomografia de abdome com contraste endovenoso (exame padrão-ouro).

Se confirmado o diagnóstico de apendicite, o tratamento é cirúrgico, ou seja, apendicectomia, preferencialmente por laparoscopia.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: a paciente apresenta quadro clínico de abdome agudo inflamatório por apendicite aguda, cujo tratamento é cirúrgico. O quadro clínico e o exame físico com sinais de peritonite não condizem com o diagnóstico de infecção urinária.

Incorreta a alternativa B: seria correto realizar a tomografia de abdome, exame padrão-ouro para o diagnóstico de apendicite, mas não há

nenhuma indicação de metotrexato, medicação que pode ser utilizada para o tratamento de gestação ectópica, entre outras patologias.

Incorreta a alternativa C: por apresentar pouco tempo de evolução, provavelmente teremos uma apendicite aguda não complicada, com indicação somente de antibioticoprofilaxia pré-operatória. Além disso, a paciente terá indicação de tratamento cirúrgico, não de acompanhamento ambulatorial.

Correta a alternativa D: como foi dito, a paciente tem indicação de realizar exame de imagem para confirmar o diagnóstico de apendicite, podendo ser a ultrassonografia ou tomografia de abdome. Após o exame, deve ser avaliada pela equipe de cirurgia.

Gabarito: D

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

25. Multípara, 37 semanas, obesa, apresentando diabetes *mellitus* gestacional controlada com insulina NPH e regular. Evoluiu para parto normal, e o recém-nascido pesou 3.300 g.

A conduta no puerpério imediato deve ser:

- A) suspender insulino terapia.
- B) iniciar hipoglicemiante oral.
- C) manter insulina NPH em 1/3 da dose da gravidez.
- D) manter insulino terapia com a dosagem do pré-natal.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. NATÁLIA CARVALHO

O que o examinador quer saber: sobre a conduta no puerpério no diabetes gestacional.

A terapia farmacológica deve ser iniciada nas seguintes situações:

- paciente sabidamente portadora de DM2 e que faça uso de antidiabéticos não insulínicos (por exemplo, uma usuária de metformina terá seu antidiabético suspenso e substituído pela insulina);
- DM prévio diagnosticado na gestação;
- DMG refratária ao tratamento não farmacológico.

A Sociedade Brasileira de Diabetes, na última atualização sobre esse tema, em 2024, mudou as recomendações sobre o início da terapia farmacológica no DMG. Atualmente, a recomenda-se que a terapia farmacológica para a paciente com DMG deve ser iniciada nas seguintes situações:

- Duas ou mais medidas de glicemia acima da meta, avaliadas após 7 a 14 dias de terapia não farmacológica.

Ou

- Circunferência abdominal fetal \geq percentil 75º na ultrassonografia de 3º trimestre (29 e 33 semanas de gestação), independentemente dos valores glicêmicos.

Atenção:, em 2024 a SBD passou a considerar que a opção de iniciar o uso da terapia farmacológica baseada no percentual de 30 a 50% das medidas alteradas avaliadas em um período máximo de uma semana também é eficaz para o controle glicêmico da gestante com DMG, então esse critério também pode ser utilizado para o início da introdução de insulina no DMG.

As insulinas consideradas seguras para o uso durante a gestação são as seguintes:

- insulinas basais (NPH, detemir e degludeca);
- insulinas prandiais (regular, asparte e lispro).

Durante o trabalho de parto, a glicemia deve ser mantida entre 70 e 120 mg/dL (preferencialmente entre 100 e 120 mg/dL).

A diretriz conjunta faz as seguintes recomendações com a finalidade de que esse intervalo seja alcançado:

- Glicemias inferiores a 70 mg/dL devem ser corrigidas com soro glicosado a 5 ou 10%, pela via intravenosa.
- Glicemias superiores a 120 mg/dL devem ser corrigidas com insulina regular, por via subcutânea.

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.

Comentários:

Correta a alternativa A: temos uma puérpera com diabetes *mellitus* gestacional controlada com insulina NPH e regular durante o pré-natal. A conduta no puerpério deve ser a suspensão da insulino terapia, uma vez que a puérpera apresentava diabetes *mellitus* gestacional.

Incorreta a alternativa B: como a paciente apresentava DMG, não há indicação para hipoglicemiante oral no puerpério.

Incorreta a alternativa C: como a paciente apresentava DMG, não há indicação para manter a insulinização no puerpério.

Incorreta a alternativa D: como a paciente apresentava DMG, não há indicação para manter a insulinização no puerpério.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

26. Homem de 34 anos dirige-se à Unidade Básica de Saúde com febre (38,5 °C), dores de moderada intensidade no corpo há 3 dias. No dia da consulta, iniciou com dores abdominais e vômitos incontrolláveis. Exame físico: mucosas coradas, extremidades bem perfundidas, pressão arterial de 120 x 80 mmHg; frequência respiratória de 20 irpm; frequência cardíaca de 80 bpm. Leve dor à palpação abdominal, sem outras alterações.

Quais são a hipótese diagnóstica e o manejo, respectivamente?

- A) Dengue grupo B. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; realizar acompanhamento domiciliar após exames.
- B) Dengue grupo C. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e anticorpo IgM; realizar acompanhamento ambulatorial após exames.
- C) Dengue grupo C. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; manter em leito de observação até estabilização.
- D) Dengue grupo B. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas, antígeno NS1 e anticorpo IgM; manter em leito de observação até estabilização.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

Dengue é uma doença febril aguda que causa sintomas como mialgia, artralgia, cefaleia e exantema, com ou sem manifestações hemorrágicas. As alterações laboratoriais típicas são leucopenia e plaquetopenia, além da elevação do hematócrito devido à hemoconcentração (extravasamento plasmático).

O tratamento da dengue deve ser realizado conforme a classificação de risco:

- Grupo A - ausência de sinais de alarme, comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais: hidratação em domicílio e retorno para reavaliação quando ocorrer melhora da febre (ou no quinto dia doença, caso persista a febre).
- Grupo B – ausência de sinais de alarme, mas com sangramento de pele (petéquias ou prova do laço positiva) ou com comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais: realização de hemograma e hidratação oral na unidade de saúde; caso não apresente hemoconcentração ou outros sinais de alarme, encaminhar para hidratação em domicílio com retorno diário para reavaliação com hemograma até 48h após a queda da febre.
- Grupo C - presença de sinal de alarme: internação hospitalar e hidratação parenteral.

Aproveite para lembrar os sinais de alarme. Dengue com sinais de alarme é aquela que demonstra algum dos seguintes sinais:

- sangramento de mucosa;
- letargia e/ou irritabilidade;
- acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);
- vômitos persistentes;
- dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua;
- hipotensão postural e/ou lipotímia;
- hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal;
- aumento progressivo do hematócrito.

• Grupo D - presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos: internação em unidade de terapia intensiva e hidratação parenteral. E quais são os sinais de choque da dengue?

- taquicardia;
- extremidades distais frias;
- pulso fraco e filiforme;
- enchimento capilar lento (> 2 segundos);
- pressão arterial convergente (diferença entre sistólica e diastólica < 20 mmHg);
- oligúria (< 1,5 mL/kg/h);
- hipotensão arterial (fase tardia do choque);
- cianose (fase tardia do choque).

O paciente desse caso apresenta quadro compatível com dengue grupo C, caracterizado pela presença de sinais de alarme: dor abdominal e vômitos persistentes.

Em relação ao diagnóstico, há duas maneiras de se identificar laboratorialmente a infecção por dengue: por meio da detecção do vírus ou de anticorpos. A viremia dura até o quinto dia de sintomas, e os anticorpos tornam-se detectáveis a partir do sexto dia de doença.

Incorreta a alternativa A. A classificação como grupo B está errada. O paciente apresenta dois sinais de alarme (dor abdominal e vômitos incontroláveis), o que o classifica como grupo C.

Incorreta a alternativa B. Embora a classificação como grupo C esteja correta, a conduta está inadequada, pois pacientes desse grupo devem ser hospitalizados para hidratação parenteral. Outro erro da alternativa é a solicitação de anticorpo IgM. No terceiro dia de sintomas, o exame mais indicado para confirmação diagnóstica é o antígeno NS1, pois o IgM geralmente positiva após o quinto dia.

Correta a alternativa C. A presença de dor abdominal e vômitos incontroláveis classifica o paciente no grupo C. Para esse grupo, a recomendação é a hidratação parenteral imediata, tratamento sintomático (analgésico e antiemético) e internação em leito de observação para monitoramento. A solicitação de hemograma (para avaliar hematócrito e plaquetas) e do antígeno NS1 (adequado para o 3º dia de doença) está correta.

Incorreta a alternativa D. A classificação como grupo B está errada, pois o paciente tem sinais de alarme (grupo C). A solicitação de anticorpo IgM também é inadequada para o terceiro dia de sintomas.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

27. Homem de 48 anos, auxiliar de pedreiro, procura Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dor lombar iniciada há 6 semanas, de instalação insidiosa, sem irradiação. Relata que a dor piora ao final do dia e melhora parcialmente com repouso e uso de paracetamol. Nega perda de peso, febre, incontinência ou fraqueza nos membros inferiores. Ao exame físico, apresenta dor à palpação paravertebral em região lombar, sem alterações neurológicas.

Com base na história clínica e no exame físico, qual é o primeiro passo na condução desse caso?

- A) Solicitar ressonância magnética da coluna lombar e encaminhar para a ortopedia.
- B) Solicitar radiografia lombar, prescrever corticoide e agendar o retorno após 10 dias.
- C) Orientar repouso, fornecer atestado de 7 dias e prescrever analgesia com antidepressivo tricíclico.
- D) Explicar a natureza benigna, orientar analgesia e atividade física leve, com reavaliação em 4 a 6 semanas.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: DAVID NORDON

Discussão da questão:

O que o examinador deseja saber?

Condutas na lombalgia.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Lombalgia mecânica simples

Existem basicamente dois tipos de dores da região lombar:

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

Existem, também causas mecânicas e secundárias:

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

Fatores de risco para lombalgia:

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

Como definir lombalgia mecânica simples?

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

Como fazer o diagnóstico?

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

Quando solicitar exames na lombalgia aguda?

Quando o paciente apresenta sinais de alarme.

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

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

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

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

T: trauma.

T: tumor (história ou suspeita).

I: infecção (história ou suspeita).

D: déficit neurológico.

O: osteoporose.

C: cauda equina.

Como é feito o tratamento da lombalgia aguda?

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

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

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

Discussão das alternativas:

Incorreta a alternativa A. A ressonância magnética raramente é pedida na lombalgia, sendo reservada para os casos em que buscamos um diagnóstico diferencial (tumor, infecção), após a radiografia, ou para planejamento cirúrgico no caso de hérnia discal, ou, por fim, para o diagnóstico de síndrome da cauda equina.

Incorreta a alternativa B, pois o paciente não tem nenhum sinal de alarme para se considerar solicitar um exame de imagem. Ademais, corticoides não são indicados para lombalgia.

Incorreta a alternativa C, pois o afastamento usual é de dois dias; além disso, a analgesia com antidepressivos ou anticonvulsivante é reservada para os casos de lombalgia crônica - ou seja, com mais de 3 meses de duração.

Correta a alternativa D, sem ressalvas.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

28. "Internações sem consentimento aumentam na Cracolândia, em meio a denúncias de agressões".

ZYLBERKAN, M.; KRUSE, T. Folha de S. Paulo, 3 jul. 2024.

Notícias como essa têm se tornado frequentes em jornais brasileiros nos últimos anos. Alguns municípios têm criado leis locais próprias para as internações involuntárias que muitas vezes contradizem as leis federais sobre o tema.

Sobre a internação involuntária no Brasil, é correto afirmar que:

- A) a internação involuntária é determinada, de acordo com a legislação, pela Justiça.
- B) é autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.
- C) no prazo de 15 dias, a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Federal.
- D) o término da internação involuntária ocorrerá por solicitação do Ministério Público Municipal.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, a Lei 10.216, de 2001, ficou conhecida como “lei da reforma psiquiátrica”, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e reorienta o modelo assistência psiquiátrica, o que envolve a mudança na assistência centrada na internação hospitalar e cuidados ambulatoriais, para novos pressupostos técnicos e éticos, preservando a individualidade, autonomia do paciente e reinserção social, evitando-se internações hospitalares desnecessárias.

Veja as modalidades de internação psiquiátrica.

1. Internação voluntária: aquela que ocorre com o consentimento do usuário, que também pode encerrá-la voluntariamente.
2. Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e após avaliação médica, que ainda deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual (MPE) pelo médico responsável técnico da instituição em até 72 horas após a admissão hospitalar - devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta; nessa situação, a família ou representante legal podem encerrar a internação por meio de pedido formal.
3. Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Incorreta a alternativa A. A internação involuntária é aquela que ocorre sem o consentimento do paciente.

Correta a alternativa B, conforme discutido na introdução.

Incorreta a alternativa C, pois precisa ser informada ao MPE em até 72 horas.

Incorreta a alternativa D, visto que a família ou representante legal podem encerrar a internação por meio de pedido formal.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

29. Homem de 68 anos, em tratamento crônico irregular de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e fibrilação atrial, é admitido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de rebaixamento do nível de consciência e déficit neurológico do lado esquerdo, de predomínio braquiofacial. Segundo o acompanhante, o paciente tinha ido se deitar havia 90 minutos, sem qualquer sintoma antes de ser encontrado com o transtorno observado. Foi levado ao hospital, onde deu entrada 30 minutos após constatado o déficit focal. Ao exame físico, paciente com 9 pontos na escala de coma de Glasgow modificada, exibindo hemiparesia acentuada à esquerda, pressão arterial de 170 x 100 mmHg em ambos os membros superiores, com ritmo cardíaco irregular, frequência cardíaca média de 96 bpm. Não há outras alterações expressivas ao exame físico. Glicemia capilar de 285 mg/dL; demais exames laboratoriais não revelam anormalidades. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste revela área de atenuação de densidade em cerca de 40% do território da artéria cerebral média direita, cujo laudo é obtido cerca de 3 horas após o último momento em que o paciente foi visto sem déficits.

O médico da unidade explica ao acompanhante que, apesar dos potenciais benefícios da terapia trombolítica em pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico, o paciente apresenta contraindicação em função de:

- A) apresentar extensão de isquemia superior a 1/3 do território da artéria cerebral média acometida.
- B) haver decorrido período de tempo superior ao limite máximo tolerável desde o início do déficit.
- C) evoluir com glicemia acima de 200 mg/dL com intervalo maior do que 2 horas pós-prandial.
- D) ter níveis pressóricos superiores aos permitidos para o uso do fármaco.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RODRIGO FREZATTI

Estrategista, essa é uma questão que aborda um tópico que você deve conhecer em detalhes: tratamento agudo do AVC isquêmico.

O que você deve saber para definir o tratamento agudo de um AVC isquêmico? A seguir, irei discorrer sobre os principais pontos envolvidos nessa decisão.

Realizada a neuroimagem inicial, afastando sangramento, devemos analisar 3 fatores principais para a definição da estratégia de recanalização. A análise desses 3 fatores, somada à verificação dos critérios gerais de indicação e contraindicação, permitirão alocar o paciente no tratamento com trombolise, com trombectomia, com trombolise e trombectomia ou ainda o excluir do tratamento de recanalização.

A tríade a ser analisada é composta por:

1- Janela terapêutica: é essencial definir há quanto tempo os sintomas se iniciaram. Costumamos definir o tempo decorrido desde a última vez em que o paciente foi visto “bem”. Nos casos em que o paciente acorda com o déficit, tendo sido visto bem pela última vez na noite anterior, devemos considerar a janela como sendo o intervalo de tempo desde o último momento em que o paciente foi visto assintomático até a avaliação. Essa situação é conhecida como *wake-up stroke*.

2- Local de oclusão arterial. O ponto de oclusão arterial, eventualmente, pode não ser identificado, ou porque já houve recanalização espontânea ou porque se trata de oclusão distal, “invisível” ao estudo de vasos disponível. De qualquer forma, o objetivo é definir se estamos diante de uma oclusão proximal e anterior (artéria cerebral média e carótida) ou se outro vaso está envolvido. Como veremos à frente, essa definição é elementar para a escolha da terapia de recanalização.

3- Viabilidade do tecido cerebral. Cada paciente tolera um tempo diferente de isquemia antes de apresentar necrose tecidual irreversível. Basicamente, o grau de circulação colateral é o determinante principal nessa equação. A depender da janela terapêutica e do método de recanalização escolhido, pode-se lançar mão da TC de crânio, da RM de encéfalo ou de estudos de perfusão para verificar se há viabilidade

de parênquima cerebral.

Antes de analisarmos cada alternativa de tratamento, lembre-se de que o paciente deve ter mais do que 18 anos, adequar-se às demandas de janela terapêutica e avaliação de viabilidade tecidual, não possuir critérios de contraindicação (sobretudo à trombólise) além de apresentar déficit, de fato, limitante! Cuidado com isso! O *guideline* da *American Heart Association* (AHA), referência da maioria das bancas, traz a possibilidade de não trombolisar pacientes com NIHSS inferior a 5, contudo apenas caso seu déficit não seja limitante! Um radialista que apresenta NIHSS de 3, entretanto, com alteração de fala, tem um déficit limitante e deverá ser trombolisado independentemente do NIHSS! Em relação a exames pré-trombólise, apenas a glicosimetria é, de fato, necessária! Os valores devem estar entre 60 e 400 mg/dL e, mesmo quando fora desse intervalo, caso a correção da hipo ou hiperglicemia não corrija imediatamente o déficit, a recanalização deve ser buscada. Note que o valor de plaquetas não é necessário antes de uma eventual trombólise, exceto caso o paciente tenha histórico sugestivo de discrasia sanguínea.

Dito isso, lembremos dos critérios de contraindicação à trombólise! Perceba que não são os mesmos para a trombectomia, em geral, muito mais permissiva. Contraindicam a trombólise:

- uso de anticoagulantes orais com INR >1,7;
- AVC isquêmico ou TCE grave nos últimos 3 meses;
- história pregressa de AVCh;
- TC de crânio com hipodensidade maior ou igual do que um terço do território da artéria cerebral média;
- PAS \geq 185 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg;
- melhora rápida e completa antes da trombólise;
- déficit neurológico leve e sem repercussão funcional;
- cirurgias de grande porte dentro de 2 semanas;
- endocardite infecciosa;
- suspeita de dissecação de aorta ou HSA;
- punção arterial de sítio não compressível na última semana;
- hemorragia geniturinária ou gastrintestinal nas últimas 3 semanas.

Pois bem, posto isso, vejamos as alternativas sobre contraindicações à trombólise.

Correta a alternativa A. Apesar de não estar descrito exatamente dessa forma no *guideline* da AHA, de fato, uma isquemia extensa configura contraindicação à trombólise.

Incorreta a alternativa B. O paciente em questão tem apenas 3 horas desde o início dos sintomas, sendo 4,5 horas o limite máximo.

Incorreta a alternativa C. A glicemia maior do que 50 e inferior a 400 mg/dL é permissiva.

Incorreta a alternativa D. O limite máximo é de PAS \geq 185 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

30. Menino de 6 anos é levado à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de fimose. Mãe relata balanopostites frequentes, sendo o primeiro episódio com 1 ano de vida. Nega infecções do trato urinário. Ao exame físico, apresenta prepúcio cobrindo toda a glândula que, quando tracionado, expõe meato uretral e anel fibrótico prepucial.

Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- A) Trata-se de fimose fisiológica, necessitando de exercícios de redução e higiene do prepúcio.
- B) Há indicação cirúrgica na adolescência, pois já está apresentando exposição de meato uretral.
- C) Há indicação cirúrgica, pois a criança apresenta balanopostites recorrentes com fibrose prepucial.
- D) Indica-se uso de creme de betametasona e hialuronidase por 4 semanas, uma vez que apresenta exposição de meato uretral.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de uma criança de 6 anos apresentando fimose com relato de balanopostites de repetição desde um ano de idade, além de apresentar anel fibrótico prepucial, indicações de tratamento cirúrgico, ou seja, postectomia.

A **fimose** é definida como a impossibilidade de exteriorização da glândula e é causada por um anel fibrótico, que pode ser congênito ou adquirido.

No segundo caso, é a **fimose patológica ou adquirida**, na qual há estenose do prepúcio em formato de cone, com a parte distal fibrótica e esbranquiçada, causada por descolamento traumático do prepúcio, balanopostites de repetição, irritação amoniacal ou balanite xerótica (líquen escleroatrófico). Nesses pacientes, está indicada a correção cirúrgica (postectomia).



Ao nascimento, os meninos costumam apresentar uma aderência parcial ou total entre prepúcio e a glândula, chamada de "fimose fisiológica". Apesar do nome, a fimose fisiológica não caracteriza o diagnóstico de fimose propriamente dita.

Essa aderência balanoprepucial costuma persistir até os três a cinco anos de idade. A propósito, cerca de 90% dos meninos apresentam resolução da fimose fisiológica até os três anos de idade e conseguem expor a glândula, sem dificuldades.

No entanto, nos casos em que a limpeza da glândula não é feita adequadamente, há acúmulo de esmegma, que leva à proliferação bacteriana e à ocorrência de balanopostites de repetição. Isto é, infecção e/ou inflamação da glândula e prepúcio.

Nesse cenário, cada novo episódio inflamatório/infeccioso leva à retração cicatricial da pele do prepúcio, agravando a fimose e piorando ainda mais as condições para realização da higiene.

Dessa forma, o tratamento cirúrgico dessa afecção visa permitir a remoção do anel fibrótico, garantindo a adequada higiene da glândula e sulco balanoprepucial.

Nos primeiros anos de vida, apenas a higiene do pênis deve ser orientada pelo pediatra. A realização de exercícios para provocar retração forçada do prepúcio no recém-nascido e no lactente deve ser desencorajada, uma vez que pode provocar inflamação, sangramento e, conseqüentemente, conduzir à fimose, por induzir à fibrose local.

A higiene incompleta também está relacionada a infecções urinárias e pode interferir no seguimento de crianças com refluxo vesicoureteral (RVU).

O tratamento cirúrgico está indicado nos seguintes casos:

- fimose persistente após os 4–5 anos;
- balanopostites de repetição;
- balonamento prepucial na micção (distensão da pele do prepúcio durante o ato da micção);
- infecções urinárias recorrentes.

A postectomia é o procedimento empregado para o tratamento da fimose e envolve a secção do prepúcio, de forma a permitir a exteriorização da glândula, mas preservando-o parcialmente para a proteção dela.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: a fimose fisiológica tende a se resolver até os 3–5 anos. Aos 6 anos, com anel cicatricial, não é mais considerada fisiológica.

Incorreta a alternativa B: o paciente já tem indicação de tratamento cirúrgico eletivo, não há motivos para aguardar a adolescência.

Correta a alternativa C: como foi dito, essa é a alternativa correta.

Incorreta a alternativa D: nos casos de **fimose fisiológica** em que há demora para resolução, queixa frequente dos pais ou em pacientes com predisposição a infecções urinárias (ex.: válvula de uretra posterior, refluxo vesicoureteral, bexiga neurogênica etc.), pode-se considerar o tratamento com corticoides tópicos (betametasona ou dexametasona) em baixa concentração por 6-8 semanas. Esse tratamento costuma ter 95% de sucesso em 1 ano, evitando os riscos da cirurgia.

Não é o caso de nosso paciente, que apresenta fimose patológica (adquirida), com indicação de tratamento cirúrgico.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

31. Mulher de 72 anos foi atendida em hospital de médio porte. Relatava emagrecimento e dor abdominal com irradiação para região dorsal há 3 meses; há 1 mês, a urina ficou mais escura, começou a apresentar prurido cutâneo intenso e icterícia em esclera. Ao exame físico, encontrava-se icterica +++/4+, emagrecida; exame do abdome com fígado palpável abaixo da borda costal direita, assim como uma massa bem definida, de consistência cística, não dolorosa em hipocôndrio direito.

Nesse caso, o mais adequado é solicitar:

- A) ultrassonografia para avaliar colecistite crônica calculosa.
- B) tomografia computadorizada para avaliar vias biliares e pâncreas.
- C) colangiopancreatografia por ressonância para avaliar coledocolitíase.
- D) biópsia percutânea com agulha da massa palpada para avaliar neoplasia.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de uma paciente idosa com queixa de dor abdominal, icterícia, colúria, prurido cutâneo, emagrecimento e apresentando o sinal de Courvoisier-Terrier, ou seja, vesícula biliar palpável e indolor em paciente icterico, sinais e sintomas sugestivos de neoplasia periampular (cabeça de pâncreas, colédoco distal, papila duodenal).

O diagnóstico deve ser confirmado com exames de imagem, como tomografia de abdome e/ou colangiorressonância de abdome.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: a colecistite crônica calculosa não cursa com icterícia, colúria, prurido, emagrecimento e sinal de Courvoisier-Terrier, mas sintomas de cólica biliar, como dor em hipocôndrio direito após ingesta alimentar mais gordurosa.

Correta a alternativa B: nossa principal hipótese diagnóstica é neoplasia periampular que deve ser investigada com exames de imagem, podendo ser inicialmente uma tomografia de abdome.

Incorreta a alternativa C: como foi dito, nossa principal hipótese diagnóstica é neoplasia periampular. O relato de emagrecimento e o sinal de Courvoisier-Terrier falam contra o diagnóstico de coledocolitíase. Além disso, quando suspeitamos de coledocolitíase, o diagnóstico deve ser estabelecido com ultrassonografia ou colangiorressonância antes de indicar a CPRE.

Incorreta a alternativa D: a massa cística palpável é a vesícula biliar distendida e não deve ser “biopsiada”!

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

32. Paciente, G5P3C1, 35 anos, idade gestacional de 15 semanas por ecografia realizada com 8 semanas, hipertensa crônica em uso de enalapril, antecedente de pré-eclâmpsia. Comparece à consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com pressão arterial de 140 x 90 mmHg.

Qual é a conduta medicamentosa indicada para essa paciente?

- A) Captopril, varfarina e ácido acetilsalicílico.
- B) Furosemida, varfarina e carbonato de cálcio.
- C) Losartana, enoxaparina e carbonato de cálcio.
- D) Alfa-metildopa, ácido acetilsalicílico e carbonato de cálcio.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. NATÁLIA CARVALHO

O que o examinador quer saber: sobre o uso de anti-hipertensivos na gestação e prevenção de pré-eclâmpsia.

Deve-se introduzir anti-hipertensivo oral para todas as gestantes com PA $\geq 140 \times 90$ mmHg, e o alvo terapêutico é manter a PAD ≤ 85 mmHg desde o primeiro trimestre de gestação. É importante tomar cuidado com a redução brusca da pressão arterial nessas gestantes, uma vez que apresentam maior hemoconcentração e reatividade vascular. Por isso, se a PAD for ≤ 80 mmHg, o anti-hipertensivo deve ser suspenso ou a dose diminuída.

A droga anti-hipertensiva de escolha para hipertensão arterial não grave (PA $< 160/110$ mmHg) é a metildopa. Deve-se iniciar com dose de 500 a 750 mg/dia e aumentar, caso necessário, até atingir o controle adequado da PA. A dose máxima é de 2 g/dia, dividida em até 4 tomadas. Lembre-se de que essa medicação pode provocar hipotensão postural e, mais raramente, aumento das enzimas hepáticas.

Caso a PA mantenha-se alterada, mesmo com dose máxima de metildopa, faz-se necessário associar um segundo anti-hipertensivo, que pode ser um bloqueador do canal de cálcio (anlodipino ou nifedipina), um bloqueador beta-adrenérgicos (metoprolol ou pindolol) ou a hidralazina via oral, conforme a experiência de cada instituição. A associação máxima recomendada é de três drogas anti-hipertensivas.

O uso de atenolol e propranolol é contraindicado por causar restrição de crescimento fetal. Ademais, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (captopril, enalapril), os antagonistas dos receptores da angiotensina II (losartana) e os inibidores diretos da renina (aliskiren) são proibidos na gestação por provocarem toxicidade renal fetal no segundo trimestre. Já o uso de diuréticos na gestação é controverso, por isso deve ser evitado. A tabela a seguir resume os anti-hipertensivos orais permitidos e proibidos na gestação.

ANTI-HIPERTENSIVOS PERMITIDOS	ANTI-HIPERTENSIVOS PROIBIDOS
Alfa-2-agonistas <ul style="list-style-type: none"> • metildopa, clonidina e prazosina 	Inibidores da enzima conversora de angiotensina <ul style="list-style-type: none"> • captopril, enalapril
Betabloqueadores adrenérgicos <ul style="list-style-type: none"> • metoprolol, pindolol • atenolol e propranolol são proibidos! 	Antagonistas dos receptores de angiotensina II <ul style="list-style-type: none"> • losartana
Bloqueadores do canal de cálcio <ul style="list-style-type: none"> • nifedipina, anlodipina 	Inibidores diretos da renina <ul style="list-style-type: none"> • aliskiren

A identificação de gestantes com alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e a realização de medidas para sua prevenção ao longo do pré-

natal é fundamental para se diminuir a ocorrência dessa patologia, principalmente suas formas graves.

Em 2025, o Ministério da Saúde passou a orientar a suplementação de cálcio para todas as gestantes para prevenção de pré-eclâmpsia. Anteriormente, a suplementação de cálcio era feita somente para gestantes de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e com baixa ingestão de cálcio. Como, no Brasil, a ingestão de cálcio é muito baixa na população e a pré-eclâmpsia é a principal causa de morte materna, passou-se a orientar a suplementação de cálcio para todas as gestantes, independentemente do risco. Além disso, as gestantes devem ser orientadas a realizar, pelo menos, 140 min por semana de atividades moderadas. Essas medidas diminuem o risco de pré-eclâmpsia na população geral.

Sendo assim, a suplementação de cálcio deve ser feita de maneira universal a partir de 12 semanas de gestação, na dose de 1000 mg de cálcio elementar por dia, até o parto. Como cada comprimido de carbonato de cálcio de 1250 mg contém 500 mg de cálcio elementar, são necessários dois comprimidos de carbonato de cálcio ao dia para atingir a dose recomendada de suplementação.

A ingestão concomitante de ferro e cálcio deve ser evitada, sendo necessário o intervalo mínimo de 2 horas entre a ingestão dessas vitaminas. Além disso, o cálcio não deve ser ingerido em jejum e com alimentos ricos em fitato e ferro. Portanto, orienta-se ingerir o cálcio no período da noite, com um copo de leite ou frutas.

Em gestantes com alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia, tanto pelo rastreamento combinado no primeiro trimestre como pela avaliação dos fatores de risco maternos isolados, a prevenção primária consiste na administração de aspirina (ácido acetilsalicílico) em baixa dose (100-150 mg) à noite, diariamente a partir de 12 semanas, podendo ser iniciada em até 20 semanas, mas preferencialmente até 16 semanas, sendo mantida até às 36 semanas de gestação. O uso de baixa dose de aspirina antes de 20 semanas de gestação diminuiu o risco de pré-eclâmpsia, principalmente de pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas), e de restrição de crescimento fetal em gestantes de alto risco. Lembre-se de que é preciso suspender o AAS caso a paciente evolua para pré-eclâmpsia.

A suplementação de cálcio nas gestantes de alto risco deve ser feita na dose de 1500 mg a 2000 mg/dia de cálcio elementar, desde o início do pré-natal até o parto, pois essa medida reduz o risco de pré-eclâmpsia.

Não existe evidência de que a suplementação de vitamina C, D, E, óleo de peixe, ácido fólico e restrição de sal possam reduzir o risco de pré-eclâmpsia.

Além disso, o uso de heparina de baixo peso molecular não está indicado para a prevenção da pré-eclâmpsia, pois essa medida não reduz o risco dessa patologia.

Comentários:

Incorreta a alternativa A: captopril não deve ser utilizado na gestação, uma vez que essa medicação é fetotóxica no segundo trimestre. O anti-hipertensivo oral de escolha na gestação é a metildopa. Varfarina não deve ser utilizada na prevenção de pré-eclâmpsia.

Incorreta a alternativa B: furosemida não é anti-hipertensivo de escolha na gestação. Os anti-hipertensivos diuréticos têm seu uso controverso na gestação. Varfarina não deve ser utilizada na prevenção de pré-eclâmpsia.

Incorreta a alternativa C: losartana não deve ser utilizada na gestação, uma vez que essa medicação é fetotóxica no segundo trimestre. O anti-hipertensivo oral de escolha na gestação é a metildopa. Enoxaparina não deve ser utilizada na prevenção de pré-eclâmpsia.

Correta a alternativa D: temos uma gestante de 15 semanas com HAC em uso de enalapril e antecedente de pré-eclâmpsia. A paciente apresenta dois fatores de alto risco para pré-eclâmpsia (HAC e histórico de pré-eclâmpsia), sendo assim, tem indicação de uso de ácido acetilsalicílico (AAS) a partir de 12 semanas. Além disso, deve ser feita a suplementação de cálcio de maneira universal para a prevenção de pré-eclâmpsia. Com relação ao uso de anti-hipertensivo, deve ser suspenso o enalapril, uma vez que essa medicação é fetotóxica no segundo trimestre. O anti-hipertensivo oral de escolha na gestação é a metildopa.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

33. Homem de 48 anos busca atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para reiniciar tratamento para tuberculose. Paciente refere que iniciou o tratamento poliquimioterápico há 6 meses, quando foi diagnosticado com tuberculose; porém, há 2 meses, interrompeu o acompanhamento na sua unidade de origem devido ao uso de substâncias psicoativas. Ele mudou-se para o território da unidade há 15 dias e foi visitado pelo agente comunitário, que o orientou a procurar atendimento médico para avaliação e retomada do tratamento. Foram solicitados, inicialmente, o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), baciloscopia de escarro e radiografia de tórax.

Qual é a conduta adequada para esse caso?

- A) Se o TRM-TB for positivo, sem resistência à rifampicina, e a baciloscopia for negativa, reiniciar o esquema básico.
- B) Se o TRM-TB for negativo e a baciloscopia for positiva, reiniciar o esquema básico, desde que a resistência à rifampicina seja positiva.
- C) Se o TRM-TB for negativo e a baciloscopia for positiva, solicitar cultura de escarro com teste de sensibilidade e reiniciar o esquema básico enquanto se aguarda a cultura.
- D) Se o TRM-TB for positivo, com resistência à rifampicina, e a baciloscopia for positiva, solicitar cultura de escarro com teste de sensibilidade e reiniciar o esquema básico enquanto se aguarda a cultura.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

O foco principal dessa questão é o abandono do tratamento da tuberculose. De acordo com o Ministério da Saúde, considera-se abandono quando o paciente interrompe o uso dos medicamentos por 30 dias consecutivos ou mais. Nesses casos, o tratamento deve ser reiniciado do zero, com o esquema básico completo (RHZE por 2 meses, seguido de RH por 4 meses), independentemente do tempo previamente tratado. Conforme o fluxograma do Ministério da Saúde (Figura 1), pessoas em retratamento de tuberculose devem realizar baciloscopia, TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade antes do reinício do tratamento, considerando o risco aumentado de resistência medicamentosa (BRASIL, 2024).

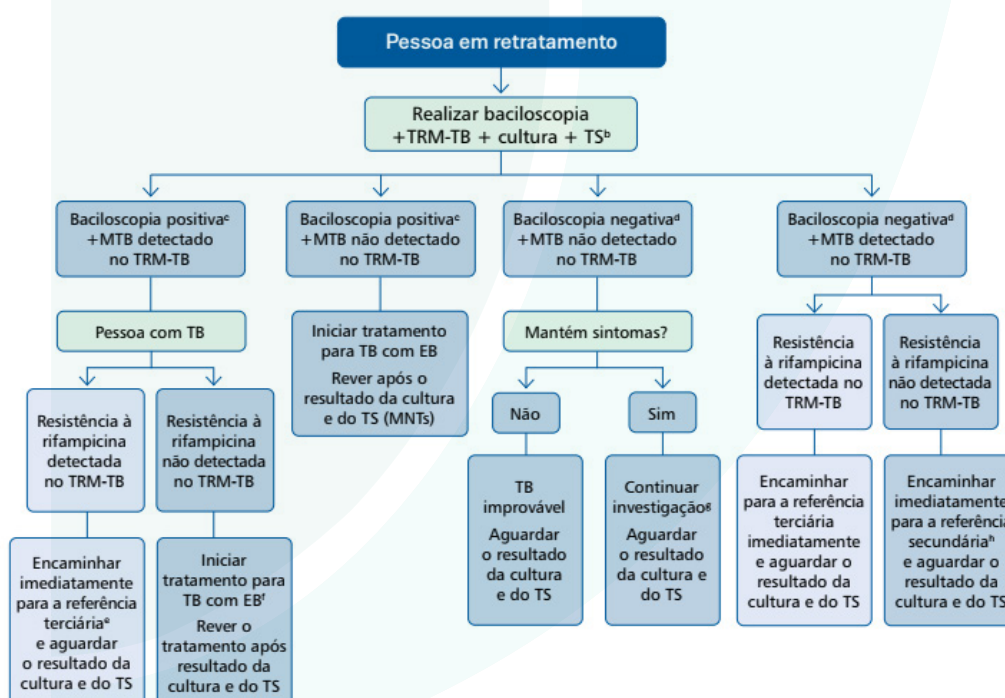


Figura 1 – Conduta para pessoa em retratamento de tuberculose segundo resultados de baciloscopia, TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Essa é uma questão difícil! Note que essa questão aprofunda detalhes do fluxograma de retratamento da tuberculose, cobrando condutas pouco usuais em provas.

Incorreta a alternativa A. Caso o TRM-TB seja positivo e não identifique resistência à rifampicina, a conduta seria encaminhar o paciente à referência terciária e aguardar o resultado da cultura e do teste de sensibilidade. Isso ocorre porque, com **baciloscopia negativa e TRM-TB positivo**, não é possível confirmar se há doença ativa, já que o **teste rápido molecular pode detectar fragmentos não viáveis do *Mycobacterium tuberculosis***, mesmo após a cura. Portanto, o resultado isolado do TRM-TB não deve ser usado para definir reinício imediato do tratamento.

Incorreta a alternativa B. Essa alternativa é contraditória. Se o TRM-TB foi negativo (MTB não detectado), ele não tem como informar um resultado de "resistência à rifampicina positiva". O TRM-TB só avalia a resistência se detectar o *M. tuberculosis*.

Correta a alternativa C. Em casos de retratamento após abandono, o Ministério da Saúde recomenda a realização de baciloscopia, teste rápido molecular (TRM-TB), cultura e teste de sensibilidade. Se a baciloscopia for positiva, mas o TRM-TB não detectar *Mycobacterium tuberculosis*, a orientação é iniciar o tratamento para tuberculose com o esquema básico, mantendo acompanhamento próximo. No entanto, é necessário revisar o resultado da cultura e do teste de sensibilidade posteriormente, especialmente para afastar a possibilidade de micobactérias não tuberculosas (MNT), que podem justificar a discordância entre os exames.

Incorreta a alternativa D. Diante da resistência à rifampicina no TRM-TB, não se deve reiniciar o esquema básico, e sim encaminhar o paciente à referência terciária e aguardar o resultado da cultura e do teste de sensibilidade.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

34. Uma instituição de saúde está pesquisando um novo teste de triagem para hanseníase, com sensibilidade de 92% e especificidade de 65%, aplicado em uma população com baixa prevalência da doença.

Nesse contexto, é correto afirmar que:

- A) quase todos os testes positivos indicarão verdadeiros casos de hanseníase, diante da elevada sensibilidade do teste.
- B) o número de falsos-positivos será elevado, devido à baixa especificidade do teste e à baixa prevalência da doença.
- C) o número de falsos-negativos será elevado, reduzindo a capacidade do teste em detectar casos reais.
- D) a elevada sensibilidade do teste torna-o ideal para a confirmação do diagnóstico de hanseníase.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BÁRBARA D'ALEGRIA - FEITO POR LAÍS PARADA

Tema: Testes Diagnósticos - sensibilidade e especificidade

Fique de olho, Estrategista,

Essa questão aborda um conceito fundamental em epidemiologia e medicina diagnóstica: a relação entre as características operacionais de um teste (sensibilidade e especificidade) e os valores preditivos, especialmente em contextos de baixa prevalência. Tema importante dentro da banca INEP.

O cenário apresenta um teste com:

- sensibilidade alta (92%): detecta bem os doentes;
- especificidade moderada/baixa (65%): tem dificuldade em identificar corretamente os não doentes;
- população com baixa prevalência: poucos casos reais de hanseníase.

Esse é um cenário clássico que demonstra o paradoxo dos valores preditivos: mesmo um teste com **boa sensibilidade** pode ter **baixo valor preditivo positivo** quando aplicado em população de **baixa prevalência**, especialmente se a especificidade não for muito alta.

Calma! Vamos rever os conceitos juntos, agora!

SENSIBILIDADE: capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que TÊM a doença (verdadeiros-positivos).

Fórmula: $\text{sensibilidade} = \frac{VP}{VP + FN} \times 100$

Interpretação: de cada 100 pessoas doentes, quantas o teste detecta?

No caso: 92% significa que de 100 pessoas com hanseníase, o teste detecta 92 (e perde 8)

Aplicação clínica: testes sensíveis são ideais para **triagem** e para "**descartar**" **doenças** (regra SnNOut: *Sensitivity, Negative, rule Out*).

ESPECIFICIDADE: capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que NÃO TÊM a doença (verdadeiros-negativos).

Fórmula: $\text{especificidade} = \frac{VN}{VN + FP} \times 100$

Interpretação: de cada 100 pessoas saudáveis, quantas o teste identifica corretamente como saudáveis?

No caso: 65% significa que de 100 pessoas sem hanseníase, o teste identifica corretamente 65 (e classifica erroneamente 35 como positivas).

Aplicação clínica: testes específicos são ideais para **confirmação diagnóstica** (regra SpPIn: *Specificity, Positive, rule In*).

VALOR PREDITIVO POSITIVO (VPP): probabilidade de um indivíduo com teste positivo realmente ter a doença.

Fórmula: $VPP = \frac{VP}{VP + FP}$ - observe que APENAS os resultados positivos são avaliados!

VALOR PREDITIVO NEGATIVO (VPN): probabilidade de um indivíduo com teste negativo realmente não ter a doença.

Fórmula: $VPN = \frac{VN}{VN + FN}$ - observe que APENAS os resultados negativos são levados em consideração!

MAS, LAÍS, QUAL É A RELAÇÃO DESSAS CARACTERÍSTICAS COM A PREVALÊNCIA DE DOENÇA?

- **Sensibilidade e especificidade** são características **intrínsecas** do teste (não mudam com a prevalência).
- **Valores preditivos** são dependentes da prevalência da doença na população testada.
 - » Em baixa prevalência: ↓ VPP (muitos FP - porque a especificidade se mantém igual, mas o número de pessoas sem a doença é alta) e ↑ VPN (pouco FN - porque a sensibilidade se mantém igual, mas o número de pessoas com a doença é baixo).

or exemplo, para o caso em questão, supondo uma população de 10.000, com prevalência de 1%. 92 VP e 3.465 FP → VPP = 2,6%. Para o VPN, temos: 6435 VN e 8 FN → VPN = 99,87%.

	COM HANSENÍASE	SEM HANSENÍASE	TOTAL
TESTE +	92 (VP)	3465 (FP)	3557
TESTE -	8 (FN)	6435 (VN)	6443
TOTAL	100	9900	10.000

- Em alta prevalência: ↑ VPP (pouco FP - porque a especificidade se mantém igual, mas o número de pessoas sem a doença é alta) e ↓ VPN (muitos FN - porque a sensibilidade se mantém igual, mas o número de pessoas com a doença é alta).

Por exemplo, para o caso em questão, com sensibilidade e especificidade acima, supondo uma população de 1.000, com prevalência de 50%. 460 VP e 175 FP → VPP = 72,44%. Para o VPN, temos: 325 VN e 40 FN → VPN = 89,04%.

	COM HANSENÍASE	SEM HANSENÍASE	TOTAL
TESTE +	460 (VP)	175 (FP)	635
TESTE -	40 (FN)	325 (VN)	365
TOTAL	500	500	1.000

Agora, vamos avaliar as alternativas para entendermos melhor.

Incorreta a alternativa A: confunde sensibilidade com valor preditivo positivo. Em baixa prevalência, o VPP será baixo porque há poucos doentes reais (VP) e muitos falsos-positivos (FP) devido à especificidade de apenas 65%. A sensibilidade não determina quantos positivos são verdadeiros, apenas quantos doentes testam positivo.

Correta a alternativa B: com especificidade de 65%, 35% dos não doentes testarão positivo. Em baixa prevalência, a maioria absoluta da população é sadia. Logo, 35% de um número muito grande (sadios) gera um número absoluto elevado de falsos-positivos, superando em muito o número de verdadeiros positivos.

Incorreta a alternativa C: com sensibilidade de 92%, apenas 8% dos doentes não serão detectados (falsos-negativos). Isso representa um número baixo de falsos-negativos, não elevado. Somado a isso, se pensarmos em número absoluto de falsos negativos, ele será baixo tendo em vista a pouca quantidade de pessoas doentes.

Incorreta a alternativa D: inverte a aplicação clínica. Testes sensíveis são ideais para triagem/rastreamento (SnNOut), não para confirmação. Testes específicos são ideais para confirmação (SpPIn). Esse teste, com baixa especificidade (65%), geraria muitos falsos-positivos se usado para confirmação diagnóstica.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

35. Mulher de 52 anos chega ao acolhimento de Unidade Básica de Saúde (UBS), muito chorosa, e relata: "estou com dificuldade para dormir, não tenho comido direito, desde o ocorrido... é o meu filho, sabe... ele morreu há 3 dias... e a dor no meu coração está muito forte, quase insuportável". A paciente chora copiosamente e diz que sonha com uma pessoa gritando o nome de seu filho, lembrando o momento em que o tinha encontrado na rua, vítima de atropelamento. Após o primeiro acolhimento, ela fica um pouco mais calma, relatando que não pensa em se matar, que nunca tinha sido atendida por psiquiatra ou tomado medicamentos antes, mas que nesse momento precisa de muita ajuda.

Diante do caso, qual é a conduta adequada?

- A) Prescrever inibidor de recaptção de serotonina para alívio dos sintomas depressivos e ansiosos.
- B) Encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para seguimento intensivo com médico psiquiatra.
- C) Encaminhar para psicologia na atenção secundária para ofertar terapia psicanalítica breve.
- D) Acompanhar longitudinalmente para observação e ofertar apoio pela equipe da UBS.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, observamos um caso em que uma paciente de 52 anos relata a perda traumática de seu filho após ser vítima de um atropelamento, ocorrido há 3 dias.

Note que é absolutamente normal que a paciente esteja profundamente tocada com a recente perda e que alterações nas funções mentais, nesse momento agudo, são esperadas e não representam qualquer diagnóstico psicopatológico, visto que compreendem um espectro normal de reações emocionais, como o luto.

Vamos avaliar as alternativas!

Incorreta a alternativa A: não há indicação de prescrição de ISRS para abordagem de uma reação de enlutamento normal.

Incorreta a alternativa B: o encaminhamento para o CAPS deve ocorrer para os casos considerados graves e persistentes de transtornos mentais.

Incorreta a alternativa C: não há indicação para encaminhamento para outro nível de atenção, tampouco para início de terapia psicanalítica.

Correta a alternativa D: nesse momento, apoiar, acolher, confortar e acompanhar são as medidas adequadas.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

36. Mulher de 86 anos é levada pela filha à consulta no ambulatório de clínica médica, com queixa de quedas frequentes. A paciente tem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, depressão, déficit cognitivo leve e constipação intestinal. Está em uso de losartana, hidroclorotiazida, atenolol, metformina, gliclazida, rosuvastatina, escitalopram, donepezila e lactulose. Segundo a filha da paciente, as quedas ocorrem em diversos horários do dia, mais frequentemente na madrugada, ao se levantar para ir ao banheiro. Ao exame físico, a idosa apresenta leve bradipsiquismo e sinais de sarcopenia; pressão arterial do membro superior direito de 138 x 92 mmHg, quando deitada, e 110 x 70 mmHg, quando sentada.

O plano terapêutico apropriado ao contexto desse caso deve incluir:

- A) sugerir avaliação oftalmológica para investigação da catarata.
- B) encaminhar ao neurologista para investigar a presença da disautonomia.
- C) rever a polifarmácia para reduzir fármacos indutores de hipotensão arterial.
- D) adicionar fármaco capaz de elevar os níveis tensionais como a fludrocortisona.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ÊNIO SIMAS MACEDO

Questão de Geriatria “raiz” por aqui, Estrategista. Temos uma paciente idosa apresentando quedas recorrentes. A paciente tem vários fatores intrínsecos que aumentam o risco de quedas, como idade avançada, sexo feminino, multimorbidade, polifarmácia, déficit cognitivo, sarcopenia e uso de psicotrópicos. Entretanto, chama a atenção o mecanismo descrito das quedas: ao se levantar. Esse é um mecanismo muito associado à hipotensão ortostática (HO), definida por uma queda de 20 mmHg na pressão arterial sistólica e/ou 10 mmHg na pressão arterial diastólica dentro dos três primeiros minutos após a mudança postural da posição deitada para a ortostase. Por essa definição, a paciente apresenta HO. Recorde que essa condição pode ser precipitada por desidratação, medicamentos ou disautonomia (por exemplo, a causada pela neuropatia diabética). Entre os medicamentos, alguns dos mais implicados são os anti-hipertensivos, e a paciente utiliza três (hidroclorotiazida, losartana e atenolol). Assim, o tratamento mais adequado nesse momento é atenuar a HO com a desprescrição/redução de dose de anti-hipertensivos.

Vamos aproveitar para revisar sobre o tema quedas em idosos.

A ocorrência de quedas é um sério problema de saúde pública na população geriátrica. Além de ser bastante comum, as quedas estão associadas aos seguintes desfechos: risco de morte, de traumatismo crânio-encefálico, de fraturas, de perda de autonomia e de institucionalização. A ocorrência de uma queda pode ser tão amedrontadora, que alguns indivíduos podem evoluir para o que chamamos de **síndrome pós-queda**, em que o indivíduo passa a se limitar funcionalmente por receio de apresentar novas quedas.

A causa mais comum de quedas em idosos é a multifatorial. Na abordagem das quedas, o principal passo é realizar uma avaliação geriátrica ampla (AGA), uma avaliação ambiental e um exame físico direcionado. A AGA é uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, possuindo componentes variáveis na literatura, mas que mais classicamente avalia: polifarmácia, multimorbidade, quedas, dificuldades na mobilidade, funcionalidade, cognição, humor, sono, disfunções sensoriais, distúrbios do trato gastrointestinal, distúrbios do trato urinário e nutrição. Falaremos da avaliação ambiental um pouco mais adiante. Em relação ao exame físico, algumas etapas importantes são: exame neurológico (especialmente avaliação de força, parkinsonismo, marcha, equilíbrio, provas vestibulares, sensibilidade tátil, sensibilidade proprioceptiva, acuidade visual, acuidade auditiva e cognição), exame ortopédico (em busca de sinais de osteoartrite e deformidades) e exame cardiopulmonar (incluindo a avaliação de hipotensão ortostática).

É importante realizar a diferenciação de quedas e síncope. Por definição, as síncope envolvem a perda transitória da consciência, o que não ocorre em quedas. Quedas inexplicadas devem ser submetidas à avaliação de síncope como diagnóstico diferencial.

O objetivo primordial da AGA e do exame físico é identificar **fatores de risco intrínsecos** para o aumento do risco de quedas. Alguns dos principais fatores são:

Fatores de risco intrínsecos para quedas (Gusso <i>et al.</i> , 2019)
História prévia de queda
Idade maior do que 80 anos
Gênero feminino
Fraqueza muscular em MMSS (avaliado por <i>handgrip</i> , que é a força de prensão da mão)
Fraqueza muscular em MMII
Distúrbios da marcha, especialmente marcha lenta e passos curtos (por ex.: doença de Parkinson)
Problemas gerais de equilíbrio/vertigem/tontura
Déficit cognitivo
História progressiva de AVE
Lesões no SNC
Uso de psicotrópicos (especialmente sedativos, hipnóticos e ansiolíticos)*
Polifarmácia
Osteoartrose
Hipotensão ortostática/alteração postural
História de síncope
Anemia/baixa aptidão física
Deficiências visuais (ex.: catarata)

Por sua vez, a avaliação do ambiente que envolveu a queda serve para a identificação de fatores de risco extrínsecos. Essa tarefa pode ser realizada pelo médico, fisioterapeuta, enfermeiro ou, idealmente, pelo terapeuta ocupacional. Pode ser feito por meio de questionamento ao paciente ou por visitas domiciliares. Alguns dos principais **fatores de risco extrínsecos** são:

- calçados inadequados (como chinelas de dedo, pantufas ou sapatos escorregadios);
- presença de tapetes;
- ausência de corrimãos;
- presença de escadas;
- ambientes mal iluminados (especialmente à noite);
- animais de estimação;
- pisos irregulares, escorregadios ou molhados;
- mudança dos móveis de lugar.

O manejo clínico para a prevenção de quedas envolve, de forma didática, quatro elementos:

1. Avaliação clínica multidimensional (geralmente envolvendo pelo menos AGA e exame físico) para a identificação de fatores de risco intrínsecos e sua correção - por exemplo, se identificada uma síndrome parkinsoniana ou uma vertigem posicional paroxística benigna, seu tratamento pode auxiliar na prevenção de quedas. Uma das etapas mais importantes aqui é a avaliação de medicamentos, com desprescrição, se possível, daqueles associados ao aumento do risco de quedas.

2. Avaliação ambiental para a identificação de fatores de risco extrínsecos e sua correção - alguns exemplos de correção de fatores extrínsecos são: colocação de barras em corredores e banheiros; troca de calçado para um com fixação no calcâneo; troca para pisos antiderrapantes; elevação do assento do vaso sanitário ou de camas (que facilita com que o paciente com fraqueza muscular consiga se levantar); retirada

de tapetes ou obstáculos à caminhada; melhora de iluminação; troca de escadas por rampas; contratação de cuidador; uso de dispositivos auxiliares de marcha etc.

3. **Exercícios físicos e/ou fisioterapia** - ensaios clínicos randomizados bem desenhados e metanálises apontam que a realização de atividade física reduz o risco de quedas em idosos. A evidência é mais robusta para exercícios anaeróbicos com componente de equilíbrio, como tai chi, yoga e pilates. Pacientes mais frágeis podem se beneficiar de um acompanhamento especializado com fisioterapeutas para reabilitação física, fortalecimento muscular, treinos de equilíbrio e marcha e avaliação quanto à necessidade, treinamento e adaptação de dispositivos auxiliares de marcha (como bengalas e andadores).

4. **Vitamina D** - estudos mostram que o consumo de 800 UI/d de vitamina D está associado à redução no risco de quedas em idosos.

Vamos à análise das alternativas:

Incorreta a alternativa A: apesar de que a avaliação oftalmológica pode ser útil em alguns casos de quedas, no caso em questão, como não há relato de baixa acuidade visual, é mais provável que as quedas estejam sendo causadas pela hipotensão ortostática

Incorreta a alternativa B: uma das causas mais comuns de disautonomia é a neuropatia diabética, que pode ser avaliada inicialmente na atenção primária. Além disso, para o controle da HO, o ajuste de polifarmácia neste momento pode ser suficiente, o que não requer uma avaliação do neurologista.

Correta a alternativa C: devido ao mecanismo das quedas (ao levantar), o mais provável é que o principal contribuinte para as quedas seja a HO. Como medicamentos podem agravar esta condição, especialmente os anti-hipertensivos, a reavaliação da polifarmácia tem potencial de reduzir o risco de quedas mais do que outras intervenções.

Incorreta a alternativa D: a prescrição de fludrocortisona caracterizaria a prescrição em cascata (condição na qual o efeito adverso de um medicamento é tratado com a prescrição de outro remédio). Sempre que possível, devemos lançar mão da desprescrição para contornar efeitos adversos de medicamentos, como a HO.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

37. Menino, 10 anos, morador de área urbana, está em avaliação no pronto-atendimento por apresentar dor em cotovelo direito há 1 dia. Há 1 semana, iniciou quadro de febre de 38,5 °C, 1 a 2 picos ao dia, associada à dificuldade de deambular devido ao joelho direito apresentar-se "doloroso e inchado". Após 4 dias, percebeu melhora da dor no joelho, porém o tornozelo direito começou a ficar "inchado e um pouco avermelhado", doloroso, com melhora em 2 dias. Há 3 semanas, havia se queixado de dor de garganta. Sem outras queixas. Nega contato com animais domésticos. No momento do atendimento, está com dificuldade para movimentar o cotovelo direito por causa da dor e do edema, frequência cardíaca de 110 bpm e 2 bulhas rítmicas normofonéticas, com sopro sistólico de 3+/6+. Restante do exame físico sem anormalidades.

Considerando o quadro clínico apresentado, o agente etiológico e o tratamento de escolha são, respectivamente:

- A) *Borrelia burgdorferi*; doxiciclina.
- B) *Staphylococcus aureus*; oxacilina.
- C) *Treponema pallidum*; penicilina G benzatina.
- D) *Streptococcus pyogenes*; penicilina G benzatina.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!

O cenário da questão é o seguinte:

- menina em idade escolar;
- quadro de poliartrite migratória que acomete grandes articulações de forma assimétrica há cerca de uma semana;
- febre;
- sopro sistólico em ausculta cardíaca.

Coruja, diante de uma criança com um quadro agudo de envolvimento articular e cardíaco, devemos pensar em **febre reumática (FR)**!

Trata-se de uma complicação não supurativa de uma faringotonsilite por *Streptococcus pyogenes* (também chamado de SGA). É resultado de uma resposta imunológica anômala contra essa bactéria que acaba provocando fenômenos autoinflamatórios.

Sobre a febre reumática...

O primeiro surto de FR acomete crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos de vida.

Antes dos 3 anos, a FR é uma condição rara.

É uma das doenças reumatológicas mais comum no Brasil.

Alguns estudos a consideram a mais comum.

FR é complicação de faringotonsilite por SGA, e não acontece em casos de piodermite por SGA (diferente da GNPE).

São duas coisas que precisam ser investigadas para fecharmos o diagnóstico de febre reumática: critérios clínicos e evidência estreptocócica prévia.

Quando falamos dos critérios clínicos, lembramos dos critérios de Jones:

Para POPULAÇÕES DE ALTO RISCO PARA FEBRE REUMÁTICA	
CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
Artrite: monoartrite, poliartrite ou poliartralgia	Monoartralgia*
Cardite: clínica ou subclínica	Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
Coreia de Sydenham	VHS $\geq 30\text{mm}$ na 1ª hora e/ou PCR $\geq 3\text{ mg/dl}$
Eritema marginado	Intervalo PR prolongado para a idade*
Nódulos subcutâneos	

Lembrando que os critérios menores marcados com * não contam se o respectivo critério maior de artrite e/ou cardite já estiver presente, ok? Além dos critérios clínicos, **a evidência laboratorial de colonização estreptocócica prévia é mandatória!** Saiba que o relato de faringoamigdalite não confirma o diagnóstico, e a ausência não afasta.

Para isso, temos alguns exames à disposição. Mas tenha em mente que a febre reumática é uma complicação que demora cerca de 3 semanas desde a infecção pelo SGA para se manifestar clinicamente.

Ou seja, os testes que buscam evidência do SGA na faringe do paciente (como cultura e teste de antígeno) acabam tendo uma sensibilidade muito baixa, já que frequentemente o corpo do paciente já eliminou o SGA no momento em que a febre reumática se instala. Por isso, no geral, damos preferência para a pesquisa dos anticorpos antiestreptocócicos:

Formas de confirmar uma evidência estreptocócica		
Cultura de orofaringe	Teste rápido de antígeno	Anticorpos anti-estreptocócicos
Padrão-ouro	StrepTest®	ASLO - 80%
Positiva somente em até 30% dos casos	Mesmo problema da cultura!	Anti-DNAse-B - 95% (positivo por mais tempo)
Ótimo para faringite, mas menos sensível para FR		Elevação após 1 semana, pico em 3-4 semanas
		Queda em 3 meses

Juntando os critérios clínicos com a evidência prévia de SGA, podemos fechar o diagnóstico da seguinte forma:

Diagnóstico do primeiro surto de FR
2 maiores OU 1 maior + 2 menores
E evidência estreptocócica

Recorrência sem sequelas cardíacas
2 maiores OU 1 maior + 2 menores OU 3 menores
E evidência estreptocócica

Recorrência com sequelas cardíacas
2 menores E evidência estreptocócica

Diagnóstico sem outros critérios
Coreia de Sydenham
Lesões valvares crônicas sugestivas de FR ou Cardite
subclínica de início insidioso
Não exigem evidência estreptocócica, pois são complicações
muito tardias

Peço que tenha atenção ao fato de que existem diferenças entre o diagnóstico do primeiro surto de FR do paciente e de recorrência, bem como situações em que a evidência estreptocócica prévia não é mandatória (por se tratarem de complicações muito tardias).

Assim que você faz o diagnóstico de febre reumática, o tratamento é o seguinte:

- Erradicação do estreptococo: tratar ao diagnóstico de FR, mesmo se ausência de sintomas de faringite. A escolha é penicilina G benzatina;
- Alívio dos sintomas: AINEs são ótimos para artrite. O envolvimento cardíaco costuma exigir tratamento com corticoide sistêmico.
- Profilaxia secundária para impedir sequelas cardíacas: idealmente com penicilina G benzatina a cada 21 dias, com duração dependente da gravidade do envolvimento cardíaco.

No caso de nossa paciente, temos 2 critérios maiores (poliartrite e cardite) e 1 critério menor (febre). Para fechar o diagnóstico, **precisamos da evidência estreptocócica prévia**, apesar de isso não ter sido mencionado pelo examinador. Mas você vai ver que as outras alternativas não se encaixam no quadro clínico descrito.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Esse é o agente etiológico da doença de Lyme, doença transmitida por carrapatos contaminados com essa bactéria. Em estágios iniciais, observamos um exantema no local da picada que se torna migratório; em estágios tardios (semanas a meses após o contágio), surgem sinais e sintomas sistêmicos, como febre, linfonodomegalia, anormalidades neurológicas, cardíacas e articulares. Nem a epidemiologia nem a duração do quadro são compatíveis com essa hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa B. O *Staphylococcus aureus* relaciona-se à artrite séptica. Mas o quadro é diferente! No geral, temos uma **monoartrite aguda**, com sinais de comprometimento sistêmico e evolução rápida.

Claro que, sem tratamento, isso pode evoluir para uma endocardite bacteriana aguda e provocar o sopro descrito. Mas note que a evolução seria mais dramática e rápida, além de uma poliartrite migratória ser improvável.

Incorreta a alternativa C. Estágios bastante avançados da sífilis (anos de evolução) podem provocar manifestações articulares e cardíacas. No entanto, isso é muito raro hoje em dia, e não temos uma evolução clínica compatível.

Correta a alternativa D. Para sua prova de Residência, tenha em mente o seguinte: criança com poliartrite migratória e envolvimento cardíaco tem febre reumática até que se prove o contrário! O tratamento é feito com penicilina benzatina, preferencialmente.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

38. Homem de 58 anos deu entrada no pronto-socorro com dor epigástrica irradiada para as costas, iniciada há 2 horas, progressiva, pós-prandial, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese. Relata episódios semelhantes no último ano, que melhoraram com uso de analgésico. Tabagista ativo, alcoolista de 8 doses de destilado por dia há 33 anos, nega comorbidades. Exame físico: corado, acianótico, anictérico, sudoreico, fácies de dor, agitado. Índice de massa corporal de 23 kg/m²; pressão arterial de 150 x 90 mmHg; frequência cardíaca de 74 bpm; frequência respiratória de 18 irpm; temperatura axilar de 37 °C. Abdome globoso, distendido, timpânico, peristalse presente, doloroso à palpação do epigástrio e hipocôndrio esquerdo.

Os exames laboratoriais apresentam os seguintes resultados:

Exame	Resultado	Valor de referência
Hematócrito	46%	36 a 46%
Hemoglobina	15,0 g/dL	12,0 a 15,0 g/dL
Leucócitos	12.000/mm ³	4.000 a 10.000/mm ³
Glicose	120 mg/dL	70 a 99 mg/dL
Bilirrubina total	1,2 mg/dL	0,3 a 1,3 mg/dL
Ureia	38 mg/dL	15 a 40 mg/dL
Cálcio	8,9 mg/dL	8,7 a 10,2 mg/dL
Amilase	35 U/L	20 a 96 U/L
Lipase	12 U/L	3 a 43 U/L
Fosfatase alcalina	81 U/L	33 a 96 U/L
LDH	127 U/L	100 a 190 U/L
TGO	36 U/L	5 a 40 U/L

Qual é o provável diagnóstico?

- A) Colangite aguda.
- B) Colecistite aguda.
- C) Doença ulcerosa péptica.
- D) Pancreatite crônica.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: KARINE TURKE

Temos um paciente de **58 anos**, apresentando um quadro de **dor epigástrica irradiada para as costas** há 2 horas, **progressiva, pós-prandial**, acompanhada de **náuseas, vômito e sudorese**.

Alguns pontos chamam atenção em seus antecedentes que nos ajudam a chegar na principal hipótese diagnóstica para esse quadro:

- 1- **etilismo** de 8 doses de destilado por dia há 33 anos, associado a **tabagismo**;
- 2- **recorrência** dos episódios.

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é a **pancreatite crônica**.

Essa doença se caracteriza pela **substituição do parênquima pancreático normal por áreas fibróticas e por alterações anatômicas nos ductos pancreáticos**, caracterizadas por **irregularidades e estenoses**.

Essas alterações anatômicas levam à **progressiva perda da função pancreática**.

O consumo excessivo de álcool é responsável por cerca de **70% a 80% dos casos de pancreatite crônica**, sobretudo nos grandes centros urbanos, sendo o **PRINCIPAL FATOR DE RISCO** para a doença.

O **tabagismo** age de forma **sinérgica** ao alcoolismo no intuito de levar à **pancreatite crônica**. Quanto maior o número de maços-dia, maior é a chance de que ocorra progressão para pancreatite crônica; de maneira semelhante, a **interrupção do tabagismo reduz tal progressão**.

Em relação ao quadro clínico, a **dor abdominal** é um dos principais sintomas. Apresenta **intensidade variável** e, geralmente, **progressiva** com a evolução da doença. Tal dor costuma **associar-se à ingestão alimentar** de forma que, muitas vezes, o doente passa a "**evitar a alimentação**", causando **perda ponderal**.

A localização dolorosa mais comum é a região **epigástrica**, havendo **irradiação para as costas**. **Náuseas, vômitos e anorexia** também podem estar associados ao quadro álgico.

A dor abdominal varia em relação a sua intensidade, podendo ser de leve a intensa. Nesse último caso, o doente apresenta perda importante de sua qualidade de vida associada ao fato de muitas vezes necessitar recorrer ao uso de narcóticos.

Em casos mais avançados (após **5 a 10 anos**, aproximadamente), quando ocorre a perda de **90% da capacidade secretória do pâncreas exócrino**, o paciente pode apresentar clínica de **diarreia crônica, esteatorreia, fadiga e perda de peso**.

Vamos analisar as alternativas individualmente:

Incorreta a alternativa A. A apresentação clássica da colangite aguda é **febre, dor abdominal e icterícia**, a "**TRIÁDE DE CHARCOT**", embora apenas 50% a 75% dos pacientes tenham todos os três achados. Os sintomas mais comuns da colangite aguda são **febre e dor abdominal**, observadas em aproximadamente 80% dos pacientes. A icterícia é observada em 60% a 70% dos pacientes. A dor da colangite é **menos intensa, comparada à colecistite e pancreatite**, e não apresenta irritação peritoneal.

Incorreta a alternativa B. A dor da colecistite aguda é **constante, intensa** e geralmente prolongada, **superior a 4 a 6 horas**. Pode irradiar-se para o ombro direito (sinal de Kehr) ou para a escápula direita. Geralmente, vem associada à **febre, náuseas, vômitos** e anorexia. Aproximadamente 10% dos pacientes apresentam icterícia leve por edema do colédoco adjacente, coledocolitíase associada ou pela síndrome de Mirizzi.

Ao exame físico, pode haver febre, taquicardia, hipersensibilidade à palpação e defesa no quadrante superior direito. O sinal mais importante no exame físico é o "**SINAL DE MURPHY**", que consiste na **interrupção abrupta da inspiração durante a palpação profunda do rebordo costal direito, ou ponto cístico**. Esse sinal tem alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de colecistite aguda.

Incorreta a alternativa C. A úlcera péptica costuma ser **oligossintomática** na maioria das vezes, com **exame físico quase sempre normal ou muito pouco alterado**, sendo pouco útil ou esclarecedor para o diagnóstico. Quando os sintomas são muito **exuberantes (dor abdominal intensa, náuseas, vômitos, emagrecimento)** e o exame físico está muito alterado (**abaulamento epigástrico, abdome rígido ou descompressão dolorosa**), normalmente já estamos diante de uma complicação da úlcera, como a **perfuração**.

A úlcera não complicada pode apresentar-se apenas com **epigastralgia leve a moderada**, exibindo uma **periodicidade** típica, **piorando ou melhorando** com a **ingestão de alimentos**, a depender de sua topografia.

Apesar de esse poder ser um diagnóstico diferencial para o caso descrito, a **irradiação** da dor para as **costas**, associada ao **antecedente importante de etilismo e recorrência** do quadro, faz a hipótese diagnóstica de **pancreatite crônica** ser a mais provável.

Além disso, a **intensidade da dor** apresentada pelo paciente (sudoreico, fácies de dor, agitado) fala **contra uma úlcera não complicada**, portanto, para essa intensidade de dor, seria esperado estarmos diante de uma **perfuração**, o que cursaria com alterações no exame físico (**abdome em tábua, irritação peritoneal e timpanismo na percussão hepática**).

Correta a alternativa D. Conforme revisamos acima, essa é a principal hipótese diagnóstica.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

39. Primigesta de 29 anos, com 41 semanas de gestação e pré-natal de risco habitual, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de rotina. Ela está preocupada com a duração da gravidez e deseja saber quais serão os próximos passos. A paciente está assintomática, relata movimentação fetal presente, e o exame físico está normal para a idade gestacional. Perfil biofísico fetal realizado há 1 dia encontra-se dentro da normalidade.

Considerando o quadro clínico apresentado e a idade gestacional, a conduta é:

- A) orientar repouso domiciliar, com planejamento da indução do parto após 42 semanas.
- B) solicitar Dopplervelocimetria obstétrica para avaliar o bem-estar fetal e planejar o manejo com base no resultado.
- C) realizar amnioscopia para verificar a presença de mecônio no líquido amniótico e planejar o manejo com base no resultado.
- D) solicitar perfil biofísico fetal e cardiocotografia a cada 2 a 3 dias e planejamento da indução do parto até 41 semanas e 6 dias.

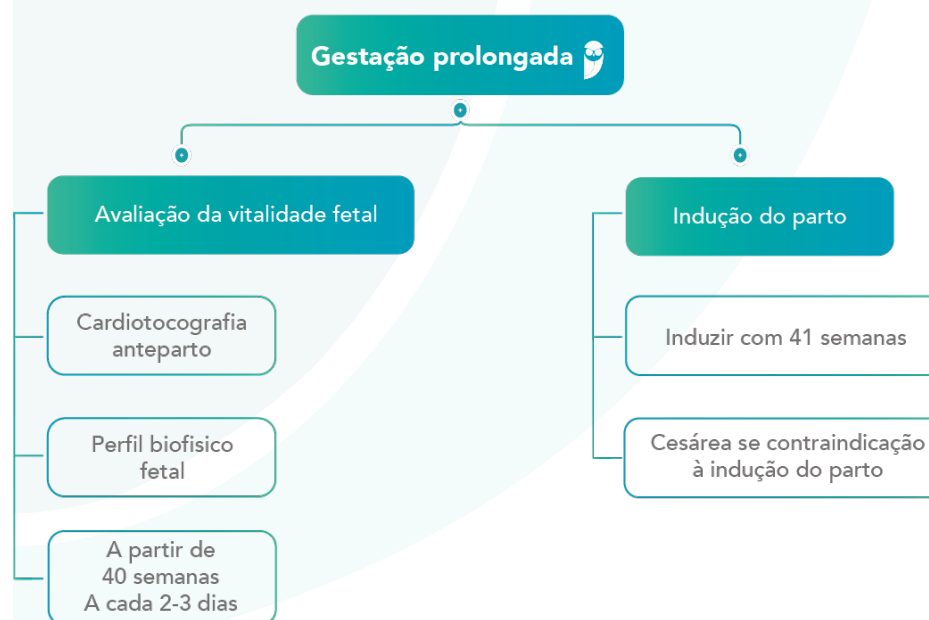
COMENTÁRIO E PROFESSOR:

O que o examinador quer saber: sobre conduta na gestação prolongada.

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 como a FM-USP indiquem o acompanhamento do bem-estar fetal a partir de 41 semanas. A avaliação da vitalidade fetal na gestação prolongada deve ser feita com cardiocotografia 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 têm mostrado benefício na avaliação fetal, por isso não é recomendada nessas situações. A amnioscopia também não é recomendada, pois as evidências científicas não mostram benefícios desse procedimento na melhora dos resultados neonatais.

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



Comentários:

Incorreta a alternativa A: a indução do parto deve ocorrer antes de 42 semanas.

Incorreta a alternativa B: a Dopplervelocimetria obstétrica não é exame de escolha para acompanhamento de vitalidade fetal em gestações próximas do pós-termo. Os exames de escolha são cardiotocografia e perfil biofísico fetal, que avaliam melhor alteração de vitalidade aguda. A Dopplervelocimetria obstétrica é o exame de escolha para acompanhamento de fetos com restrição de crescimento.

Incorreta a alternativa C: a amnioscopia não é exame que deve ser realizado de rotina e não serve para guiar conduta.

Correta a alternativa D: temos uma gestante de 41 semanas, assintomática, com PBF realizado há 1 dia normal. A conduta deve ser fazer o controle da vitalidade fetal com cardiotocografia e Doppler e resolver a gestação antes de chegar na 42ª semana de gestação (pós-termo). A indução do parto pode ser realizada a partir de 41 semanas (entre 41 semanas e 41 semanas e 6 dias de gestação). O objetivo da indução é evitar que a gestação chegue em 42 semanas, aumentando a morbimortalidade fetal.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

40. Médica de 32 anos foi contratada pelo Programa Mais Médicos para trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) no distrito sanitário especial indígena Yanomami na Amazônia, região endêmica para malária.

Considerando que a médica não tem morbidades ou problemas de saúde em tratamento, qual quimioprofilaxia está indicada?

- A) Artesunato.
- B) Doxiciclina.
- C) Primaquina.
- D) Cloroquina.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

A malária é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, transmitidos pela picada do mosquito *Anopheles*. No Brasil, o *Plasmodium vivax* é o principal agente, responsável pela maioria dos casos. A prevenção baseia-se em medidas de proteção individual e no diagnóstico e tratamento precoces. Segundo o Guia de Tratamento da Malária no Brasil (Ministério da Saúde, 2021) e o Guia de Vigilância em Saúde – 6ª edição (2024), não há recomendação de quimioprofilaxia para pessoas que viajam ou trabalham em áreas endêmicas dentro do território nacional, devido à baixa eficácia dos medicamentos frente ao *P. vivax* e à rede de diagnóstico e tratamento existente. Assim, nenhuma das alternativas apresentadas está correta, pois não há recomendação oficial de quimioprofilaxia para malária em território nacional segundo o Ministério da Saúde, e a questão deveria ser anulada.

Para comentar sobre os medicamentos citados, vamos utilizar como base teórica as orientações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), embora não existam recomendações formais do Ministério da Saúde para o uso da quimioprofilaxia no território nacional.

Incorreta a alternativa A. O artesunato é um derivado da artemisinina usado no tratamento da malária, não na prevenção. Segundo o CDC, não há uso profilático indicado para esse fármaco.

Incorreta a alternativa B. A doxiciclina é, de fato, um medicamento recomendado para quimioprofilaxia da malária em diretrizes internacionais, como a do CDC. Contudo, essa não é a recomendação oficial do Ministério da Saúde do Brasil. Embora a banca tenha apontado esta como gabarito (provavelmente seguindo uma lógica internacional), ela não corresponde à política de saúde pública brasileira.

Incorreta a alternativa C. A primaquina pode ser usada, em protocolos internacionais, como profilaxia em “áreas sem resistência conhecida e com predominância de *P. vivax*”. Contudo, o Ministério da Saúde não recomenda seu uso profilático em território nacional. Sua principal indicação no Brasil é para o tratamento da infecção por *P. vivax*, pois atua eliminando as formas latentes do parasita no fígado (hipnozoítos), que causam as recaídas tardias.

Incorreta a alternativa D. A cloroquina já foi muito utilizada para profilaxia, mas perdeu sua indicação na maior parte do mundo, devido à elevada resistência do *P. falciparum* a esse medicamento.

Gabarito oficial: B

Gabarito Estratégia: anulada

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

41. Homem de 21 anos, portador de diabetes *mellitus* tipo 1, diagnosticado há 5 anos, foi levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido à dor abdominal, náuseas e vômitos. Familiares informam que está sem utilizar insulina há 3 dias por dificuldades financeiras. No exame físico, encontra-se torporoso, desidratado, com hálito cetótico e dor abdominal à palpação profunda de forma generalizada. Ao exame, frequência cardíaca de 112 bpm; frequência respiratória de 38 irpm; pressão arterial de 110 x 70 mmHg.

Os exames laboratoriais na admissão indicam:

Exame	Resultado	Valor de referência
Glicemia	472 mg/dL	60 a 100 mg/dL
Gasometria arterial	pH de 7,2	7,35 a 7,45
Bicarbonato	10 mEq/L	22 a 26 mEq/L
Creatinina	1,6 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Potássio sérico	3,0 mEq/L	3,5 a 5,5 mEq/L

O diagnóstico e a conduta inicial indicada para esse paciente são, respectivamente:

- A) pancreatite aguda; iniciar dieta oral zero.
- B) estado hiperosmolar hiperglicêmico; iniciar insulinoterapia.
- C) cetoacidose diabética; prescrever solução fisiológica a 0,9 por cento.
- D) insuficiência renal aguda; prescrever bicarbonato de sódio.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LARISSA SANTOS

Caro Estrategista, como sempre falamos, diabetes *mellitus* despensa em sua prova e um dos principais tópicos cobrados nesse tema é a cetoacidose diabética. Diante de um paciente sabidamente diabético tipo 1 que omitiu doses de insulina e evoluiu com alteração do nível de consciência, desidratação e dor abdominal, somos obrigados a pensar em cetoacidose diabética como principal hipótese diagnóstica.

Clinicamente, a CAD manifesta-se com: sinais e sintomas sugestivos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso), desidratação, taquicardia, taquipneia, hálito cetônico, náusea e/ou vômitos, dor abdominal, visão embaçada, confusão, sonolência, progressiva diminuição do nível de consciência e, eventualmente, perda de consciência (coma). Ocorre hiperventilação compensatória e o paciente pode evoluir com um padrão respiratório acelerado caracterizado por inspirações e expirações de alta amplitude, a respiração de Kussmaul.

Os principais fatores precipitantes da CAD são: abertura do quadro de diabetes, uso irregular de insulina/omissão de doses, infecções (pneumonia, ITU), IAM, AVC.

Vamos relembrar os critérios diagnósticos da CAD em adultos, propostos pela ADA em 2024:

Critérios diagnósticos de cetoacidose diabética - Adultos -

C	CETO	→	Cetonemia ↑ (β -hidroxibutirato ≥ 3 mmol/L) ou Cetonúria moderada a importante ($\geq 2+$)
A	ACIDOSE	→	pH $< 7,3$ e/ou bicarbonato < 18 mEq/L
D	DIABÉTICA	→	Glicemia ≥ 200 mg/dL ou diagnóstico prévio de diabetes



O manejo terapêutico da cetoacidose diabética (CAD) é fundamentado em 5 pilares:

1. estabilização clínica e reposição de volume;
2. avaliação e correção da calemia;
3. insulinização;
4. avaliação da necessidade de bicarbonato;
5. abordagem dos fatores precipitantes.

Vamos analisar passo a passo:

1. A hidratação venosa na CAD em adultos deve ser realizada com SF 0,9% ou outras soluções cristaloides (como Ringer lactato) da seguinte forma:

- pacientes com hipovolemia grave: 1000 mL/hora;
- hipovolemia leve a moderada: 500-1000 mL/hora;
- pacientes idosos, com disfunção cardíaca ou renal: realizar alíquotas de 250 mL e reavaliar parâmetros hemodinâmicos.

2. Avaliação e correção da calemia.

Se a calemia não puder ser aferida imediatamente, devemos realizar um eletrocardiograma, para observar se o traçado tem algum sinal sugestivo de hipocalemia ou hipercalemia.

Sendo possível aferir a calemia, recomenda-se a reposição de potássio de acordo com os níveis séricos encontrados:

- potássio $< 3,5$ mEq/L: ADIAR INSULINOTERAPIA e iniciar reposição de potássio;
- potássio 3,5- 5,5 mEq/L: iniciar insulina e repor potássio concomitantemente;
- potássio $> 5,5$ mEq/L: iniciar insulinoterapia e avaliar a calemia a cada 2 horas.

3. Insulinização

A abordagem da hiperglicemia na CAD deve ser feita com insulina regular intravenosa em bomba de infusão contínua (BIC). Em casos de CAD leve, ou quando a terapia intravenosa for impraticável, podemos fazer uso de análogos ultrarrápidos subcutâneos (aplicados a cada 1 a 2 horas). Em crianças, fazemos uma dose de 0,1 UKg/H em infusão contínua, SEM bólus!

4. Avaliação da necessidade de bicarbonato venoso.

O uso de bicarbonato no tratamento da CAD permanece controverso, entretanto, pode ser quando pH arterial $< 7,0$.

Trata-se de uma conduta arriscada na faixa etária pediátrica, já que aumenta o risco de crianças e adolescentes evoluírem com a complicação mais temida da CAD: o edema cerebral. Considera-se praticamente proscrito na abordagem da CAD em crianças.

5. Abordagem dos fatores precipitantes.

De nada valerá que as etapas anteriormente citadas sejam executadas com primor se os possíveis fatores precipitantes não forem neutralizados. Especial atenção deverá ser dispensada à pesquisa de sinais e de sintomas sugestivos de infecção

Incorreta a alternativa A. A principal hipótese nesse caso é cetoacidose diabética. A pancreatite aguda não justificaria o hálito cetônico e a acidose metabólica pronunciada.

Incorreta a alternativa B. O estado hiperglicêmico hiperosmolar é uma complicação aguda do diabetes tipo 2, mais comum em idosos, caracterizada por hiperglicemia grave, desidratação intensa e aumento da osmolaridade plasmática, sem acidose metabólica significativa. Os sintomas instalam-se de forma lenta, com poliúria, polidipsia, desidratação e alteração do nível de consciência, podendo evoluir para coma. Segundo a ADA 2024, o diagnóstico é definido por:

- glicemia ≥ 600 mg/dL;

- osmolaridade efetiva > 300 mOsm/kg ou osmolaridade total > 320 mOsm/kg, pH $> 7,30$, bicarbonato ≥ 15 mEq/L e cetonemia/cetonúrias ausentes ou discretas. Diferencia-se da cetoacidose diabética por não apresentar acidose importante e por ocorrer principalmente em pacientes com algum grau de secreção residual de insulina.

Correta a alternativa C. A principal hipótese diagnóstica é cetoacidose diabética e o paciente fecha os critérios que nós vimos acima. O primeiro passo no tratamento da CAD é a hidratação venosa.

Incorreta a alternativa D. A disfunção renal leve não explica os sintomas do paciente e provavelmente é secundária à desidratação.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

42. Recém-nascido de 14 dias, hipoativo e com desconforto respiratório, é levado para avaliação na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Antecedentes obstétricos: não foi realizado pré-natal e o parto ocorreu a termo no domicílio. Exame clínico: hipoativo e pouco responsivo, hipocorado, cianótico. Aparelho respiratório: 70 irpm com tiragem subcostal. Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Saturação de O₂ em ar ambiente de 82%. Aparelho cardiovascular: pulsos débeis, tempo de perfusão capilar de 5 segundos. Frequência cardíaca de 160 bpm, com ritmo cardíaco regular. Abdome globoso, com fígado a 2,5 cm do rebordo costal direito, presença de halo de hiperemia e edema em torno do coto umbilical.

O diagnóstico e as condutas adequadas são, respectivamente:

- A) choque cardiogênico; manter suporte ventilatório, evitar excesso de volume intravascular devido ao risco de piora, administrar fármacos vasoativos e prostaglandina E1.
- B) choque neurogênico; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção e administrar corticoide endovenoso.
- C) choque obstrutivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico e corrigir rapidamente a causa subjacente com descompressão torácica com agulha.
- D) choque distributivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção, administrar antibióticos e fármacos vasoativos.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!

O cenário posto é o seguinte:

- RN que nasceu em ambiente domiciliar: risco altíssimo de infecção! Não dá para saber como foi realizado o clampeamento do cordão umbilical, tampouco os cuidados com o coto umbilical.
- Sinais e sintomas de choque: rebaixamento do nível de consciência, desconforto respiratório, queda na SpO₂, taquicardia, pulsos fracos, tempo de enchimento capilar prolongado. Tudo isso nos sugere uma dificuldade de distribuição de O₂ pelos tecidos! São manifestações de choque. Resta-nos saber que tipo de choque.
- Hiperemia em torno do coto umbilical: temos aqui um possível foco infeccioso. Como mencionei, o risco de contaminação do coto umbilical é enorme nesse caso.

A infecção bacteriana de partes moles do coto umbilical e na pele ao redor da inserção é chamada de onfalite. Geralmente causada por bactérias da pele, manifesta-se com hiperemia ao redor do coto umbilical e secreção com mau cheiro. Se não tratada, pode atingir tecidos mais profundos, causando uma sepse.



Figura: Onfalite. Fonte: Prova de residência médica, acesso direto, USP 2021.

Bom, temos sinais de choque e uma infecção. Aí ficou mais fácil! É bem provável que isso seja um **choque séptico**. Inclusive, se considerarmos a idade da criança, podemos chamar isso de **sepsis neonatal tardia**.

Nessa população, os sinais clínicos são inespecíficos, portanto devemos unir fatores de risco + história clínica + exame físico. Os neonatos podem apresentar:

- *distress* respiratório ou até mesmo apneia;
- cianose;
- dificuldade para alimentar-se;
- má perfusão e sinais de choque;
- irritabilidade ou letargia;
- distensão abdominal, vômitos, intolerância alimentar;
- icterícia;
- instabilidade térmica, com hiper ou hipotermia;
- taquicardia ou bradicardia.

Aqui, ainda temos um foco bem definido, que é a **omfalite**. Um neonato com sinais e sintomas evidentes de sepsis tem a indicação de internação, triagem e tratamento empírico endovenoso.



Todo neonato com suspeita de sepsis deve ser triado e tratado de imediato!
Não há tempo a perder!

Há uma controvérsia sobre que exames coletar, os únicos que são consenso em todos protocolos são hemograma, hemocultura e liquor.

Mas o foco da questão são os tipos de choque. Vamos aproveitar para revisar isso?

O choque em crianças é dividido em alguns tipos: hipovolêmico, distributivo, cardiogênico, obstrutivo.

O choque distributivo pode ser séptico, anafilático e/ou neurogênico. Em todas essas situações, a base do problema é uma redução importante da resistência vascular sistêmica. No caso do choque séptico, isso é mediado por uma inflamação sistêmica que promove uma perda de regulação da contratilidade dos vasos.

Ah, e vale mencionar que o choque séptico em princípio é distributivo, porém, com a evolução, outros mecanismos são associados (falência cardíaca e hipovolemia).

E, dica de prova: a hipotensão é um sinal tardio do choque em crianças.

TIPO DE CHOQUE	DÉBITO CARDÍACO	RESISTÊNCIA VASCULAR SISTÊMICA	PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA	AMPLITUDE DE PULSO	PRESSÃO VENOSA CENTRAL
Hipovolêmico	↓	↑	↔ ou ↓	↓↓↓	↓↓↓
Cardiogênico	↓↓	↑↑↑	↔ ou ↓	↑↑	↑↑
Obstrutivo	↓	↑	↔ ou ↓	↑↑	↑↑
Distributivo	↑↑	↓↓↓	↔ ou ↓	↔ ou ↓	↔ ou ↓
Séptico precoce	↑↑↑	↓↓↓	↔ ou ↓	↓	↓
Séptico tardio	↓↓	↓↓	↓↓	↑	↑ ou ↔

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Olhe só, o choque cardiogênico pode ter uma apresentação bastante semelhante à que nosso paciente trouxe. Inclusive, uma fase tardia do choque séptico tem envolvimento cardíaco importante. O que “mata” essa alternativa são as condutas propostas: o uso de prostaglandinas E1 é reservado para o manejo de **cardiopatias congênitas críticas** (aquelas que são dependentes do canal arterial para manter fluxo sistêmico ou pulmonar). O intuito dessa medicação é manter o canal arterial aberto enquanto se planeja uma abordagem cirúrgica! Mas essa conduta é precoce, uma vez que o canal arterial se fecha nos 3 primeiros dias de vida do paciente. Nossa criança já tem 14 dias, e temos um possível foco infeccioso. Dessa forma, não dá para pensar em uma cardiopatia congênita crítica como causa dessa descompensação, muito menos na utilização da prostaglandina como tratamento.

Incorreta a alternativa B. O choque neurogênico é um tipo de choque distributivo. Uma lesão medular/nervosa faz com que os vasos sanguíneos percam o tônus simpático, o que promove uma vasodilatação sistêmica (hipotensão, pulsos amplos, TEC em *flush*) não acompanhada de taquicardia. Não temos evidências na história clínica desse RN para pensar em uma lesão medular.

Incorreta a alternativa C. O choque obstrutivo pode ser fruto de um pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco e/ou tromboembolismo pulmonar. Não temos nenhum indício na história clínica dessa criança para nenhuma dessas condições.

Correta a alternativa D. O choque séptico é um tipo de choque distributivo! As condutas trazidas são bem adequadas.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

43. Homem de 66 anos, em pós-operatório precoce de revascularização cardíaca, é encaminhado ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal progressiva em quadrante inferior esquerdo há 5 dias e piora há 1 dia, com aumento do número de evacuações para 3 vezes ao dia. Relata febre não aferida. Exame físico: bom estado geral, eupneico, pressão arterial de 110 x 60 mmHg, temperatura axilar de 38 °C e frequência cardíaca de 100 bpm. Ao exame abdominal, defesa voluntária da musculatura e dor à palpação superficial e profunda, com massa em quadrante inferior esquerdo. Ao toque retal, presença de uma massa flutuante dolorosa à esquerda. Tomografia de abdome com contraste: densificação dos planos gordurosos adjacente ao sigmoide, associada à coleção de 100 mm³ no local.

Após iniciada a antibioticoterapia sistêmica, qual é a conduta mais adequada para esse paciente?


- A) Laparotomia para drenagem.
- B) Tratamento clínico conservador.
- C) Drenagem guiada por colonoscopia.
- D) Drenagem percutânea guiada por tomografia.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de um paciente com diagnóstico clínico (dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, febre, massa palpável abdominal e ao toque retal) e tomográfico de diverticulite aguda complicada com abscesso pericólico.

O diagnóstico é confirmado pela tomografia de abdome que demonstra densificação dos planos gordurosos adjacentes ao sigmoide, associada à coleção de 100 mm³ no local.

Vamos relembrar a classificação de Hinchey e o tratamento a ser realizado:

CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY	
	Estágio I: Abscesso mesentérico ou pericólico pequeno, confinado;
	Estágio II: Abscesso pélvico bloqueado;
	Estágio III: Peritonite purulenta generalizada;
	Estágio IV: Peritonite fecal generalizada.

Abaixo, um fluxograma que resume o tratamento da diverticulite aguda:



Dessa forma, temos um paciente com diverticulite aguda complicada com abscesso pericólico, classificada como Hinchey I.

Acredito que houve um erro de digitação no enunciado e o tamanho correto da coleção, uma vez que é palpável, seria de 100 cm³, ou seja, 100 mL, não 100 mm³, que corresponde a 0,1 mL (nem seria visto na tomografia e muito menos palpável!).

O tratamento padrão para diverticulite aguda Hinchey I com abscesso passível de drenagem (geralmente superior a 4 cm) é internação, jejum, hidratação endovenosa, antibioticoterapia endovenosa e drenagem percutânea de abscesso guiado por exame de imagem (ultrassonografia ou tomografia), gabarito liberado inicialmente pela banca.

Como a unidade usada para quantificar a coleção é incompatível com o quadro clínico e certamente confundiu o aluno para responder a questão, entramos com recurso para anulação e estamos aguardando a resposta da banca.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: laparotomia nos casos de diverticulite aguda estaria indicada na presença de peritonite purulenta ou fecal, ou seja, Hinchey III ou IV, e seria para ressecção colônica, não apenas para drenagem.

Incorreta a alternativa B: tratamento clínico conservado estaria indicado para casos de diverticulite aguda não complicada ou complicada com abscessos pequenos não passíveis de drenagem.

Incorreta a alternativa C: a drenagem deve ser guiada por exame de imagem (ultrassonografia ou tomografia), não por colonoscopia.

Correta a alternativa D: como foi dito anteriormente, essa é a conduta diante de um quadro de diverticulite aguda complicada com abscesso pericólico passível de drenagem.

Esse foi o gabarito preliminar liberado pela banca examinadora, mas é uma questão que pode ser anulada pelo erro na unidade que descreve o tamanho da coleção.

Gabarito oficial: D

Gabarito Estratégia: anulada

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

44. Parturiente de 29 anos, sem comorbidades, esteve em trabalho de parto por 8 horas e evoluiu para parto vaginal. Após 10 minutos do desprendimento do feto, ainda não se observou a expulsão da placenta. A paciente está estável e sem sinais de hemorragia.

Diante do quadro apresentado, a conduta a ser adotada é:

- A) aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem intervenções adicionais, e observar sinais de separação.
- B) realizar tração controlada do cordão umbilical, enquanto se estabiliza o útero com a mão suprapúbica.
- C) iniciar curagem placentária, devido ao tempo transcorrido sem desprendimento placentário.
- D) administrar uterotônico adicional e realizar massagem uterina para auxiliar a dequitação.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. NATÁLIA CARVALHO

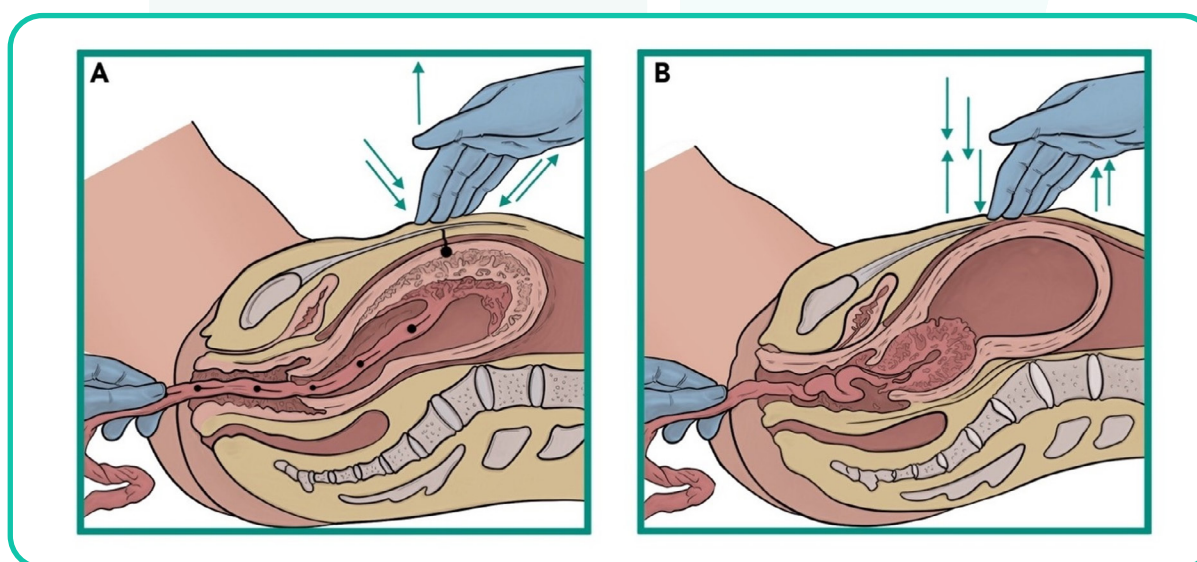
O que o examinador quer saber: sobre o manejo ativo do terceiro período do parto.

O terceiro período do trabalho de parto é a fase de dequitação, também chamado de secundamento, delivramento ou decidura. Corresponde ao período após o nascimento do feto até a expulsão da placenta e membranas fetais.

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

O manejo ativo do terceiro período tem como principal conduta o uso universal da ocitocina na dose de 10 UI intramuscular, após o nascimento do feto em todos os partos. A ocitocina é a medicação de primeira escolha na prevenção da hemorragia pós-parto, reduzindo em mais de 50% os quadros de HPP (veja no livro hemorragia pós-parto). Nas cesáreas, pode-se utilizar ocitocina endovenosa na mesma dose.

Também faz parte do manejo ativo a tração controlada do cordão por profissional treinado, a fim de diminuir o terceiro período e o tempo de sangramento.



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

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

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

Considera-se dequitação fisiológica quando a saída da placenta ocorre em até 30 minutos. A partir disso, faz-se o diagnóstico de retenção placentária e pode-se iniciar as manobras para ajudar na dequitação, pois o risco de complicações hemorrágicas aumenta nesses casos. Se a paciente não apresenta sangramento anormal e está estável, pode-se aguardar até 60 minutos.

Diante de retenção placentária, deve ser feita a extração manual pela manobra de Credé e, em seguida, a curagem uterina. Pode-se tentar, antes dessa medida, a injeção de ocitocina na veia umbilical, reduzindo a necessidade de extração manual.

Correta a alternativa A: essa alternativa também deve ser considerada correta, pois a paciente está no terceiro período do parto há apenas 10 minutos, sendo fisiológico até 30 min para a dequitação da placenta. Como a evolução está fisiológica, devem ser feitas apenas as medidas de rotina do manejo ativo do terceiro período (ocitocina profilática e tração controlada do cordão), não sendo necessária nenhuma intervenção adicional às preconizadas de rotina nessa fase do trabalho de parto.

Correta a alternativa B: a questão fala sobre uma puérpera cujo desprendimento fetal ocorreu há 10 min e ainda não houve expulsão da placenta. Paciente estável e sem hemorragia. Portanto, estamos na terceira fase do trabalho de parto, o período da dequitação, que pode durar até 30 min; após esse período, é considerado retenção placentária. No terceiro período do parto, está recomendado o manejo ativo com uso de ocitocina profilática e tração controlada de cordão em todos os partos, para diminuir os risco de hemorragia pós-parto. Como o examinador não citou nada no enunciado da questão sobre as medidas incluídas no manejo ativo do terceiro período, a tração controlada do cordão é uma medida indicada nessa fase do parto.

Incorreta a alternativa C: como se passaram apenas 10 minutos desde o nascimento do feto, não temos o diagnóstico de retenção placentária, por isso não há indicação de intervenções adicionais, como a curagem uterina.

Incorreta a alternativa D: como se passaram apenas 10 minutos desde o nascimento do feto, não temos o diagnóstico de retenção placentária, por isso não há indicação de intervenções adicionais, como o uso de ocitocina endovenosa adicional e massagem uterina.

Gabarito: B

Gabarito Estratégia: A e B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

45. Paciente de 27 anos, em regime fechado em penitenciária, queixa-se de tosse há 2 semanas.

Considerando a situação na qual se encontra esse paciente, o médico de família e comunidade deve:

- A) encaminhar para internação clínica, objetivando rapidez no diagnóstico e garantia da segurança.
- B) solicitar radiografia de tórax, pesquisa laboratorial de *Mycobacterium tuberculosis* e garantir o tratamento em caso de positividade.
- C) solicitar internação social, a fim de garantir tratamento supervisionado, observado diretamente por 6 meses, caso seja confirmada a tuberculose.
- D) aguardar evolução, com uso de sintomáticos: caso a tosse persista por mais de 3 semanas, proceder à investigação diagnóstica de tuberculose.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

A tuberculose exige atenção especial aos grupos mais vulneráveis ao adoecimento.

Você sabe quais são as populações de maior vulnerabilidade, segundo o Ministério da Saúde?

- Profissionais de saúde.
- Pessoas vivendo com HIV/aids.
- População privada de liberdade.
- População em situação de rua.
- Povos indígenas.
- Contatos de tuberculose resistente.

A investigação da tuberculose, nesses casos, deve ser iniciada diante de qualquer duração de tosse, não apenas após 3 semanas de tosse, que define o “sintomático respiratório”.

Incorreta a alternativa A. A internação hospitalar é reservada para casos de tuberculose com gravidade, como insuficiência respiratória ou complicações. A investigação diagnóstica pode ser realizada na própria unidade de saúde do sistema prisional.

Correta a alternativa B. O paciente faz parte de população de alta vulnerabilidade (privada de liberdade) e apresenta tosse. Mesmo que a tosse tenha apenas 2 semanas de duração, a investigação deve ser iniciada imediatamente. A conduta adequada envolve solicitar a investigação diagnóstica com radiografia de tórax e exames laboratoriais (pesquisa de BAAR no escarro ou teste rápido molecular - TRM). Caso o diagnóstico seja confirmado, o tratamento deve ser iniciado.

Incorreta a alternativa C. A "internação social" não é a conduta padrão para garantir a adesão ao tratamento. Para a população privada de liberdade, o tratamento deve ser realizado dentro da própria unidade prisional. Recomenda-se o tratamento diretamente observado (TDO), em que um profissional de saúde observa a ingestão dos medicamentos, sem necessidade de internação hospitalar.

Incorreta a alternativa D. Aguardar três semanas de tosse antes de investigar é uma conduta inadequada para grupos vulneráveis, como a população carcerária. Nesses contextos, qualquer duração de tosse deve motivar a investigação imediata para tuberculose, pois o atraso no diagnóstico aumenta o risco de transmissão e de agravamento do quadro.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

46. Homem de 32 anos apresenta quadro de dor lombar crônica de início insidioso, com duração aproximada de 6 meses, que piora pela manhã e melhora com o movimento. Refere rigidez matinal, principalmente nas regiões lombar e sacroilíaca, com duração de mais de 30 minutos, com dor nas articulações sacroilíacas e sensação de fadiga durante as últimas semanas. Não há histórico de trauma. A história familiar é positiva para doenças reumatológicas, mas o paciente desconhece diagnósticos específicos.

O painel de autoanticorpos apresenta:

Anticorpo antinuclear (ANA)	Positivo Título 1:80 Padrão homogêneo/difuso
Anticorpo anti-DNA dupla hélice	Negativo
Antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27)	Positivo
Fator reumatoide	Negativo
Anticorpo anti-CCP	Negativo
Anticorpo anti-Ro	Negativo
Anticorpo anti-La	Negativo

Com base no caso clínico e nos exames laboratoriais apresentados, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Artrite reativa.
- B) Artrite psoriática.
- C) Espondilite anquilosante.
- D) Lúpus eritematoso sistêmico.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. TAYSA MOREIRA

Diante de um homem jovem apresentando lombalgia crônica de caráter inflamatório (piora pela manhã, melhora com o movimento), associada à rigidez matinal e dor nas sacroilíacas, sem dúvidas, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser uma espondiloartrite. Mas qual delas?

As espondiloartrites representam um grupo específico de doenças reumáticas de caráter inflamatório sistêmico que envolvem o esqueleto axial e/ou periférico e que, em comum, possuem mecanismos genéticos e fisiopatológicos, além de manifestações-satélite típicas (entesite e dactilite) e extra-articulares. No passado, foram chamadas de espondiloartropatia soronegativas justamente por não estarem associadas a anticorpos, como fator reumatoide.

Dito isso, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: a artrite reativa é uma espondiloartrite que acomete mais adultos jovens e surge, em geral, 1 a 4 semanas após uma infecção de trato geniturinário ou gastrointestinal. Há predomínio de acometimento periférico com um padrão que envolve, tipicamente, oligoartrite assimétrica de grandes articulações de membros inferiores, além de manifestações extra-articulares, como uretrite, conjuntivite, ceratoderma blenorrágico, balanite circinada, entre outras. Ainda que possa cursar com sacroileíte/espondilite, não temos epidemiologia e

quadro clínico compatíveis.

Incorreta a alternativa B: a artrite psoriásica também é um espondiloartrite e, na maioria dos casos, o acometimento articular surge após o cutâneo/ungueal. Por isso, esperaríamos menção a lesões clássicas, como placas eritemato-descamativas em superfícies extensoras e lesões nas unhas, como *pitting*, onicólise, mancha de óleo. Assim como na reativa, aqui também temos predomínio de acometimento articular periférico com diferentes padrões, como artrite de interfalangeanas distais, oligoartrite assimétrica e poliartrite simétrica, por exemplo. A dactilite (“dedos em salsicha”) ocorre em até 50% dos pacientes. Logo, ainda que possa cursar com sacroileíte/espondilite, a presença isolada de uma lombalgia inflamatória sem nenhum outro comemorativo mencionado acima não remete à psoriásica.

Correta a alternativa C: a espondilite anquilosante, hoje chamada de espondiloartrite axial (EA), afeta mais o sexo masculino em faixa etária inferior aos 40-45 anos. O HLA-B27 é o principal fator de risco e está presente na maioria dos pacientes. No entanto, não é patognomônico e sua ausência não descarta o diagnóstico. O sintoma cardinal e mais frequente é, sem dúvida, a dor lombar decorrente do processo inflamatório nas sacroilíacas e/ou coluna vertebral. Em geral, a dor tem caráter insidioso e está associada à rigidez matinal com duração de 30 minutos ou mais. O relato típico dos pacientes é de que acordam “duros” e, após tomarem um banho quente ou começarem a movimentar-se, a dor melhora e retorna à noite ou de madrugada, inclusive podendo acordá-los. A dor pode ser localizada na região lombar baixa ou irradiar para a face posterior dos membros inferiores. Devido ao acometimento específico das sacroilíacas, alguns pacientes relatam dor profunda na região superior das nádegas, que, de início, pode assumir caráter alternante até que se torne contínua. Artrite periférica, especialmente oligoartrite de grandes articulações de membros inferiores, entesite e dactilite também fazem parte do quadro clínico. Inclusive, a entesite do tendão de Aquiles é um achado clássico. Dentre as manifestações extra-articulares, destaca-se a uveíte anterior aguda. Agora, você pode estar se perguntando o que esse FAN reagente está fazendo no enunciado, se não esperamos anticorpos neste grupo de doenças. Nunca se esqueça de que o FAN não é específico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) ou quaisquer outras doenças autoimunes e pode estar presente em pacientes saudáveis e com doenças inflamatórias de outras origens, por exemplo. Nesse caso, temos baixos títulos de um padrão homogêneo (previamente chamado de difuso) com anti-DNA dupla hélice negativo, sendo esse o principal anticorpo associado a esse padrão. Logo, temos um achado inespecífico presente em um paciente com uma doença imunomediada e inflamatória crônica que, de forma alguma, afasta nossa principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa D: além de não termos epidemiologia compatível, já que o LES classicamente predomina em mulheres jovens, nessa doença autoimune, esperamos acometimento articular periférico entre outras manifestações, como lesões mucocutâneas, citopenias, serosites e nefrite. Nunca perca de vista o que discutimos acima sobre o FAN.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

47. Adolescente de 12 anos, sexo feminino, é levada à Unidade Básica de Saúde (UBS) para verificar se suas vacinas estão atualizadas. Até os 8 anos, todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o biênio 2024-2025 foram feitas, sendo que tomou 1 dose da vacina contra febre amarela aos 9 meses.

Nesse momento, deve receber as vacinas:

- A) HPV, reforço da hepatite B e dT.
- B) reforço da hepatite B, dT e SCR.
- C) HPV, meningocócica ACWY e febre amarela.
- D) SCR, meningocócica ACWY e febre amarela.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: HELENA

Estrategista, o calendário vacinal dos adolescentes do Programa Nacional de Imunizações é composto de: 2 vacinas próprias, uma vacina "chiclete" e 3 que "olham pra trás".

1) PRÓPRIAS

São vacinas aplicadas em todos os adolescentes:

- HPV, para meninos e meninas dos 9 aos 14 anos em dose única;
- meningocócica ACWY, para 11 a 14 anos, em dose única.

2) "Chiclete"

É a vacina dT - difteria e tétano.

Eu chamo de chiclete, pois a proteção para essas doenças está presente em todos os calendários. Começa lá no pediátrico, com 3 doses na pentavalente e dois reforços da DTP, aos 15 meses e 4 anos.

Depois, em cada calendário, a dT aparece como reforço de 10 em 10 anos.



3) "Olham para trás"

Por fim, temos aquelas que olham para trás, ou seja, serão aplicadas apenas se não tiverem sido feitas no calendário anterior, o pediátrico.

- Febre amarela, hepatite B e tríplice viral.

Observe

ADOLESCENTES 9 A 19 ANOS

	VACINAS	DOSES
	HPV	9 a 14 anos Dose única
	Meningocócica ACWY	11 a 14 anos Dose única
	Dupla bacteriana adulto (dT)	Uma dose de reforço a cada 10 anos Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
	Hepatite B	Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
	Febre amarela	Dose única, se não tiver vacinação prévia
	Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Duas doses, se não tiver o esquema completo anteriormente

Então, vamos analisar o caso proposto. Temos uma adolescente, de 18 anos, com o calendário atualizado até os 8 anos. Porém, apenas 1 dose da febre amarela aos 9 meses.

Ela tem indicação de aplicar:

HPV, em dose única.

Meningocócica ACWY, em dose única.

Febre amarela, dose de reforço. Isso acontece porque o esquema da febre amarela é de duas doses sempre que ele é iniciado antes de 4 anos 11 meses e 29 dias. Caso seja iniciado após essa idade, aplica-se dose única para a vida toda.

Incorreta a alternativa A. Não há necessidade de aplicar a hepatite B, pois ela tem o calendário completo anteriormente. A dose de reforço da dT será aplicada 10 anos após a última dose, que, provavelmente, foi aos 4 anos.

Incorreta a alternativa B. Não há indicação de nenhuma das vacinas da alternativa.

Correta a alternativa C.

Incorreta a alternativa D. Não há indicação da vacina tríplice viral (SCR), pois ela é feita na infância e a adolescente tem o calendário prévio completo.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

48. Paciente masculino, 36 anos, é tabagista e trabalha como ascensorista. Procura atendimento no ambulatório queixando-se de tosse seca, persistente por mais de 3 semanas, acompanhada de febre vespertina, dificuldade respiratória durante esforços e dor infraescapular à esquerda. Exame físico: bom estado geral, orientado, emagrecido, descorado, hidratado, afebril. Ausculta cardíaca sem alterações; ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos e percussão maciça em base do tórax à esquerda.

Com base no diagnóstico provável, quais são, respectivamente, o exame complementar e a conduta adequada ao caso?

- A) Ressonância magnética; programação cirúrgica.
- B) Tomografia de tórax; lobectomia segmentar.
- C) Tomografia de tórax; drenagem de tórax.
- D) Ultrassonografia; toracocentese.

COMENTÁRIO E PROFESSOR:

Professor Juan Demolinari.

O caso clínico apresentado descreve um paciente masculino de 36 anos, tabagista, com tosse seca persistente há mais de três semanas, febre vespertina, emagrecimento e dor infraescapular à esquerda, além de exame físico mostrando diminuição do murmúrio vesicular e macicez à percussão na base do hemitórax esquerdo. Trata-se de um quadro subagudo, com sintomas constitucionais e achado físico compatível com derrame pleural, que leva à diminuição da expansibilidade pulmonar, abolição do frêmito tóraco-vocal, macicez à percussão e redução ou ausência dos murmúrios vesiculares. Vale apenas lembrar que esse exame físico também poderia ser compatível com o diagnóstico de atelectasia, mas, no contexto descrito, observando as próprias alternativas, podemos entender que o autor estava mesmo focado em derrame pleural.

O derrame pleural pode ter diversas etiologias, porém, nesse caso, o paciente apresenta febre vespertina, emagrecimento, tosse seca e dor pleurítica, elementos fortemente sugestivos de **tuberculose pleural**. Essa forma extrapulmonar da tuberculose resulta em derrame exsudativo rico em linfócitos e com níveis elevados de adenosina deaminase (ADA).

	Tuberculose Pleural
Crítérios de Light	Exsudato
Celularidade	Linfócito com raras cél. mesoteliais
Outras características	ADA elevado
Diagnóstico	Biópsia pleural
Cultura	Baixa sensibilidade
Diagnósticos diferenciais	Linfoma, AR

O exame complementar de escolha inicial para confirmar a presença de líquido pleural é a **ultrassonografia de tórax**, que permite identificar até pequenos volumes de derrame, além de orientar de forma segura a **toracocentese** diagnóstica. A toracocentese possibilita a análise do líquido pleural quanto às características físico-químicas (proteína, LDH, glicose, pH), citológicas (diferenciação celular, pesquisa de células neoplásicas) e microbiológicas (baciloscopia, cultura para micobactérias). No contexto da tuberculose pleural, a toracocentese revela líquido **exsudativo linfocitário** com **ADA > 40 U/L**, confirmando o diagnóstico.

É importante lembrar que o diagnóstico definitivo de tuberculose pleural pode ser um desafio, uma vez que a baciloscopia e a cultura têm baixa sensibilidade no líquido pleural, sendo necessário fazer biópsia pleural para a confirmação.

Incorreta a alternativa A, já que a ressonância magnética não é o exame de escolha para avaliação inicial de doenças pleurais. Seu uso é reservado a situações específicas, como diferenciação de tumores de parede torácica ou invasão neoplásica, o que não é o caso aqui. Além disso, “programação cirúrgica” seria conduzida após algum diagnóstico ter sido feito, sobretudo de neoplasias pulmonares.

Incorreta a alternativa B, já que a tomografia de tórax seria um exame útil na investigação, mas não é o exame inicial para avaliar derrame pleural. Ademais, a conduta “lobectomia segmentar” é cirúrgica e aplicável apenas a neoplasias pulmonares já diagnosticadas e estadeadas.

Incorreta a alternativa C, pois, embora a tomografia de tórax possa complementar a investigação do derrame ao caracterizar espessamento pleural, loculações, lesões pulmonares sugestivas de tuberculose ou massas associadas, a “drenagem de tórax” só é indicada em derrames de etiologia já conhecida após a toracocentese, como no empiema pleural ou mesmo em derrames volumosos e com repercussão.

Correta a alternativa D, já que a **ultrassonografia é o método ideal para confirmar e guiar a punção de um derrame pleural, sendo a toracocentese o procedimento diagnóstico fundamental para elucidar a etiologia. No contexto apresentado (tosse seca prolongada, febre vespertina, emagrecimento e macicez em base), o diagnóstico mais provável é tuberculose pleural, e a toracocentese permitirá a análise do líquido e a confirmação diagnóstica, conforme discutimos acima.**

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

49. Nulípara de 30 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e história recente de trombose venosa, apresenta ciclos menstruais prolongados de 8 a 10 dias, com intenso sangramento e cólicas fortes, e busca orientação sobre métodos contraceptivos.

Considerando os critérios de elegibilidade para uso de anticoncepção e o quadro clínico, qual é a melhor opção de contracepção?

- A) DIU de cobre.
- B) DIU de levonorgestrel.
- C) Anticoncepcional injetável mensal.
- D) Pílula anticoncepcional combinada contínua.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ALEXANDRE MELITTO

Estrategista, essa paciente tem como antecedentes pessoais o lúpus eritematoso sistêmico e TVP prévia. Além disso, apresenta aumento do fluxo menstrual e cólicas. Considerando esses antecedentes, devemos decidir qual é o método anticoncepcional mais indicado.

Veja, a seguir, as contraindicações dos anticoncepcionais hormonais combinados:

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

< 6 semanas pós-parto em lactantes

< 21 dias pós-parto em não lactantes, mas com fatores de risco para TVP

TVP/TEP atual ou pregressa, independentemente do uso de anticoagulante

Trombofilia conhecida

Cirurgia maior com imobilização prolongada

Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpos antifosfolídeos positivos ou desconhecidos

Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA ou endocardite

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

Enxaqueca com aura

Doença cardíaca isquêmica atual ou pregressa

Acidente vascular cerebral (atual ou pregresso)

Hipertensão arterial sistêmica descompensada (sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 mmHg)

Hipertensão arterial sistêmica associada à doença vascular

Múltiplos fatores de risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)

Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia, ou diabetes há mais de 20 anos

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

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

Repare que a paciente apresenta contraindicação absoluta para o uso de métodos anticoncepcionais hormonais combinados.

Agora, vamos ver as contraindicações dos progestágenos exclusivos:

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS CONTENDO APENAS PROGESTERONA
Câncer de mama atual
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AOS ANTICONCEPCIONAIS CONTENDO APENAS PROGESTERONA
Câncer de mama prévio, sem evidência de doença nos últimos cinco anos
TVP/TEP agudo
Cirrose descompensada
Adenoma hepatocelular
Tumor hepático maligno

Lúpus com anticorpos antifosfolídeos positivos ou desconhecidos
AVC (para AMP e continuação de POP e implantes)
Doença cardíaca isquêmica atual ou prévia (para AMP e continuação de POP e implantes)
Hipertensão descompensada (sistólica ≥ 160 e/ou diastólica ≥ 100 mmHg) (para AMP)
<6 semanas pós-parto (para AMP)
Sangramento vaginal inexplicado (para implantes e AMP)
Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (para AMP)

Legenda: TVP - trombose venosa profunda/TEP - tromboembolismo pulmonar/AVC - acidente vascular cerebral/AMP - acetato de medroxiprogesterona.

Repare que a paciente não apresenta contraindicação para o uso de anticoncepcional de progestágeno exclusivo, já que não apresenta TVP agudo e o lúpus não tem anticorpos antifosfolídeos positivos. Sendo assim, essa paciente pode utilizar esse tipo de anticoncepcional.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque, apesar de a paciente não apresentar contraindicação para o uso de DIU de cobre, apresenta quadro de aumento do fluxo menstrual e cólicas. Já que o DIU de cobre age provocando inflamação (endometrite), é sabido que um de seus possíveis efeitos colaterais mais importantes é o aumento do fluxo menstrual e a dismenorreia e, sendo assim, não seria indicado para essa paciente, já que poderia piorar seu quadro.

Correta a alternativa B: o DIU de levonorgestrel é a melhor opção para essa paciente, já que ela não apresenta contraindicações para o uso de anticoncepcionais de progestágeno exclusivo e cerca de 85% das mulheres evoluem com amenorreia com o uso desse método. Veja, a seguir, as contraindicações do SIU de levonorgestrel e note que a paciente não apresenta nenhuma contraindicação para seu uso.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL
Gravidez
Sepse puerperal
Imediatamente após aborto séptico
Doença trofoblástica gestacional com níveis elevados de beta-hCG ou com malignidade
Câncer de colo uterino
Câncer de mama atual
Câncer de endométrio
Anormalidades que distorcem a cavidade uterina
Sangramento transvaginal inexplicado
Doença inflamatória pélvica (DIP) atual
Cervicite purulenta ou infecção ativa por clamídia ou gonococo
Tuberculose pélvica

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL

48 horas a 4 semanas pós-parto (pelo risco de expulsão)

TVP/TEP aguda

Lúpus com anticorpos antifosfolípídeos positivos ou desconhecidos

Doença trofoblástica gestacional com níveis de beta-hCG decrescentes ou indetectáveis

Câncer de mama prévio e sem evidência da doença nos últimos 5 anos

Câncer de ovário

HIV avançado

Cirrose descompensada

Adenoma hepatocelular e tumores hepáticos malignos

Doença cardíaca isquêmica atual ou prévia (para continuação do método)

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

Incorreta a alternativa C, porque a paciente apresenta contraindicação absoluta (categoria 4) para o uso de anticoncepcional injetável mensal, já que esse é um tipo de anticoncepcional hormonal combinado.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente apresenta contraindicação absoluta para o uso de qualquer tipo de anticoncepcional hormonal combinado.

Gabarito: B**VOLTAR PARA AS QUESTÕES**

50. Homem de 55 anos, com diagnóstico de diabetes *mellitus*, foi em consulta de rotina em Unidade Básica de Saúde (UBS) levando exames laboratoriais solicitados pelo médico na consulta anterior. Faz uso de metformina 850 mg, 3 vezes ao dia, e gliclazida 30 mg, 1 vez ao dia, há mais de 6 meses. Os exames laboratoriais atuais apresentam hemoglobina glicada de 9,5% e creatinina sérica de 0,8 mg/dL.

Qual das condutas é a mais adequada para o seguimento desse caso?

- A) Suspender os medicamentos orais, iniciar insulina NPH 10 UI subcutânea pela manhã e 20 UI à noite. Monitorar a glicemia pré-prandial, e, quando estiver controlada, medir a glicemia pós-prandial para avaliação da introdução da insulina regular.
- B) Aumentar a gliclazida para 60 mg ao dia, aumentar a metformina para 1 g, 3 vezes ao dia, repetir exames em 1 mês. Iniciar insulina se estiverem alterados; pactuar com o paciente a possibilidade de insulinização no retorno.
- C) Manter a dose de metformina e gliclazida, iniciar insulina NPH 10 UI subcutânea à noite, associada à monitorização glicêmica de jejum. Ajustar 2 a 3 UI a cada 2 a 3 dias, até atingir a meta da glicemia de jejum.
- D) Trocar a gliclazida por glibenclamida 20 mg por dia, aumentar a metformina para 1 g, 3 vezes ao dia, solicitar novos exames em 1 mês. Pactuar com o paciente a possibilidade de insulinização no retorno.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LARISSA SANTOS

Caro Estrategista, temos aqui um paciente com diabetes *mellitus* em uso de dose máxima de metformina (850 mg 3x/dia, totalizando 2550 mg/dia) e gliclazida em dose mínima (lembre-se de que a gliclazida pode ser utilizada na dose de 30-120 mg/dia). Entretanto, mantém mau controle glicêmico com HbA1c de 9,5%. Lembre-se de que, para pacientes jovens sem comorbidades graves, a meta de HbA1c é de 7%. O que podemos, então, fazer para otimizar o tratamento do paciente?

Como o paciente não apresenta sintomas clássicos de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia), até poderíamos considerar otimizar os antidiabéticos orais, iniciando pelo menos mais 1 ou, preferencialmente, 2 classes medicamentosas, como os análogos de GLP-1 ou inibidores da SGLT-2. Porém, perceba que o paciente está sendo acompanhado no SUS.

O tratamento do diabetes no SUS envolve a disponibilidade de metformina, sulfonilureias (gliclazida, glibenclamida), insulinas humanas e dapagliflozina para casos selecionados. Nos casos em que o paciente já está em uso de metformina e sulfonilureias e, mesmo assim, mantém níveis glicêmicos elevados, com HbA1c > 9%, está indicado o início de insulinoterapia. Deve-se iniciar com insulina basal (NPH) *bedtime*, na dose de 0,1-0,2 U/kg/dia ou dose fixa de 10 U. Deve-se realizar a glicemia de jejum a cada 2-3 dias para realização de ajustes. Caso o paciente mantenha descontrole importante, deve-se adicionar insulina regular ao esquema.

Incorreta a alternativa A. Deve-se iniciar com insulina NPH *bedtime* na dose de 0,1-0,2 U/kg ou 10 U. Ao iniciar insulina basal, não é necessário nem recomendado suspender os antidiabéticos orais. As sulfonilureias podem ser mantidas caso paciente não apresente hipoglicemias recorrentes. Deve-se considerar suspender as sulfonilureias em pacientes insulinizados com esquema basal-bólus (NPH + regular).

Incorreta a alternativa B. A dose máxima de metformina é de 2550 mg/dia. Aumentar a gliclazida de 30 para 60 mg não será suficiente para trazer a HbA1c do paciente para a meta.

Correta a alternativa C. O capítulo de tratamento do diabetes no SUS da Sociedade Brasileira de Diabetes orienta que, nos casos em que o paciente já está em uso de metformina e sulfonilureias e, mesmo assim, mantém níveis glicêmicos elevados, com HbA1c > 9%, está indicado o início de insulinoterapia. Deve-se iniciar com insulina basal (NPH) *bedtime*, na dose de 0,1-0,2 U/kg/dia ou dose fixa de 10 U. Deve-se realizar a glicemia de jejum a cada 2-3 dias para realização de ajustes.

Incorreta a alternativa D. A dose máxima de metformina é de 2550 mg/dia. Substituir uma sulfonilureia por outra (gliclazida por glibenclamida) não será suficiente para que o paciente atinja as metas glicêmicas. Além disso, a gliclazida é preferível devido ao menor risco de hipoglicemia.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

51. Homem de 38 anos retorna ao ambulatório de clínica médica de um hospital de atenção secundária, onde faz acompanhamento clínico de retocolite ulcerativa. Analisando os exames complementares solicitados na última consulta, o médico atendente observa elevações significativas da fosfatase alcalina e gama-GT, com discreta elevação dos níveis séricos de aminotransferases, sem hiperbilirrubinemia. Questionado, o paciente refere apenas leve desconforto no hipocôndrio direito. Ao exame físico, não há icterícia, febre ou presença de sinal de Murphy.

Considerando a doença de base do caso, o exame complementar indicado e seu resultado provável são, respectivamente:

- A) tomografia computadorizada de abdome; lesão tumoral presente ao nível do hilo hepático.
- B) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; presença de litíase impactada no colédoco terminal.
- C) colangiorressonância; múltiplas estenoses intercaladas na árvore biliar, com áreas normais ou dilatadas de permeio.
- D) ultrassonografia abdominal total; espessamento da parede da vesícula biliar com nodulação no interior, sem sombra acústica.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: KARINE TURKE

A questão traz um paciente jovem, portador de retocolite ulcerativa (RCU), com um quadro de elevações significativas da fosfatase alcalina e gama-GT, com discreta elevação dos níveis séricos de aminotransferases, sem hiperbilirrubinemia, oligossintomático.

Diante de um paciente com **RCU** e alterações de **canaliculares**, precisamos pensar em **colangite esclerosante primária!**

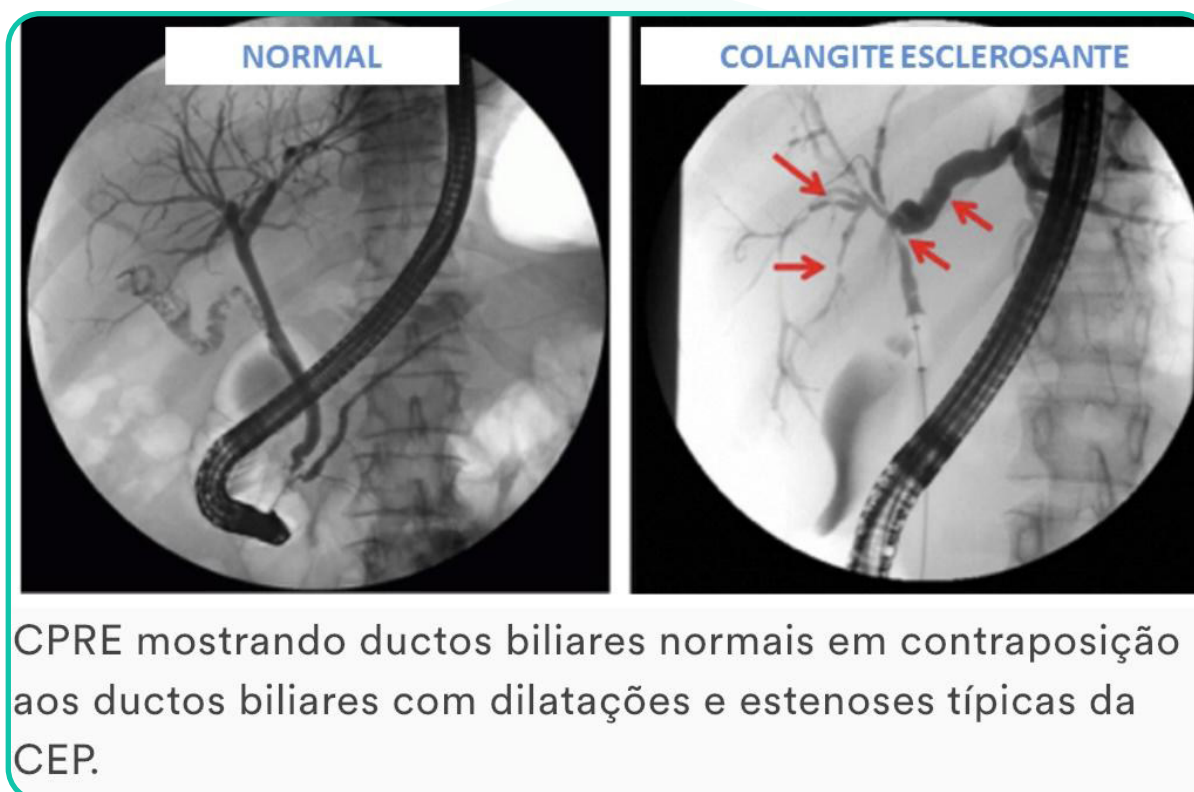
A CEP caracteriza-se pela **inflamação dos ductos intra e extra-hepáticos**, levando à **fibrose** que pode culminar com **cirrose** hepática e insuficiência hepática. A CEP ocorre em cerca de **5% dos portadores de RCU**, entretanto cerca de **90% dos portadores de CEP apresentam RCU**.

Manifesta-se, clinicamente, por **icterícia assintomática** ou com **colangite episódica, adinamia e anorexia**. Laboratorialmente, apresenta **elevação dos níveis de bilirrubinas, aminotransferases e fosfatase alcalina**.

O diagnóstico é feito por meio da **colangiopancreatografia por ressonância nuclear magnética (colangio-RNM)** ou **colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)**, que demonstram múltiplas **estenoses nos ductos biliares, alternando com ductos normais/dilatados**, constituindo o famoso aspecto em "**colar de contas**".

A colangio-RNM é preferível à CPRE por apresentar **acurácia semelhante**, sendo um exame **não invasivo**.

A **atividade da CEP** pode ocorrer **independentemente da atividade da DII, e o tratamento da DII** ou mesmo a colectomia total não tratam, necessariamente, a CEP.



Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Trata-se de um paciente **jovem, sem perda de peso ou outros estigmas de neoplasia**. No caso de um tumor perihilar, esperaríamos que o paciente apresentasse um quadro de **icterícia obstrutiva**.

Incorreta a alternativa B. Um cálculo impactado no colédoco distal cursaria com **icterícia obstrutiva/síndrome colestática**, com **icterícia e colúria**.

Correta a alternativa C. Conforme discutimos, essa é nossa principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa D. A ausência de sombra acústica em uma nodulação na vesícula biliar fala a favor de um **pólipo**. De todo modo, essa alteração **não cursaria com alteração de enzimas canaliculares**.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

52. Mãe de menina de 11 meses em consulta de puericultura, relata que não há queixas específicas no momento e refere que a criança está começando a trocar passos de maneira independente. Apresenta marcos do desenvolvimento anteriores a 11 meses dentro da normalidade e bom ganho pondero-estatural. Gestação e parto sem intercorrências.

O reflexo primitivo usualmente presente nessa faixa etária é o:

- A) reflexo plantar.
- B) reflexo de Moro.
- C) reflexo de procura.
- D) reflexo tônico-cervical.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!








Certamente, você deve lembrar-se de alguns reflexos primitivos do recém-nascido (RN).


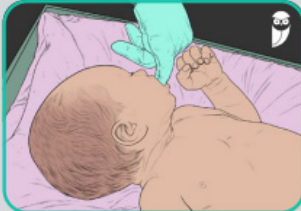
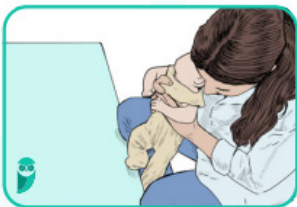

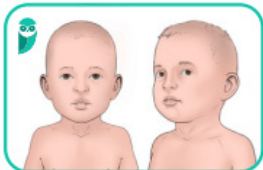
Eles caracterizam o funcionamento cerebral subcortical, sendo considerados fisiológicos nos primeiros meses de vida. São movimentos estereotipados, desencadeados por algum tipo de estímulo.

Com a avaliação do desenvolvimento dos reflexos, podemos determinar a integridade do sistema nervoso central. Esses reflexos devem estar presentes em todos os recém-nascidos a termo. É importante que todos os reflexos sejam avaliados a cada consulta.

Tanto a ausência desses reflexos como sua persistência além do tempo esperado são sinais de problemas no desenvolvimento. Alguns desses reflexos desaparecem e outros são substituídos por movimentos voluntários. Um exemplo clássico é a preensão palmar que, inicialmente, é reflexa e, depois, torna-se voluntária.

Dê uma olhada na lista a seguir:

REFLEXO	CARACTERÍSTICAS	EVOLUÇÃO	REPRESENTAÇÃO
MORO	Está presente em neonatos a partir de 37 semanas. Avaliação: bater palmas próximo à criança, fazer um movimento de queda brusca no braço do examinador ou puxar bruscamente o lençol abaixo dela. É esperado que o RN apresente uma extensão seguida de abdução dos membros superiores, como se fosse um abraço.	Desaparece até o 6º mês de vida.	
TÔNICO-CERVICAL ASSIMÉTRICO (MAGNUS KLEIJN)	O RN é posicionado em decúbito dorsal e o examinador coloca uma mão sobre o tórax da criança e, com a outra, ele faz uma rotação da cabeça em 90°, mantendo-a por 15 segundos. A resposta esperada é de extensão dos membros voltados para a face e flexão dos membros do lado occipital.	Desaparece entre o 2º e 3º mês de vida.	
MARCHA REFLEXA	Avaliação: seguramos o bebê pelas axilas e permitimos o contato da planta dos pés com uma superfície. Quando o lactente é inclinado para a frente, ele realiza a marcha reflexa.	Desaparece entre 1 e 2 meses de vida.	
VORACIDADE OU PONTOS CARDEAIS	Avaliação: estimular a pele nos cantos da boca do RN, os lábios deslocam-se em busca do estímulo.	Desaparece por volta de 3 a 4 meses de vida.	
PREENSÃO PALMAR	Avaliação: coloca-se o dedo do examinador na palma das mãos do bebê e este flexiona os dedos.	Desaparece após os 2 a 4 meses.	
PREENSÃO PLANTAR	Avaliação: coloca-se o dedo do examinador na planta dos pés do bebê e este flexiona dos dedos.	Desaparece por volta de 12 a 15 meses.	
CUTÂNEO-PLANTAR EM EXTENSÃO	Avaliação: o examinador deve estimular a parte lateral do pé e deve observar que ocorre a extensão do hálux .	Mantido até 18 meses.	

CUTÂNEO-PLANTAR EM FLEXÃO	Substitui o cutâneo-plantar em extensão a partir dos 18 meses.	Mantém-se por toda a vida.	
SUCÇÃO	Avaliação: ao estimularmos os lábios do recém-nascido, é esperado que ocorra uma sucção vigorosa . Esse reflexo está presente desde a 33ª semana de idade gestacional. Quando ausente, indica alguma disfunção neurológica grave.	Desaparece por volta dos 3 a 4 meses, em vigília, e aos 6 meses, durante o sono.	
COLOCAÇÃO OU PLACING	Avaliação: estímulo tátil no dorso do pé com o bebê seguro pelas axilas. É esperado que ele eleve seu pé, realizando o movimento de subir um degrau.	Permanece até 2 meses de vida.	
GALANT	Avaliação: colocamos o lactente em posição prona sobre o antebraço do examinador que deve estimular por meio de um movimento linear, na região lateral e dorsal desde o ombro até a região glútea. O esperado é que o bebê curve seu tronco em direção ao lado que foi estimulado.	Permanece até 2 a 4 meses de vida.	
OLHOS DE BONECA	Os olhos do recém-nascido permanecem fixos durante a rotação do bebê de um lado para o outro e não acompanham a rotação da cabeça.	Presente apenas no período neonatal.	

Para sintetizar, a tabela a seguir resume a idade em que são esperados os desaparecimentos dos respectivos reflexos primitivos. É importante salientar que existem “janelas” de normalidade! Não precisa levar as idades a seguir tão à risca, ok? Sempre analise o contexto clínico trazido pela questão:

Permanência (idades aproximadas)	Reflexo
Até 1 mês	Movimento dos olhos de boneca.
Até 2 meses	Marcha reflexa. Colocação. Tônico cervical.
Até 3 a 4 meses	Sucção em vigília.
Até 4 meses	Voracidade. Preensão palmar. Galant.
Até 6 meses	Sucção durante o sono. Moro.
Até 12 a 15 meses	Preensão plantar.
Até 18 meses	Cutâneo-plantar em extensão.

Bom, estamos diante de uma criança de 11 meses de idade. Note que a grande maioria dos reflexos primitivos já devem ter desaparecido nessa idade, mas os que envolvem os pés demoram um pouco mais de tempo para “sumir”. Mesmo para reflexos, a maturação neurológica parece seguir o sentido crânio-caudal.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Correta a alternativa A. A questão não especifica que reflexo plantar (preensão ou cutâneo-plantar em extensão?). De toda forma, os dois ainda estão presentes em um bebê de 11 meses.

Incorreta a alternativa B. O reflexo de Moro começa a desaparecer entre 3 e 4 meses, mas toleramos até 6 meses. Deve estar ausente em uma criança de 11 meses.

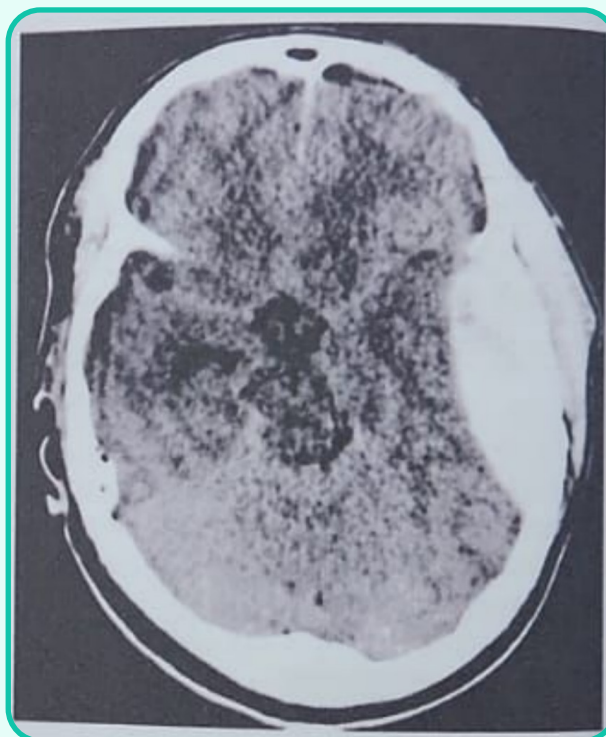
Incorreta a alternativa C. Também chamado de reflexo da voracidade, costuma desaparecer por volta dos 4 meses.

Incorreta a alternativa D. Também chamado de esgrimista ou Magnus-Kleijn, tende a desaparecer entre 2 e 3 meses de idade.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

53. Paciente do sexo masculino, 23 anos, foi vítima de acidente automobilístico no qual o veículo em que estava colidiu com caminhão. Usava cinto de segurança e foi retirado consciente do carro pela equipe de resgate. Apresentava amnésia anterógrada. Após atendimento pré-hospitalar, o paciente foi levado ao pronto-socorro, sem déficits motores ou sensitivos. No hospital, o médico pede uma tomografia computadorizada de crânio para avaliação. Alguns minutos depois, a equipe de enfermagem solicita avaliação de emergência para o paciente, com necessidade de intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência e anisocoria com pupila esquerda dilatada. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste.



Ao considerar a situação clínica do paciente e a imagem tomográfica apresentada, o médico diagnosticou:

- A) hematoma subdural agudo, sendo necessário realizar hidantalização do paciente e aguardar melhora clínica.
- B) contusão cerebral, sendo necessário realizar cirurgia de emergência para controle de hipertensão intracraniana.
- C) hematoma epidural, sendo necessário realizar cirurgia de emergência para controle da hipertensão intracraniana.
- D) hematoma intraparenquimatoso, sendo necessário realizar hidantalização do paciente e aguardar melhora clínica.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RODRIGO FREZATTI

Estrategista, essa é uma questão direta que cobra a identificação do tipo de hemorragia a partir da análise da TC de crânio.

No contexto do TCE, podemos encontrar quatro tipos principais de complicação hemorrágica:

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

o intervalo lúcido e porque o aspecto da imagem é bicôncavo com limites bem demarcados, como se fosse um “limão”.

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

3- Hemorragia subaracnóidea: o acúmulo de sangue ocorre no espaço subaracnóideo, podendo levar à cefaleia, rigidez de nuca e, eventualmente, ao rebaixamento do nível de consciência.

4- Hematoma intraparenquimatoso: o acúmulo de sangue ocorre no próprio parênquima cerebral. Pode ocorrer adjacente ao local do impacto ou mesmo contra lateralmente, na chamada lesão a contragolpe. Pode levar à cefaleia, ao déficit neurológico focal e, em situações mais graves, ao rebaixamento do nível de consciência.

No contexto da lesão intracraniana com hipertensão intracraniana, uma das principais preocupações é a ocorrência de herniação cerebral. Isso decorre da passagem do tecido cerebral, espremido entre estruturas rígidas da dura-máter e osso. Além do rebaixamento do nível de consciência, a ocorrência de anisocoria e/ou déficit motor novo são os principais sintomas associados a esse quadro.

No paciente em questão, ocorreu intervalo lúcido, seguido de rebaixamento do nível de consciência e anisocoria. Logo, conforme vimos acima, o diagnóstico mais provável é o de herniação uncal secundária a um hematoma extradural com indicação cirúrgica.

Incorreta a alternativa A. A imagem é de um hematoma epidural, não subdural.

Incorreta a alternativa B. Como vimos, a imagem é de um hematoma epidural, não de uma contusão.

Correta a alternativa C. Exatamente!

Incorreta a alternativa D. O sangramento em questão é extra-axial, do tipo lâmina biconvexa, típico de um epidural.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

54. Uma adolescente de 15 anos comparece em consulta ginecológica com a finalidade de iniciar contracepção. Na história patológica pregressa, refere episódios de enxaqueca com aura. Nos antecedentes familiares, relata que a avó materna teve diagnóstico de câncer de mama, sua mãe é hipertensa e sua irmã tem diabetes.

O uso do contraceptivo combinado está contraindicado para essa paciente devido ao risco de:

- A) câncer de mama.
- B) diabetes *mellitus*.
- C) acidente vascular cerebral.
- D) hipertensão arterial sistêmica.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ALEXANDRE MELITTO

Estrategista, as condições clínicas que são categoria 4 da OMS (contraindicações absolutas - riscos inaceitáveis) para os anticoncepcionais combinados estão ligadas ao risco trombogênico, oncogênico e de insuficiência hepática. A maior parte desse risco é devido ao componente estrogênico dos combinados.

Essa paciente refere episódios de enxaqueca com aura, que é uma das contraindicações absolutas para o uso de anticoncepcionais hormonais combinados.

A enxaqueca com aura é considerada uma contraindicação absoluta para o uso de anticoncepcional hormonal combinado porque ambos são fatores independentes de risco para acidente vascular cerebral isquêmico, e o uso desses anticoncepcionais potencializa muito esse risco. As mulheres com enxaqueca com aura apresentam risco duas a seis vezes maior de AVC isquêmico em relação à população geral, e o uso de anticoncepcionais hormonais combinados contendo estrogênio eleva ainda mais esse risco.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o risco de câncer de mama não está associado ao antecedente pessoal de enxaqueca com aura. Além disso, essa paciente não é considerada de alto risco para o desenvolvimento de câncer de mama por não apresentar parente de 1º grau (mãe ou irmã) com diagnóstico da doença antes dos 50 anos de idade.

Incorreta a alternativa B, porque o risco de diabetes *mellitus* não está associado a enxaqueca com aura. Além disso, o enunciado da questão não informa outros fatores de risco para que a paciente desenvolva diabetes, tais como obesidade e sedentarismo além de seu antecedente familiar.

Correta a alternativa C: o uso do contraceptivo combinado está contraindicado para essa paciente devido ao aumento importante do risco de acidente vascular cerebral caso a paciente faça uso deste tipo de método.

Incorreta a alternativa D, porque o risco de hipertensão arterial sistêmica não está associado à enxaqueca com aura e, além disso, a paciente não apresenta fatores de risco para desenvolvimento dessa doença além de seu antecedente familiar.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

55. Ao visitar um idoso acamado de 80 anos, restrito ao lar e dependente em relação às atividades de vida diária, a médica de família e comunidade verificou que ele não havia recebido as vacinas indicadas pelo Ministério da Saúde para os idosos. Ao questionar a filha de 55 anos, principal cuidadora, sobre a vacinação do idoso, ela respondeu que o pai é muito frágil e não iria aguentar os efeitos colaterais, e, como ele é restrito ao lar, a família preferiu não vacinar.

Assinale a alternativa que inclui, respectivamente, vacinas disponibilizadas no calendário de imunização nacional para o idoso e uma forma de abordar a situação encontrada.

- A) Pneumocócica 23-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; dupla adulto (dT-contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra *influenza* e covid-19, anualmente; contra hepatite B, 3 doses. Agendar uma nova visita domiciliar com mais membros da família para dialogar sobre a situação.
- B) Contra *influenza* e covid-19, anualmente; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra hepatite B, 3 doses; contra herpes-zóster, 2 doses. Fazer denúncia ao Conselho Municipal do Idoso sobre não vacinação do idoso.
- C) Pneumocócica 10-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra *influenza* e covid-19, anualmente; contra hepatite B, 3 doses. Solicitar que a filha assine um termo de responsabilidade em relação à não vacinação do pai.
- D) Pneumocócica 10-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; contra *influenza* e covid-19, anualmente; contra herpes-zóster, 2 doses; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos. Respeitar a autonomia da filha sobre a vacinação, uma vez que é a cuidadora responsável.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: HELENA



Olá, Estrategista, cabe recurso nessa questão, pois não há resposta correta!

O calendário vacinal dos idosos do Programa Nacional de Imunizações é composto pelas seguintes vacinas de rotina:

- Vacina hepatite B: 3 doses, caso não tenha sido aplicada anteriormente.
- **Vacina dT: 3 doses, caso não tenha sido aplicada anteriormente. Após o esquema completo de 3 doses, é recomendado 1 reforço a cada 10 anos, antecipado para 5 anos em caso de risco de difteria ou tétano.**
- **Vacina pneumocócica 23-valente: 2 doses. Para idosos acamados e/ou institucionalizados, sem histórico vacinal. Uma segunda dose deve ser administrada com intervalo de 5 anos após a 1ª dose.**
- **Vacina *influenza* trivalente: 1 dose anual com a vacina da temporada.**
- **Vacina covid-19: 1 dose semestral.**

CALENDÁRIO DOS IDOSOS - Acima de 60 anos

Vacina	Esquema vacinal
Hepatite B	3 doses (depende do esquema vacinal prévio)
dT	3 doses ou dose de reforço a cada 10 anos. (depende do esquema vacinal prévio)
Coronavírus	Dose semestral
Influenza	Dose anual
Pneumocócica 23-valente	Para acamados ou moradores de instituição fechada. Uma dose + reforço 5 anos após.

Vamos voltar à questão. Temos um idoso de 80 anos, acamado, com vacinação incompleta e histórico vacinal desconhecido. Ele teria indicação de receber: dT em 3 doses ou dose de reforço (a depender do esquema vacinal previamente recebido), hepatite B em 3 doses (a depender do esquema vacinal prévio), *influenza* em dose anual, coronavírus em dose semestral, pneumocócica 23-valente, uma dose agora e outra 5 anos após.

Incorreta a alternativa A, pois a vacina da covid-19 é semestral, não anual.

Incorreta a alternativa B, pois a vacina da covid-19 é semestral, não anual, e a herpes-zóster não está contemplada no calendário nacional do idoso.

Incorretas as alternativas C e D, pois a vacina pneumocócica indicada é a pneumocócica-23. A pneumocócica 10-valente está indicada para crianças, entre 2 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Além disso, mais uma vez, temos a vacina da covid-19 em dose anual, não semestral.

Gabarito: não há resposta correta e vale recurso para essa questão.

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

56. O vírus *chikungunya* é transmitido pelo mosquito *Aedes sp.* e foi responsável por grandes epidemias associadas a desfechos clínicos agudos, crônicos e graves.

As ações voltadas para o controle do *Aedes sp.* incluem medidas como o manejo integrado de vetores, que envolve atividades a serem executadas pela equipe de vigilância do território em um processo cíclico, tais como:

- A) levantamento do índice larvário, notificação de vetores infectados e avaliação dos indicadores entomológicos e epidemiológicos.
- B) treinamento da equipe de controle de vetores, uso intensivo de inseticidas, mutirões de limpeza e tratamento de pontos estratégicos.
- C) vigilância virológica, notificação semanal dos casos suspeitos de *chikungunya* em áreas sem transmissão e definição do local provável de infecção.
- D) análise situacional com base em informações epidemiológicas e entomológicas, desenho das operações de planificação, implementação, monitoramento e avaliação.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BÁRBARA D’ALEGRIA

Referências bibliográficas:

1. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância e controle do vetor – *Aedes aegypti*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/vigilancia-entomologica>.
2. Ministério da Saúde. Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* – LIRAA: para vigilância entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil : metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília, 2013.

Estrategista,

Estamos diante de uma questão que foi literalmente um “copia e cola” da página do Ministério da Saúde (infelizmente, questões assim são comuns em provas de residência médica e também no INEP). Porém, vamos aproveitar para aprendermos mais um pouco com ela.

Segundo o Ministério da Saúde, a vigilância entomológica “é uma ação realizada pelas equipes municipais de saúde com o intuito de realizar o levantamento de informações dos insetos vetores e sua interação com o ambiente”. O termo “entomológica” vem de “entomologia”, ciência que estuda os insetos.

A **vigilância entomológica** utiliza diferentes metodologias para o estudo do *Aedes aegypti*, sendo que cada uma dessas técnicas se aplica a uma determinada fase de vida do vetor (larva, ovo e fase adulta). Aqui, vamos nos concentrar na **fase de larva**, período do ciclo de vida do vetor que apresenta os indicadores mais conhecidos e que podem aparecer em provas futuras.

Os principais índices utilizados na **fase de larva** são o **índice de infestação predial (IIP)**, o **índice de tipo de recipientes (ITR)** e o **índice de Breteau (IB)**.

O **IIP (índice de infestação predial)** avalia a proporção de imóveis com presença de larvas do *Aedes aegypti* dentre todos os imóveis que foram pesquisados. Por exemplo, se 100 imóveis foram avaliados, e 19 apresentaram larvas do mosquito, então o IPP será igual a 19%. O valor satisfatório é que menos de 1% dos imóveis estejam positivos para larvas (<1%). Acima de 3,9% (> 3,9), o risco para surtos e epidemias é elevado.

Já o **ITR (índice de tipo de recipientes)** tem por objetivo identificar qual é o principal tipo de recipiente que vem servindo como criadouro

das larvas de *Aedes aegypti*. É calculado **para recipiente**. Por exemplo, suponha que foram encontrados 10 recipientes com larvas, sendo 5 pratinhos de plantas, 2 pneus e 3 garrafas. O ITR para os pratinhos de plantas será igual a 50%, para o pneu será igual a 20% e para as garrafas, 30%.

$ITR = (\text{n}^\circ \text{ de recipientes do tipo "prato de planta"} / \text{total de recipientes}) \times 100$

$ITR = (5/10) \times 100 = 50\%$.

O ITR ajuda na identificação do tipo de recipiente mais problemático para que sejam adotadas medidas específicas.

O **IB (índice de Breteau)** é o índice mais conhecido, sendo uma razão entre o número de recipientes positivos e o número de imóveis pesquisados. O valor é multiplicado por 100. Valores elevados indicam indiretamente que muitos recipientes positivos estão concentrados nos imóveis pesquisados.

Em conjunto, esses três índices formam o famoso **Sistema LIRAA/LIA (Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti*/Levantamento de índice amostral)**.

Bom, e o que fazer após esse levantamento entomológico?

Ora, de posse dessas informações, o próximo passo é realizar o **manejo integrado de vetores (MIV)**.

Segundo o Ministério da Saúde, **“o MIV é um processo de tomada de decisões para controle populacional de vetores, para reduzir ou interromper a transmissão de doenças”** (1).

Trata-se de uma abordagem que visa desenvolver um processo de controle de vetores que seja eficaz, mas ao mesmo tempo adequado do ponto de vista ecológico e da custo-efetividade. E é aqui que vem a parte **“control c, control v”**: segundo o Ministério da Saúde, **“a adoção do MIV obedece a um processo cíclico que envolve análise situacional, desenho de operação e planejamento, implementação, monitoramento e avaliação”** (1). Veja que é exatamente o que está descrito na alternativa “d”.

Vamos analisar as assertivas:

Incorreta a alternativa A. O levantamento dos índices larvários (LIRAA/LIA) é importantíssimo para o manejo integrado dos vetores, porém, a notificação de vetores infectados não faz parte deste manejo.

Incorreta a alternativa B. A assertiva traz sim ações que fazem parte do manejo integrado de vetores, como o treinamento da equipe, mutirões de limpezas e tratamento de pontos estratégicos. O principal problema aqui está no trecho **“uso intensivo de inseticidas”**. O uso intensivo, isto é, exagerado ou além do necessário, pode trazer mais riscos do que benefícios, incluindo a exposição ocupacional dos agentes de combates às endemias aos piretróides (classe de inseticida). Além disso, o miv propõe o uso **racional** de inseticidas, uma vez que o uso **intensivo** pode selecionar os mosquitos menos suscetíveis, contribuindo para o fenômeno de resistência.

Incorreta a alternativa C. A notificação de casos de chikungunya fora da área habitual de transmissão não tem periodicidade semanal, e sim imediata (em até 24 horas).

Correta a alternativa D. De fato, como vimos acima, o Ministério da Saúde afirma que o processo cíclico de ações para o manejo integrado de vetores envolve a análise situacional com base em informações epidemiológicas e entomológicas, desenho das operações de planificação, implementação, monitoramento e avaliação.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

57. Criança de 9 anos chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade há 2 anos. Faz uso de metilfenidato há pelo menos 1 ano. O pai informa que, desde o início do uso, apresentou grande melhora na escola e solicita que o uso seja estendido por mais tempo.

Que estratégias de monitoramento referentes ao uso dessa medicação devem ser utilizadas?

- A) Realizar seguimento em conjunto com neuropediatra para acompanhar aumento de peso e possível dislipidemia associada ao uso crônico do medicamento.
- B) Acompanhar com testes psicodinâmicos parâmetros de atenção e desempenho escolar, a fim de avaliar a efetividade da estimulação farmacológica.
- C) Coletar hemograma e hormônios tireoidianos anuais e eventualmente prescrever antipsicóticos para combate dos efeitos colaterais.
- D) Agendar consultas periódicas para verificação da estatura, peso e pressão arterial, com nova avaliação para retirada após 1 ano.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento que atinge cerca de 5-7% das crianças, e 2,5% dos adultos. Seus sintomas são divididos entre desatenção, hiperatividade e impulsividade e causam grande prejuízo acadêmico e interpessoal para a maioria dos pacientes.

Critérios diagnósticos do TDAH, adaptados do DSM-5-TR	
A — DESATENÇÃO: mínimo de 6 critérios para crianças ou 5 critérios para adultos	A — HIPERATIVIDADE E IMPULSIVIDADE: mínimo de 6 critérios para crianças ou 5 critérios para adultos
1 — Comete erros por desatenção	1 — Frequentemente batuca as mãos ou pés
2 — Dificuldade em manter a atenção em atividades	2 — Com frequência, tem dificuldade em permanecer sentado
3 — Frequentemente parece não escutar quando é chamado	3 — Corre ou sobe nas coisas em momentos inapropriados
4 — Frequentemente não segue instruções até o fim e não conclui sua tarefa	4 — Tem dificuldade em participar de brincadeiras ou jogos calmos
5 — Frequentemente tem dificuldade em organizar suas tarefas	5 — Não consegue parar, “está ligado no 220v”
6 — Não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado	6 — Frequentemente fala em excesso
7 — Frequentemente perde objetos e pertences necessários para sua rotina	7 — Frequentemente responde uma pergunta antes da hora, ou antes que ela seja terminada
8 — É facilmente distraído por estímulos externos	8 — Muitas vezes, é difícil esperar por sua vez
9 — Com frequência esquece-se de tarefas do cotidiano	9 — Interrompe ou se intromete em outras conversas
B — Os sintomas estavam presentes antes dos 12 anos de idade	
C — Os sintomas causam prejuízo funcional ao paciente	
D — Os sintomas acontecem em, no mínimo, dois ambientes diferentes, por exemplo, na escola, em casa, na casa de amigos ou familiares, em outras atividades sociais	

Fonte: American Psychiatric Association, 2022.

Essas manifestações precisam se iniciar até os 12 anos de idade e se manifestarem frequentemente em pelo menos 2 ambientes diferentes (como casa, escola e trabalho), durando ao menos 6 meses. O diagnóstico pode ser apoiado pela utilização de escalas validadas, como a SNAP-IV.

Cerca de metade dos pacientes tem remissão dos sintomas até o início da vida adulta, sobretudo pacientes do sexo masculino, normalmente mais acometidos com hiperatividade e impulsividade.

Estrategista, o tratamento do TDAH divide-se em duas principais modalidades, uma não farmacológica, baseada principalmente em métodos psicoterápicos, e a outra farmacológica, com uso de psicoestimulantes.

O manejo não farmacológico não é tão eficaz como o emprego de medicamentos, mas essas medidas podem ser iniciadas em pacientes com prejuízos leves ou moderados ou em crianças com idade inferior a 6 anos. Essa abordagem envolve psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, apoio pedagógico e treinamento de habilidades específicas para paciente e família, de acordo com as dificuldades acadêmicas ou sociais apresentadas pelo indivíduo.

O manejo farmacológico nesse transtorno pode ser iniciado a partir dos 6 anos de idade, com uso de psicoestimulantes (primeira linha), como o metilfenidato, entre 5 mg e 60 mg ao dia, e a lisdexanfetamina, entre 30 mg e 70 mg ao dia, que agem melhorando a transmissão dopaminérgica e noradrenérgica e são considerados fármacos de primeira linha no tratamento.

Caso o paciente não responda ou não se adapte ao metilfenidato, inicialmente deve-se trocar para a lisdexanfetamina (ou vice-versa). Caso a situação se mantenha após a troca, podemos instituir uma medicação de segunda linha.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: os psicoestimulantes costumam provocar sintomas gastrointestinais, como dor abdominal, diarreia e náuseas. Além disso, possuem efeito anorexígeno e causam, frequentemente, perda de peso.

Incorreta a alternativa B: as testagens servem, principalmente, para apoiar a hipótese diagnóstica, tendo menor relevância para atestar a eficácia do tratamento, que se realiza clinicamente.

Incorreta a alternativa C: não há indicação de coleta anual de tais exames, tampouco de prescrição em cascata de antipsicóticos.

Correta a alternativa D: conforme já discutido, os psicoestimulantes possuem efeito anorexígeno, o que pode impactar negativamente no ganho de peso e crescimento dos pacientes, sobretudo se houver a utilização prolongada. Além disso, devido ao efeito noradrenérgico, é esperado que, potencialmente, ocorra discreta elevação da pressão arterial e FC.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

58. Mulher de 45 anos é internada em hospital de média complexidade com queixas de febre (em torno de 38 °C), mialgia, mal-estar e dor na região cervical anterior, irradiada para a mandíbula e orelhas. Há 2 semanas, iniciou quadro sugestivo de infecção viral respiratória alta, com evolução clínica lenta desde então, passando a sentir palpitações e tremores nos últimos 3 dias. Procurou atendimento na unidade de saúde. Ao exame físico, a paciente encontra-se febril, com taquicardia desproporcional à temperatura corporal e tremores finos nas extremidades. A palpação da tireoide: glândula dolorosa, firme e levemente aumentada de tamanho, assimétrica, não nodular. As dosagens da velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa mostraram-se elevadas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, que exames complementares a sustentariam e qual é o tratamento indicado, respectivamente?

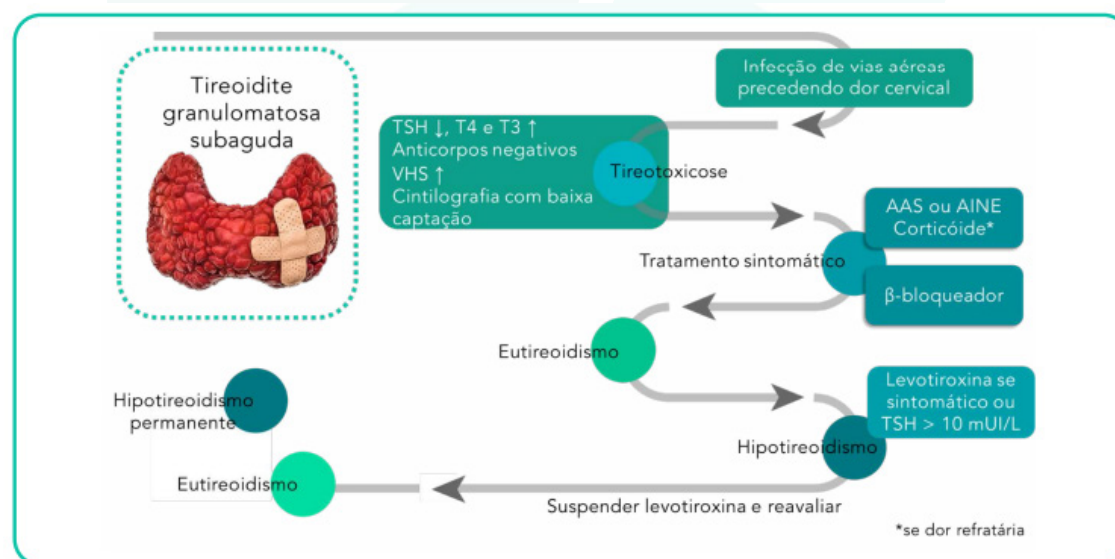
- A) Redução da captação tireoidiana de iodo radioativo; betabloqueador e anti-inflamatório.
- B) Detecção de presença de nódulo quente à cintilografia de tireoide; tireoidectomia subtotal.
- C) Verificação de aumento nas dosagens séricas de TSH, T4 livre e TRAb; ablação com iodo radioativo.
- D) Verificação de aumento das concentrações sanguíneas de TSH, T3 e T4 livre; oseltamivir + metimazol + atenolol.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LARISSA SANTOS

Estrategista, no contexto de uma paciente que iniciou o quadro de tireotoxicose e dor na topografia tireoidiana, após uma infecção de vias aéreas superiores, devemos lembrar obrigatoriamente da possibilidade de tireoidite granulomatosa subaguda (TGSA), ou tireoidite de De Quervain.

A tireoidite granulomatosa subaguda (TGSA) é um processo inflamatório de origem viral, sendo a principal causa de dor na tireoide. A história clínica mostra um quadro de infecção de vias aéreas precedendo o de dor tireoidiana e de tireotoxicose em 1-2 semanas. Ao exame físico, encontraremos um bócio de consistência firme, doloroso e que pode estar aumentado uni ou bilateralmente. Associado ao quadro clínico, os marcadores de inflamação, como o VHS e a PCR, costumam estar elevados.

A doença é autolimitada e costumada ter uma evolução em 4 fases, podendo o indivíduo retornar ao eutireoidismo ou permanecer com hipotireoidismo permanente, conforme mostrado no gráfico a seguir:



O tratamento é sintomático. Devemos focar os seguintes pontos:

- Controle da dor: uso de AINEs e corticoide se necessário.
- Controle dos sintomas tireotóxicos: uso de betabloqueadores.

ATENÇÃO: não é indicada a prescrição de tiamidas na tireoidite granulomatosa subaguda!

Correta a alternativa A. A redução da captação de iodo radioativo ocorre em 2 principais situações: tireoidites e tireotoxicose factícia. Nas tireoidites, o que ocorre é destruição da tireoide com liberação de hormônios pré-formados, não aumentando a produção hormonal tireoidiana, o que justifica a ausência de captação do I131 à cintilografia. O tratamento é com betabloqueador e anti-inflamatório.

Incorreta a alternativa B. Nódulo quente e indicação cirúrgica sugerem adenoma tóxico, o qual não se encaixa no quadro clínico da paciente. Perceba que o próprio enunciado fala sobre ausência de nódulos no exame físico

Incorreta a alternativa C. TRAb elevado indica doença de Graves. Os achados laboratoriais sugestivos de tireotoxicose são diminuição do TSH (não aumento) com aumento dos níveis de T4L.

Incorreta a alternativa D. O uso de oseltamivir e metimazol não é indicado; além disso, TSH está suprimido, não elevado.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

59. Lactente de 9 meses é atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS) em virtude do surgimento de crises epiléticas há 3 meses. Os eventos caracterizam-se por espasmos em flexão dos membros superiores sobre o tronco, semelhantes a sustos, e ocorrem nos horários de maior sonolência da criança. História gestacional e de parto sem anormalidades. Ao exame físico, lactente interage com o observador, porém não consegue ficar sentado. Ausculta cardíaca e respiratória sem anormalidades. Apresenta várias manchas hipomelanóticas nos membros inferiores e no tronco. Ressonância magnética de crânio revelou duas áreas compatíveis com astrocitomas de células gigantes subependimárias.

A principal hipótese diagnóstica é:

- A) neurofibromatose.
- B) esclerose tuberosa
- C) síndrome de Sturge-Weber.
- D) doença de von Hippel-Lindau.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RODRIGO FREZATTI

Questão extremamente difícil! Temos, na verdade, dois diagnósticos em questão. Primeiro, em relação à crise epilética referida, devemos considerar a possibilidade de síndrome de West. A **síndrome de West** também é um **tipo de epilepsia da infância**, é caracterizada pela ocorrência de **crises do tipo espasmos** e que estão associadas a um padrão específico do eletroencefalograma (EEG), conhecido como **hipsarritmia, além de regressão do desenvolvimento** psicomotor, aspecto fundamental e inferido a partir da leitura do enunciado.

No entanto, saber isso não garante a resposta da questão. A síndrome de West pode ser causada por múltiplas etiologias, sendo a esclerose tuberosa uma delas. Essa doença se caracteriza pela presença de alguns achados típicos, que permitem a confecção de critérios diagnósticos clínicos. Alternativamente, a avaliação genética, revelando variantes patogênicas nos genes TSC1 ou TSC2 também permite o diagnóstico. Em relação aos critérios clínicos, é necessária a presença de:

Diagnóstico definitivo:

- ≥ 2 critérios maiores OU
- 1 critério maior + ≥ 2 critérios menores.

Diagnóstico possível:

- 1 critério maior OU
- ≥ 2 critérios menores.

Critérios maiores:

- 1- angiofibromas faciais (≥ 3) ou fibroma em placa;
- 2- ungueal (subungueal ou periungueal) (≥ 2 fibromas);
- 3- manchas hipopigmentadas (≥ 3 , com diâmetro ≥ 5 mm);
- 4- mancha em "confete";
- 5- placa coriácea ("*shagreen patch*");
- 6- hamartomas retinianos (≥ 1);

- 7- nódulos subependimários (≥ 1);
- 8- astrocitoma de células gigantes;
- 9- rabdomioma cardíaco (≥ 1);
- 10- linfangiomiomatose pulmonar (LAM);
- 11- angiomiolipomas renais (≥ 2).

Critérios menores:

- 1- lesões dentárias tipo "pitting" (≥ 3);
- 2- hamartomas retiniais não típicos;
- 3- múltiplos cistos renais pequenos;
- 4- lesões em esmalte dentário;
- 5- lesões cutâneas em "fibroma gengival";
- 6- manifestações ósseas (ex.: esclerose na diáfise longa).

Sendo assim, a paciente apresenta as lesões intracranianas típicas da doença e as manchas hipomelanóticas, 2 critérios maiores, definindo o diagnóstico.

Incorreta a alternativa A. Apesar de também poder gerar síndrome epiléptica, não cursa, classicamente, com síndrome de West ou com os sintomas acima descritos.

Correta a alternativa B. Exatamente. Como vimos acima.

Incorreta a alternativa C. Essa entidade cursa com alterações vasculares, não as descritas no enunciado.

Incorreta a alternativa D. Nessa condição, há maior suscetibilidade à formação de neoplasias, contudo não há os sintomas acima descritos.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

60. Paciente masculino, 59 anos, atendido em hospital terciário com queixa de dor de moderada intensidade em fossa ilíaca esquerda (FIE), com início há 5 dias. Apresentou temperatura de 38 °C nas últimas 48 horas, associada à prostração. Não possuía comorbidades. Relatou episódio semelhante de menor intensidade há cerca de 1 ano, com resolução espontânea e um episódio de hematoquezia há 6 meses.

No momento, encontra-se em regular estado geral, discretamente desidratado, com frequência cardíaca de 95 bpm; pressão arterial de 140 x 90 mmHg; índice de massa corporal de 30,5 mg/kg. Abdome flácido, doloroso à palpação profunda em FIE e hipogástrio, com plastrão palpável em hipogástrio. Hemograma: leucócitos de 17.000/mm³ (valor de referência: 5.000 a 10.000/mm³), 7% de bastões (valor de referência: 0 a 5%).

Considerando o quadro, qual é o exame complementar de maior acurácia para estabelecer o diagnóstico?


- A) Radiografia abdominal em 3 posições.
- B) Colonoscopia com biópsia.
- C) Tomografia de abdome com contraste.
- D) Ultrassonografia de abdome.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

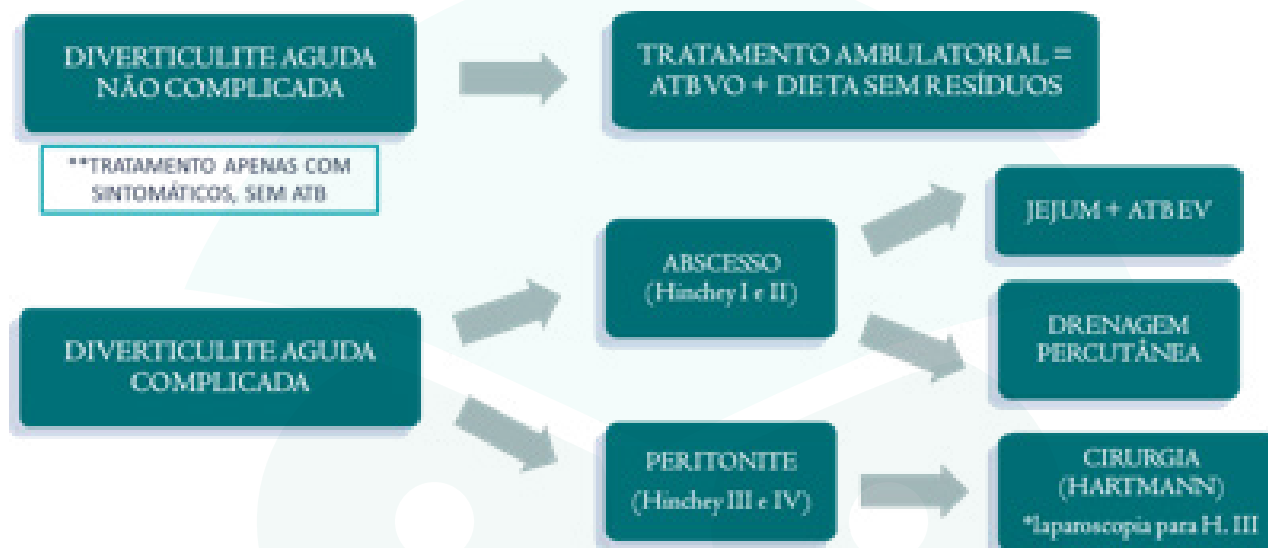
Estamos diante de um paciente com quadro clínico sugestivo de diverticulite aguda, pois apresenta dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, febre, plastrão palpável abdominal. A presença de leucocitose reforça nossa hipótese diagnóstica.

O diagnóstico deve ser confirmado pela tomografia de abdome e pelve contrastada, exame considerado padrão-ouro. A TC irá nos dar a classificação de Hinchey, muito importante para definir o tratamento.

Vamos relembrar a classificação de Hinchey e o tratamento a ser realizado:

CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY	
	Estágio I: Abscesso mesentérico ou pericólico pequeno, confinado;
	Estágio II: Abscesso pélvico bloqueado;
	Estágio III: Peritonite purulenta generalizada;
	Estágio IV: Peritonite fecal generalizada.

A seguir, um fluxograma que resume o tratamento da diverticulite aguda:



Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: a rotina radiológica de abdome agudo é um exame inespecífico e não confirma o diagnóstico de diverticulite aguda.

Incorreta a alternativa B: colonoscopia está contraindicada no quadro agudo da diverticulite, devendo ser realizada somente após 6 a 8 semanas para confirmar o diagnóstico de doença diverticular e excluir neoplasia colorretal.

Correta a alternativa C: a tomografia com contraste é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de diverticulite aguda.

Incorreta a alternativa D: a ultrassonografia de abdome pode demonstrar sinais sugestivos de diverticulite aguda, como borramento dos planos gordurosos pericolônicos, abscessos intracavitários. Mas é um exame dependente de examinador e muito prejudicado com a distensão gasosa, comum nos casos de diverticulite aguda.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

61. Mulher de 35 anos, diabética, com laqueadura tubária bilateral, procurou atendimento médico com queixa de prurido genital e disúria terminal, com 7 dias de evolução. Recentemente, fez uso de antibiótico para tratamento de abscesso dental. Ao exame especular, notava-se edema vulvar, hiperemia, fissura, corrimento esbranquiçado e teste das aminas negativo.

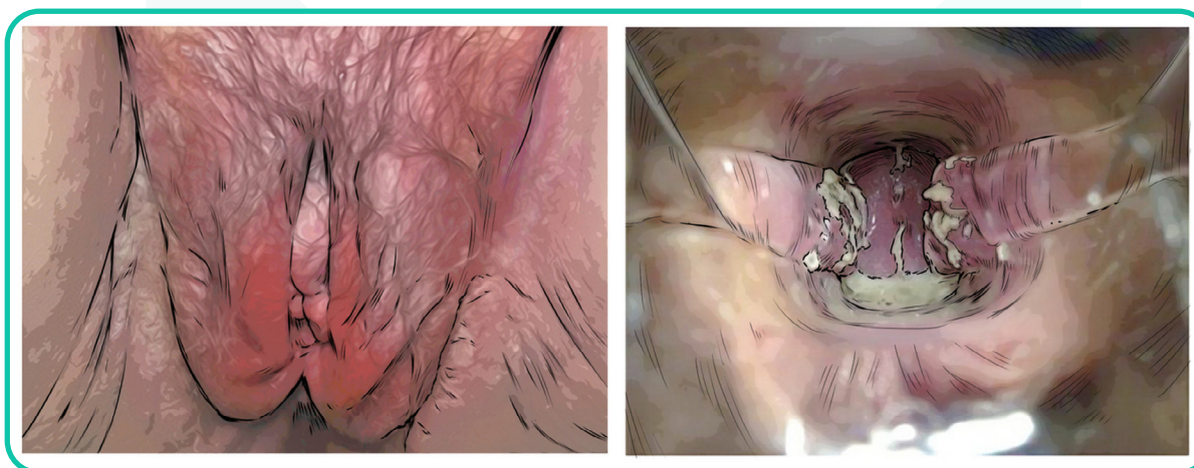
Com base no agente etiológico mais provável, o tratamento é:

- A) miconazol, 1 aplicador, via vaginal, por 7 noites.
- B) cefalexina, 2 g/dia, via oral, por 7 dias.
- C) azitromicina 1 g/dia, via oral, por 10 dias.
- D) metronidazol, 1 aplicador, via vaginal, por 10 noites.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: CARLOS EDUARDO

O quadro clínico da vulvovaginite fúngica caracteriza-se por **prurido**, de intensidade variável, acompanhado de **corrimento vaginal esbranquiçado com aspecto de “leite coalhado” ou “queijo cottage”, sem odor associado**. Se houver muita inflamação, pode haver queixa de dispareunia, queimação e disúria. Os sintomas geralmente são piores na semana que antecede a menstruação.

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



No consultório, além da anamnese e da avaliação do corrimento vaginal, também pode ser realizada a medida do pH vaginal e a microscopia.

1- Anamnese: além da queixa do corrimento vaginal e de prurido, devem ser avaliados a ciclicidade do corrimento (a candidíase tende a iniciar os sintomas na fase que antecede o período menstrual) e os fatores de risco para a doença.

2- pH vaginal: o pH vaginal da candidíase é ácido, quase sempre abaixo de 4,5.

3- KOH 10%: nesse caso, o teste das aminas é negativo.

4- Microscopia: a secreção vaginal deve ser colocada em, no mínimo, duas lâminas, uma com solução salina e outra com KOH 10%. A preparação com KOH destrói os elementos celulares e facilita o reconhecimento do fungo (leveduras, hifas e pseudo-hifas). No entanto, a microscopia é negativa em até 50% dos pacientes com candidíase vulvovaginal confirmada por cultura; as hifas parecem bambus na lâmina.

No caso dessa paciente, somam-se 2 fatores de risco, que são o diabetes e o uso de antibioticoterapia recente.

Para os episódios de candidíase “não complicada”, os tratamentos de dose única ou de curta duração (1 a 3 dias) costumam ser eficazes. Seguem as recomendações do Ministério da Saúde:

PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO
Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, ao deitar-se à noite, por 7 dias.	Fluconazol 150mg, VO, dose única.
OU	OU
Nistatina 100.000UI, uma aplicação, via vaginal, ao deitar-se à noite, por 14 dias.	Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia.

Correta a alternativa A, pois essa é uma das medicações de escolha para o tratamento da candidíase.

Incorreta a alternativa B, pois cefalexina não é uma opção de tratamento para as vulvovaginites

Incorreta a alternativa C, pois a azitromicina é uma escolha para tratar cervicites, porém em dose única.

Incorreta a alternativa D, pois o metronidazol por via vaginal é um tratamento para vaginose bacteriana e a posologia correta é por 5 noites.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

62. Médica de família e comunidade foi solicitada para preencher a declaração de óbito de um paciente que acompanhava regularmente em sua área adstrita. O paciente era hipertenso há 30 anos, com histórico pessoal de acidente vascular encefálico (AVE) há 5 anos. Há 10 dias, o paciente apresentou quadro gripal e, há 1 dia, teve agravamento dos sintomas respiratórios, com dispneia e cianose.

A declaração de óbito deverá ser preenchida:

- A)** pelo Instituto Médico Legal e constar — Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Síndrome gripal (10 dias); c) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). Parte II: Acidente vascular encefálico (5 anos).
- B)** pela médica e constar — Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Pneumonia (1 dia); Síndrome gripal (10 dias). Parte II: a) Acidente vascular encefálico (5 anos); b) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos).
- C)** pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) e constar — Parte I: a) Síndrome gripal (10 dias); b) Pneumonia (1 dia); c) Insuficiência respiratória aguda grave (horas). Parte II: a) Acidente vascular encefálico (5 anos); b) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos).
- D)** pelo serviço de verificação de óbitos e constar — Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Acidente vascular encefálico (5 anos); c) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). Parte II: a) Pneumonia (1 dia); b) Síndrome gripal (10 dias).

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LAÍS PARADA

Estrategista,

Declaração de óbito é muito comum cair nas provas da banca INEP. Então, vamos revisar os principais pontos relacionados à declaração de óbito aqui juntos!

A declaração de óbito (DO) é o documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), devendo ser utilizado pelos médicos de todo o país para fornecer dados sobre a morte de um indivíduo.

Três preceitos básicos devem ser entendidos acerca da emissão da DO:

1. *a priori*, o **médico** é o profissional responsável pelo preenchimento da declaração de óbito, consistindo essa ação um **ato exclusivo** dessa classe profissional;
2. o médico **não pode cobrar honorários** para emitir uma DO. Ele **pode cobrar para examinar e constatar um óbito** caso se trate de um paciente particular a quem não prestava assistência;
3. é **proibido** ao médico **atestar** um óbito **sem que o tenha verificado pessoalmente**, ou seja, sem exame direto do corpo, havendo implicações ético-penais caso o profissional médico tome essa conduta.

A seguir, devemos entender que a DO é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional. A DO é constituída por três vias: a primeira via, **branca**, é destinada à **secretaria municipal ou estadual de saúde** e servirá para alimentar os dados do SIM. A segunda via, **amarela**, é entregue à **família**, para apresentação ao cartório de registro civil para ser realizada a lavratura da certidão de óbito, documento indispensável para o sepultamento do cadáver. Por último, a terceira via, **rosa**, **ficará na unidade** que notificou o óbito (isto é: estabelecimento de saúde, IML ou SVO).

O ponto final de nossa revisão é quem será o responsável pela emissão da DO. Vamos lá!

1. Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde: os médicos assistentes ou plantonistas que acompanhavam o paciente no estabelecimento devem emitir a declaração. Caso não seja possível relacionar o óbito com o quadro clínico registrado no prontuário, o serviço de verificação ao óbito (SVO) poderá ser acionado para emissão da DO.

2. Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, com assistência médica: esse é o caso do paciente da questão.

Aqui, apesar do paciente falecer “longe dos olhos” da equipe de saúde, havia acompanhamento do quadro, o que pode ser feito pelo médico particular, pelo ambulatório de especialidades, ou ainda por alguma equipe de Estratégia da Saúde da Família. Nesse contexto, o médico que cuidava do paciente deve emitir a DO, desde que descartada morte violenta ou suspeita e que o assistente consiga estabelecer nexos entre a morte e o estado de saúde do paciente.

3. **Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em local com serviço de verificação de óbito (SVO):** esse é o típico caso para o SVO, já que não existem indícios de morte violenta. Porém, não existe assistente que conhecia o quadro de saúde do falecido, portanto será necessário o exame necroscópico pelo patologista.

4. **Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em local sem serviço de verificação de óbito (SVO):** nos locais sem SVO, a DO deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, em sua ausência, por qualquer médico da localidade.

5. **Óbitos por causa externa (violenta e/ou acidental ou suspeita):** nessa situação, existe a demanda explícita de exame necroscópico por médico perito, o que é feito no Instituto Médico Legal (IML). Assim, a emissão da DO ficará a cargo do médico legal. Nas localidades que não possuem IML, qualquer médico ou profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*) poderá emitir a DO.

Agora, temos que entender como preencher uma declaração de óbito. Em termos práticos, o campo 40 é separado em duas partes, a saber:

Parte I: nela, iremos incluir em ordem cronológica todos os fatores que contribuíram diretamente para a cadeia de óbito, ou seja, os eventos que somados foram de fato relevantes para produzir a morte do indivíduo.

Teremos um total de quatro linhas para preencher, a, b, c e d. O que deve ficar claro é que nem sempre iremos preencher todas elas, já que muitas vezes não teremos quatro elementos contribuindo para a cadeia de óbito do indivíduo. Portanto, devemos ter em mente o seguinte: a linha “a” deve ser sempre preenchida com a causa terminal (ou imediata) de morte - evento final e cabal para o falecimento. As demais linhas, b, c e d, devem ser preenchidas de acordo com o número de eventos presentes na cadeia de óbito, sendo sempre a última linha, que pode ser b, c ou d, preenchida com a causa básica do óbito, que é definida como “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal”.

Com isso, entendemos que a linha “a” sempre recebe a causa terminal, e as demais linhas serão preenchidas de acordo com o número de eventos presentes na cadeia final de óbito. Por exemplo: se tivermos apenas dois eventos: linha “a” recebe a causa terminal e a linha “b” a causa básica; três eventos: linha “a” causa terminal, linha “b” causa intermediária, ou seja, aquela entre a causa básica e terminal, e linha “c” a causa básica; quatro eventos: linha “a”, causa terminal, “b” e “c”, causas intermediárias, e linha “d” causa básica.

Parte II: aqui, iremos preencher as condições comórbidas que o indivíduo possui, que contribuem para a deterioração de seu estado de saúde, mas não foram responsáveis por desencadear a cadeia final de morte, ou seja, o óbito daquela pessoa não dependeu diretamente dessa ou dessas condições.

É importante salientar que modos de morte que não se constituam como causas específicas (ex.: **parada cardiorrespiratória, falência orgânica múltipla etc.**) **não devem ser colocados na DO**, já que não irão contribuir com a real compreensão da cadeia terminal de óbito do sujeito.

A seguir, vamos ver uma imagem esquemática de como deve ser feito o preenchimento da DO em seu campo 40.

40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	DO
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, ou condições, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em um último lugar a causa básica.	Causa terminal	Decidiu-se como consequência de:			
	Causa Intermediária	Decidiu-se como consequência de:			
	Causa Intermediária	Decidiu-se como consequência de:			
	Causa básica da morte	Decidiu-se como consequência de:			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.	Doenças associadas				

Figura: Preenchimento do Campo 40 da DO: causas de morte. Fonte: Estratégia MED.

Vamos para a questão, agora!

Contexto clínico: paciente com comorbidades conhecidas (HAS há 30 anos, AVE prévio há 5 anos) que desenvolve quadro agudo respiratório (síndrome gripal → agravamento → insuficiência respiratória) levando ao óbito.

Elementos-chave para análise:

- Paciente acompanhado regularmente pela médica de família.
- Morte por causa natural com história clínica conhecida.
- Sequência causal clara: síndrome gripal → complicação respiratória → insuficiência respiratória (cianose) → óbito.

Nessas questões, temos que sempre ver a alternativa mais adequada, menos pior!

Assim, teríamos que a responsável seria a médica da Estratégia, já vamos direto para a alternativa B. Agora, vemos só se não está escrito algo absurdo na sequência para repensarmos nossa resposta. E a alternativa coloca:

Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Pneumonia (1 dia); Síndrome gripal (10 dias). Parte II: a) Acidente vascular encefálico (5 anos); b) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). Portanto, é aceitável e podemos ter a alternativa B como correta.

Incorreta a alternativa A: erro de responsabilidade. Paciente com morte natural, com acompanhamento médico regular pela médica de família. Não há indicação para IML (que atende mortes violentas, suspeitas).

Erro de preenchimento da Parte I: coloca HAS (30 anos) na linha c) como causa básica, mas HAS não foi causa direta da cadeia que levou ao falecimento. A sequência causal está incorreta.

Correta a alternativa B. Responsabilidade adequada: médica que acompanhava regularmente o paciente deve preencher a DO em morte natural com história conhecida. Preenchimento correto da Parte I (sequência temporal reversa):

- Insuficiência respiratória aguda grave (horas) - causa imediata
- Pneumonia (1 dia) - causa intermediária
- Síndrome gripal (10 dias) - causa básica

Sequência lógica: síndrome gripal → complicou com pneumonia → causou insuficiência respiratória → óbito.

Parte II adequada: AVE (5 anos) e HAS (30 anos) são comorbidades relevantes que contribuíram para o desfecho (paciente mais vulnerável), mas não estão na cadeia causal direta do episódio agudo.

Incorreta a alternativa C. Erro de responsabilidade: SAMU não preenche DO regularmente. O médico do SAMU pode atestar o óbito no local,

mas a DO seria preenchida pela médica assistente que conhece a história clínica.

Erro grave de preenchimento da Parte I: ordem cronológica invertida (síndrome gripal → pneumonia → insuficiência respiratória). A Parte I deve ser preenchida em ordem temporal REVERSA: da causa mais recente (linha a) à mais antiga (linha c).

Incorreta a alternativa D. Erro de responsabilidade: SVO é indicado para mortes naturais sem assistência médica ou com causa mal definida. Nesse caso, havia médica assistente com conhecimento da história clínica.

Erro conceitual grave na Parte I: coloca AVE (5 anos) e HAS (30 anos) na cadeia causal direta. Essas condições não causaram o episódio agudo atual. A causa básica foi a síndrome gripal recente, não doenças crônicas prévias.

Erro na Parte II: coloca pneumonia e síndrome gripal (que são a cadeia causal direta) como contributivas.

Gabarito: B

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

63. Uma equipe de saúde da família percebeu um aumento do número de casos complicados de diabetes *mellitus*. De um total de 3.500 pacientes cadastrados, 280 são acompanhados por diabetes *mellitus* tipo 2, sendo 4 casos de amputações, 28 casos de retinopatia diabética e 80 casos de algum grau de doença renal crônica. Foi identificado que essa população apresentava dieta inadequada, baixo nível de atividade física e pouco conhecimento sobre estilos de vida que poderiam prevenir complicações das doenças. A equipe de saúde decidiu elaborar um projeto de intervenção com ênfase em avaliação e orientação nutricional e práticas de atividade física de rotina.

Qual é o desenho de pesquisa para avaliação do impacto desse projeto de intervenção coletiva?

- A) Estudo de caso-controle aninhado.
- B) Ensaio clínico não randomizado.
- C) Estudo de coorte retrospectivo.
- D) Ensaio clínico randomizado.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BÁRBARA D'ALEGRIA

Questão polêmica, Estrategista!

O INEP lançou como gabarito a alternativa B! Pedimos recurso para considerar a B e D.

É um tipo de questão clássica nas provas de Residência Médica, em que a banca apresenta um determinado delineamento metodológico e pergunta qual é o tipo de estudo epidemiológico que se enquadra naquele modelo.

Vamos lembrar nosso passo a passo!

1. Avalie a **quantidade de vezes em que os participantes são avaliados ao longo do tempo (longitudinal vs. transversal)**. Estudos em que a população é avaliada em um único momento são considerados transversais. Já aqueles que avaliam os indivíduos em pelo menos dois momentos diferentes são reconhecidos como longitudinais (coorte, caso-controle, ensaio clínico, por exemplo).
 2. Avalie se o pesquisador **apenas observa** o grupo ou **se é ele quem fornece a exposição (no caso, intervenção) (experimental vs. observacional)**. Por exemplo, nas coortes e estudos do tipo caso-controle, o pesquisador apenas “observa”. Já nos ensaios clínicos, o pesquisador interfere oferecendo a exposição e tentando controlar/medir seu efeito no desfecho.
 3. Avalie se a **unidade geradora de valores é unitária ou é em grupo** (estudo agregado vs. estudo individuado). Essa pergunta ajuda a identificar principalmente os estudos ecológicos, que são o tipo de estudo agregado que são mais cobrados nas provas de Residência Médica. Os estudos ecológicos são estudos do tipo “agregado” porque a unidade de medida é o grupo em si, não o indivíduo. Em outras palavras, os dados não são colhidos de forma individual, mas são (na maioria das vezes) “adquiridos” a partir de algum sistema de informação já na forma de medida de tendência central (média, moda ou mediana) ou de medida de saúde coletiva (coeficientes de mortalidade, de incidência, entre outros).
- Por exemplo, se um determinado pesquisador decide verificar se há associação entre o consumo de álcool de uma determinada população com a taxa de mortalidade específica por acidente de trânsito, ele vai coletar os dados sobre o consumo de álcool daquela população (banco de dados do Vigitel, por exemplo) ou checar essa taxa de mortalidade diretamente no Sistema de Informações de Mortalidade, por exemplo. Logo, não se avaliará cada indivíduo, mas a população como o todo.
4. **Avalie se os participantes do estudo foram divididos segundo a exposição ou segundo o desfecho**. Caso os participantes tenham sido divididos segundo a exposição (ou fator de risco), é provável que você esteja diante de um estudo de coorte. No entanto, se os participantes foram divididos segundo o desfecho (ou doença), é provável que você esteja diante de estudo de caso-controle. Existe ainda uma terceira possibilidade, que é a dos participantes terem sido divididos nos grupos de forma aleatória (sorteio ou randomização). Nesse caso, é provável

que o estudo epidemiológico seja um ensaio clínico.

É válido ressaltar que nem toda questão mostrará todas as características do estudo de forma explícita, e isso é proposital para elevar o nível de dificuldade. Por isso, nem sempre você conseguirá identificar a forma de divisão dos participantes, ou claramente se é longitudinal ou transversal, mas sempre haverá alguma característica chave para que você consiga chegar ao gabarito.

Vamos para a questão agora! Essa questão aborda a escolha do desenho de pesquisa adequado para avaliar o impacto de uma intervenção coletiva em saúde coletiva no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Contexto apresentado:

- População definida: 280 pacientes com DM2 em uma USF.
- Problema identificado: alta taxa de complicações diabéticas.
- Intervenção planejada: programa de orientação nutricional e atividade física.
- Objetivo: avaliar o impacto dessa intervenção.

Preste atenção, tem intervenção então já saberíamos que seria ou um ensaio clínico ou ensaio comunitário. Pelas alternativas, essa dúvida já deixa claro que é um ensaio clínico. Prestem atenção, os dados são individuais, você sabe as informações de cada participante, não são dados agregados retirados de um banco. Portanto, mesmo com uma intervenção coletiva, é um ensaio clínico.

Agora, fica a dúvida: randomizar ou não randomizar? Eis a questão!

Bom, seria interessante randomização para minimizar vieses de seleção e de confundimento!!! Ensaio clínico **randomizado é padrão-ouro** para avaliar eficácia de intervenções. Participantes são **aleatoriamente** alocados em grupo intervenção ou controle.

E o que é estudo não randomizado e quando o faríamos então?

Estudo experimental em que a **alocação dos participantes NÃO é aleatória**. Pode ser por escolha do participante, decisão do pesquisador, disponibilidade, localização geográfica, ou toda a população recebe a intervenção (antes-depois), quando esbarra em questões éticas (em que ninguém pode ficar sem a intervenção). No enunciado, não há nenhum impedimento claro descrito, tendo em vista que poderíamos contornar algumas questões.

“Inviabilidade prática na APS”: difícil randomizar pacientes dentro da mesma equipe/território. (é difícil, mas não impossível, poderia ser randomizado por microárea, por exemplo).

- Contaminação entre grupos (pacientes do controle podem aprender com intervenção).
- Mesmo espaço físico, mesma equipe.

Questões éticas: negar intervenção educativa e preventiva conhecida a parte da população adscrita. Entretanto, o grupo controle pode ser a intervenção habitual de orientações individuais em consultório, e o grupo intervenção, além dessa intervenção, recebe também uma intervenção coletiva (grupo, ação em território...). Mas aqui podemos pensar como algo que esbarra nos princípios do SUS, em que teríamos que oferecer de forma universal o acesso e com equidade. Entretanto, também não sabemos a superioridade ou não da determinada ação, para considerar como uma intervenção obrigatória no território.

- Princípio da equidade na APS.
- Dever de cuidado com toda população do território.

A questão diferencia desenhos de estudo em contexto de pesquisa aplicada na APS. Enquanto o ensaio clínico randomizado é ideal metodologicamente, em intervenções coletivas de saúde pública, o ensaio não randomizado em algumas situações acaba sendo mais apropriado por questões de:

- viabilidade prática;
- adequação ética (não negar cuidado);
- contexto operacional da APS.

A escolha do desenho deve equilibrar rigor metodológico com aplicabilidade no mundo real.

Incorreta a alternativa A: caso-controle aninhado é utilizado dentro de uma coorte já estabelecida, quando surgem casos de um desfecho específico. Não é apropriado para avaliar uma **intervenção ativa** planejada. Não permite testar uma intervenção que a equipe irá implementar ativamente. Seria mais adequado para investigar fatores de risco dentro de uma coorte existente. A questão pede avaliação de **impacto de intervenção**, não investigação de associações.

Correta a alternativa B: desenho adequado para o contexto. É experimental/intervencional: a equipe implementará ativamente uma intervenção (orientação nutricional + atividade física). Apesar de não ser impossível randomizar, em contexto de saúde pública/APS, geralmente a intervenção é oferecida a toda a população-alvo (280 diabéticos). Como justificativa, pode-se considerar por esbarrar em questões práticas de realização do estudo, pode acontecer contaminação, e até mesmo éticas dentro da atenção primária de decidir quem vai ou não receber a intervenção. Entretanto, não é impossível randomizar. Desenhos possíveis dentro desta categoria:

- **Antes-depois: avaliar desfechos antes e após a intervenção na mesma população (para a situação exposta seria o mais viável).**
- **Grupo controle não randomizado: comparar com outra USF similar sem intervenção.**
- **Séries temporais: avaliar tendências antes e depois da intervenção.**

Incorreta a alternativa C: **desenho inadequado para o contexto**. Coorte retrospectiva é um estudo **observacional** que utiliza dados do **passado**, não avalia uma intervenção que será implementada **no futuro**. **Quando seria adequada:** se a equipe quisesse investigar fatores de risco passados (ex.: comparar diabéticos que tiveram ou não complicações nos últimos 5 anos).

Incorreta a alternativa D: apesar de incorreta pela banca, não seria um estudo impossível de realizar (por randomização de microárea, de pessoas em que o controle recebem o cuidado individual e a intervenção na ação coletiva). E, pensando que randomização é o padrão-ouro para uma pesquisa, poderia considerar nessa situação. Entretanto, seria de difícil realização, pelos seguintes motivos:

1- Inviabilidade prática na APS: difícil randomizar pacientes dentro da mesma equipe/território.

- Contaminação entre grupos (pacientes do controle podem aprender com intervenção).
- Mesmo espaço físico, mesma equipe.

2- Questões éticas: negar intervenção educativa e preventiva conhecida à parte da população adscrita. Entretanto, o grupo controle pode ser a intervenção habitual de orientações individuais em consultório, e o grupo intervenção, além desse cuidado habitual, recebe também uma intervenção coletiva (grupo, ação em território...). Mas aqui podemos pensar como algo que esbarra nos princípios do SUS, em que teríamos que oferecer de forma universal o acesso e com equidade.

- Princípio da equidade na APS.
- Dever de cuidado com toda população do território.

3- Contexto de intervenção coletiva: programas de promoção de saúde na APS geralmente são oferecidos a **todos** que se beneficiariam, não apenas a uma amostra randomizada, ficaria estranho negar a intervenção para certas pessoas e ainda garantir adesão e participação dessa intervenção para outras pessoas.

4- Complexidade operacional: requer infraestrutura, randomização, cegamento (quando possível), maior controle - desafiador na rotina da APS.

Gabarito: B

Gabarito Estratégia: B e D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

64. Homem de 23 anos, estudante universitário, é levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por um amigo da moradia estudantil, que o encontrou chorando, trancado no banheiro com diversas cartelas de medicamentos próximas de si.

O paciente nega ter ingerido qualquer fármaco ou outras substâncias, mas admite estar pensando em dar fim à própria vida. Refere tristeza profunda há cerca de 2 meses, com piora recente após o término de um relacionamento. Diz estar "sem propósito na vida" e que "ninguém sentiria falta" se ele morresse. Conta que viu na *internet* que tomar muitos comprimidos de paracetamol seria a melhor forma de morrer.

Relata insônia inicial e terminal, perda de apetite, queda de rendimento acadêmico e isolamento social. Nega uso atual de drogas ilícitas, mas admite consumo de álcool eventualmente. Abandonou psicoterapia após 2 sessões. Todos os familiares vivem em outro estado.

Ao exame, apresenta-se vigil, orientado, com discurso discretamente lentificado, sem alucinações ou delírios evidentes. O contato visual é pobre, o afeto está intensamente rebaixado e não modulante. Exames laboratoriais gerais solicitados à chegada na UPA não mostram alterações.

Qual é a conduta adequada ao caso clínico apresentado?

- A) Encaminhar o paciente para acompanhamento médico em Unidade Básica de Saúde (UBS).
- B) Encaminhar o paciente para psicoterapia com equipe multiprofissional na atenção primária à saúde.
- C) Encaminhar o paciente para avaliação ambulatorial com psiquiatra em centro de atenção psicossocial do tipo I.
- D) Encaminhar o paciente para internação em enfermaria de saúde mental em hospital geral ou em serviço congênere.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, estamos diante de um caso em que um paciente, na vigência de estado depressivo, expressa para seu médicos tendências suicidas, inclusive com um possível plano de ação.

Dessa forma, é fundamental que haja uma intervenção imediata para prevenir uma tentativa iminente de suicídio. Portanto, é necessária uma avaliação especializada imediata e, possivelmente, internação.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: a UBS é responsável pelo acompanhamento longitudinal do caso, mas não possui os recursos necessários para condução segura do caso nesse momento.

Incorreta a alternativa B: conforme já discutido.

Incorreta a alternativa C: os CAPS do tipo I funcionam apenas em horário comercial, sequer possuindo leitos de observação.

Correta a alternativa D: conforme discutido anteriormente.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

65. Mulher de 35 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) informando ter tido diagnóstico de trombose venosa profunda há cerca de 2 anos. Fez tratamento adequado com anticoagulante oral por tempo limitado, tendo recebido alta com cura do quadro há cerca de 1 ano. Na ocasião, ela não havia realizado qualquer exame específico adicional. Entretanto, nos últimos 6 meses, seu pai e sua irmã também tiveram o diagnóstico de trombose. O médico assistente solicita exames complementares para rastreamento de hipercoagulabilidade primária.

Considerando a história apresentada, que alteração laboratorial é compatível com a suspeita de doença hereditária?

- A) Presença de fator V de Leiden.
- B) Níveis aumentados de proteína S.
- C) Níveis aumentados de antitrombina III.
- D) Níveis reduzidos de fator de Von Willebrand.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THIAGO PEIXOTO

Estrategista, estamos diante de uma paciente jovem com quadro de trombose venosa profunda de repetição, após tratamento adequado com uso de anticoagulante oral, sem comorbidades prévias divulgadas e relato de pai e irmã com história de trombose. Dessa forma, a melhor conduta seria a solicitação da investigação de trombofilias hereditárias, visto ser paciente jovem, com trombose de repetição e história familiar positiva. Entre as opções, a única que corresponderia a um laboratório compatível seria a letra A, fator V de Leiden.

A avaliação de rotina para trombofilias deve ser criteriosa, pois não é necessário solicitar essa investigação para todos os pacientes, uma vez que a sensibilidade é baixa na maioria da população. No entanto, realizamos testes nas seguintes populações selecionadas.

Pacientes com histórico familiar de TEV – a maioria dos especialistas concorda que indivíduos com TEV que tenham pelo menos um parente de primeiro grau com TEV documentada antes dos 45 anos devem ser testados para todas as cinco trombofilias hereditárias (níveis de proteína S, proteína C e antitrombina, fator V de Leiden e mutações no gene da protrombina). O teste para síndrome antifosfolípídica (SAF) geralmente não é justificado nessa população, pois a SAF não é uma condição hereditária.

- Pacientes sem histórico familiar de TEV – geralmente, testaremos distúrbios hipercoaguláveis nos seguintes pacientes com TEV:
- Pacientes jovens (< 45 anos) pensando em SAF.
- Pacientes com trombose recorrente.
- Pacientes com trombose em múltiplos locais venosos ou em leitos vasculares incomuns (por exemplo, veias porta, hepática, mesentérica ou cerebral) devem ser testados para trombofilias hereditárias e SAF. Pacientes com trombose hepática e da veia porta também devem ser avaliados para mutações JAK2 e hemoglobinúria paroxística noturna (HPN).
- Pacientes com histórico de necrose cutânea induzida por varfarina apresentam risco aumentado de deficiência de proteína C.
- Pacientes com trombose arterial, na qual avaliaremos a presença de SAF e HPN.

A maioria dos pacientes que apresentam TEV não se beneficia de testes para distúrbios hipercoaguláveis. Isso ocorre porque, na maioria dos pacientes com um episódio inicial de TEV, a identificação de um defeito hereditário não altera o manejo anticoagulante terapêutico ou

profilático, nem demonstrou reduzir a mortalidade ou a recorrência de TEV.

- Apesar da maior probabilidade de apresentar um distúrbio hipercoagulável, pacientes com um primeiro episódio de TEV não provocado e aqueles com TEV em membros superiores não se beneficiam do teste.

- Exemplos adicionais de pacientes que não precisam de testes incluem pacientes com:

- primeiro episódio provocou TEV;
- malignidade ativa;
- doença inflamatória intestinal;
- distúrbios mieloproliferativos;
- trombocitopenia induzida por heparina com trombose;
- trombose da veia retiniana, incluindo aquela no contexto de pré-eclâmpsia.

Principais trombofilias hereditárias			
	Mecanismo	Prevalência na população geral	Aumento do risco trombótico
Fator V de Leiden	FV resistente à degradação pela proteína C	Trombofilia hereditária mais comum: 5%	Heterozigose: 3 a 5 vezes Homozigose: 18 a 80 vezes
Mutação 20210A da protrombina	Níveis aumentados de protrombina	3%	Heterozigose: 3 vezes Homozigose: não definido
Deficiência hereditária de proteína C	Níveis diminuídos de proteína C, anticoagulante endógeno	0,3%	Heterozigose: 4 a 7 vezes Homozigose: púrpura neonatal fulminante
Deficiência hereditária de proteína S	Níveis diminuídos de proteína S, anticoagulante endógeno	Não bem definido, < 0,5%	Heterozigose: 3 a 10 vezes Homozigose: púrpura neonatal fulminante
Deficiência hereditária de antitrombina	Níveis diminuídos de antitrombina, anticoagulante endógeno	0,02%	Heterozigose: 16 vezes Homozigose: morte fetal

O fator V de Leiden (FVL), codificado pelo gene *F5*, sintetizado como um fator inativo nos hepatócitos e circulante no plasma, é um importante fator na cascata de coagulação, obtendo participação em dois momentos distintos. A heterozigosidade para FVL é a trombofilia hereditária mais comum em indivíduos brancos e tem como principais manifestações trombose venosa profunda, embolia pulmonar, trombose cerebral e trombose de veia porta.

Na cascata de coagulação, o fator V atua quando é apresentada uma pequena quantidade de trombina no local de uma ferida. O fator V é ativado por proteólise limitada. Esse fator V ativado (fator Va) serve, então, como um cofator no complexo protrombínico, clivando a protrombina para gerar mais trombina, enzima central que converte fibrinogênio em fibrina, o que leva à formação de coágulos.

Além disso, o fator V não ativado também desempenha um papel anticoagulante, pois tem atividade de cofator para a proteína C ativada (aPC), que inativa os fatores FVa e VIIIa.

A trombina (ligada à trombosmodulina na superfície das células endoteliais) também desacelera sua própria produção, criando um *loop* de *feedback* negativo separado. Ela faz isso convertendo a proteína C em proteína C ativada (aPC), uma protease que atua como um potente anticoagulante natural, que degrada o fator Va ativado, reduzindo a produção de trombina, usando a proteína S livre como um cofator em todas as suas reações de clivagem.

Vamos às alternativas!

Correta a alternativa A. A presença de fator V de Leiden, trombofilia hereditária mais comum, é responsável pela trombose venosa profunda da paciente.

Incorreta a alternativa B. Níveis aumentados de proteína S não correspondem a uma alteração compatível com trombofilia hereditária, mas, sim, sua deficiência, logo incorreta.

Incorreta a alternativa C. Níveis aumentados de antitrombina III não correspondem a uma alteração compatível com trombofilia hereditária, mas, sim, sua deficiência, logo incorreta.

Incorreta a alternativa D. A doença de Von Willebrand não se trata de uma trombofilia, e sim da doença hemorrágica hereditária mais comum do mundo, logo incorreta.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

66. Menina de 11 anos foi trazida à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de queda do estado geral, náuseas e dor abdominal, desidratação e hálito cetônico. Exames realizados: glicemia de 410 mg/dL; gasometria venosa de pH 7,15 e bicarbonato de 13 mEq/L; exame de urina indica cetonúria.

Além da fluidoterapia, o próximo passo é:

- A) reposição de potássio.
- B) correção imediata da glicemia.
- C) reposição de bicarbonato de sódio.
- D) administração imediata de manitol.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LARISSA SANTOS

Caro Estrategista, temos aqui uma questão de CAD pediátrica que, a nosso ver, deveria ser prontamente anulada.

O manejo terapêutico da cetoacidose diabética (CAD) pediátrica é fundamentado em 5 pilares:

1. estabilização clínica e reposição de volume;
2. avaliação e correção da calemia;
3. insulinização;
4. avaliação da necessidade de bicarbonato;
5. abordagem dos fatores precipitantes.

Vamos analisar passo a passo

1. A hidratação venosa na CAD pediátrica deve ser realizada preferencialmente com SF 0,9 da seguinte forma:

- pacientes em choque hipovolêmico: 20 mL/kg em bólus;
- demais casos: 10-20 mL/kg em 30 minutos.

2. Avaliação e correção da calemia.

Se a calemia não puder ser aferida imediatamente, devemos realizar um eletrocardiograma, para observar se o traçado tem algum sinal sugestivo de hipocalemia ou hipercalemia.

Sendo possível aferir a calemia, recomenda-se a reposição de potássio de acordo com os níveis séricos encontrados:

- Potássio < 3,5 mEq/L: ADIAR INSULINOTERAPIA e iniciar reposição de potássio
- Potássio 3,5- 5,5 mEq/L: iniciar insulina e repor potássio concomitantemente.
- Potássio > 5,5 mEq/L: iniciar insulinoterapia e avaliar a calemia a cada 2 horas.

3. Insulinização

A abordagem da hiperglicemia na CAD deve ser feita com insulina regular intravenosa em bomba de infusão contínua (BIC). Em casos de CAD leve, ou quando a terapia intravenosa for impraticável, podemos fazer uso de análogos ultrarrápidos subcutâneos (aplicados a cada 1 a 2 horas). Em crianças, fazemos uma dose de 0,1 UKg/H em infusão contínua, SEM bólus!

4. Avaliação da necessidade de bicarbonato venoso.

Trata-se de uma conduta arriscada na faixa etária pediátrica, já que aumenta o risco de crianças e adolescentes evoluírem com a complicação

mais temida da CAD: o edema cerebral. Considera-se praticamente proscrito na abordagem da CAD em crianças.

5. Abordagem dos fatores precipitantes.

De nada valerá que as etapas anteriormente citadas sejam executadas com primor se os possíveis fatores precipitantes não forem neutralizados. Especial atenção deverá ser dispensada à pesquisa de sinais e de sintomas sugestivos de infecção.

Perceba, então, que, após a fluidoterapia, o próximo passo seria a checagem dos níveis de K⁺ antes de decidir por sua reposição ou não.

A diretriz da ISPAD de 2022 relata que, em caso de ausência do nível sérico do potássio, pode-se iniciar de forma empírica em pacientes com débito urinário adequado. Entretanto, não há no enunciado menção se a criança de nossa questão apresenta tal débito preservado, e a correção inadvertida do potássio pode levar à hipercalemia potencialmente fatal.

Portanto, sem a informação do potássio sérico, não é possível afirmar se a reposição deve ser imediata, concomitante ou postergada, tornando o enunciado incompleto e abrindo margem para múltiplas interpretações válidas.

Incorreta a alternativa A. Deve-se realizar a aferição dos níveis séricos de potássio antes de sua reposição.

Incorreta a alternativa B. A insulinoaterapia é o 3º passo no manejo da CAD, devendo ser realizada após checagem e correção dos níveis de potássio se necessário.

Incorreta a alternativa C. É praticamente proscrito o uso de bicarbonato na CAD pediátrica devido ao risco de edema cerebral.

Incorreta a alternativa D. O manitol deve ser utilizado como tratamento na suspeita de edema cerebral, uma complicação rara mas potencialmente fatal da CAD pediátrica.

Gabarito Estratégia: anulada

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

67. Paciente do sexo masculino, 26 anos, está sendo atendido em via pública, vítima de disparo de arma de fogo em braço direito. O trauma ocorreu cerca de 15 minutos antes da chegada da equipe de atendimento pré-hospitalar.

Ao exame, o paciente encontra-se pálido, pele fria, sudoreico, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial 90 × 50 mmHg e escala de coma de Glasgow de 15. A equipe de socorristas não possui hemoderivados disponíveis. Exame físico de cabeça, pescoço, tórax e abdome sem alterações, incluindo a região posterior do paciente. Presença de ferida perfuro-contusa em região medial do terço distal do braço direito, apresentando hemorragia pulsátil em grande volume.

Considerando o atendimento pré-hospitalar do paciente, deve-se realizar:

- A) dissecação da região traumatizada e hemostasia do vaso que apresenta sangramento com pinças hemostáticas; iniciar reposição volêmica com albumina e soro fisiológico.
- B) dissecação da região traumatizada e hemostasia do vaso que apresenta sangramento com pinças hemostáticas; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico e glicofisiológico.
- C) compressão local da ferida e, caso essa manobra não cesse a hemorragia, aplicação de torniquete proximal à ferida e fora da região de articulação; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico.
- D) compressão local da ferida e, caso essa manobra não cesse a hemorragia, aplicação de torniquete proximal à ferida e fora da região de articulação; iniciar reposição volêmica com albumina e soro fisiológico.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de um paciente jovem, vítima de ferimento por arma de fogo em membro superior direito com instabilidade hemodinâmica e hemorragia EXSANGUINANTE (hemorragia pulsátil), sendo atendido em ambiente pré-hospitalar.

No PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*), a prioridade, assim como a avaliação primária do ATLS 11ª edição, é o tratamento de hemorragias exsanguinantes:

MNEMÔNICO DE AVALIAÇÃO INICIAL – ATLS	
"X" (EXSANGUINATION)	CONTROLE DE HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES
"A" (AIRWAY)	PROTEÇÃO DAS VIAS AÉREAS + IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL
"B" (BREATHING)	RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO
"C" (CIRCULATION)	CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DE HEMORRAGIA
"D" (DISABILITY)	ESTADO NEUROLÓGICO
"E" (EXPOSURE AND ENVIRONMENTAL CONTROL)	EXPOSIÇÃO E CONTROLE AMBIENTAL (EVITANDO HIPOTERMIA)

Para o manejo local dos focos de hemorragia exsanguinante, a 11ª edição do ATLS recomenda as seguintes condutas:

- **Exposição completa da área lesionada**, a fim de permitir avaliação e abordagem adequadas.
- **Compressão direta do ferimento:**
 - ◊ em caso de ferida profunda: considerar o **packing** (introdução cuidadosa de compressas cirúrgicas ou panos limpos diretamente

no interior de uma cavidade corporal ou ferida com sangramento ativo, com o objetivo de exercer pressão local e tamponar os vasos lesionados).

- **Aplicação de torniquete**, indicada nas seguintes situações envolvendo hemorragia de membros:
 - ◊ o sangramento **não é controlado rapidamente com compressão direta**;
 - ◊ presença de **sangramento arterial em jato**;
 - ◊ ocorrência de **amputação total ou subtotal de um membro**.

A seguir, estão os **cinco princípios técnicos centrais** para a aplicação correta do torniquete. Leia com atenção:

- 1- O **torniquete deve ser aplicado diretamente sobre a pele**, nunca sobre roupas.
- 2- Deve ser posicionado a **5 a 8 cm proximal** ao local da lesão, evitando **regiões articulares**.
- 3- O objetivo é **ocluir completamente o fluxo sanguíneo arterial**, sendo que:
 - 1- **pulsos distais não devem ser palpáveis**;
 - 2- o **sangramento deve cessar imediatamente** após aplicação.
- 4- Se o sangramento **não for controlado com um torniquete**, um **segundo torniquete** deve ser posicionado **3 a 5 cm acima do primeiro**.
- 5- O tempo de aplicação deve ser anotado, preferencialmente, no próprio torniquete.

Pacientes com diagnóstico de choque devem receber hemoderivados da forma mais precoce possível, preferencialmente, sangue total. Enquanto os hemoderivados não estiverem disponíveis é admissível a reposição volêmica com solução isotônica (cristaloides, preferencialmente *ringer lactato*). No entanto, o manual do ATLS é claro ao dizer que **a administração de cristaloides deve durar apenas até o momento da chegada do sangue.**

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: não se faz hemostasia “às cegas” com pinças hemostáticas, pois pode agravar a lesão. Além disso, a reposição volêmica não é feita com albumina.

Incorreta a alternativa B: não se faz hemostasia “às cegas” com pinças hemostáticas, pois pode agravar a lesão. Além disso, a reposição volêmica não é feita com soro glicofisiológico.

Correta a alternativa C: como foi dito anteriormente, essa alternativa contempla as condutas corretas no casos de hemorragia exsanguinate decorrente de ferimentos em membros.

Incorreta a alternativa D: o que está errado nessa alternativa é a reposição volêmica com albumina.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

68. Uma mulher de 30 anos recebeu a citologia oncótica com laudo de "atipias celulares escamosas de significado indeterminado onde não se pode afastar alto grau (ASC-H)". Ela nega antecedente de tabagismo e não se lembra de ter tido infecção sexualmente transmissível.

Nesse caso, a conduta adequada deve ser a realização de:

- A) conização.
- B) colposcopia.
- C) cirurgia de alta frequência.
- D) nova citologia oncótica em 6 meses.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ALEXANDRE MELITTO

Estrategista, essa paciente fez uma citologia oncótica para rastreamento do câncer de colo uterino que apresentou como resultado atipias celulares escamosas de significado indeterminado em que não se pode afastar alto grau (ASC-H).

ASC-H significa "atipias de células escamosas de significado indeterminado, que não se podem afastar lesão intraepitelial de alto grau". São alterações celulares que são sugestivas de lesão intraepitelial de alto grau, porém faltam critérios clínicos para o diagnóstico definitivo. A frequência de resultado histológico com lesão intraepitelial de alto grau nesses casos é de 12,2-68% e de câncer de 1,3-3%. Devido a esse risco de lesão intraepitelial de alto grau, todas as pacientes com esse achado citológico devem ser encaminhadas à colposcopia.

Recomendação:

Todas as mulheres com laudo citopatológico de ASC-H devem ser encaminhadas para colposcopia. Realizada a colposcopia, deve-se considerar se a JEC é visível.

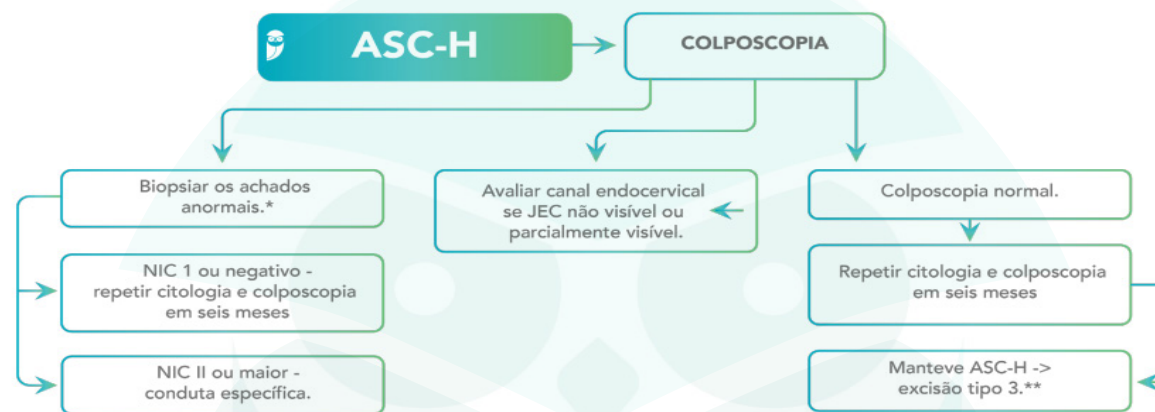
No caso de colposcopia com visão total da JEC (ou seja, nas ZT tipos 1 ou 2) e achados anormais maiores, deve ser realizada a biópsia, mas a excisão tipo 1 ou 2 são aceitáveis.

Na presença de achados colposcópicos anormais, sem visão da JEC (ZT tipo 3), deve-se proceder à biópsia e avaliação do canal endocervical e a conduta dependerá desse resultado. Caso seja confirmada a presença de NIC II ou mais relevante na biópsia ou material endocervical, seguir recomendação específica. Caso mostre NIC I ou o resultado dessa investigação for negativo, iniciar o seguimento, repetindo a citologia e a colposcopia em seis meses.

Nos casos em que a JEC não é visível ou parcialmente visível (ZT tipo 3) e a colposcopia não revela achados anormais, também deverá ser investigado o canal. Se o exame desse material mantiver o mesmo resultado ou mais grave, excluída lesão vaginal, é recomendável a excisão tipo 3 para diagnóstico.

Caso o exame desse material seja negativo, indicam-se novas citologia e colposcopia em seis meses. Se os novos exames, realizados em seis meses após a colposcopia forem negativos, a paciente deve repetir a citologia em seis meses.

Caso a citologia em seis meses mantenha o mesmo diagnóstico ou mais grave, na ausência de achados colposcópicos anormais, mantida a impossibilidade de visão da JEC e excluída lesão vaginal, é recomendada a excisão tipo 3. Nesses casos, se a JEC for visível, é recomendável a revisão das lâminas iniciais. Caso esse diagnóstico seja mantido ou mais grave, é recomendável a excisão tipo 3. Caso a revisão não mantenha esse diagnóstico, seguir conduta específica. Caso não seja possível a revisão, uma nova citologia deve ser realizada em seis meses. Caso a nova citologia mostre um novo resultado alterado, seguir conduta específica.



* Em casos de achados anormais maiores e ZT tipo 1 ou 2, a excisão tipo 1 ou 2 é aceitável.

** Detalhes sobre excisão de zona de transformação serão abordados ao final deste tópico.

Situações especiais:

- Mulheres até 24 anos: existem evidências de regressão de lesões pré-invasivas nessa faixa etária, por isso uma conduta mais conservadora pode ser tomada.

Recomendação: todas serão encaminhadas para a colposcopia, mas só será realizada biópsia em caso de achados anormais maiores. Em caso de achados anormais menores ou colposcopia normal, repetir citologia em 12 meses.

- Gestantes: todas serão encaminhadas para colposcopia. A biópsia só deve ser feita em caso de suspeita de invasão (lembre-se desse detalhe!). A paciente deverá ser reavaliada 90 dias pós parto. O tratamento da lesão pré-invasiva durante a gestação pode ser adiado com segurança até o puerpério.
- Imunossuprimidas: a conduta não deve ser diferente das demais.
- Mulheres na pós-menopausa: lembre-se de que a atrofia pode mimetizar alteração citológica.

Recomendação: realizar estrogenização antes da colposcopia.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque essa seria a conduta caso a paciente apresentasse uma lesão de alto grau no colo uterino já confirmada por meio de biópsia.

Correta a alternativa B: a conduta indicada diante do resultado de ASC-H na colpocitologia é encaminhar a paciente para realização de colposcopia.

Incorreta a alternativa C, porque a cirurgia de alta frequência é indicada para o tratamento das lesões de alto grau já confirmadas na biópsia.

Incorreta a alternativa D, porque essa é a conduta indicada diante do resultado de lesão de baixo grau ou ASC-US na colpocitologia.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

69. Homem de 45 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro, por não conseguir controlar a frequência e a quantidade do uso de bebida alcoólica. Por conta disso, está faltando ao trabalho e não consegue se lembrar do que acontece quando bebe. O médico da UBS investigará os pontos mais importantes que podem indicar o padrão de dependência a substâncias psicoativas de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM-5).

O médico deve investigar sobre:

- A) a intolerância cruzada entre outras substâncias e a de uso abusivo.
- B) a aceitação e a adesão à proposta de abstinência apresentada pela equipe.
- C) o tempo que é gasto para obter a substância ou recuperar-se de seus efeitos.
- D) o tipo e a classe de substância que o paciente usa, diferenciando se é lícita ou ilícita.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, de acordo com o DSM-5, para o diagnóstico de “transtorno por uso de substância”, são necessários ao menos 2 critérios presentes por no mínimo 12 meses.

Critérios para diagnóstico do transtorno por uso de substância, adaptados do DSM-5	
1	A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2	Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
3	Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
4	Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância.
5	Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6	Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7	Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
8	Uso recorrente da substância em situações em que isso representa perigo para a integridade física.
9	O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
10	Tolerância com necessidade de consumo progressivamente maior ou efeito reduzido após o consumo.
11	Abstinência ou consumo de substância correlata para evitar ou tratar sintomas de abstinência.

American Psychiatric Association, 2014

Incorreta a alternativa A: a tolerância é o critério 10.

Incorreta a alternativa B: a aceitação ou adesão ao tratamento, embora sejam dados relevantes para o manejo, não são critérios diagnósticos do DSM-5.

Correta a alternativa C: trata-se do critério 3.

Incorreta a alternativa D: visto que não se trata de critério diagnóstico.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

70. Agentes penitenciários de uma unidade prisional informaram à equipe de saúde sobre o aumento de queixas de prurido intenso e lesões cutâneas entre as pessoas privadas de liberdade. Cada cela, prevista para 35 pessoas, está com lotação de 75.

As ações prioritárias no manejo adequado dessa situação são:

- A) solicitar o isolamento imediato dos casos sintomáticos, iniciar tratamento individual conforme avaliação clínica, recomendar higienização de colchões e ampliar o fornecimento de sabão e escovas pessoais.
- B) implementar bloqueio coletivo com tratamento simultâneo, notificar o surto ao serviço de vigilância em saúde, reorganizar fluxos com a administração prisional e planejar medidas educativas e estruturais.
- C) preferir o tratamento tópico dos casos diagnosticados, com prescrição médica individualizada, e restringir o fornecimento de medicação aos casos confirmados, evitando exposição a medicamentos em massa.
- D) reunir-se com a direção para discutir a viabilidade de transferência dos casos graves, focando a atuação em medidas educativas com folhetos informativos sobre problemas de pele mais frequentes.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LAIS PARADA

Fique de olho, Estrategista!

Questão multidisciplinar aqui, aluno!

A situação descrita exemplifica um problema estrutural crítico do sistema prisional brasileiro: a **superlotação** (214% da capacidade), que cria condições propícias para surtos de doenças transmissíveis. O ambiente prisional frequentemente apresenta:

- aglomeração extrema com comprometimento da ventilação;
- condições precárias de higiene e saneamento;
- acesso limitado a água e produtos de higiene;
- dificuldades de acesso a serviços de saúde;
- vulnerabilidade social e de saúde da população privada de liberdade.

Essas condições violam princípios constitucionais e tratados internacionais sobre direitos humanos, transformando as unidades prisionais em amplificadores de problemas de saúde pública. Dentro desse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída em 2014. Ela estabelece que os serviços de saúde no sistema prisional sejam pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando a Atenção Primária como porta de entrada e ordenadora das ações e serviços de saúde.

As equipes podem se organizar em quatro modalidades principais conforme o número de pessoas custodiadas: equipe com carga horária compartilhada (6h semanais para 1-300 custodiados), Equipe Essencial (20 ou 30h semanais para 101-1700 custodiados), Equipe Ampliada (com profissional adicional como psicólogo ou assistente social), e Equipe Complementar Psicossocial.

Entre as principais condições de saúde no Sistema Prisional, a **tuberculose** é o maior desafio. A população privada de liberdade representa aproximadamente 0,4% da população brasileira e contribuiu com 8,1% dos casos novos de tuberculose notificados no país em 2023, com risco de adoecimento 28 vezes maior em comparação à população geral. Celas mal ventiladas, iluminação solar deficiente, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e fatores de risco individuais como má alimentação, uso de álcool e drogas, e coinfeção com HIV contribuem para o elevado número de casos.

Indo para o enunciado, temos um quadro compatível com escabiose.

Escabiose é uma parasitose cutânea causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*, com período de incubação de **1 a 6 semanas**. Manifesta-

se por lesões vesiculares, pápulas ou pequenos sulcos onde o ácaro deposita seus ovos. O sintoma característico é o **prurido intenso que piora à noite** (período de reprodução do ácaro).

Localizações típicas

- **Adultos:** espaços interdigitais, punhos (face anterior), axilas, dobras abdominais, região interglútea, inguinal e inframamária.
- **Crianças e idosos:** pode acometer couro cabeludo, palmas das mãos e plantas dos pés.

Transmissão

Predominantemente por **contato direto pele com pele** (abraços, relações sexuais) ou compartilhamento de roupas, roupas de cama e toalhas. Em ambientes prisionais, a transmissão é extremamente facilitada pela proximidade e superlotação.

Tratamento farmacológico: **ivermectina** - dose única oral conforme peso corporal, repetir entre 7-10 dias - tendo como contraindicações: < 15 kg, gestantes e lactantes; **permetrina 5% loção** - aplicar à noite em todo corpo (pescoço para baixo), deixar 8-14 horas e remover no banho, **contraindicações:** gestantes, lactantes e < 2 anos.

Havendo infecção secundária, deve-se utilizar **antibioticoterapia sistêmica**.

Medidas de controle (FUNDAMENTAIS!)

- 2- **Bloqueio coletivo com tratamento simultâneo** de todos os contatos próximos (essencial para interromper o ciclo de transmissão).
- 2- Lavar roupas e roupas de cama em água quente (≥ 55 °C).
- 3- **Isolamento por 24h** após término do tratamento.
- 4- **Busca ativa** de casos entre contatos.
- 5- **Notificação ao serviço de vigilância em saúde SE CARACTERIZAR SURTO** - não é uma doença de notificação compulsória, entretanto há notas técnicas pelo Brasil, indicando notificação em caso de surto.
- 6- **Reorganização de fluxos** com administração prisional.
- 7- Implementação de **medidas educativas e estruturais**

Agora, vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: o isolamento de sintomáticos é impraticável e ineficaz na escabiose, pois há transmissão durante o período de incubação (2-6 semanas). O tratamento individual sem bloqueio coletivo perpetua a reinfestação.

Correta a alternativa B: a alternativa B reconhece a escabiose como parasitose altamente contagiosa que requer abordagem coletiva, intersetorial e integrada com vigilância epidemiológica, alinhada aos princípios da PNAISP:

- 1- **Bloqueio coletivo:** trata simultaneamente todos os expostos, interrompendo o ciclo de reinfestação.
- 2- **Notificação compulsória:** mobiliza resposta coordenada do sistema de saúde (SE CARACTERIZAR SURTO - não é uma doença de notificação compulsória, entretanto há notas técnicas pelo Brasil, indicando notificação em caso de surto).
- 3- **Articulação intersetorial:** envolve saúde + segurança para abordar determinantes estruturais.
- 4- **Medidas sustentáveis:** combina intervenção clínica com educação e melhorias estruturais.

Incorreta a alternativa C: restringir tratamento apenas a casos confirmados ignora a realidade epidemiológica da escabiose em ambientes coletivos e compromete o controle do surto.

Incorreta a alternativa D: transferências são logisticamente complexas e não resolvem o surto. Folhetos informativos são insuficientes sem intervenção terapêutica e estrutural.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

71. Homem de 28 anos, solteiro e residindo com os pais, comparece ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), com visível constrangimento ao longo da consulta. Apesar de sua resistência inicial, relata que tem pensamentos recorrentes e indesejados, os quais invadem sua cabeça, tendo como temática a sua mãe sendo vítima de grande violência. Enfatiza sua angústia com esses pensamentos, que já duram mais de 6 meses, provocando significativo prejuízo em sua vida pessoal e profissional. Afirma ter o entendimento de que não há fundamento nessas ideias e que não faz sentido sofrer com isso.

A denominação para a descrição clínica apresentada é:

- A) delírio.
- B) obsessão.
- C) hipertímia.
- D) compulsão.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, essa é uma excelente questão que aborda conceitos de psicopatologia, em especial, o tópico pensamento.

Vamos avaliar as alternativas!

Incorreta a alternativa A: delírio é uma alteração do conteúdo do pensamento. Uma ideia baseada em um juízo falso. Normalmente são ideias associadas a um alto grau de certeza e convicção, de conteúdo extraordinário, em que o paciente, mesmo após ouvir argumentações lógicas em sentido contrário, segue firme em sua crença. Nesse tipo de pensamento, ocorre a perda da crítica, tratando-se de um evento "psicótico".

Correta a alternativa B: obsessões são também uma alteração formal do conteúdo do pensamento, caracterizadas como ideias recorrentes, intrusivos e indesejados e que normalmente causam angústia no paciente, que não as consegue controlar voluntariamente. Alguns autores podem utilizar o termo "egodistônico" para se referirem às obsessões, ou seja, são pensamentos "estranhos ao ego", que causam desconforto para o indivíduo. E como é possível presumir, a causa do desconforto e do sofrimento é justamente a capacidade mantida da crítica. Apesar disso, em casos muito graves, podemos observar a quebra da crítica, tornando-se a obsessão uma ideia delirante, de caráter obsessivo.

Incorreta a alternativa C: a hipertímia trata-se de uma elevação no tônus afetivo.

Incorreta a alternativa D: as compulsões são rituais adotados normalmente para aliviar o sofrimento causado pelas obsessões ou evitar que algo de ruim aconteça.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

72. Homem de 35 anos, índice de massa corporal de 15 kg/m², é internado devido à diarreia líquida, com produtos patológicos, acompanhada de flatulência e desconforto abdominal há 4 semanas. Apresentou emagrecimento de cerca de 10 kg em 1 mês. Foram solicitados exames com endoscopia digestiva alta e baixa, sem alterações macroscópicas. Estudos histopatológicos de estômago, intestino delgado e cólon normais. Teste respiratório com lactulose positivo.

O plano terapêutico adequado para esse paciente será:

- A) neomicina e rifaximina.
- B) loperamida e escopolamina.
- C) dieta sem glúten e sem lactose.
- D) probióticos e inibidores da bomba de prótons.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: KARINE TURKE

A questão traz o quadro de um paciente de 35 anos, com **emagrecimento** importante e **diarreia líquida com produtos patológicos, flatulência e desconforto abdominal** há 4 semanas.

A chave para responder a essa questão está em um dos exames realizados: **teste respiratório com lactulose positivo**, o que fala a favor de **supercrecimento bacteriano**. Vamos revisar?

Também chamado de "síndrome de proliferação bacteriana excessiva", "síndrome do intestino estagnante" ou "síndrome de alça cega", esse distúrbio intestinal ocorre por uma **proliferação excessiva de bactérias colônicas no intestino delgado**.

O crescimento excessivo dessas bactérias pode ser favorecido por movimentos peristálticos alterados (**estase funcional**), alterações na anatomia intestinal (**estase anatômica**) ou **comunicação entre os intestinos delgado e grosso**.

Os portadores dessa condição podem ser assintomáticos, oligossintomáticos ou cursar com os seguintes sinais/sintomas: **diarreia** com ou sem **esteatorreia**; **dor** ou desconforto abdominal; **distensão** abdominal; **flatulência**; **deficiências nutricionais (vitamina B12)**.

O diagnóstico **padrão-ouro** seria a **CULTURA QUANTITATIVA DO LÍQUIDO JEJUNAL**

ASPIRADO POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. Esse método mostraria, em se tratando de supercrecimento bacteriano, uma contagem de bactérias superior a **105 bactérias/mL**, ou seja, níveis elevados de bactérias anaeróbias e aeróbias do tipo colônico. Entretanto, esse exame é complexo e realizado para uma minoria dos doentes.

Outro exame que pode ser utilizado é o **teste respiratório de hidrogênio com administração de lactulose**.

O **aumento precoce na quantidade de H₂** exalado após o consumo da lactulose é indicativo de **supercrecimento bacteriano**.

Nessa entidade, temos dois períodos de produção de H₂, pelas **bactérias colônicas (normal)** e pelas bactérias do **intestino delgado (supercrecimento)**.

Sempre que possível, o tratamento deve envolver **tratar ou resolver a condição que levou ao supercrecimento bacteriano**. Por exemplo, correção cirúrgica de uma alça intestinal cega, abordagem cirúrgica de estenoses intestinais etc.

Para aqueles pacientes que não possuem condições passíveis de serem revertidas, preconiza-se instituir **ANTIBIOTICOTERAPIA**.

Entre os antibióticos possíveis, citamos a **tetraciclina, amoxicilina/clavulanato, cefalexina, metronidazol, quinolonas ou rifaximina**. A **rifaximina é a droga de escolha**. O tratamento é feito por **10 a 14 dias**.

Vamos analisar as alternativas individualmente:

Correta a alternativa A. O teste respiratório com lactulose positivo indica supercrescimento bacteriano, tendo como tratamento o uso de antibioticoterapia.

Incorreta a alternativa B. Precisamos resolver a causa da diarreia. O uso de loperamida e escopolamina funcionam como **sintomáticos**. Além disso, **reduzir o trânsito intestinal** no contexto de um supercrescimento bacteriano pode piorar o quadro.

Incorreta a alternativa C. A endoscopia apresenta **biópsia normal**, o que fala **contra doença celíaca**. Não há indicação de realizar dieta empírica sem glúten sem haver um diagnóstico.

Incorreta a alternativa D. O uso de **probióticos** pode **piorar** o supercrescimento bacteriano. Além disso, os **inibidores de bomba de prótons** são **fatores de risco** para o supercrescimento.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

73. Criança de 2 anos encaminhada ao matriciamento de pediatria, com história de ter apresentado, há 7 dias, uma crise tônico-clônica generalizada em vigência de temperatura axilar de 39,3 °C, duração de 2 minutos, sem recorrência em 24 horas. Naquela ocasião, foi realizado exame físico e neurológico, compatível com infecção viral de vias aéreas superiores, sem outras alterações.

A conduta adequada nesse caso é:

- A) solicitar eletroencefalograma.
- B) indicar profilaxia com barbitúricos.
- C) tranquilizar e orientar puericultura de rotina.
- D) solicitar exames laboratoriais e de imagem.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!

Uma questão clássica sobre convulsão em vigência de febre em pediatria. Vamos dar uma olhada?

A convulsão febril é uma das principais emergências pediátricas. Parece ter relação com uma imaturidade do sistema nervoso central aliada à predisposição genética.

As características de uma convulsão febril são as seguintes:

- faixa etária de 6 a 60 meses (ou 3 meses até 5 anos, pelo Tratado de Pediatria), com pico entre 12 e 18 meses;
- convulsão associada a uma temperatura elevada (> 38 °C), geralmente nas primeiras 24h da febre;
- ausência de infecção ou inflamação do sistema nervoso central;
- ausência de anormalidade metabólica sistêmica aguda que cause crise convulsiva;
- sem histórico de convulsões afebris prévias;
- predomínio de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas.

Além disso, podemos classificar a convulsão febril como simples OU complexa:

- **Simplex:** 90% dos casos. Dura < 15 minutos, é tônico-clônico generalizada, rápida recuperação no pós-ictal, sem recorrência dentro de 24 horas;
- **Complexa:** 10% dos casos. Dura > 15 minutos, pode ser focal, recuperação lenta no pós-ictal ou alterações neurológicas persistentes, pode recorrer dentro de 24 horas.

A investigação laboratorial e por imagem frequentemente não é necessária nas crises febris simples. No entanto, a abordagem deve ser individualizada. Dê uma olhada nas considerações.

As **indicações para punção liquórica** em crianças com convulsão febril são:

- presença de sintomatologia compatível com infecção de sistema nervoso central — rigidez de nuca, tensão em fontanelas, vômitos de repetição;
- lactentes abaixo de um ano (fortemente recomendado); especialmente se o histórico de vacinação contra *Haemophilus influenzae* tipo B e *Streptococcus pneumoniae* for desconhecido;
- recuperação lenta ou alteração neurológica pós-ictal;
- convulsão febril e uso recente de antibióticos, pelo fato de que os antibióticos podem mascarar uma infecção do sistema nervoso central;

- estado de mal epiléptico febril;
- convulsão após vários dias de uma doença febril — geralmente, a convulsão febril ocorre nas primeiras horas após o início da febre.

A realização do **eletroencefalograma (EEG)** é desnecessária na convulsão febril simples, visto que esses pacientes não apresentam uma alteração específica no EEG e esse exame não é capaz de definir a recorrência da crise. Ele pode ser considerado em crises complexas, em pacientes com alterações neurológicas ou após recorrências da crise não relacionadas à febre. Assim, para pacientes com crise complexa, a necessidade de EEG pode ser indicada de forma individualizada, caso o exame neurológico seja anormal ou em crises prolongadas que necessitam de acompanhamento neurológico.

Já os **exames de neuroimagem** de sistema nervoso central, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, não são indicados, sendo reservados para casos em que há suspeita de hipertensão intracraniana (devendo ser feito antes da punção), alterações neurológicas focais persistentes e suspeita de alterações anatômicas intracranianas (história de asfixia perinatal, sangramentos intracranianos, meningite prévia, tumores de SNC etc.).

Ou seja: se a crise for febril simples, podemos dar alta com orientações se a criança estiver plenamente recuperada. Há risco de recorrência até os 5 anos de idade e não há forte relação com desenvolvimento de epilepsia ou atraso do DNPM. Se a crise for febril complexa, a investigação deve ser individualizada. Como vimos, podemos considerar uma avaliação de neuroimagem ou EEG a depender da suspeita clínica. Segundo o Tratado de Pediatria (6ª edição), temos a seguinte afirmação: "Como não existem diretrizes sobre convulsões febris complexas, a perspicácia clínica continua a ser a ferramenta mais relevante para identificar crianças candidatas a uma avaliação mais elaborada." Jogam a bomba no nosso colo, né? rs

Voltando para nossa questão...

O cenário posto pelo examinador é o seguinte:

- criança de 2 anos: dentro da faixa etária para pensar em convulsão febril;
- há 7 dias apresentou uma convulsão tônico-clônica generalizada em vigência de febre, sem recorrência e de duração fugaz;
- recuperação neurológica completa;

Tudo aponta para uma crise febril simples. A conduta é **conservadora!** Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. A realização do **eletroencefalograma (EEG)** é desnecessária na convulsão febril simples, visto que esses pacientes não apresentam uma alteração específica no EEG e esse exame não é capaz de definir a recorrência da crise. Ele pode ser considerado em crises complexas, em pacientes com alterações neurológicas ou após recorrências da crise não relacionadas à febre.

Incorreta a alternativa B. O tratamento profilático para convulsões febris pode ser CONSIDERADO em algumas situações, DE FORMA INDIVIDUALIZADA, como:

- história de dois ou mais episódios em 12 horas;
- três ou mais crises em seis meses ou quatro ou mais crises em 1 ano;
- história de duas ou mais crises progressivas;
- crise prolongada (maior do que 15 minutos).

Minha sugestão? Evite alternativas que sugiram tratamento profilático em convulsão febril. Nunca vi uma delas estar correta!

Correta a alternativa C. É o melhor a se fazer diante de uma convulsão febril simples.

Incorreta a alternativa D. Não temos nada para pensar em uma lesão estrutural de SNC na história da criança; tampouco em distúrbios metabólicos ou eletrolíticos (disnatremias, hipoglicemia, uremia etc.) que justifiquem uma convulsão.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

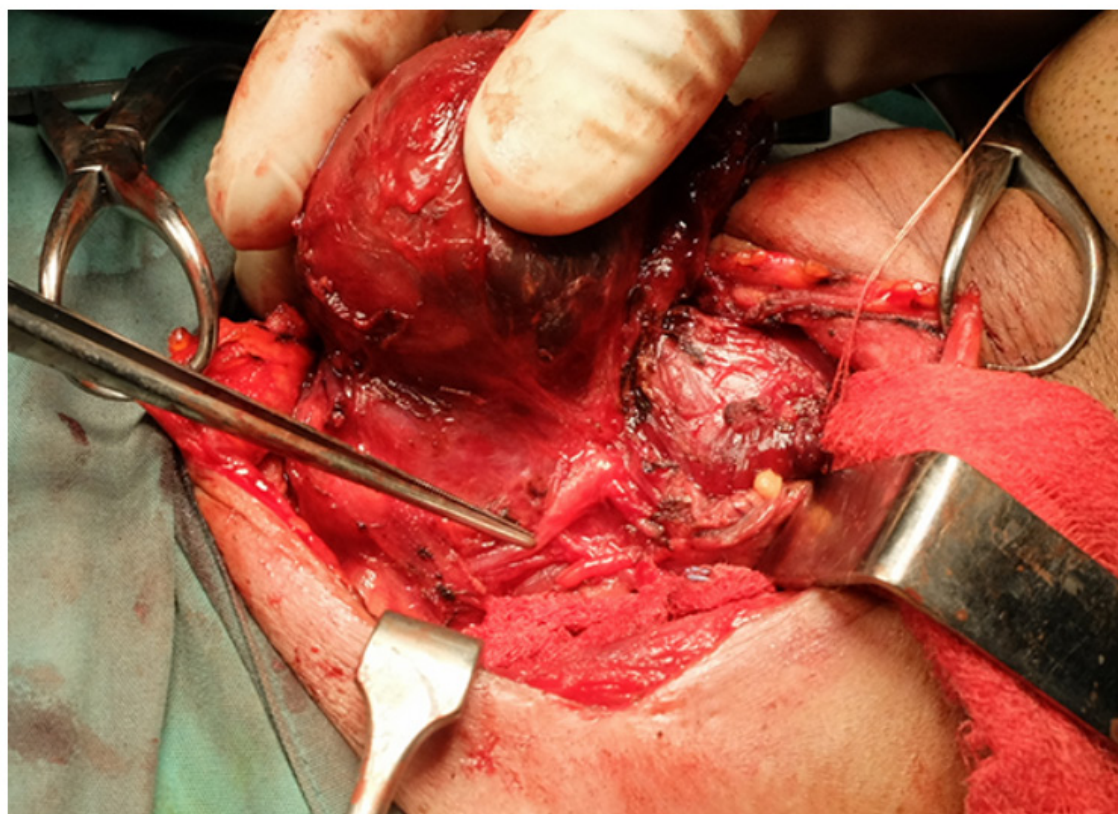
74. Paciente de 47 anos, sexo feminino, atendida no ambulatório de cirurgia geral. A paciente havia sido submetida à cirurgia de tireoidectomia total há 60 dias, devido a um carcinoma folicular de tireóide, o qual estava restrito à glândula. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou rouquidão, que não melhorou durante o acompanhamento ambulatorial nesses 60 dias.

Com base no quadro clínico apresentado, qual foi o nervo lesionado durante a cirurgia?

- A) Laríngeo recorrente.
- B) Glossofaríngeo.
- C) Hipoglosso.
- D) Vago.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de uma paciente no 60 dia de pós-operatório de tireoidectomia total apresentando rouquidão persistente. O principal nervo lesado na tireoidectomia é o **nervo laríngeo recorrente** (apresentado pela pinça na figura a seguir).



Fonte: Shutterstock

Ele faz a inervação de quase toda a musculatura intrínseca da laringe ipsilateral e, nos casos em que houve lesão cirúrgica iatrogênica, o paciente pode apresentar **disfonia e/ou dispneia** nas lesões unilaterais, causadas por uma **paresia ou paralisia da prega vocal ipsilateral**.

Em casos de lesões bilaterais, pode ocorrer uma paralisia mediana de ambas as pregas vocais, não permitindo a passagem do ar para a traqueia, levando ao desenvolvimento de **dispneia intensa, cornagem e estridor após a remoção do tubo** ao término da cirurgia. Nesses

casos, é imperativa a reintubação (se possível), além da realização de traqueostomia.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: como vimos, a lesão unilateral do nervo laríngeo recorrente cursa com rouquidão devido à paresia ou paralisia da prega vocal ipsilateral.

Incorreta a alternativa B: o nervo glossofaríngeo (nervo IX) é um nervo craniano misto que possui funções sensoriais e motoras. Ele é responsável pela sensibilidade da língua, da tonsila, da faringe e da glândula parótida. Além disso, o nervo glossofaríngeo inerva o músculo estilofaríngeo, que é essencial para a deglutição e o reflexo de vômito. Ele também envia informações sensoriais, como a sensação gustativa, que inclui sabores amargos e azedos.

O nervo glossofaríngeo não tem relação anatômica com a tireoide.

Incorreta a alternativa C: o nervo hipoglosso é o décimo segundo nervo craniano e desempenha um papel crucial na inervação dos músculos da língua. Ele controla os músculos extrínsecos e intrínsecos da língua, permitindo funções essenciais como a fala e a deglutição.

O nervo hipoglosso não tem relação anatômica com a tireoide.

Incorreta a alternativa D: o **nervo vago** é um nervo crucial que controla funções vitais do corpo, como a frequência cardíaca, a respiração e a digestão. Ele é responsável por reflexos como tosse, deglutição e vômito, e é essencial para o sistema nervoso parassimpático. Também não tem relação anatômica com a tireoide.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

75. Paciente de 29 anos, nuligesta, ciclos menstruais com intervalos de 20 a 65 dias, duração de 4 a 10 dias, intensidade moderada. Apresenta índice de massa corporal de 41,5 kg/m² e se submeterá à cirurgia bariátrica em alguns meses. Necessita de orientação para contracepção.

Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- A) Para contracepção efetiva e proteção endometrial, está indicado o endoceptivo antes da operação.
- B) Devido ao risco de apresentar tromboembolismo, está contraindicado o uso de métodos hormonais.
- C) Apresenta quadro de anovulação crônica, portanto deve ser orientada a usar preservativo masculino.
- D) Está contraindicada gravidez na fase de perda de peso, logo ela pode usar o adesivo anticoncepcional.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ALEXANDRE MELITTO

Estrategista, temos, nesse caso, uma paciente obesa, com irregularidade menstrual (anovulação crônica), que será submetida à cirurgia bariátrica e deseja um método anticoncepcional.

A obesidade não é uma contraindicação para o uso de métodos anticoncepcionais hormonais combinados ou de progestágeno exclusivo. Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: o endoceptivo (SIU de levonorgestrel) é uma ótima opção de anticoncepção para essa paciente, já que apresenta alta eficácia (índice de Pearl baixo) e funciona como protetor para o endométrio, já que o levonorgestrel (progestágeno) antagoniza o efeito proliferativo do estrogênio sobre o endométrio e essa paciente apresenta um fator de risco importante para o desenvolvimento de hiperplasia e câncer de endométrio que é a obesidade.

Incorreta a alternativa B, porque, apesar de a obesidade estar relacionada a um risco aumentado de tromboembolismo, não é considerada por si só como uma contraindicação para o uso de métodos hormonais combinados ou de progestágeno exclusivo.

Incorreta a alternativa C: os métodos hormonais combinados são indicados para o tratamento da irregularidade menstrual e, sendo assim, não seria necessário orientar o uso de preservativo masculino como alternativa ao uso desses métodos.

Incorreta a alternativa D, porque não está contraindicada a gravidez na fase de perda de peso e, além disso, devido ao aumento do tecido subcutâneo, que dificulta a absorção hormonal, pacientes com peso acima de 90 kg ou IMC ≥ 30 kg/m² têm eficácia do adesivo anticoncepcional comprometida, não sendo indicado seu uso.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

76. Mulher de 28 anos, estudante universitária, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta agendada. Refere ter realizado seus últimos exames de rotina há cerca de 3 anos, com resultados normais. Faz uso regular de anticoncepcional oral combinado há 2 anos, não faz uso de preservativo. Relata que seu namorado apresentou uma úlcera no pênis, há cerca de 30 dias, tratado com uma injeção de benzetacil. Ele fez um teste rápido para HIV e deu reagente. Teve sua última relação sexual com ele há 2 dias. Exame físico sem alterações.

O manejo inicial para essa paciente é:

- A) solicitar teste rápido para sífilis, HIV e hepatites B e C. Em caso de teste reagente para sífilis, prescrever penicilina G benzatina. Prescrever 1 comprimido de tenofovir/ lamivudina (TDF/3TC) 300 mg/300 mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg ao dia, durante 28 dias.
- B) solicitar sumário de urina e anti-HIV. Prescrever azitromicina 1 g, dose única, via oral e, em caso de piócitos aumentados e nitrito positivo, prescrever fosfomicina trometamol 5,631 g, dose única, via oral. Solicitar a vinda do namorado para confirmação do teste para HIV.
- C) solicitar VDRL e anti-HIV. Realizar abordagem sindrômica e prescrever doxiciclina 100 mg, de 12 em 12 horas, via oral, por 21 dias, juntamente com fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) 300 mg e entricitabina (FTC) 200 mg, 1 comprimido ao dia, durante 3 meses.
- D) solicitar urocultura, colpocitologia oncótica e anti-HIV. Em caso de presença de *Escherichia coli* e *Trichomonas vaginalis*, prescrever ciprofloxacino 500 mg, de 12 em 12 horas, via oral, por 7 dias, e metronidazol creme vaginal, por 7 noites.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pelo *Treponema pallidum*, cuja transmissão ocorre principalmente por contato sexual desprotegido. Nos casos de contato sexual com parceiro diagnosticado ou tratado recentemente para sífilis, o Ministério da Saúde orienta que a parceria sexual deve ser investigada e, se não for possível afastar a infecção, tratado empiricamente, mesmo na ausência de teste reagente inicial, já que o período de incubação pode gerar resultados falso-negativos nas fases iniciais.

Além disso, a paciente relatou relação sexual desprotegida há 2 dias com parceiro HIV positivo, o que configura exposição sexual recente de risco, sendo indicada a profilaxia pós-exposição (PEP). A PEP deve ser iniciada até no máximo 72 horas após a exposição, com uso diário de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300 mg/300 mg + dolutegravir (DTG) 50 mg durante 28 dias. Também é indicada a testagem inicial para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Correta a alternativa A. A conduta descrita contempla tanto a investigação de sífilis e outras ISTs quanto o início imediato da PEP para HIV. Além disso, inclui a possibilidade de tratar sífilis com penicilina benzatina 2,4 milhões de unidades, dose única, caso o teste rápido seja reagente.

Incorreta a alternativa B. A conduta dessa alternativa foca uma possível infecção urinária (sumário de urina, fosfomicina), para a qual a paciente não tem queixas. A prescrição de azitromicina isolada não cobre adequadamente a principal exposição à IST bacteriana (sífilis). Além disso, essa conduta não aborda a PEP para o HIV, que é uma urgência.

Incorreta a alternativa C. O esquema descrito assemelha-se à PrEP (profilaxia pré-exposição), que é indicada para prevenção antes do risco, não como medida de emergência após a exposição. A doxiciclina também não é o tratamento indicado para sífilis nessa situação, pois a primeira opção seria penicilina benzatina. Em caso de alergia à penicilina, a doxiciclina seria uma alternativa, mas com duração de 15 dias para sífilis recente.

Incorreta a alternativa D. A conduta foca exames (urocultura, colpocitologia oncótica) que não são urgentes e o tratamento de infecções (ITU, tricomoníase), que a paciente não relata. A alternativa falha em abordar as duas exposições de risco agudo: a exposição à sífilis e, principalmente, a exposição ao HIV, omitindo a necessidade de PEP.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

77. Uma equipe de saúde da família realiza atendimento itinerante a comunidades ribeirinhas e aldeias indígenas na Região Amazônica. Em visita, uma médica recém-chegada observa que uma mulher ribeirinha evita contato visual durante a consulta e responde às perguntas apenas com monossílabos. Em outra situação, um indígena da etnia Tikuna não aceita ser atendido sozinho e insiste na presença de um pajé da comunidade.

A abordagem adequada que a equipe deve adotar é:

- A) investir na padronização de rotinas clínicas e na capacitação da equipe para comunicação técnica propositiva e objetiva.
- B) promover espaços formativos para a equipe assistencial, reconhecendo saberes e práticas das populações atendidas.
- C) reforçar a autonomia profissional da médica, mantendo as condutas clínicas baseadas em evidências científicas.
- D) estabelecer rotinas padronizadas e uniformes de atendimento para ribeirinhos e indígenas.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LAIS PARADA

Fique de olho, Estrategista,

Questão clássica da banca INEP, abordando sobre competência cultural e a necessidade de adaptação das práticas de saúde às especificidades culturais das populações atendidas, especialmente em contextos de alta diversidade como a Região Amazônica.

O enunciado traz uma equipe de saúde atuando em comunidades ribeirinhas e aldeias indígenas. Em que são observadas algumas situações-problemas.

- 1- Mulher ribeirinha: evita contato visual, respostas monossilábicas → pode refletir códigos culturais de respeito? Ou desconforto com abordagem médica direta?
- 2- Indígena Tikuna: exige presença do pajé → integração entre medicina tradicional e biomedicina, cosmovisão holística da saúde.

Assim, vamos lembrar o que é competência cultural.

COMPETÊNCIA CULTURAL: habilidade de profissionais e serviços de saúde de reconhecer, respeitar e responder adequadamente às crenças, práticas e necessidades culturais dos usuários.

INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE: diálogo horizontal entre diferentes sistemas de conhecimento (biomedicina, medicina tradicional indígena, práticas populares), sem hierarquização, reconhecendo a legitimidade de saberes diversos.

CUIDADO CULTURALMENTE SENSÍVEL: adaptação das práticas de saúde considerando:

- códigos de comunicação específicos;
- concepções de saúde-doença-cuidado;
- papel da família e comunidade no processo terapêutico;
- integração entre práticas tradicionais e biomedicina.

Princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI):

- respeito às especificidades culturais;
- articulação entre saberes tradicionais e biomedicina;
- participação comunitária;
- formação e capacitação de profissionais em saúde indígena.

A questão avalia se o profissional reconhece que a efetividade do cuidado não depende apenas da correção técnica, mas também da adequação cultural das abordagens utilizadas. O cuidado de qualidade em contextos de diversidade cultural exige reconhecimento da legitimidade de saberes diversos, capacitação em competência cultural e diálogo horizontal entre biomedicina e saberes tradicionais. A efetividade do cuidado depende tanto da correção técnica quanto da aceitabilidade cultural das intervenções.

Incorreta a alternativa A: propõe padronização e comunicação "técnica objetiva", ignorando completamente as especificidades culturais. Essa abordagem etnocêntrica impõe o modelo biomédico urbano sem adaptações, resultando em barreiras comunicacionais, baixa adesão e quebra de vínculo. Comunicação "objetiva" pode ser percebida como autoritária ou desrespeitosa em culturas com códigos comunicacionais diferentes.

Correta a alternativa B: propõe educação permanente com foco em competência cultural, reconhecendo a legitimidade dos saberes tradicionais. Capacita a equipe para compreender códigos de comunicação locais, concepções de saúde-doença, práticas terapêuticas tradicionais e organização comunitária. Permite à equipe aprender que contato visual pode ser culturalmente inadequado e compreender o papel do pajé, viabilizando articulação entre medicina tradicional e biomedicina. Alinhada com PNASPI e princípios do SUS (integralidade, equidade).

Incorreta a alternativa C: cria falsa dicotomia entre competência cultural e evidências científicas - dimensões complementares, não excludentes. Autonomia profissional bem exercida considera o contexto cultural do paciente. Condutas tecnicamente corretas, mas culturalmente inadequadas, resultam em baixa adesão, quebra de vínculo e inefetividade prática. Medicina baseada em evidências inclui valores e preferências do paciente, frequentemente determinados culturalmente.

Incorreta a alternativa D: propõe uniformização para populações culturalmente diversas, violando o princípio da equidade. Trata "ribeirinhos e indígenas" como grupo homogêneo, ignorando que existem mais de 305 etnias indígenas no Brasil, cada uma com especificidades. Equidade significa tratar diferentemente os diferentes conforme suas necessidades - padronização é igualdade formal que perpetua iniquidades e repete erros históricos de políticas assimilacionistas (conjunto de medidas que força um grupo minoritário a abandonar sua própria cultura para adotar os valores, língua e costumes do grupo dominante).

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

78. Paciente de 21 anos comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta agendada. Durante o atendimento, diz que se reconhece como um homem trans e que está em processo de afirmação de gênero. Relata que, nos últimos meses, tem buscado apoio em grupos de pessoas trans, começou a usar um *binder* (faixa de compressão torácica) e que cogita iniciar terapia hormonal no futuro. Refere que não apresenta sofrimento psíquico intenso relacionado à sua identidade de gênero, mas sente que precisa de informações adequadas sobre os próximos passos e sobre cuidados com a saúde. Não apresenta sintomas depressivos, ansiosos ou psicóticos.

Qual é a conduta mais adequada a ser adotada?

- A) Solicitar avaliação psiquiátrica para diagnóstico de disforia de gênero antes do acompanhamento na UBS.
- B) Iniciar terapia hormonal na UBS, conforme estabelecido no processo transexualizador do SUS, e marcar retorno em 8 semanas.
- C) Encaminhar paciente para serviço especializado e informar que o seguimento relacionado à transição de gênero deve ser feito com especialista.
- D) Esclarecer que tal identidade de gênero não é transtorno mental, oferecer acompanhamento contínuo na UBS e orientar sobre cuidados gerais de saúde.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LARISSA SANTOS

Caro Estrategista, nossa questão descreve um homem trans de 21 anos, sem sofrimento psíquico importante, que busca orientação sobre cuidados de saúde e possíveis próximos passos no processo de afirmação de gênero. A conduta adequada deve estar fundamentada nas principais normas que regem o cuidado a pessoas trans no Brasil, especialmente a Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, que redefine o Processo Transexualizador no SUS, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011) e a Resolução CFM n.º 2.427/2025, que atualiza as normas éticas para o cuidado de pessoas com incongruência de gênero.

Essas diretrizes estabelecem que a identidade de gênero não é uma patologia e que a atenção à saúde da população trans deve ser acolhedora, humanizada e livre de discriminação. O cuidado deve iniciar na Atenção Primária à Saúde, que é a porta de entrada do SUS, cabendo à equipe oferecer escuta qualificada, acompanhamento clínico geral e orientações sobre autocuidado, sexualidade, saúde mental e planejamento reprodutivo. O encaminhamento para serviços especializados é indicado quando o paciente manifesta desejo de iniciar terapia hormonal ou realizar procedimentos cirúrgicos, situações que exigem avaliação multiprofissional.

A resolução do CFM de 2025 estabelece que a terapia hormonal cruzada só poderá ser iniciada após os 18 anos, e após avaliação médica com ênfase em acompanhamento psiquiátrico e endocrinológico, por no mínimo um ano.

O Ministério da Saúde define que a terapia hormonal deve ser realizada na atenção especializada, em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES e habilitado para a modalidade no Processo Transexualizador.

O gabarito dado pela banca foi o item D, mas consideramos tal resposta incompleta, visto que o paciente manifesta desejo de realizar terapia hormonal no futuro e que a nova resolução exige pelo menos 1 ano de acompanhamento especializado antes do início da terapia. O ideal seria acolher o paciente na UBS, oferecer cuidados gerais de saúde e sanar suas dúvidas, mas, em paralelo, encaminhar o paciente para serviço especializado para iniciar acompanhamento com finalidade de realizar a terapia hormonal.

Incorreta a alternativa A. A avaliação psiquiátrica com emissão de laudo não é obrigatória para diagnóstico ou acompanhamento de pessoas trans, apesar de ser recomendável seguimento com equipe multidisciplinar incluindo psicólogo ou psiquiatra, quando possível.

Incorreta a alternativa B. A terapia hormonal não deve ser iniciada na atenção básica sem avaliação multiprofissional, conforme previsto no Processo Transexualizador do SUS.

Incorreta a alternativa C. O ideal seria acolher o paciente na UBS, oferecer cuidados gerais de saúde e sanar suas dúvidas, mas, em paralelo,

encaminhar o paciente para serviço especializado para iniciar acompanhamento com finalidade de realizar a terapia hormonal, porém sem deixar de oferecer acompanhamento contínuo na UBS.

Correta a alternativa D. A conduta adequada é acolher o paciente, esclarecer que sua identidade de gênero não é doença, oferecer acompanhamento contínuo na atenção básica e orientá-lo sobre cuidados gerais e sobre o funcionamento da rede de atenção especializada para futuras etapas do processo de transição.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

79. Mulher de 62 anos, com histórico de infecções do trato urinário de repetição, da entrada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de febre alta e calafrios. A paciente é portadora de diabetes *mellitus* tipo 2, em tratamento regular com metformina e gliclazida. A admissão apresenta-se com pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 106 bpm, frequência respiratória de 25 irpm e temperatura axilar de 38 °C. Os exames laboratoriais indicam hemoglobina de 12,3 g/dL e hematócrito de 36%; leucócitos de 14.000/mm³ (valor de referência: 6.000 a 10.000/mm³), com 84% de neutrófilos e 12% de bastonetes; plaquetas de 210.000/mm³.

A conduta para o caso deve ser recomendar:

- A) tratamento com antitérmico, hidratação oral vigorosa e observação na unidade hospitalar.
- B) tratamento com esquema antibiótico de amplo espectro, ainda na 1ª hora da chegada da paciente.
- C) tratamento com cobertura contra *Candida sp.*, por se tratar de infecção urinária de repetição em paciente diabética.
- D) tratamento com antibiótico de amplo espectro, mantido durante todo o curso de tratamento, mesmo após os resultados das culturas.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

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

O manejo da sepse é baseado no pacote de 1 hora, que tem cinco elementos:

1. Medir o nível de lactato arterial
(medir novamente se o nível inicial de lactato for maior do que 2 mmol/L).
2. Obter culturas antes da administração de antibióticos.
3. Administrar antibióticos.
4. Iniciar administração rápida de cristalóide a 30 mL/kg para hipotensão ou hipoperfusão.
5. Iniciar vasopressores se o paciente estiver hipotenso durante ou após a ressuscitação de fluidos para manter a pressão arterial média igual ou superior a 65 mm Hg.

Em provas, o candidato deve estar atento à identificação dos sinais da disfunção orgânica ameaçadora à vida na sepse. Isso pode ser feito pela identificação de dados diretos (como hipotensão, alteração do nível de consciência, aumento de lactato, oligúria) ou pelo uso de critérios de rastreio que sugerem uma resposta inflamatória desregulada.

Um desses conjuntos de critérios é o de SIRS (síndrome da resposta inflamatória sistêmica), que é o que está claramente presente na questão. A SIRS ajuda a identificar pacientes com uma resposta inflamatória exacerbada que, na presença de uma infecção (suspeita ou confirmada), indica a suspeita de sepse. A SIRS é definida pela presença de dois ou mais dos seguintes achados:

- temperatura > 38 °C ou < 36 °C;
- frequência cardíaca > 90 bpm;
- frequência respiratória > 20 irpm (ou PaCO₂ < 32 mmHg);
- leucócitos > 12.000/mm³, < 4.000/mm³ ou > 10% de bastonetes.

No caso dessa paciente, temos vários critérios de SIRS: febre (38 °C), taquicardia (106 bpm), taquipneia (25 irpm) e leucocitose (14.000/mm³) com desvio à esquerda (12% bastonetes).

Incorreta a alternativa A. A paciente tem um quadro sugestivo de infecção sugestivo de sepse. Por isso, deve ser iniciada a terapia antimicrobiana.

Correta a alternativa B. A paciente apresenta critérios de SIRS e suspeita de infecção (provável foco urinário), configurando sepse. O tratamento da sepse inclui a administração de antibiótico de amplo espectro na primeira hora ("pacote de 1 hora") para reduzir a mortalidade.

Incorreta a alternativa C. A suspeita de infecção do trato urinário deve focar o tratamento de infecção bacteriana. *Candida* raramente causa infecção invasiva no trato urinário; quando presente na urocultura, na maioria das vezes significa apenas colonização ou contaminação da amostra.

Incorreta a alternativa D. O antibiótico de amplo espectro é usado no início (terapia empírica). Após o resultado das culturas e do antibiograma, o antibiótico deve ser ajustado (descalonado) para um de menor espectro que seja eficaz, se possível.

Gabarito: B

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

80. Recém-nascido a termo apresenta, no 1º minuto de vida, quadro de apneia e bradicardia, desvio do íctus à direita, abdome escavado e presença de ruídos hidroaéreos à ausculta do hemitórax esquerdo.

No decorrer do atendimento desse recém-nascido, em sala de parto, os procedimentos adequados a serem realizados são:

- A) intubação traqueal e massagem cardíaca externa.
- B) cateterismo umbilical e drenagem de hemitórax esquerdo.
- C) ventilação com óxido nítrico e administração de surfactante.
- D) ventilação com balão autoinflável com pressão expiratória final positiva.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: HELENA

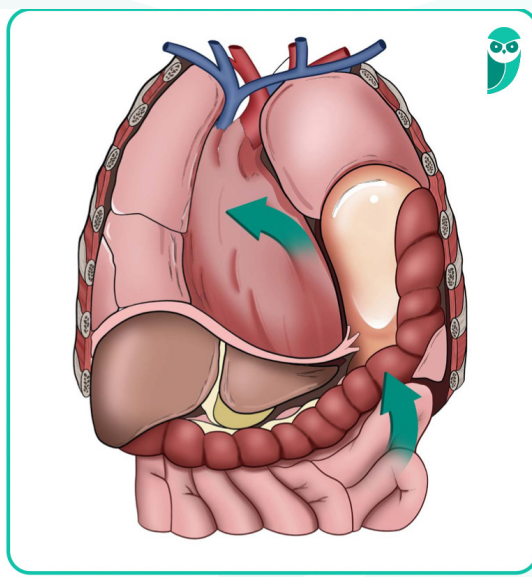
Olá, Estrategista, temos aqui uma questão bem pegadinha!

O RN, no 1º minuto de vida, apresenta quadro de apneia e bradicardia. Além disso, temos desvio do íctus à direita, abdome escavado e presença de ruídos hidroaéreos no hemitórax esquerdo. Esse é um quadro clássico de hérnia diafragmática. Vamos relembrar?

A hérnia diafragmática é uma malformação do diafragma que pode causar eventração do conteúdo abdominal para o conteúdo torácico a depender do tamanho da falha.

É mais frequente do lado esquerdo e pode estar associada a outras malformações, como cromossomopatias, trissomias e síndromes genéticas.

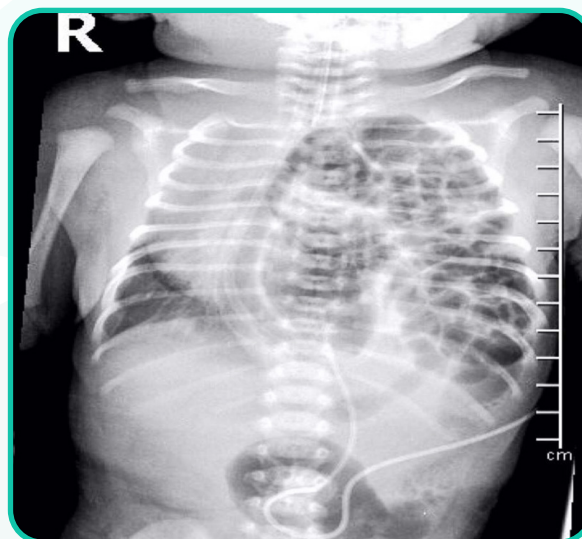
O quadro clínico depende do grau de acometimento, mas traz taquidispneia e hipoxemia em um neonato com abdômen escavado. Nesse caso, o murmúrio vesicular está diminuído e podemos auscultar ruídos hidroaéreos no tórax.



NÃO TEM COMO ERRAR!

Taquidispneia + Hipoxemia + Abdômen
Escavado + RHA no tórax.

Alguns casos podem ser vistos e diagnosticados anteparto em ecografias pré-natais. Após o parto, além da clínica característica, podem ser solicitados exames de imagem, como radiografia e tomografia.



Agora, atenção aqui! A partir do conhecimento de reanimação neonatal, sabemos que todos os neonatos com irregularidade respiratória devem seguir os passos da reanimação, começando pelos iniciais, passando pela ventilação com balão e máscara, intubação, massagem cardíaca e adrenalina.

Aqui, temos uma exceção! RNs com suspeita de hérnia diafragmática devem ser intubados com cânula endotraqueal imediatamente e colocados em ventilação mecânica. Evite ventilação com pressão positiva com máscara pelo risco de barotrauma.

A cirurgia para corrigir o defeito deve ser realizada apenas após a estabilização do recém-nascido, geralmente com 48 horas de vida, por meio de laparotomia ou toracotomia.

Vamos voltar ao caso? Temos uma hérnia diafragmática, então sabemos que devemos intubar o paciente para ventilação, assim a única alternativa possível é a A. Agora, vamos criticar a questão? Primeiro, a criança já está no 1º minuto de vida! O que o médico fez nesse primeiro momento? Não sabemos! Pode até ser que tenha ventilado com balão e máscara de forma errônea, não é mesmo? Segundo, há necessidade de massagem cardíaca? Difícil responder! A literatura não traz uma sequência específica de reanimação do portador de hérnia diafragmática congênita, apenas que precisamos intubar para ventilar. Se considerarmos os valores da reanimação neonatal, a frequência cardíaca limítrofe seria de 60 bpm. Porém, não temos o valor da frequência cardíaca na questão.

Podemos brigar com a banca? Podemos, mas, veja, apenas a A fala em intubação orotraqueal, então ficamos com essa alternativa mesmo e consideramos que a massagem cardíaca é uma opção a depender da FC. Perceba como as outras alternativas estão muito erradas!

Incorreta a alternativa B: o cateterismo umbilical vai ser feito na necessidade de infusão de drogas e não há o que drenar no tórax, não temos pneumotórax!

Incorreta a alternativa C: apesar de a ventilação mecânica com óxido nítrico ser considerada na hérnia diafragmática, não há indicação do uso de surfactante.

Incorreta a alternativa D: essa é a “mais errada” de todas, visto que é contraindicada a ventilação com balão e máscara.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

81. Adulto jovem, sexo masculino, atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS), relata dor e ardor no ânus acompanhados de sangramento vivo em pequena quantidade ao evacuar com esforço e fezes endurecidas. Nega tumoração perianal. Portador de constipação crônica e diagnóstico recente de doença Crohn. Exame geral sem alterações.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Abscesso perianal.
- B) Fístula perianal.
- C) Cisto pilonidal.
- D) Fissura anal.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de um paciente portador de doença de Crohn e constipação crônica apresentando dor e sangramento em pequena quantidade ao evacuar, fatores de risco e sintomas sugestivos de fissura anal.

Vamos lembrar os pontos importantes sobre fissura anal:

DIFINIÇÃO: úlcera linear no epitélio escamoso do canal anal

LOCALIZAÇÃO: LINHA MÉDIA POSTERIOR (90%)

Outras localizações: pesquisar doenças associadas (Crohn, sífilis, TB, HIV, hidroadenite supurativa)

ETIOLOGIA:

trauma na região → fezes muito endurecidas, episódios com múltiplas evacuações;

aumento da pressão anal em repouso (do esfíncter anal interno) = diminui fluxo sanguíneo.

SINTOMAS: DOR AGUDA DURANTE E APÓS EVACUAÇÃO, sangramento (papel ou vaso).

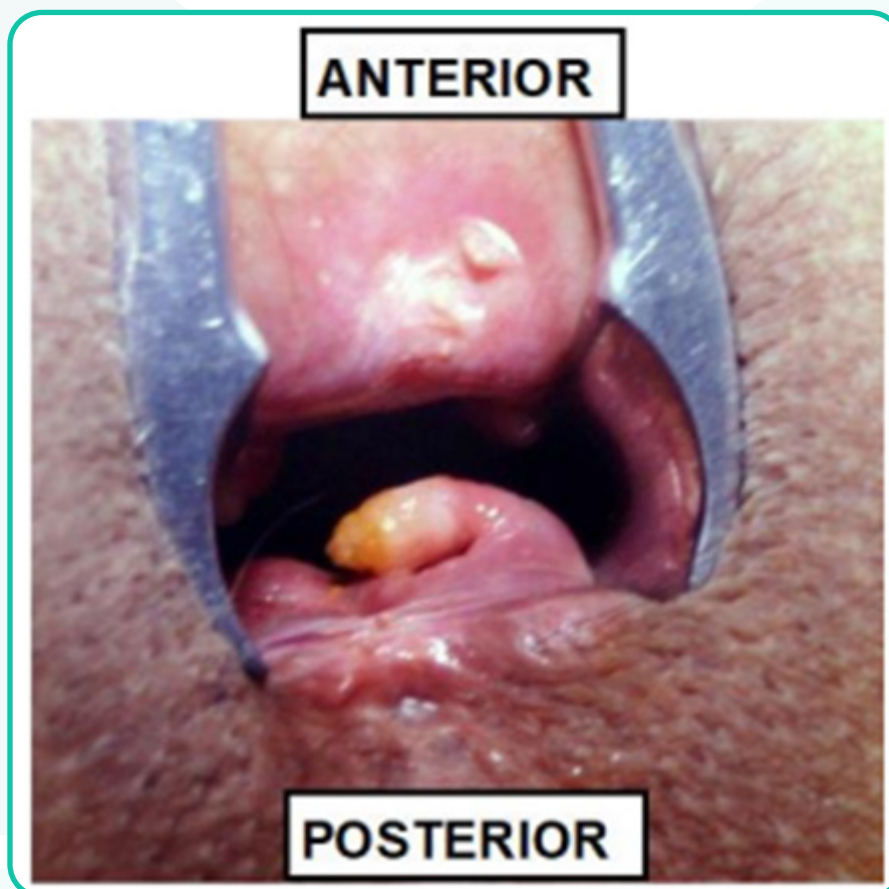
Menos comuns: secreção, retenção urinária, dispareunia.

CLASSIFICAÇÃO

Aguda: até 6-8 semanas, úlcera superficial.



Crônica: > 8 semanas, úlcera com **bordas enduredas**, **plicoma sentinela**, **papila anal hipertrófica**.



TRATAMENTO:

A) FISSURAS AGUDAS:

- MEDIDAS CONSERVADORAS: emolientes fecais, agentes formadores de bolo fecal, banhos de assento e pomadas anestésicas locais (como gel de lidocaína a 2%).
- Período de 4 semanas.

B) FISSURAS CRÔNICAS

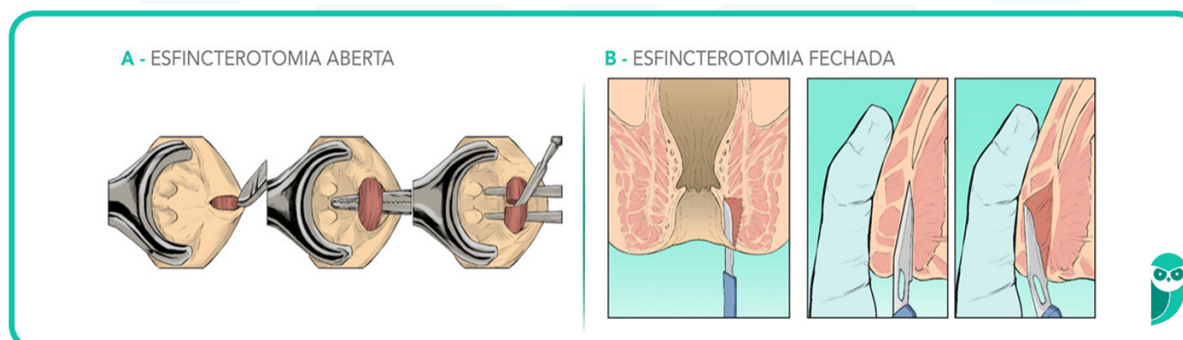
Reduzir pressão esfíncter anal interno, sem causas incontinência.

- Pomada de nitroglicerina e bloqueadores de canais de cálcio tópicos (a nifedipina ou diltiazem).
- Injeções de toxina botulínica.

**Terapia clínica é eficaz para a maioria das fissuras agudas, mas curará aproximadamente 50 a 60% das fissuras crônicas.

TRATAMENTO CIRÚRGICO:

- Falha no tratamento conservador.
- Esfincterectomia lateral interna: 95% cura das fissuras crônicas.
- 30% das fibras do esfíncter anal interno são divididas proximalmente até o nível da linha pectínea.
- Recidiva em menos de 10% dos casos.



Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: abscesso perianal apresenta-se com dor perianal, abaulamento, hiperemia e hipertermia local.

Incorreta a alternativa B: na fístula perianal, temos uma comunicação anormal (trajeto epitelizado) entre o reto/canal anal e pele da região perianal.

ETIOLOGIA:

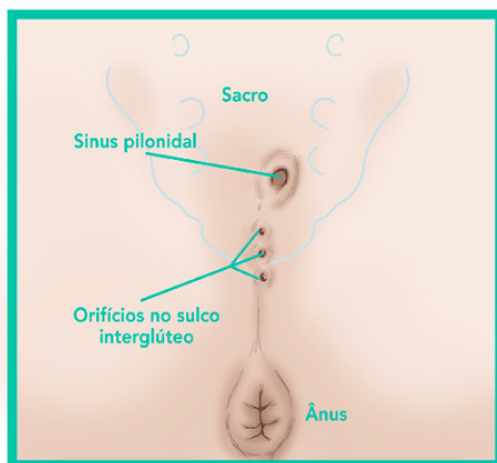
- Infecção criptoglandular → secundárias aos abscessos anorretais (50%)
- Outras causas: doença de Crohn, radiação, neoplasia, tuberculose → quando desconfiar? Fístulas complexas e recorrentes.

CLÍNICA: Saída de secreção espontânea por orifício externo na pele, odor, dor/desconforto, prurido.

Exame físico: presença do orifício externo.



Incorreta a alternativa C: a doença pilonidal é uma condição inflamatória crônica da pele e tecido celular subcutâneo da região da fenda glútea, sulco entre as nádegas que se estende logo abaixo do sacro até o períneo.



Correta a alternativa D: como vimos, nosso paciente apresenta fatores de risco (Crohn e constipação crônica) e clínica compatíveis com fissura anal.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

82. Paciente G3P1A1, idade gestacional de 24 semanas, comparece à consulta. Refere que, na primeira gestação, teve um abortamento com 16 semanas e, na segunda, teve trabalho de parto vaginal muito rápido, na idade gestacional de 28 semanas. Na ultrassonografia transvaginal, realizada com 23 semanas desta gestação, detectou-se colo uterino com 1,5 cm de comprimento.

Qual é a conduta adequada à situação?

- A) Solicitar a pesquisa de estreptococo do Grupo B na 28ª semana.
- B) Internar a paciente para receber atosiban intravenoso até 34 semanas.
- C) Prescrever nifedipina 20 mg via oral diariamente à noite até 39 semanas.
- D) Prescrever progesterona micronizada via vaginal 200 mg ao dia até 36 semanas.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. NATÁLIA CARVALHO

O que o examinador quer saber: sobre prevenção de prematuridade.

A progesterona micronizada por via vaginal é a medicação mais efetiva na prevenção da prematuridade, pois reduz o risco de parto prematuro e morbidade neonatal em mulheres com gestação única, nas com história prévia de parto prematuro espontâneo e naquelas sem fator de risco, mas que apresentam colo curto à avaliação ultrassonográfica transvaginal de rotina.

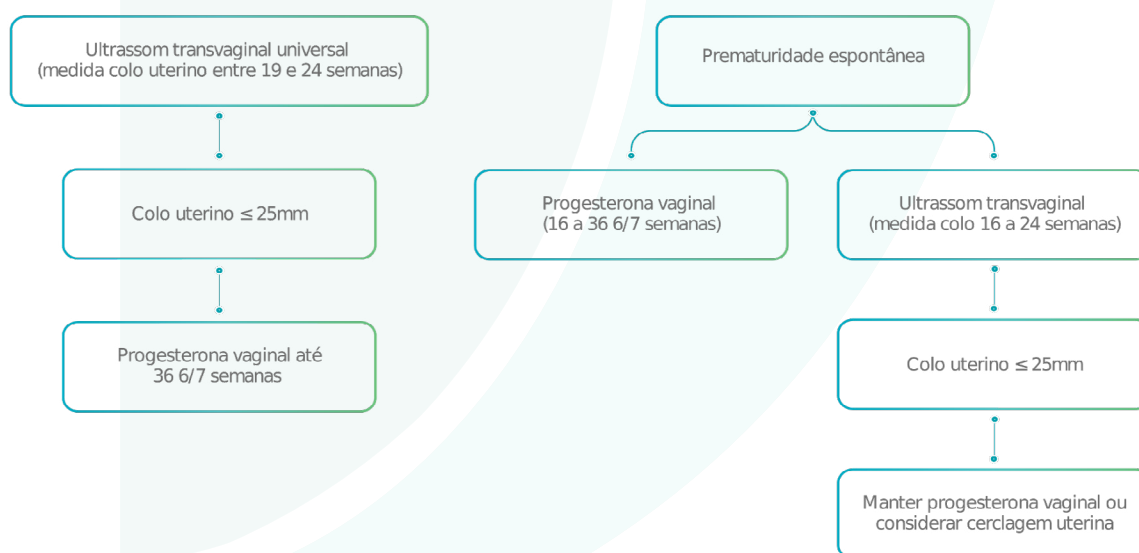
Atenção, Coruja: a progesterona micronizada deve ser aplicada via vaginal para redução do risco de prematuridade.

Sendo assim, a progesterona vaginal deve ser oferecida em doses de 100 a 400 mg/dia para todas as gestantes entre 16 e 36 6/7 semanas, com um dos seguintes fatores:

história pregressa de parto prematuro ou perda gestacional > 16 semanas;

medida do colo uterino entre 16 e 24 semanas \leq 25 mm.

Atenção aos organogramas a seguir, que resumem como é feita a prevenção da prematuridade.



A cerclagem uterina eletiva, por sua vez, tem indicação específica na profilaxia de prematuridade. A principal indicação ocorre para gestantes com história prévia de insuficiência istmocervical, isto é, quando há perda gestacional no segundo trimestre, parto prematuro extremo ou dilatação cervical indolor no segundo trimestre com cerclagem de emergência. Além disso, gestantes com história prévia de trauma ou cirurgia cervical também são pacientes que se beneficiam da cerclagem eletiva. Ela deve ser realizada preferencialmente entre 12 e 16 semanas de gestação. Caso a gestante apresente dilatação cervical pouco dolorosa no segundo trimestre, deve-se considerar a cerclagem de emergência. Algumas instituições dão a opção de cerclagem terapêutica até 26 semanas para gestantes com história prévia de parto prematuro espontâneo associada à gestação atual com colo uterino medindo ≤ 25 mm na ultrassonografia transvaginal.

Incorreta a alternativa A: a pesquisa para estreptococos do grupo B deve ser feita entre 35 e 37 semanas ou quando há trabalho de parto prematuro ou rotura prematura pré-termo de membranas.

Incorreta a alternativa B: a paciente não tem diagnóstico de trabalho de parto prematuro na gestação atual, por isso não precisa ser internada e nem fazer tocolítico (atosiban).

Incorreta a alternativa C: a paciente não tem diagnóstico de trabalho de parto prematuro na gestação atual, por isso não precisa ser internada e nem fazer tocolítico (nifedipina)

Correta a alternativa D: temos uma gestante de 24 semanas com histórico obstétrico de aborto tardio (16 semanas) e prematuro extremo (28 semanas), o que indica o diagnóstico de insuficiência istmo cervical (IIC) e alto risco de prematuridade na gestação atual. Pelo histórico obstétrico de IIC, a paciente teria indicação de cerclagem eletiva (até 16 semanas). A progesterona vaginal está indicada para todas as gestantes com histórico de prematuridade para prevenção de parto prematuro na gestação atual. Como a paciente apresenta colo curto (15 mm) e está com 24 semanas, ela tem indicação de cerclagem terapêutica (até 26 semanas), além do uso da progesterona vaginal até 36 semanas ou manter apenas a progesterona vaginal, a depender do protocolo da instituição.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

83. Mulher de 32 anos, sexualmente ativa, comparece à consulta com o médico de família e comunidade para realização do seu primeiro exame preventivo. O médico realiza a coleta de citologia oncológica. Após 3 semanas, a paciente retorna com o resultado "presença de lesão intraepitelial de baixo grau".

Considerando esse resultado, qual é a conduta adequada do médico?

- A) Solicitar ultrassonografia transvaginal.
- B) Repetir o exame citopatológico em 6 meses.
- C) Encaminhar para a realização de colposcopia.
- D) Repetir o exame citopatológico imediatamente.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ALEXANDRE MELITTO

Estrategista, essa paciente fez uma colpocitologia oncológica para o rastreamento do câncer de colo uterino que apresentou como resultado lesão intraepitelial de baixo grau.

A lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL/LIEBG) é o segundo diagnóstico citológico mais frequente (precedido apenas por ASCUS). Representa a manifestação citológica da infecção pelo HPV, muito prevalente e com alto potencial de regressão, por isso uma conduta conservadora deve ser adotada.

Recomendações: mulheres com diagnóstico citopatológico de LSIL devem repetir o exame citopatológico em seis meses. Processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser tratados antes da nova coleta.

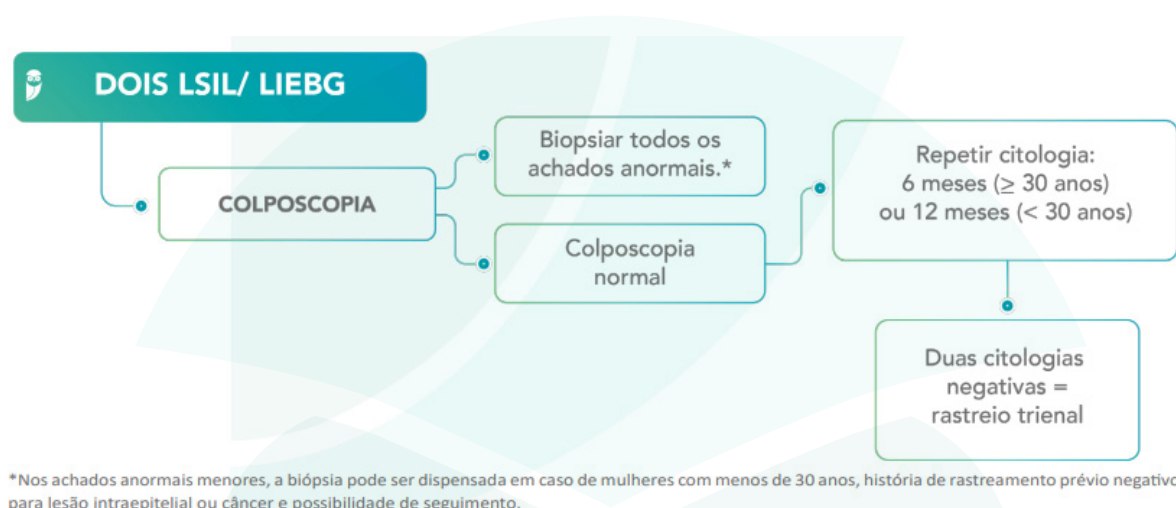
Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.

À colposcopia, se presentes achados anormais no colo do útero, deve-se realizar a biópsia. Presente NIC II/III ou câncer, deve-se seguir conduta específica. Caso presente NIC I, a paciente deverá ser mantida em seguimento citológico.

Quando presentes achados anormais menores, a biópsia poderá ser dispensada, considerando-se outros fatores, como idade menor do que 30 anos, rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). As pacientes não submetidas à biópsia devem ser seguidas com citologia em 12 meses até dois exames seguidos negativos, seguindo-se conduta específica a partir dos resultados subsequentes.

Considerando-se a alta possibilidade de sobretratamento e efeitos adversos, o método "ver e tratar" é inaceitável nas mulheres com citologia de LSIL. Na ausência de achados colposcópicos anormais no colo e na vagina, é recomendado repetir a citologia. A nova citologia deverá ser realizada a cada seis meses em mulheres com mais de 30 anos ou anualmente, nas mulheres até 30 anos. Caso o exame citopatológico seja negativo em dois exames seguidos, a mulher deve retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. Mantido o diagnóstico citopatológico de LSIL, a mulher deverá ser mantida em seguimento citológico até que os exames retornem à normalidade. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado.

Segue um resumo das principais recomendações:



1) As pacientes com colposcopia normal que retornam ao rastreio citológico só devem ser reencaminhadas a colposcopia na persistência de LSIL por 24 meses.

2) Como vimos, nos casos da lesão de baixo grau (NIC 1) no anatomopatológico, devido a sua possibilidade de regressão, a conduta é repetição da citologia. Entretanto, a diretriz de 2016 recomenda que, caso a paciente tenha biópsia de NIC 1 persistente por 24 meses, a manutenção do seguimento ou o tratamento são aceitáveis, sendo recomendada a individualização considerando a idade, paridade e preferências da paciente.

Se a opção for pelo tratamento, nos casos de JEC visível e a menos de um centímetro no canal (ZT tipo 1 ou 2), pode-se optar por métodos destrutivos (eletrocauterização, criocauterização ou laserterapia) ou excisão tipo 1 ou 2. Quando a decisão for tratar e a ZT for tipo 2 (com JEC além do primeiro centímetro do canal) ou 3, a indicação de um procedimento excisional (excisão tipos 2 ou 3) deve ser criteriosamente avaliada frente ao risco obstétrico.

Situações especiais:

- Mulheres até 24 anos: como nós já sabemos, pacientes nessa faixa etária não devem ser submetidas à coleta de citologia, mas, caso você se depare com essa situação, lembre-se de que, nessa faixa etária, apesar da alta prevalência da infecção pelo HPV, a chance de regressão é alta.

Recomendação: repetir citologia em 3 anos. Caso a nova citologia seja normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos. Caso se mantenha a atipia citológica, a paciente persiste no rastreio trienal e só deve ser encaminhada a colposcopia aos 25 anos.

Caso a paciente tenha diagnóstico histológico de NIC 1, deve repetir a citologia em 3 anos. Métodos excisionais não estão indicados antes dos 25 anos.

- Gestantes: como já discutimos, a colposcopia da gestante pode mimetizar alterações intraepiteliais. Por isso, qualquer abordagem diagnóstica da gestante com citologia LSIL deve ser feita apenas após 3 meses do parto.
- Mulheres na pós-menopausa: a atrofia pode simular uma alteração epitelial. Por isso, antes de repetir a citologia, é fundamental realizar estrogênio terapia tópica.
- Imunossuprimidas: nessas pacientes, a infecção pelo HPV é mais persistente e existe maior prevalência de lesão intraepitelial e câncer.

Recomendação: encaminhar para colposcopia logo no primeiro exame alterado.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a ultrassonografia transvaginal não é indicada para o rastreamento do câncer de colo uterino.

Correta a alternativa B: a conduta diante do resultado de colpocitologia com lesão de baixo grau em mulheres com 25 anos ou mais é

repetir o exame citopatológico em 6 meses.

Incorreta a alternativa C, porque essa seria a conduta indicada diante do resultado de lesão de alto grau na colpocitologia.

Incorreta a alternativa D, porque não faz sentido repetir o exame citopatológico imediatamente, já que a amostra foi adequada e satisfatória e não há dúvidas quanto ao resultado.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

84. A agente comunitária de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) relata, durante a reunião de equipe, a sua preocupação com os idosos de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) no território da UBS. Em sua última visita, a agente observou que, na instituição, havia 38 idosos vivendo em isolamento excessivo, a maioria sem vínculos familiares ativos e sofrendo constantes agressões dos funcionários. Comenta, ainda, que havia sinais de contenção física em idosos com demência avançada e presença de lesões de pressão.

Qual é a conduta mais adequada da equipe de saúde?

- A) Formalizar denúncia ao Conselho Municipal do Idoso, considerando que situações como contenção e úlcera por pressão podem acontecer em ambientes de institucionalização prolongada e não requerem intervenção clínica imediata.
- B) Oferecer apoio clínico para os casos de maior vulnerabilidade, como os com lesão por pressão e agitação psicomotora, sugerindo adequações na rotina assistencial, respeitando a autonomia da ILPI.
- C) Articular ação intersetorial com órgãos de controle social, registrar notificação compulsória de violência institucional e elaborar plano de ação conjunta com a equipe da ILPI.
- D) Agendar reuniões quinzenais com a equipe da ILPI para educação permanente sobre cuidados paliativos, sem envolver outras instâncias legais ou sociais.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: LAÍS PARADA

Fique de olho, Estrategista!

Essa é uma questão muito comum na banca INEP, abordando a violência contra a pessoa idosa.

De acordo com o Estatuto do Idoso, a violência é definida como:

"[...] qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)"

Outros artigos relevantes do Estatuto incluem:

- **Art. 97:** criminaliza a omissão de socorro, a recusa, o retardo ou a dificuldade na assistência à saúde da pessoa idosa, bem como o não pedido de socorro à autoridade pública. A pena é de detenção de 6 meses a 1 ano e multa.
- **Art. 99:** criminaliza a exposição da pessoa idosa a perigo, submetendo-a a condições desumanas, degradantes, privação de alimentos e cuidados essenciais, ou sujeitando-a a trabalho excessivo/inadequado. A pena é de detenção de 2 meses a 1 ano e multa.

É importante ressaltar que casos confirmados ou suspeitos de violência contra o idoso são de **notificação compulsória** (Portaria MS nº 1.271/2014 e atualizações).

No campo da gerontologia, diversas formas de violência são reconhecidas:

- **Violência física (ou maus-tratos físicos):** inclui empurrões, beliscões, tapas, agressões com objetos, sendo o ambiente familiar o local mais comum.
- **Violência sexual:** pode ser um subtipo da violência física, ocorrendo mais frequentemente em instituições de longa permanência para idosos e afetando majoritariamente mulheres. A supressão da sexualidade da pessoa idosa por familiares ou cuidadores também se enquadra aqui.
- **Violência psicológica (ou abuso psicológico):** caracterizada por menosprezo, insultos, preconceito e discriminação, com exemplos como "você já não serve para nada" ou "você só dá trabalho".

- **Negligência:** privação da assistência necessária, mais comum em pessoas com dependência funcional. Exemplos incluem não ofertar alimentação, desidratação, privação de medicamentos e falta de higiene. Essa é a forma mais comum de violência contra a pessoa idosa no Brasil.
- **Violência patrimonial:** usurpação do patrimônio do idoso, como tomar seu quarto, retirar bens sem consentimento, apropriar-se de cartões bancários e fazer dívidas em seu nome.

Além disso, a violência pode ser classificada quanto ao agente praticante:

- **Violência intrafamiliar:** cometida pela própria rede familiar.
- **Violência institucional:** praticada por instituições, como planos de saúde ou ILPIs.
- **Violência estrutural:** enraizada nas estruturas sociais, políticas e econômicas, depreciando o papel da pessoa idosa na sociedade.

Voltando para a questão, esse caso apresenta uma situação **grave de violação de direitos humanos e negligência institucional** em uma ILPI. Os elementos descritos configuram múltiplas formas de violência e maus-tratos:

- **Violência física:** agressões pelos funcionários.
- **Negligência:** lesões por pressão (indicativo de cuidados inadequados).
- **Violência institucional:** isolamento excessivo, contenção física inadequada.
- **Vulnerabilidade social:** ausência de vínculos familiares ativos.

A equipe não está diante de "dificuldades esperadas da institucionalização", mas, sim, de **crimes tipificados** (art. 99 do Estatuto do Idoso) que exigem ação coordenada, intersetorial e urgente.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A. Essa alternativa **minimiza a gravidade:** agressões de funcionários, lesões por pressão e contenções inadequadas NÃO são "situações normais" da institucionalização. Propõe uma **omissão de conduta** - lesões por pressão e situações de violência EXIGEM intervenção clínica imediata. Ademais, **apenas** notificar o Conselho Municipal não basta - é necessária notificação compulsória ao sistema de saúde e articulação com Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros órgãos.

Incorreta a alternativa B. Essa alternativa não inclui a **notificação obrigatória**, violando o dever legal de notificar violência contra idosos. Ao não denunciar, a equipe torna-se conivente com os maus-tratos. Ademais, está incorreto "**respeitar a autonomia da ILPI**", se tiver causando danos aos idosos; a autonomia institucional NÃO se sobrepõe aos direitos humanos e à proteção dos idosos. Por fim, oferecer apenas "apoio clínico" não resolve o problema sistêmico de violência institucional e "sugerir adequações" para uma instituição que comete agressões não é efetivo.

Correta a alternativa C. Estrategista, essa alternativa contempla todos os elementos necessários:

- 1- **Notificação compulsória:** cumpre obrigação legal (SINAN, ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada).
- 2- **Ação intersetorial:** envolve Vigilância Sanitária, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Assistência Social - necessário para casos complexos.
- 3- **Órgãos de controle social:** Conselhos de Direitos, Ministério Público, que têm poder fiscalizador e punitivo.
- 4- **Plano de ação conjunto:** após as medidas legais, trabalhar na reestruturação dos cuidados (não antes).
- 5- **Abordagem integral:** protege os idosos imediatamente e busca transformar a realidade institucional.

Essa é a única alternativa que **protege os idosos, cumpre a legislação e busca solução sustentável.**

Incorreta a alternativa D. Essa alternativa refere não precisar acionar outras instâncias legais e sociais, isso é omissão de um crime que está sendo realizado, também não há menção à notificação. Ademais, **educação permanente isolada** não resolve agressões físicas cometidas por funcionários; ainda, a proposta de educação é em relação a cuidados paliativos, em uma situação em que o principal problema é ético-legal, não técnico de cuidado paliativos. Acrescento ainda que tratar agressões e maus-tratos como "déficit de conhecimento" é inadequado. É necessário uma ação intersetorial e integral do problema.

Gabarito: C

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

85. Mulher de 42 anos é levada pelo irmão à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com fala alterada, lentificação, tontura e sonolência. Ela admite ter ingerido 30 comprimidos de clonazepam 2 mg há 20 minutos. Paciente evolui com hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, sendo caracterizado coma e indicada a ventilação mecânica.

Que medicação é indicada nessa situação?

- A) N-acetilcisteína.
- B) Flumazenil.
- C) Naloxona.
- D) Atropina.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THALES THAUMATURGO

Estrategista, a intoxicação **grave** por benzodiazepínicos pode causar sedação, hiporreflexia, ataxia, hipotensão, bradicardia e, em casos graves, depressão respiratória e coma.

Cabe ainda ressaltar, que os benzodiazepínicos e as drogas “Z” são muito seguras e com alto índice terapêutico, com sua dosagem letal distanciando-se cerca de 200 vezes da dosagem terapêutica. Por isso, casos de morte são raros quando ocorrem intoxicações apenas com benzodiazepínicos ou drogas “Z”, acontecendo principalmente quando essas substâncias são consumidas em conjunto com outros depressores do SNC.

Dessa forma, o flumazenil é a droga de escolha para reverter os efeitos causados pela intoxicação por benzodiazepínicos e drogas “Z”, como o zolpidem, contudo deve ser administrado apenas em casos considerados graves, em que há depressão respiratória.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: a NAC é o antídoto para intoxicações provocadas pela ingestão de paracetamol.

Correta a alternativa B: conforme discutido na introdução. Ressalta-se que não devemos realizar flumazenil nos pacientes que também se intoxicaram, de maneira concomitante, com drogas com grande potencial convulsivante, como os tricíclicos. Portanto, o flumazenil não pode ser utilizado quando as circunstâncias da intoxicação não estão claras, assim não podemos realizar um "teste terapêutico às cegas" com flumazenil (com a naloxona, é possível).

Incorreta a alternativa C: trata-se do antídoto para intoxicações provocadas por drogas narcóticas, como a morfina e o fentanil.

Incorreta a alternativa D: a atropina é o antídoto utilizado para a reversão da intoxicação colinérgica, provocada por carbamatos ou organofosforados.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

86. Mulher de 55 anos, sem história de doenças crônicas, procura atendimento por queixa de cefaleia persistente em ambos os lados do crânio, associada a alterações de visão (amaurose fugaz e diplopia), cansaço e artralguas. Relata dor em todo o couro cabeludo. Notou perda de peso (2 kg em 2 meses). Nega fotofobia ou fonofobia, febre ou náuseas, e afirma que não acorda de madrugada por conta da cefaleia. Nega qualquer problema de ordem emocional. Ao exame, a paciente encontra-se afebril, com pupilas isocóricas e sem rigidez de nuca.

Qual é o tipo de cefaleia dessa paciente, e que exame seria útil na sua investigação preliminar, respectivamente?

- A) Cefaleia primária (cefaleia tensional); nenhum exame é necessário.
- B) Cefaleia secundária (hemorragia subaracnóidea); análise de liquor.
- C) Cefaleia primária (migrânea); tomografia computadorizada de encéfalo.
- D) Cefaleia secundária (arterite temporal); velocidade de hemossedimentação.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF TAYSA MOREIRA

Estrategista, ao nos depararmos com paciente com mais de 50 anos apresentando cefaleia nova e persistente associada a queixas constitucionais (perda de peso, cansaço, artralguas) e visuais, como diplopia e amaurose fugaz, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser arterite de células gigantes (ACG) ou arterite temporal.

Incorreta a alternativa A: as cefaleias primárias são aquelas em que a dor de cabeça é o sintoma determinante e não se encontra outro motivo para explicar melhor a doença. Nesse caso em que temos queixas sistêmicas e oftalmológicas associadas à cefaleia, definitivamente devemos pensar em alguma etiologia secundária. Ou seja, uma doença ou condição que tem a cefaleia como sintoma dentro de seu quadro clínico.

Incorreta a alternativa B: a hemorragia subaracnóidea manifesta-se, classicamente, com uma cefaleia súbita que se instala e atinge sua intensidade máxima dentro de poucos segundos/minutos (cefaleia em trovoada ou *thunderclap headache*). Ainda que não seja súbita, a dor pode ter características inéditas (nunca ter sido sentida antes) ou então ser referida como a pior dor da vida. Sinais de irritação meníngea, como rigidez de nuca, estão presentes na maioria dos casos. Logo, vemos que não há relação com o quadro apresentado no enunciado.

Incorreta a alternativa C: como discutido na alternativa A, temos aqui uma cefaleia secundária. No mais, ainda que haja a possibilidade de uma aura visual, na enxaqueca, esperamos crises recorrentes de dor com características típicas, como unilateralidade e presença de náuseas, vômitos, foto e fonofobia, além de não justificar o quadro sistêmico apresentado pela paciente.

Correta a alternativa D: a ACG é uma vasculite sistêmica primária caracterizada pelo acometimento inflamatório da aorta e seus grandes ramos, especialmente artérias vertebral, subclávia (e artéria axilar) e ramos extracranianos das carótidas, incluindo a artéria temporal. Acomete indivíduos a partir dos 50 anos de idade e é a vasculite sistêmica mais comum em idosos. As manifestações clínicas surgem, na maioria dos pacientes, de forma insidiosa com piora progressiva ao longo de semanas ou meses. O processo inflamatório sistêmico é responsável por sintomas constitucionais, como febre, mal-estar, fadiga, redução de apetite e perda de peso. Os sintomas vasculares são decorrentes da obstrução luminal e isquemia dos tecidos supridos pelas artérias envolvidas, além do dano estrutural à parede dos vasos e eventual formação de aneurismas. O sintoma vascular craniano mais comum é a cefaleia, classicamente em topografia temporal, mas que pode assumir outros padrões, como holocraniana, occipital ou periorbitária, com intensidade variável e, por vezes, refratária à analgesia simples. A hipersensibilidade do couro cabeludo é comum e pode ser localizada ou difusa. Queixas visuais, como visão dupla, borramento e amaurose fugaz são descritos e a perda visual permanente é a complicação mais temida, podendo surgir de forma abrupta como a primeira manifestação da doença. Claudicação de mandíbula desencadeada, em geral, pela fala ou pela mastigação, é o achado clínico mais específico de ACG. Laboratorialmente, esperamos achados decorrentes da inflamação sistêmica, sendo essa umas das doenças que mais elevam PCR e, principalmente, VHS. Por isso, ainda que tais exames sejam inespecíficos, diante de um paciente com mais de 50 anos que apresenta cefaleia, queixas visuais e VHS significativamente elevado, podendo estar próximo ou ser maior do que 100 mm/hora, ACG deverá ser uma hipótese diagnóstica.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

87. Adolescente de 13 anos, sexo masculino, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) devido a manchas escurecidas nas dobras do pescoço, axilas e virilhas. Ao exame físico, índice de massa corporal está no Z score entre +2 e +3 para a idade e sexo, relação da circunferência abdominal/estatura aumentada, com manchas hiperocrômicas no pescoço, axilas e raiz da coxa, sem outros achados significativos.

Além de prescrever mudança de hábitos alimentares e aumento da atividade física, deve-se:

- A) solicitar biópsia das lesões e hemoglobina glicada.
- B) solicitar perfil lipídico e ultrassonografia de abdome.
- C) indicar corticoide tópico nas lesões e evitar exposição solar.
- D) indicar antifúngico nas lesões e solicitar teste de tolerância oral à glicose.

COMENTÁRIO E PROFESSOR (BRUNO CALVO)

Fala, Coruja!

Acho que não é novidade para ninguém aqui a relação da obesidade com inúmeros problemas de saúde física e psicológica. Esse problema se torna ainda maior na infância, pois as alterações metabólicas e endocrinológicas resultantes de uma obesidade nessa fase da vida podem ser carregadas para o resto da vida. Por isso, devemos diagnosticar e intervir cedo.

É claro que existem os pacientes com **obesidade endógena** (com doenças ou alterações monogênicas que favorecem a obesidade), mas fato é que a maioria das pessoas com obesidade estão no grupo da **obesidade exógena** (poligênica, resultado da interação com um estilo de vida e ambientes que favorecem ganho de peso).

Para diagnosticar obesidade em crianças e adolescentes, utilizamos o **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 ≤ +3	Sobrepeso	Obesidade
> +1 e ≤ +2	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
≥ -2 e ≤ +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

Ao diagnosticar uma criança com obesidade, é importante investigarmos a presença de comorbidades como resistência insulínica, esteatose hepática, dislipidemias e hipertensão arterial sistêmica. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a solicitação dos seguintes exames inicialmente:

Exame	Valor de referência
Glicemia de jejum	<100mg/dL
Teste oral de tolerância à glicose	<140mg/dL
Glicemia casual	≥ 200 mg/dL indica diabetes mellitus
Colesterol total	<150mg/dL
LDL-c	<100mg/dL
HDL-c	≥ 45 mg/dL
Triglicérides	<100mg/dL
ALT ou TGP	<49 U/L



USG abdome

Ah, e claro: sempre fique atento às pistas no enunciado que apontem para causas endógenas de obesidade que mereçam uma investigação e/ou tratamento específicos.

Falando em tratamento, vale lembrar que não existe solução simples para um problema multifatorial e complexo como a obesidade:

- Educação nutricional: tanto para as famílias quanto para a criança, reduzindo consumo de alimentos processados, açúcar refinado e gordura saturada, bem como aumentar ingestão de água, fibras e proteínas.
- Atividade física: realizar de 30 a 60 minutos de atividade física vigorosa diariamente. Parece muito, mas é o mínimo para que a criança não seja sedentária.
- Higiene do sono: 10 a 13 horas para crianças em idade pré-escolar e de 8 a 10 horas para adolescentes.
- Tempo de tela: não exposição para crianças menores de 2 anos e, para crianças maiores de 2 anos, um total diário máximo de 2 horas.
- Avaliação e acompanhamento psicológico, inclusive em grupos terapêuticos.

Para as crianças obesas < 7 anos e sem comorbidades, visamos a manutenção do peso enquanto esperamos o crescimento da estatura. Dessa forma, o IMC vai se normalizando com o tempo. A perda excessiva de peso pode acabar comprometendo o crescimento e desenvolvimento da criança, então evitamos nos casos “mais leves”.

No entanto, a partir dos 7 anos ou em casos de obesidade grave e/ou na presença de comorbidades associadas, a recomendação é de redução de 0,5 a 1 kg/mês em pré-escolares ou escolares e de até 1 kg em adolescentes.



Evite alternativas com tratamentos agressivos e medicamentosos (exceto se causas graves/secundárias).

Em crianças pequenas, preconiza-se **MANUTENÇÃO DO PESO**.

Em adolescentes com desenvolvimento puberal avançado, **PERDA DO PESO**.

Bom, nós da medicina gostamos de falar de medicamentos. Mas, Coruja, tanto para sua prova quanto para a vida, a mudança de estilo de vida certamente é o mais importante e frequentemente cobrado. Até porque o tratamento farmacológico da obesidade infantil ainda é temático não consensual. Entre as medicações, podemos utilizar metformina, orlistate, liraglutida e semaglutida (as três últimas a partir dos 12 anos, especialmente se peso > 60 kg e IMC > 30 kg/m²). Dessas, atualmente a liraglutida é considerada a opção mais estudada e segura. A cirurgia bariátrica só está indicada em casos refratários, e indicada antes de o adolescente atingir os estágios IV e V do desenvolvimento puberal de Tanner.

Voltando para nossa questão...

Temos um paciente de 13 anos com as seguintes alterações:

Manchas escurecidas nas dobras: típica de acantose *nigricans*, altamente sugestivo de resistência à insulina e hiperinsulinismo! Muito possivelmente, esse adolescente já é diabético.



Acantose nigricans em região cervical de paciente obeso. (Fonte: Shutterstock; autor: Dermatology11).

IMC entre +2 e +3: diagnóstico de obesidade.

Circunferência abdominal aumentada: altamente sugestivo de síndrome metabólica.

Síndrome metabólica na infância		
< 10 anos	Entre 10 e 16 anos	> 16 anos
<p>A SM ainda não pode ser diagnosticada nessa faixa etária, mas é de alta suspeição clínica quando houver presença de obesidade central (circunferência abdominal \geq P.90) e história familiar de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome metabólica - Diabetes tipo 2 - Dislipidemia - Doença cardiovascular - Hipertensão 	<p>Obesidade central e 2 ou mais dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia \geq 100mg/dL (TTOG recomendado) ou diabetes tipo 2 já diagnosticado. - Pressão sistólica \geq 130 mmHg e/ou diastólica \geq 85 mmHg. - Triglicerídeos \geq 150mg/dL. - HDL $<$ 40mg/dl. 	<p>Mesmos critérios utilizados para os adultos.</p>

A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda os seguintes exames para a avaliação inicial de crianças com SUSPEITA de síndrome metabólica: perfil glicêmico, lipidograma, ácido úrico, AST/ALT/GGT/FA, função renal, PCR, TSH e T4L, microalbuminúria e USG de abdome superior. Note que temos alguns exames “a mais” do que os solicitados ao diagnóstico de obesidade.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. A dosagem de HbA1c está indicada, mas não há necessidade de biópsia da lesão para diagnosticar uma acantose *nigricans*. Os fatores de risco e distribuição das lesões são altamente sugestivas deste diagnóstico.

Correta a alternativa B. O USG vai para avaliação de esteatose hepática (juntamente com as enzimas hepáticas); o lipidograma é útil para avaliar a presença de dislipidemia. Eu incluiria, certamente, uma avaliação do perfil glicêmico e pressórico do paciente. O risco de síndrome metabólica aqui é muito alto!

Incorreta a alternativa C. O tratamento da acantose *nigricans* envolve resolução da causa de base: melhorar a resistência periférica à insulina para reduzir a insulinemia. Não adianta passar corticoide!

Incorreta a alternativa D. Não temos descrição compatível com infecção fúngica nas lesões (descamação, prurido, eritema), muito embora seja uma complicação possível.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

88. Homem de 72 anos, encaminhado a ambulatório especializado, com queixa de dor epigástrica, com irradiação em faixa para região dorsal há 3 meses e perda de 8 kg. Queixa-se que na última semana está com prurido, icterícia, náuseas, colúria e acolia. Refere carga tabágica de 30 maços/ano e consumo de bebida alcoólica há 35 anos. Há 15 anos, trata de dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Índice de massa corporal de 30 kg/m².

Com base na principal hipótese diagnóstica, que exames iniciais devem ser solicitados?

- A) Ultrassonografia de abdome, dosagem de aminotransferases, bilirrubinas e sorologias para hepatites.
- B) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada e dosagem de aminotransferases e gama GT.
- C) Ressonância magnética de abdome e dosagem de amilase, lipase e cálcio.
- D) Tomografia de abdome com contraste e dosagem de CA 19.9.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de um paciente idoso com antecedente de tabagismo, etilismo, DM, HAS e dislipidemia, com queixa de dor abdominal, icterícia, colúria, acolia fecal, prurido cutâneo, emagrecimento, sinais e sintomas sugestivos de neoplasia periampular (cabeça de pâncreas, colédoco distal, papila duodenal) ou das vias biliares.

O diagnóstico deve ser confirmado com exames de imagem, como tomografia de abdome e/ou colangiorressonância de abdome, além da coleta de marcadores tumorais.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: em pacientes com icterícia, sem perda ponderal, a **ultrassonografia abdominal** pode ser realizada como **primeiro exame**, a fim de descartar doenças das vias biliares. Mas o paciente apresenta um quadro de icterícia obstrutiva associada à síndrome consumptiva, sendo a principal hipótese neoplasia de cabeça de pâncreas, por isso devemos solicitar uma tomografia de abdome. Além disso, o quadro clínico não é sugestivo de hepatite, não estando indicada a coleta de sorologias.

Incorreta a alternativa B: o aumento das aminotransferases e gama-GT deve ocorrer nesse caso, mas não fecha o diagnóstico. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada estaria indicada para diagnóstico e tratamento de obstrução da via biliar, por exemplo, por coledocolitíase e drenagem da via biliar nos casos de colangite aguda. Mas, antes de solicitar a CPRE, devemos confirmar o diagnóstico com exames de imagem, inicialmente com ultrassonografia de abdome e, pensando em neoplasia, tomografia de abdome e/ou colangiorressonância.

Incorreta a alternativa C: a ressonância magnética de abdome seria um bom exame para diagnóstico de neoplasia pancreática ou das vias biliares, mas a dosagem de amilase, lipase e cálcio estaria indicada na suspeita de pancreatite aguda.

Correta a alternativa D: como vimos, diante de suspeita de neoplasia periampular ou das vias biliares, exames de imagem como a tomografia de abdome devem ser solicitados. A sensibilidade da tomografia computadorizada depende da técnica utilizada, sendo ideal a realização da tomografia computadorizada helicoidal multidetectores com estudo trifásico, cuja sensibilidade será de 89 a 97%.

O **CA 19-9** é o melhor marcador para câncer de pâncreas, **apresentando sensibilidade de 79 a 81% e especificidade de 80 a 90%** em pacientes sintomáticos, porém apresenta **um baixo valor preditivo positivo**, o que o torna um marcador ruim para rastreio. Portanto, o CA 19-9 é excelente e muito indicado para **avaliar prognóstico** e para **seguimento** do paciente, mas não é útil para o rastreio do câncer de pâncreas.

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

89. Gestante de 28 anos, idade gestacional desconhecida, situação de vulnerabilidade social, chega, trazida pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU), com sangramento vaginal intenso, hipertonia uterina, pressão arterial de 130 x 90 mmHg, altura uterina de 32 cm, batimentos cardíacos fetais de 90 bpm. Toque vaginal: colo grosso, posterior impérvio. A acompanhante refere que a paciente fez uso de cocaína antes do ocorrido.

O diagnóstico, a conduta adequada e a complicação possível são, respectivamente:

- A) descolamento de placenta; cesárea, útero de Couvelaire.
- B) rotura de vasa prévia; amniotomia; anemia fetal.
- C) trabalho de parto; inibição; prematuridade.
- D) pré-eclâmpsia; cesárea, rotura uterina.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. NATÁLIA CARVALHO

O que o examinador quer saber: sobre descolamento prematuro de placenta.

Descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação parcial ou total da placenta, normalmente inserida, antes do nascimento do feto. Esse diagnóstico é feito para gestações de 20 semanas ou mais, isto é, a partir da segunda metade da gestação.

O diagnóstico de DPP é eminentemente clínico, por meio da apresentação dos seguintes sinais e sintomas:

- início abrupto do sangramento vaginal, que pode ser de intensidade leve a grave;
- dor abdominal súbita;
- dor à palpação do útero (hipersensibilidade uterina);
- contrações uterinas, taquissístolia;
- hipertonia uterina (útero lenhoso);
- hipotensão, taquicardia;
- alteração da frequência cardíaca fetal;
- trabalho de parto prematuro;
- bolsa corioamniótica tensa ao toque.

O sangramento vaginal ocorre em torno de 80% dos casos, mas a perda sanguínea é, na maioria das vezes, subestimada, porque a maior parte do sangramento fica retida no útero. Por isso, a quantidade de sangramento vaginal não se correlaciona com o grau de descolamento e não serve como um marcador de risco materno ou fetal.

Toda gestante com suspeita de DPP precisa ser internada e monitorizada hemodinamicamente. Deve-se garantir acesso venoso calibroso, realizar a administração de cristaloides, colher exames (hemograma, coagulograma, creatinina e tipagem sanguínea) e solicitar reserva de sangue. É importante quantificar o débito urinário, por isso a sondagem vesical de demora muitas vezes faz-se necessária. Se a paciente apresentar instabilidade hemodinâmica, ela deve ser transferida rapidamente para unidade de terapia intensiva.

Em pacientes com choque hipovolêmico, a volemia deve ser estabelecida por transfusão sanguínea. Na hipótese de a paciente apresentar coagulopatia, administra-se plasma fresco congelado e plaquetas, de preferência ainda antes da resolução da gestação.

Diante de instabilidade hemodinâmica, isto é, quando a gestante apresentar hipotensão, taquicardia, regular estado geral ou sangramento vaginal intenso, a conduta deve ser a resolução imediata da gestação, por cesariana de emergência, independentemente da situação do feto.

Nos casos em que há cervicodilatação, recomenda-se a amniotomia imediata para reduzir a pressão intra-amniótica e, assim, diminuir a entrada na circulação materna de tromboplastina e fatores de coagulação que são ativados pela presença do coágulo retroplacentário.

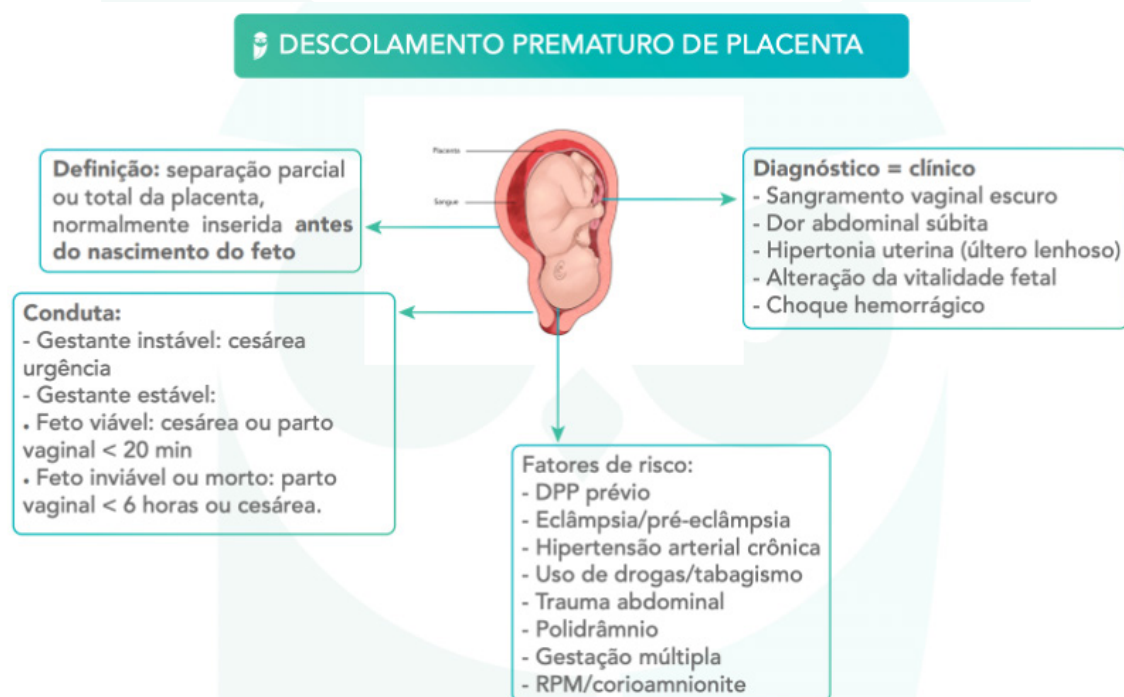
Se a gestante não apresentar instabilidade hemodinâmica, isto é, se tiver pressão arterial e pulso normais, se houver sangramento vaginal pequeno e bom estado geral, a conduta vai depender da vitalidade e viabilidade fetal.

A conduta obstétrica mais aceita diante de feto vivo e viável é a resolução da gestação por cesárea de urgência, a não ser que o parto vaginal seja iminente. Em casos muito selecionados, se a gestante estiver em uma fase avançada do trabalho de parto e apresentar estabilidade hemodinâmica e feto com boa vitalidade fetal (cardiotocografia e perfil biofísico fetal normais), pode-se aguardar o parto vaginal, com monitorização fetal contínua, por no máximo 20 min.

Quando a gestante apresenta-se estável e há óbito fetal ou o feto é inviável, o parto vaginal é a via desejável, por apresentar menos morbidade materna do que a cesariana. Nesses casos, também se deve realizar amniotomia imediata para diminuir a pressão intra-amniótica. Se o trabalho de parto não estiver evoluindo, utiliza-se ocitocina para acelerá-lo. O ideal é que o parto ocorra dentro das primeiras 6 horas. Se houver instabilidade materna, deve-se interromper a gestação pela via mais rápida.

As complicações maternas e fetais dependem da severidade do descolamento da placenta e da idade gestacional em que o parto ocorre. As complicações maternas estão relacionadas à perda sanguínea excessiva com necessidade de transfusão sanguínea, que pode levar a choque hipovolêmico, insuficiência renal por necrose cortical aguda, falência de múltiplos órgãos, histerectomia puerperal, coagulação intravascular disseminada e morte.

Quando o descolamento é extenso, o sangue pode infiltrar o miométrio, que fica com aspecto arroxeado, sendo denominado útero de Couvelaire. Nesses casos, o útero não consegue contrair, levando à atonia uterina e hemorragia pós-parto, que respondem pouco ao tratamento com uterotônicos, evoluindo, na maioria dos casos, para histerectomia puerperal.



Comentários:

Correta a alternativa A: temos uma gestante com mais de 20 semanas (altura uterina de 32 cm) com sangramento vaginal intenso,

hipertonia uterina, bradicardia fetal, configurando um quadro clássico de descolamento prematuro de placenta (DPP). O uso de cocaína corrobora com esse diagnóstico, uma vez que é fator de risco para DPP. A conduta diante de um DPP com bradicardia fetal é a realização de cesariana de urgência e uma complicação possível é o útero de Couvelaire.

Incorreta a alternativa B: a rotura de vasa prévia ocorre após amiotomia e não há hipertonia uterina associada. A anemia fetal é uma complicação da hipertonia uterina, uma vez que o sangramento é fetal.

Incorreta a alternativa C: no trabalho de parto, não há sangramento intenso nem hipertonia uterina.

Incorreta a alternativa D: a pré-eclâmpsia é um fator de risco para DPP, mas não é a causa do quadro clínico apresentado pela gestante.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

90. Homem de 23 anos, previamente hígido, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) relatando que há cerca de 2 horas foi mordido por um gato de rua ao tentar retirá-lo de cima de uma árvore. A mordida resultou em feridas cortocontusas nos dedos da mão esquerda. Paciente nega episódios anteriores de agressões desse tipo. O animal, que não pertence a ninguém da vizinhança, fugiu após ser resgatado. Na cidade, no ano anterior, houve a confirmação de raiva em felinos.

A conduta adequada no atendimento imediato ao paciente é:

- A) higienizar adequadamente e suturar as lacerações; aplicar o soro antirrábico; prescrever 1 dose de penicilina benzatina 1,2 milhão de UI.
- B) lavar os ferimentos com antissépticos; aguardar a busca ativa do animal pela zoonose para início da profilaxia; aplicar reforço da vacina dT (difteria e tétano).
- C) lavar os ferimentos com água corrente abundante e sabão; administrar a vacina antirrábica em 4 doses, nos dias 0, 3, 7 e 14; aplicar imunoglobulina humana antirrábica.
- D) higienizar com solução antisséptica; administrar a 1ª dose da vacina antirrábica; na presença de qualquer reação adversa, contraindicar as doses subsequentes; aplicar o soro antirrábico.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: HELENA

Olá, Estrategista,

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

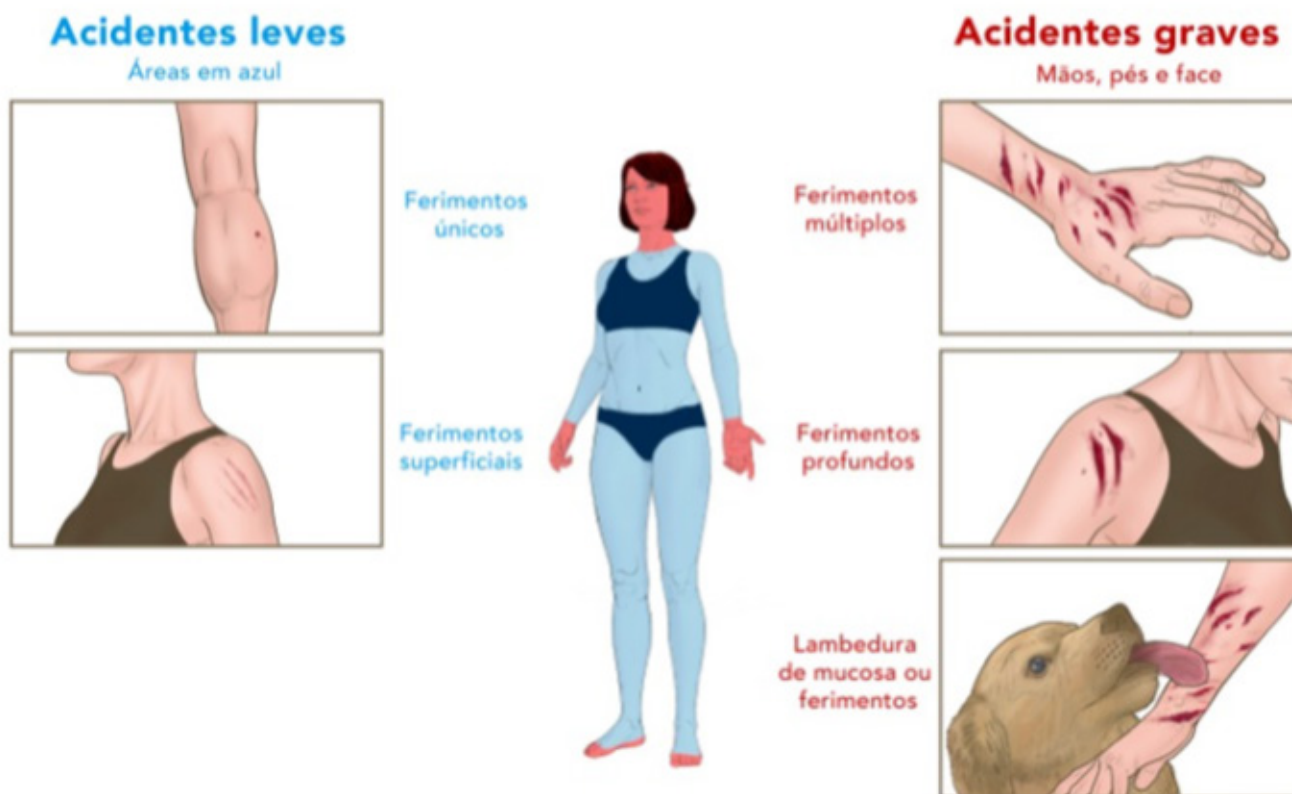
Para definirmos a conduta em um paciente com exposição devemos analisar dois principais aspectos: quais são o animal e o tipo de ferimento.

1) Qual é o ferimento?

Ferimentos leves são aqueles únicos, superficiais e nas partes azuis da figura a seguir.

Ferimentos graves são múltiplos, profundos, lambadura de mucosa ou ferimento ou em regiões "nobres": mãos, pés e cabeça.

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

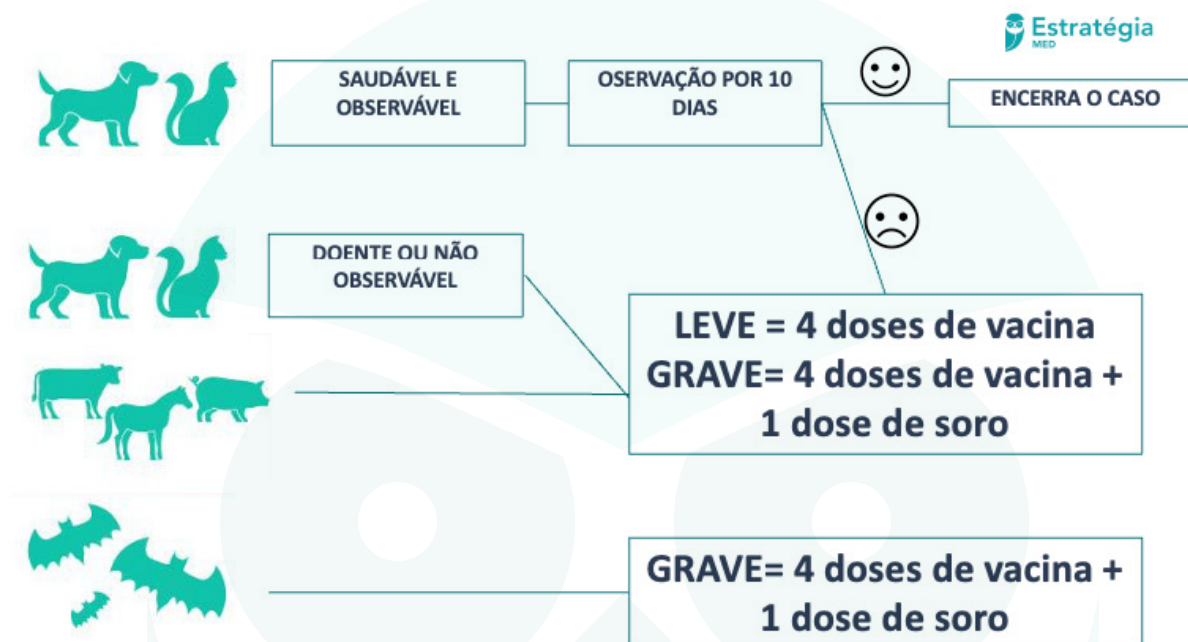


2) Qual é o animal?

- Para cães e gatos domésticos, dependem basicamente da possibilidade de observação e se ele está saudável.
- Se observável e saudável, apenas lavar o ferimento e observar por 10 dias.
- Caso o animal permaneça saudável, encerramos o caso.
- Caso o animal morra, desapareça ou apresente sinais de raiva, indicamos profilaxia.

Acidentes leves recebem 4 doses da vacina. Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.

- Se não observável ou com sinais sugestivos da raiva.
- Acidentes leves recebem 4 doses da vacina.
- Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.
- Mamíferos domésticos de interesse econômico, como vaca, boi, cavalo, porco. Devemos sempre agir de imediato.
- Se acidente leve, fazer quatro doses da vacina.
- Se acidente grave, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.
- Morcegos e outros animais silvestres. Devemos sempre agir de imediato e considerar o caso como grave.
- Independentemente do tipo de acidente, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.



Vamos voltar ao caso?

O ferimento foi em mão, portanto é considerado como grave. O gato é de rua e não é observável. Portanto, devemos aplicar 4 doses da vacina e 1 dose de imunoglobulina ou soro. Além disso, lembre-se de que os ferimentos causados por mordeduras e arranhaduras serão, por definição, feridas contaminadas. Visto isso, a sutura primária não deve ser realizada de rotina, pois a aproximação total de fâscias, planos musculares, subcutâneo e pele poderá predispor a infecções profundas e à formação de abscessos. Por fim, devemos utilizar antibioticoterapia preemptiva (lesão em um paciente com alto risco para desenvolver uma infecção), pois trata-se de um ferimento em mão.

Vamos analisar as alternativas

Incorreta a alternativa A. Não há indicação de sutura. Além do soro, devemos usar as 4 doses de vacina. A antibioticoterapia preemptiva deve ser com amoxicilina + clavulanato.

Incorreta a alternativa B. Está correto lavar o ferimento com antisséptico (clorexidina, PVPI) ou simplesmente água e sabão. Não aguardamos a busca pelo animal para iniciar a profilaxia. Para indicarmos a profilaxia antitetânica, precisaríamos conhecer a situação vacinal do paciente.

Correta a alternativa C. Devemos lavar o ferimento, aplicar 4 doses de vacina e uma dose de imunoglobulina ou soro antirrábicos.

Incorreta a alternativa D. Atualmente, o PNI distribui como rotina a vacina de células Vero (PVRV) e mantém um pequeno estoque de vacina de embrião de galinha (PCECV) para ser utilizada em caso de reação adversa à vacina de células Vero. Portanto, não contraindicamos as doses subsequentes, e sim trocamos a vacina.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

91. Homem de 56 anos, em acompanhamento médico por angina instável de início recente, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, é internado em unidade coronariana de hospital de atenção terciária com quadro de dor torácica em aperto, de forte intensidade, irradiada para o membro superior esquerdo e mandíbula, iniciada há cerca de 2 horas. O paciente relata ter sofrido 3 episódios de dor com características similares, mas de menor duração, nas últimas 24 horas. Ele vem em uso crônico de losartana, hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico, dapagliflozina, metformina e atorvastatina. Ao exame físico, ausculta-se 4ª bulha, níveis pressóricos dentro da normalidade, sem congestão pulmonar. Um eletrocardiograma mostra novo infradesnivelamento segmento ST de 1 mm, com inversão de onda T, em parede anterior. O paciente evolui com elevação da troponina-I, fazendo curva enzimática. O escore de risco Grace é de 152 pontos, enquanto o *TIMI risk score* é de 5 pontos.

A conduta indicada nesse caso é realizar:

- A) angiotomografia coronária em até 48 horas.
- B) cateterismo cardíaco nas primeiras 24 horas.
- C) cateterismo cardíaco em até 3 dias do evento.
- D) ecocardiograma de estresse em até 7 dias do evento.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. BRUNO FERRAZ

Caro Estrategista,

Estamos diante de um homem de 56 anos, diabético, hipertenso e dislipidêmico, internado por dor torácica típica há 2 horas, com episódios recorrentes nas últimas 24h, B4 à ausculta (sugestiva de disfunção diastólica/isquemia), ECG com infradesnível de ST + inversão de T em parede anterior e troponina ascendente. Trata-se, portanto, de SCA sem supradesnível (SCASST) de alto risco, com GRACE = 152 e TIMI = 5.

A estratificação de risco na SCASST combina quadro clínico, ECG, biomarcadores e escores de risco, definindo o momento ideal da estratégia invasiva (cateterismo):

- **Muito alto risco** → coronariografia imediata (<2h): dor refratária, instabilidade hemodinâmica, arritmias malignas, insuficiência cardíaca aguda, complicações mecânicas.
- **Alto risco** → coronariografia precoce (<24h): GRACE > 140, troponina positiva com variação (curva), alterações dinâmicas de ST/T (ex.: novo infradesnível).
- **Intermediário** → coronariografia < 72h: DM ou insuficiência renal, IC ou FEVE < 40%, angina pós-IAM, ICP ou CRVM prévios, GRACE 109-140 ou sintomas recorrentes ou teste funcional positivo.
- Escores úteis na prática:
- **GRACE** (internação → alta): estima mortalidade intra-hospitalar e em 6 meses; > 140 define alto risco e indica estratégia invasiva < 24h.
- **TIMI risk score** (SCASST): 7 itens simples (idade ≥ 65, ≥ 3 fatores de risco cardiovascular, uso de AAS, estenose conhecida, ≥ 2 episódios de angina em 24h, alterações de ST, troponina elevada). ≥ 5 pontos = risco elevado de eventos → favorece abordagem invasiva.
- **HEART** (melhor escore a ser utilizado na emergência): história, ECG, idade, fatores de risco, troponina. HEART 0–3: risco baixo, 4–6: risco moderado, 7–10: risco alto. Útil para decisão de alta precoce vs. observação. Risco baixo com outros diagnósticos excluídos permitem alta segura. Risco alto indica necessidade de coronariografia.

Analisando o caso clínico:

O paciente reúne múltiplos critérios de alto risco: troponina em ascensão (IAM sem supra), alteração isquêmica nova no ECG, dor recorrente e GRACE = 152 (> 140), além de TIMI = 5. Isso indica fortemente angiografia coronária precoce, em até 24 horas, com intenção de revascularização (preferencialmente percutânea) conforme anatomia. Paralelamente, instituir terapia antitrombótica (AAS), deixando a decisão de uso de inibidor de P2Y12 para a sala de hemodinâmica, além de anticoagulação (ex.: enoxaparina/fondaparinux), além de estatina de alta intensidade, betabloqueador se estável, nitratos para melhora da precordialgia e medidas de suporte.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Angio-TC é exame anatômico não invasivo para exclusão de DAC em dor torácica de baixo a intermediário risco. Em SCASSST com troponina positiva e ECG isquêmico, não é o exame indicado.

Correta a alternativa B. Paciente alto risco (GRACE > 140, troponina positiva, ECG com isquemia e angina recorrente). Estratégia invasiva precoce (< 24h) é a conduta recomendada.

Incorreta a alternativa C. Janela tardia para quem tem alto risco. O atraso pode aumentar eventos isquêmicos.

Incorreta a alternativa D. Testes provocativos não são indicados na fase aguda com troponina positiva e ECG isquêmico.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

92. Menina de 1 ano e 10 meses é levada ao serviço de urgência com quadro de tosse e dispneia há 4 dias. A mãe refere que aumentou a frequência de salbutamol, que usa rotineiramente, porém não observou melhora, com piora da dispneia há 6 horas. Relata frequentes exacerbações da asma nos últimos 3 meses, apesar da utilização de prednisolona. História familiar: pai e mãe asmáticos. Ao exame físico, lactente no colo da mãe, afebril, sonolenta, taquidispneica, choro entrecortado, saturação 94% em ar ambiente, retração de musculatura acessória.

Além da internação da criança, a conduta adequada é prescrever:

- A) metilprednisolona endovenoso.
- B) ventilação não invasiva (VNI) com sedação.
- C) salbutamol endovenoso em infusão contínua.
- D) sulfato de magnésio em infusão intravenosa contínua.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!

A galera do INEP adora cobrar uma questão sobre exacerbação de asma. Não foi diferente no ENAMED! Temos uma criança de 1 ano e 10 meses com diagnóstico de asma e que não faz tratamento de manutenção com corticoide inalatório. Isso aumenta o risco de exacerbações (inclusive, a criança faz uso frequente de corticoide sistêmico, o que denota um mau controle da doença), e aparentemente ela abriu uma nova crise.

O 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.

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.

Nosso paciente está com fala entrecortada, sonolência e uso de musculatura acessória! **Não tenha dúvidas de que a crise é grave.**

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

	Leve a moderada	Grave
SABA	4 puffs ATÉ 20 em 20 minutos	6 puffs de 20 em 20 minutos
Corticoide sistêmico	Somente se não melhorar em 1-2h	Na admissão
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

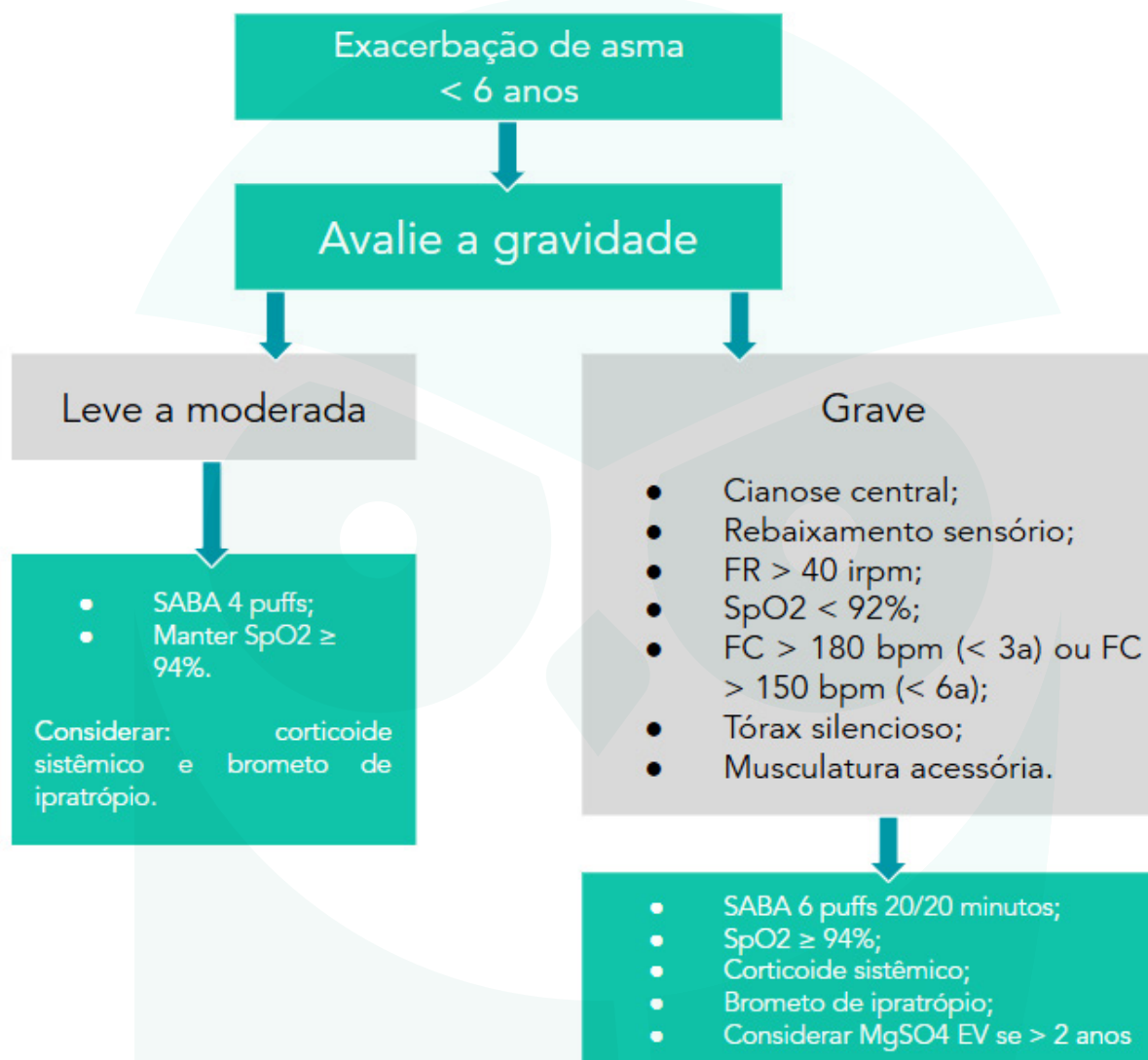
O suporte de oxigênio que costuma ser mais adequado para o manejo inicial emergências pediátricas é a máscara não reinalante, que oferece uma FiO2 de praticamente 100%. Mas você também encontrará questões falando de máscara de Venturi. Note que esses dois suportes ventilatórios exigem **drive respiratório**! Não serão úteis se o paciente estiver em apneia, pois ele precisa “puxar” o ar. A paciente da questão está **sonolenta**, mas não temos detalhes sobre o quão rebaixada ela está. Pode ser que isso seja indicativo de necessidade de intubação orotraqueal, mas como ela está com um bom *drive* respiratório nesse momento, o suporte inicial pode ser com uma máscara não reinalante.

Sobre as doses das medicações, temos o seguinte:

	Dosagem
SABA	4-6 puffs de 20 em 20 minutos na 1ª hora 4 ou mais puffs por hora após a 1ª hora
Corticoide sistêmico	Prednisolona 1-2 mg/kg/dia (máx. 20 mg se < 2 anos; 30 mg se < 6 anos)
O2 suplementar	Manter SpO2 \geq 94%
Brometo de ipratrópio	4 puffs de 20 mcg de 20 em 20 minutos em 1 hora
MgSO4 EV	40-50 mg/kg/dose durante 20 minutos, máximo de 2g Usar somente se \geq 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. Mas note que a criança de nossa questão está **sonolenta**! Isso dificulta bastante a administração da medicação via oral.

Dessa forma, temos o seguinte:



Para essa paciente, eu prescreveria na admissão:

- SABA 6 *puffs* de 20 em 20 minutos por 1 hora;
- metilprednisolona EV;
- brometo de ipratrópio;
- máscara não reinalante (podendo considerar máscara de Venturi).

Não posso utilizar o MgSO₄, pois a paciente tem < 2 anos!

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Correta a alternativa A. A crise é grave, então há indicação de corticoide sistêmico. Lembre-se de que o corticoide via oral tem a mesma eficácia do endovenoso. Sempre que possível, daremos preferência para a administração via oral. Mas note que a criança de nossa questão está sonolenta! Isso dificulta bastante a administração da medicação via oral.

Incorreta a alternativa B. Note o seguinte: apesar de oferecer pressão positiva e ser ótima para desconforto respiratório grave, é imperativo que o paciente apresente um bom nível de consciência, estabilidade hemodinâmica e *drive* respiratório para a VNI funcionar, pois esse método exige uma sincronia entre o padrão respiratório do paciente e o ventilador para funcionar bem.

Além disso, depende de uma vedação perfeita da interface com o paciente e é desconfortável. Por isso, muitas vezes, precisamos sedar o paciente (sedação leve com dexmedetomidina, por exemplo) para termos um bom resultado. Ou seja: dificilmente é a primeira linha de

suporte ventilatório no pronto-socorro!

Mas é ótimo para fisioterapia respiratória e para quadros mais graves de desconforto respiratório que não respondem ao suporte inicial (com CNAF, por exemplo). Costuma ser a última linha antes do tubo.

Incorreta a alternativa C. A evidência que temos sobre B-2-agonista endovenoso na asma é bastante controversa. É uma medida reservada para ambiente de UTI em quadros muito graves e refratários. Em PS, o SABA deve ser inalatório!

Incorreta a alternativa D. O MgSO₄ pode ser usado em crises graves, mas somente em crianças > 2 anos.

Gabarito: A

[VOLTAR PARA AS QUESTÕES](#)

93. Paciente de 45 anos atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) com dor ocular. Referiu que estava realizando limpeza doméstica com alvejante e deixou atingir o olho, acidentalmente. Ao exame físico, foi observada presença de hiperemia intensa com opacidade da córnea e queimadura química da pálpebra superior do olho direito.

Qual é o correto manejo da paciente?

- A) Prescrição de analgésico tópico e colírio lubrificante.
- B) Lavagem dos olhos com solução de água boricada e curativo oclusivo.
- C) Lavagem ocular com solução fisiológica e avaliação imediata do especialista.
- D) Prescrição de colírio de corticoide tópico e avaliação precoce do especialista.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: EVELYN CIUFFO

Estrategista, essa é uma questão clássica sobre queimaduras oculares. O examinador cita que, após substância química entrar em contato com a superfície ocular, paciente apresentou hiperemia e opacidade corneana. O que você precisa saber sobre isso? A conduta do médico responsável pelo primeiro atendimento! Independentemente da substância ou produto químico que tenha entrado em contato com os olhos do paciente, a primeira e mais importante medida é a irrigação contínua dos olhos por 15-20 min com soro fisiológico ou ringer lactato. O objetivo é lavar a superfície ocular e, com isso, diminuir o tempo de contato da substância com a córnea e a conjuntiva, minimizando as sequelas visuais. Todas as outras medidas são posteriores a essa e podem ser tomadas em um segundo momento, como encaminhamento ao oftalmologista, uso de colírios de corticoide e antibióticos, e uso de lubrificantes oculares.

Agora vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Analgésico tópico e colírio lubrificante podem ser prescritos, mas não são a primeira medida.

Incorreta a alternativa B. A lavagem dos olhos deve ser feita com soro fisiológico e curativo oclusivo não é uma medida preconizada.

Correta a alternativa C. A primeira medida a ser tomada em quadros de queimadura ocular é a lavagem com solução fisiológica e encaminhamento imediato ao especialista.

Incorreta a alternativa D. Prescrição de colírio de corticoide tópico não é a conduta inicial em quadros de queimadura ocular, podendo ser adotada posteriormente, após avaliação pelo médico especialista.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

94. Mulher de 72 anos, previamente hígida, com menopausa aos 53 anos, obesa, solteira e nulípara, nunca fez reposição hormonal. Chega à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com sangramento vaginal há dois dias, hemodinamicamente estável. Nega sangramentos anteriores. Realizou exame especular, com os seguintes achados: mucosa vaginal sem alterações, colo uterino contendo lesão polipóide que se exteriorizava pelo orifício externo, ectocérvice sem alterações, anexos livres. A ultrassonografia transvaginal, útero contendo 3 nódulos, medindo respectivamente 2,5 cm, 3,5 cm e 1,5 cm em seus maiores diâmetros, sendo o 1º e o 2º intramurais e o 3º submucoso. Endométrio medindo 8 mm de espessura. Colo uterino mostrando lesão polipóide no canal endocervical, medindo 1,5 cm em sua maior dimensão.

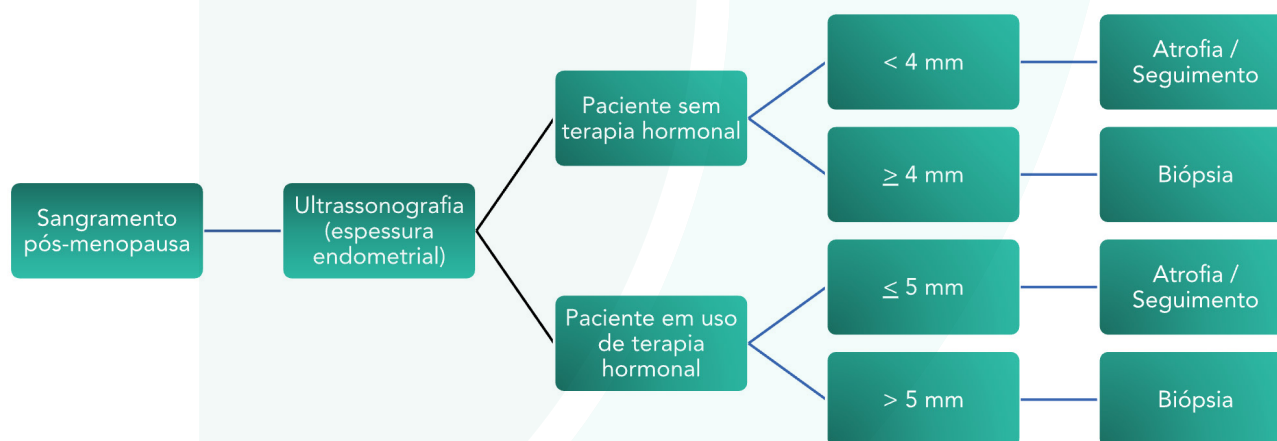
Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Hiperplasia endometrial.
- B) Câncer de colo de útero.
- C) Leiomioma submucoso.
- D) Endométrio atrófico.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: ALEXANDRE MELITTO

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de sangramento pós-menopausa. O exame especular mostrou uma lesão polipóide exteriorizando-se pelo orifício externo do colo e, a princípio, poderia se considerar que esta é a causa de seu sangramento, mas nenhuma das alternativas é o pólio endometrial!

O enunciado descreve que a espessura do endométrio é de 8 mm e, com isso, entendemos que a paciente apresenta um espessamento endometrial que é sugestivo de hiperplasia ou câncer de endométrio. Veja o fluxograma a seguir:



O enunciado também descreve nódulos uterinos, que são miomas, mas que a princípio não são a causa do sangramento da paciente, já que a paciente está menopausada há 19 anos e os miomas regredem após a menopausa devido ao hipoestrogenismo característico dessa fase da vida da mulher, não sangrando mais (tome cuidado com essa “pegadinha!”).

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: a paciente apresenta quadro de sangramento pós-menopausa e espessamento endometrial, sendo a hiperplasia

endometrial sua principal hipótese diagnóstica (repare que o pólipo nada mais que uma hiperplasia endometrial focal).

Incorreta a alternativa B, porque a paciente não apresenta lesão (tumor) no colo ao exame especular.

Incorreta a alternativa C, porque os leiomiomas não são uma das causas de sangramento pós-menopausa, já que diminuem e regridem nessa fase da vida da mulher devido ao hipoestrogenismo.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente apresenta espessura endometrial de 8 mm à ultrassonografia transvaginal.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

95. Menina de 11 anos é levada pela mãe à consulta médica em Unidade Básica de Saúde (UBS), com história de cansaço, palidez cutânea e baixo rendimento escolar nos últimos 3 meses. Ao exame físico, mucosas hipocrômicas (3+/4+); palidez cutânea. Pulso radial: 104 bpm, rítmico e cheio. Aparelho cardiovascular: sopro sistólico 2/6. Restante do exame físico sem alterações. Mãe apresenta hemograma da menina realizado há 2 semanas.

	Resultados	Valores de referência
Hemoglobina	8,4 g/dL	11,5 a 15,5 g/dL
Hematócrito	25,3%	36 a 48%
VCM	62 fL	80 a 98 fL
HCM	24 pg	27 a 34 pg
CHCM	28 g/dL	31 a 36 g/dL
RDW	22%	11,5 a 14,5%
Leucócitos totais	8.430/mm ³	4.000 a 10.000/mm ³
Neutrófilos	54%	40 a 80%
Eosinófilos	10%	0 a 5%
Basófilos	1%	0 a 2%
Monócitos	4%	2 a 10%
Linfócitos	31%	25 a 50%
Plaquetas	480.000/mm ³	140.000 a 450.000/mm ³

Diante do caso apresentado, assinale a alternativa mais adequada.

- A) Deve-se dosar o ferro sérico, por ser exame sensível e específico, atentando-se para o ritmo circadiano do ferro, cujos valores são mais elevados pela manhã.
- B) Considerando-se o resultado dos exames, pode-se iniciar tratamento com 4 mg/kg/dia de ferro elementar, e espera-se aumento de reticulócitos em 4 a 7 dias.
- C) Com base no HCM, a anemia pode ser classificada em normocítica, e o esfregaço de sangue periférico pode evidenciar anisocitose, eliptocitose e poiquilocitose.
- D) A eosinofilia e a trombocitose observadas justificam o encaminhamento para hematologista, a fim de investigar causas de anemia e comprometimento esplênico.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: THIAGO PEIXOTO

Estrategista, estamos diante de um quadro de uma jovem com sinais de palidez e fadiga, que sugerem anemia, confirmada pelo hemograma, além de apresentar padrão microcítico (VCM baixo) e hipocrômico (HCM reduzido), alterações típicas de anemia ferropriva. Diante das alternativas, a letra B seria a mais correta, com a reposição adequada para a idade de ferro oral, além de relatar que há aumento após 4 a 7 dias do reticulócito do início do tratamento. Vamos revisar o assunto!

O tratamento da deficiência de ferro e da anemia ferropriva envolve mais do que a simples reposição de ferro. Em **todos os pacientes**, a causa da deficiência de ferro deve ser identificada e tratada. Isso é especialmente verdadeiro para homens e mulheres que não menstruam, em quem o início da deficiência de ferro é fortemente sugestivo de perda sanguínea por uma malignidade gastrointestinal oculta ou outra lesão hemorrágica.

Deficiência alimentar para adultos em países ricos com recursos, a deficiência de ferro na dieta é extremamente rara devido à disponibilidade de ferro em muitas carnes (como ferro heme) e vegetais (como ferro não heme), juntamente com a suplementação rotineira de grãos com ferro.

A absorção prejudicada por condições gastrointestinais pode levar à deficiência de ferro devido à absorção prejudicada. Exemplos incluem doença inflamatória intestinal, cirurgia de *by-pass* gástrico, doença celíaca e gastrite autoimune.

Gravidez – a gravidez resulta em maiores necessidades de ferro para o desenvolvimento fetal/placentário e para o aumento da massa de hemácias maternas. A perda total de ferro associada à gravidez e à lactação é de aproximadamente 1000 mg. A deficiência de ferro é comum na gravidez, especialmente em mulheres com gestações múltiplas e/ou com níveis limítrofes de ferro antes da gravidez.

Sangramento – o sangramento é a causa mais comum de deficiência de ferro em adultos, e sua identificação deve ser investigada e tratada.

Menstruação – a menstruação normal geralmente não leva à deficiência de ferro na maioria das pessoas, a menos que esteja associada a uma dieta com restrição de ferro, como em uma pessoa vegana que não toma suplemento com ferro. No entanto, a ingestão alimentar pode ser insuficiente para compensar a perda de sangue menstrual em algumas pessoas, como em casos de sangramento menstrual intenso, que pode ser causador de anemia ferropriva em um quinto a dois terços dos indivíduos afetados.

Outros locais de sangramento conhecidos incluem lesões gastrointestinais, telangiectasias associadas à telangiectasia hemorrágica hereditária (THH, também chamada de síndrome de Osler-Weber-Rendu) e síndromes renais pulmonares. Lesões específicas podem ser passíveis de intervenção cirúrgica em alguns casos.

- Adultos **sem uma fonte óbvia de perda sanguínea** devem ser avaliados para malignidade gastrointestinal oculta, a menos que haja uma razão clara para não o fazer. Isso é especialmente verdadeiro para indivíduos com mais de 50 anos de idade, mulheres que não menstruam e aquelas com risco aumentado de câncer colorretal ou outros cânceres gastrointestinais com base no histórico familiar ou outros fatores de risco. A abordagem da endoscopia varia de acordo com as características do paciente e os padrões de prática do gastroenterologista. Muitos realizam endoscopia digestiva alta e baixa em todos os pacientes, com endoscopia por cápsula se esses procedimentos não forem informativos. Uma avaliação não é completa até que um local de perda sanguínea seja encontrado ou até que resultados negativos de endoscopia digestiva alta e baixa e endoscopia por cápsula sejam encontrados.

Ferro oral versus IV – a escolha depende de uma série de fatores, incluindo a gravidade da anemia, os custos e a disponibilidade de diferentes produtos de reposição de ferro, bem como a capacidade do paciente de tolerar preparações de ferro oral.

A maioria dos pacientes é tratada com ferro oral por ser geralmente eficaz, facilmente disponível, barato e seguro. No entanto, até 70% dos pacientes para os quais o ferro oral é prescrito relatam efeitos colaterais gastrointestinais.

Geralmente, tratamos pacientes com anemia ferropriva não complicada ($Hb > 7$ g/dL) com ferro oral devido à facilidade de administração.

A dose por via oral recomendada para adultos geralmente é em torno de 120-200 mg/dia de ferro elementar e, para crianças, 3-6 mg/kg/dia, durando por 6 a 12 meses para normalização da anemia e estoques de ferro.

As configurações em que uma rota ou outra pode ser preferível incluem o seguinte:

Oral.

- Suplementos orais são a única forma de ferro disponível para muitos pacientes, especialmente aqueles em áreas com poucos recursos.
- Para muitos pacientes, o ferro oral pode ser mais econômico devido à falta de necessidade de infusão monitorada.
- O uso de ferro oral evita a necessidade de acesso intravenoso e infusão monitorada.

- O uso de ferro oral elimina o potencial de reações à infusão e/ou anafilaxia.

Intravenoso.

- O ferro intravenoso é apropriado para pacientes que não toleram os efeitos colaterais gastrointestinais do ferro oral. Exemplos incluem idosos, pessoas com sangramento uterino anormal em que o ferro oral não consegue compensar as perdas, gestantes no segundo ou terceiro trimestre e pessoas com distúrbios gastrointestinais existentes, que podem ser exacerbados pelos efeitos colaterais gastrointestinais do ferro oral.
- Ferro intravenoso pode ser necessário para aqueles com perda de sangue grave/contínua (telangiectasias e varizes).
- Ferro intravenoso pode ser preferível se a anemia for grave ($Hb < 7$ g/dL) ou causar fadiga significativa. Em contraste, a anemia grave com isquemia de órgãos é tratada com transfusão.
- A cirurgia gástrica (*by-pass*, ressecção) que reduz o ácido gástrico pode prejudicar gravemente a absorção intestinal de ferro oral.
- Doença inflamatória intestinal.
- Síndromes de má absorção (doença celíaca, doença de Whipple, supercrescimento bacteriano) podem limitar a absorção de ferro oral.
- No segundo trimestre da gravidez, se a Hb for inferior a 10,5 g/dL, ou em qualquer momento do terceiro trimestre, quando é improvável que o ferro oral forneça ferro suficiente ao feto em desenvolvimento.

A hepcidina elevada também pode reduzir a absorção oral de ferro em estados inflamatórios concomitantes. Esse mecanismo potencial corrobora a abordagem de troca para ferro intravenoso em pacientes com deficiência de ferro que não respondem à suplementação oral de ferro.

O tratamento eficaz da deficiência de ferro deve levar à melhora dos sintomas, e o mais precoce, se presente, é o desaparecimento das síndromes de pica e das pernas inquietas quase imediatamente após o início da terapia com ferro oral ou intravenoso (IV), bem antes de qualquer alteração hematológica observável, assim como a sensação de bem-estar e redução da fadiga.

Laboratorialmente, a primeira alteração observada de melhora, em pacientes com anemia moderada a grave, será o aumento dos reticulócitos, com pico em aproximadamente 7 a 10 dias. Pacientes com anemia leve podem apresentar pouco ou nenhum aumento de reticulócitos.

A concentração de hemoglobina será corrigida de forma lenta, geralmente após duas a três semanas aumentando aproximadamente 2 g/dL, e depois de forma mais gradual, em 6 a 8 semanas valores de normalidade.

As últimas medidas a se normalizarem serão dos estoques de ferro, incluindo a ferritina sérica e a saturação de transferrina.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A. Não há um melhor momento de se coletar o exame sérico para o estudo da cinética de ferro, logo incorreta.

Correta a alternativa B. O tratamento de anemia ferropriva para o caso apresentado deve ser feito com reposição oral com dose de 4 mg/kg/dia de ferro elementar, e espera-se aumento de reticulócitos em 4 a 7 dias.

Incorreta a alternativa C. O valor do HCM classifica a anemia em hipocrômica. O VCM é o indicador de tamanho de hemácias. Além disso, os achados do esfregaço periférico de anisocitose, eliptocitose e poiquilocitose não seriam encontrados na presença de uma anemia ferropriva.

Incorreta a alternativa D. A principal alteração encontrada nesse exame é a anemia microcítica e hipocrômica, que conduziria ao diagnóstico de anemia ferropriva, que pode justificar o aumento de plaquetas, sem sequestro esplênico que justifique uma esplenomegalia, e a eosinofilia, discreta, poderia ser desencadeada pela etiologia de uma possível parasitose, causa comum na população pediátrica, não havendo necessidade de encaminhamento para hematologistas a fim de investigar causas onco-hematológicas.

Gabarito: B

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

96. Homem de 30 anos chega para consulta em Unidade Básica de Saúde (UBS) devido à astenia e úlcera no pênis. Trabalha como profissional do sexo e nem sempre faz uso de preservativo. Há cerca de 3 meses, vem notando emagrecimento (10 kg no período), astenia, febre baixa sem horário fixo e, há 1 semana, observou o aparecimento de úlcera dolorosa no pênis. Nega secreção uretral. Ao exame físico, apresenta-se emagrecido, com uma lesão ulcerada com bordas elevadas sem secreção de aproximadamente 3 centímetros logo abaixo da glândula, rasa e de base mole, além de linfonodomegalia inguinal direita, com sinais inflamatórios, sem fistulização.



Nesse caso, a investigação, o achado esperado e o tratamento referentes à úlcera devem ser, respectivamente:

- A) sorologia para *Chlamydia trachomatis*, positiva; doxiciclina 100 mg, 2 vezes ao dia, via oral, por 7 dias.
- B) biópsia da úlcera; bacilos álcool-ácido resistentes; esquema inicial com pirazinamida, isoniazida e rifampicina, via oral.
- C) *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL); reagente; benzilpenicilina benzatina 1,2 milhão de unidades, intramuscular, dose única.
- D) microscopia de esfregaço do fundo da úlcera; Gram-negativos agrupados em correntes; azitromicina 500 mg, via oral, 2 comprimidos em dose única.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: SÉRGIO BEDUSCHI FILHO

O paciente da questão é um profissional do sexo com uso irregular de preservativo, o que aumenta o risco para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Ele também apresenta sintomas sistêmicos de longa data (emagrecimento, astenia, febre), que podem sugerir uma imunodeficiência subjacente, como a infecção pelo HIV.

O diagnóstico diferencial das úlceras genitais é feito com base nas características da lesão. As duas principais causas de úlceras *dolorosas* são o cancroide (cancro mole) e o herpes genital. As principais causas de úlceras *indolores* são a sífilis (cancro duro), o linfogranuloma venéreo (LGV) e a donovanose. O paciente apresenta uma úlcera *dolorosa*, de *base mole*, acompanhada de linfonodomegalia inguinal unilateral com sinais inflamatórios. Essa descrição sugere o cancroide (ou cancro mole).

Incorreta a alternativa A. A *Chlamydia trachomatis* pode causar linfogranuloma venéreo, cuja lesão inicial é uma pápula ou úlcera indolor e transitória, frequentemente não percebida pelo paciente. Essa infecção apresenta três fases clínicas:

- 1) Primária: presença de pápulas, pústula, erosão ou vesículas indolores no local de inoculação, que desaparecem espontaneamente.
- 2) Secundária: adenite inguinal importante, geralmente unilateral, firme e pouco dolorosa (bubão).
- 3) Terciária: ocorre a drenagem de material purulento pelo bubão por vários orifícios, podendo resultar posteriormente em cicatrizes retraídas.

Incorreta a alternativa B. A biópsia com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes seria indicada para investigação de tuberculose cutânea, o que não condiz com o aspecto clínico nem com o tempo de evolução. Diante de um paciente de alto risco com uma úlcera genital aguda, a investigação deve focar as ISTs clássicas.

Incorreta a alternativa C. O VDRL é um teste para sífilis. A úlcera da sífilis primária, conhecida como cancro duro, é classicamente indolor, única, de borda bem definida e base endurecida. O paciente descreve uma lesão dolorosa e de base mole. Além disso, a dose de tratamento para sífilis primária é de 2,4 milhões de unidades de benzilpenicilina benzatina, não 1,2 milhão.

Correta a alternativa D. A suspeita é de cancroide, causado por *Haemophilus ducreyi*. O diagnóstico pode ser confirmado pela microscopia direta do esfregaço do fundo da úlcera, que mostra cocobacilos Gram-negativos dispostos em cadeias (ou “em correntes”). O tratamento recomendado é azitromicina 1 g (500 mg, 2 comprimidos em dose única, via oral).

Gabarito: D

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

97. Mãe de menina de 7 anos, em consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS), relata preocupação por a filha ser a menor de sua sala de aula. Nega intercorrências nos períodos gestacional e neonatal. Nega internações ou uso de medicações contínuas. Exame físico sem alterações, estágio de desenvolvimento de Tanner M1P1; peso de 19 kg ($z-1$); estatura de 1,07 m ($-3 < z < -2$) com alvo de 1,50 m ($z-2$); índice de massa corporal de 16,6 ($0 < z < +1$); relação entre segmento superior e segmento inferior de 1,02 (valor de referência para a idade: 1 a 1,3). Em consulta com 6 anos e 8 meses, apresentava peso de 17 kg ($-2 < z < -1$); estatura de 1,05 m ($-3 < z < -2$); índice de massa corporal de 15,4 ($z 0$), quando foi realizado cálculo de idade óssea compatível com 5 anos e 10 meses.

A hipótese diagnóstica adequada para o caso é:

- A) acondroplasia.
- B) síndrome de Turner.
- C) baixa estatura familiar.
- D) atraso constitucional do crescimento.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: BRUNO CALVO

Fala, Coruja!

Uma questão sobre crescimento em pediatria. Bora dar uma olhada?

O cenário posto é o seguinte:

menina de 7 anos com queixa de baixa estatura;

Tanner M1P1: é pré-púbere;

estatura entre *Z-score* -2 e -3: baixa estatura confirmada;

alvo-genético próximo do *Z-score* -2: componente familiar de baixa estatura;

velocidade de crescimento: cresceu 2 cm em 4 meses. Ou seja, em um ano, ela crescerá 6 cm;

idade óssea de 5 anos e 10 meses: a diferença para a cronológica é < 2 anos, ou seja, idade óssea compatível com a cronológica;

relação SS/SI normal: útil para investigar displasias esqueléticas. Quando está normal, afasta a possibilidade de acondroplasia, já que, nessa população, há um encurtamento expressivo do segmento inferior e, também, colapsos da coluna vertebral, o que comprometeria o segmento superior.

Com essas informações, que conclusões podemos tirar? Primeiro, acho melhor conceituarmos o que é baixa estatura e como conduzir uma investigação sobre isso.

O que é baixa estatura/crescimento anormal?

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

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

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

Como investigar um paciente com baixa estatura?

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

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

A velocidade de crescimento nas crianças pré-púberes costuma estar em torno de 5 a 7 cm/ano (algumas referências falam de 4 a 6 cm/ano). Valores abaixo disso nos sugerem causas patológicas.

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

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



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

Já vimos que **nossa paciente tem uma velocidade de crescimento de 6 cm/ano!** Está normal, portanto devemos pensar em **variantes benignas de baixa estatura**.

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

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

Baixa estatura familiar (BEF): a família é "baixinha"! O potencial genético de crescimento da criança é limitado por isso.

Atraso constitucional do crescimento e puberdade (ACCP): chamado "maturador tardio", a criança simplesmente demora mais do que os outros para entrar na puberdade e crescer. O que mais chama a atenção aqui é a idade óssea atrasada! Mas, no final das contas, o estirão e a

puberdade chegam e o prognóstico é normal.

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

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



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

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. A acondroplasia fatalmente afetaria a relação SS/SI, já que os membros inferiores do paciente ficam encurtados. Isso gera uma relação SS/SI muito aumentada!

Incorreta a alternativa B. Pode cursar com baixa estatura e atraso puberal mesmo em meninas sem estigmas clássicos dessa síndrome. No entanto, a velocidade de crescimento tende a ser reduzida, e a idade óssea costuma ser atrasada.

Correta a alternativa C. Temos uma estatura-alvo baixa (Z-score -2), idade óssea compatível com a cronológica e velocidade de crescimento normal para uma criança pré-púbere. É o diagnóstico mais provável.

Incorreta a alternativa D. Além da velocidade de crescimento normal, a assinatura da ACCP é o atraso na idade óssea! Em nossa paciente, a IO é compatível com a IC, o que afasta essa hipótese.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

98. Paciente de 43 anos, sexo feminino, internada em enfermaria de cirurgia. Refere icterícia, colúria e acolia, iniciadas há 72 horas. Paciente nega tabagismo, comorbidades ou episódios semelhantes previamente.

Exame físico: icterícia (+++/+), dor à palpação profunda de hipocôndrio direito; frequência cardíaca de 83 bpm; pressão arterial de 123 x 76 mmHg; temperatura axilar de 37,4 °C.

Ultrassonografia de abdome: presença de múltiplas imagens móveis e arredondadas, de 0,5 a 1 cm de diâmetro, e dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas.

Exames laboratoriais:

Exame	Resultado	Valor de referência
Hematócrito	50%	38 a 52%
Leucócitos totais	9.000/mL	4.000 a 11.000/mL
Bastões	3%	0 a 5%
Creatinina	0,9 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
TGO	45 U/L	4 a 35 U/L
TGP	38 U/L	4 a 32 U/L
Fosfatase alcalina	760 U/L	40 a 150 U/L
Gama GT	900 U/L	9 a 36 U/L
Bilirrubina total	6,2 mg/dL	0,2 mg/dL a 1,20 mg/dL
Bilirrubina direta	5,1 mg/dL	0,1 a 0,4 mg/dL
Amilase	80 U/L	28 a 100 U/L

Nesse momento, quais são, respectivamente, o diagnóstico sindrômico e o exame complementar mais indicados para prosseguir à investigação?

- A) Síndrome colestática sem colangite; tomografia de abdome com contraste venoso.
- B) Síndrome colestática com colangite; ressonância nuclear magnética de vias biliares.
- C) Síndrome colestática sem colangite; ressonância nuclear magnética de vias biliares.
- D) Síndrome colestática com colangite; colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

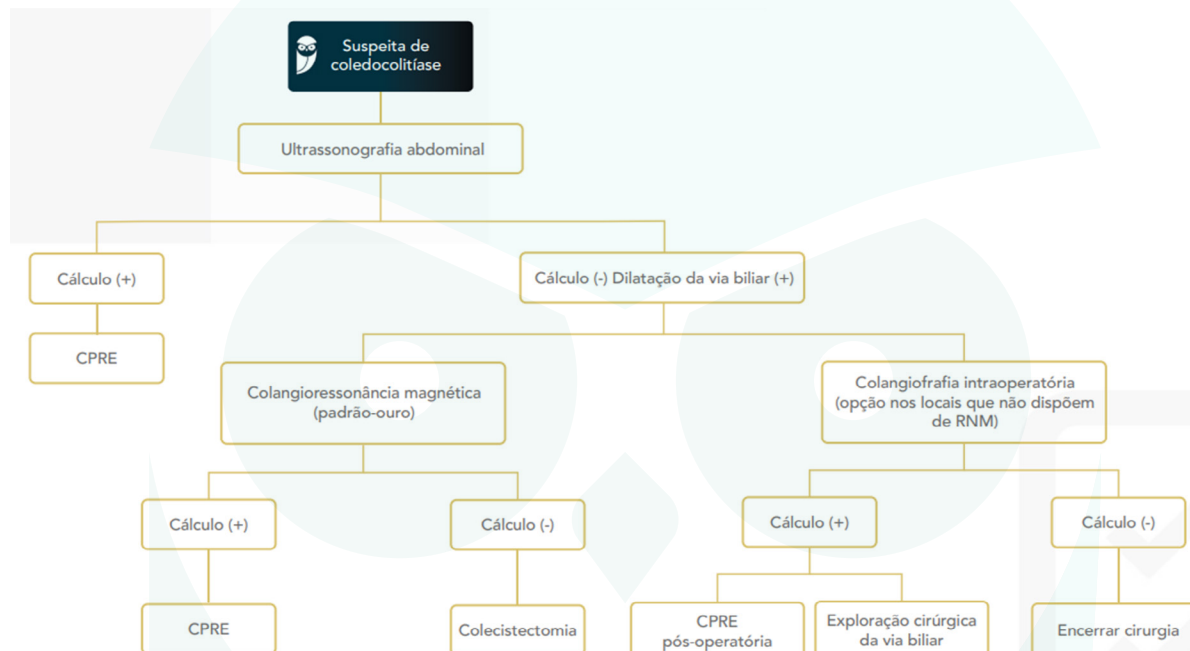
COMENTÁRIO E PROFESSOR: RENATHA PAIVA

Estamos diante de uma paciente de 43 anos com icterícia, colúria e acolia fecal há 3 dias, estável hemodinamicamente e afebril. A ultrassonografia demonstra colelitíase e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.

No laboratório, temos colestase (aumento das bilirrubinas às custas da fração direta, aumento da FA e GGT) sem sinais de infecção (ausência de leucocitose e desvio à esquerda).

Com esses dados, nossa principal hipótese diagnóstica é coledocolitíase, pois a paciente é jovem, sem queixa de perda ponderal, com colelitíase à ultrassonografia.

Quando a ultrassonografia não visualiza o(s) cálculo (s) na via biliar, o próximo exame a ser solicitado é a colangiopressonância e, confirmado o diagnóstico, o tratamento é a retirada do cálculo por CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) e programação de colecistectomia, preferencialmente na mesma internação.



Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: realmente estamos diante de um quadro de síndrome coleostática sem colangite, mas a tomografia de abdome com contraste venoso não é um bom exame para diagnóstico de coledocolitíase, uma vez que a maioria dos cálculos são compostos de colesterol, por isso não são bem visualizados na TC.

Incorreta a alternativa B: na colangite aguda, temos a tríade de Charcot — dor abdominal, icterícia e febre. Nossa paciente não apresenta febre e os exames laboratoriais não apresentam sinais de infecção, o que fala contra o diagnóstico de colangite.

Correta a alternativa C: como vimos, essa alternativa contempla o diagnóstico sintômico e o exame a ser solicitado. A colangiopressonância é o exame padrão-ouro para a investigação de coledocolitíase, com sensibilidade de 95% e especificidade de 89%.

Incorreta a alternativa D: como vimos, o paciente não tem colangite e a CPRE somente deve ser solicitada após confirmação de coledocolitíase pelos exames de imagem, pelo risco de complicações como pancreatite, sangramento, perfuração duodenal e colangite.

Gabarito: C

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

99. Primigesta de 28 anos, com 33 semanas de gestação, pré-natal de risco habitual, chega ao pronto-atendimento obstétrico relatando saída de líquido claro pela vagina há cerca de 2 horas. Ao exame físico, sinais vitais normais, tônus uterino normal, não há presença de contrações, altura uterina é compatível com a idade gestacional, movimentos fetais presentes e frequência cardíaca fetal de 140 bpm. Ao exame especular, nota-se saída de líquido amniótico claro pelo orifício externo do colo uterino. Após a prescrição de antibiótico e corticoterapia antenatal, a conduta adequada a ser adotada é prescrever

- A) internação hospitalar e monitoramento materno-fetal diário.
- B) internação hospitalar, cardiotocografia e indução imediata do parto.
- C) alta, repouso domiciliar e monitoramento materno-fetal ambulatorial diário.
- D) alta, repouso domiciliar e monitoramento materno-fetal ambulatorial semanal.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: PROF. NATÁLIA CARVALHO

O que o examinador quer saber: sobre rotura prematura pré-termo de membranas.

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

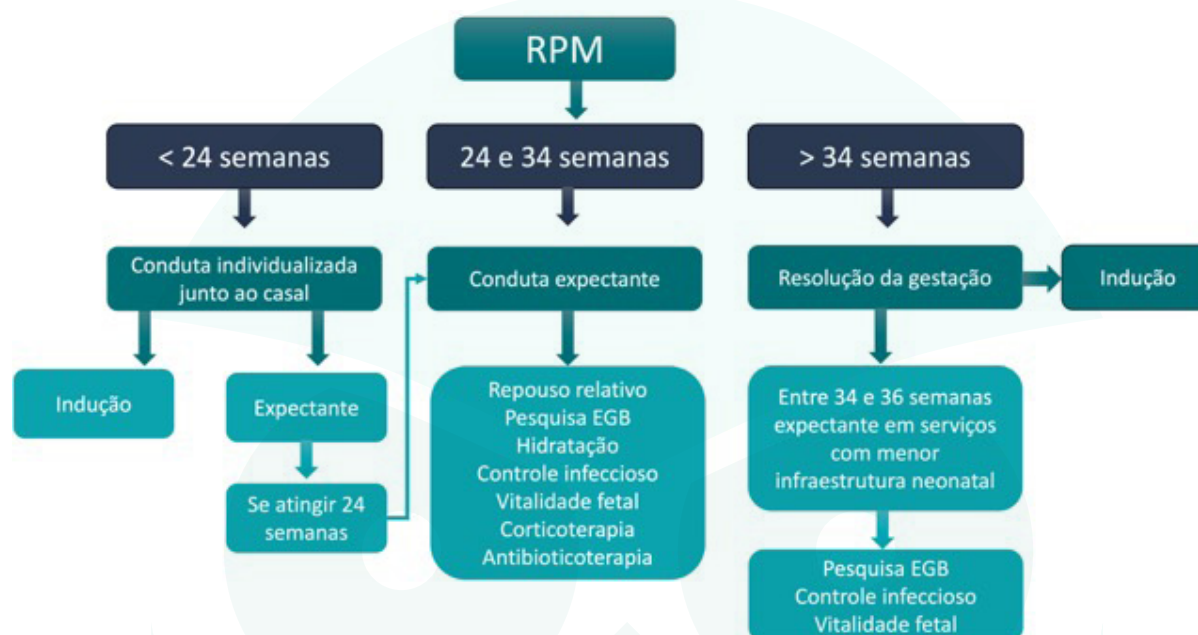
O intervalo entre a rotura das membranas e o início do trabalho de parto é chamado de período de latência. O período de latência é inversamente proporcional à idade gestacional e diretamente proporcional à ocorrência de infecção, isto é, quanto menor for a idade gestacional, maior é o período de latência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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Correta a alternativa A: temos uma gestante de 33 semanas com quadro de rotura prematura pré-termo de membranas, em que já foi prescrito antibiótico e corticoterapia antenatal. Diante de uma RPM pré-termo, entre 24 e 34 semanas, a conduta deve ser expectante, com internação da gestante, controle rigoroso da vitalidade fetal e dos sinais de infecção materno, corticoterapia para maturação pulmonar e antibioticoterapia para aumentar o período de latência e como profilaxia para estreptococos do grupo B.

Incorreta a alternativa B: como a paciente está com 33 semanas e rotura prematura de membranas, sem sinais de comprometimento fetal ou infecção materna, a conduta deve ser expectante, não se devendo induzir o parto nesse momento.

Incorreta a alternativa C: como a paciente apresenta RPM pré-termo, a conduta expectante deve ocorrer em ambiente hospitalar.

Incorreta a alternativa D: como a paciente apresenta RPM pré-termo, a conduta expectante deve ocorrer em ambiente hospitalar.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES

100. Considerando a atenção ao pré-natal de pacientes na atenção primária em saúde, assinale a condição clínica que indica a referência da gestante para acompanhamento conjunto em um centro de referência especializado (pré-natal de alto risco).

- A) Malária no 3º trimestre da gestação.
- B) Anemia com 9,5 mg/dL de hemoglobina.
- C) Gestação gemelar dicoriônica diamniótica.
- D) Diabetes *mellitus* gestacional controlada com dieta.

COMENTÁRIO E PROFESSOR: NATÁLIA CARVALHO

O que o examinador quer saber: sobre classificação de risco gestacional.

A gestante deve ser classificada em risco habitual, risco intermediário ou alto risco. De uma forma geral, tudo o que for achado positivo relacionado às condições prévias da gestante, sua história reprodutiva anterior ou atual, fará com que a gestação deixe de ser considerada de risco habitual e que ela passe a ser seguida como uma gravidez de alto risco ou risco intermediário.

Gestantes de risco habitual são aquelas com idade entre 16 e 34 anos, com ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas, anterior ou na gestação atual. Essas gestantes devem realizar o pré-natal na assistência primária à saúde (APS).

As gestantes de risco intermediário ou alto risco são aquelas que apresentam intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual ou nas gestações anteriores. As de risco intermediário podem ser acompanhadas na APS, em conjunto com equipe multiprofissional e com o apoio do pré-natal de alto risco. As de alto risco devem ser encaminhadas para o acompanhamento do pré-natal de alto risco.

A tabela a seguir é baseada na classificação de risco gestacional presente no Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde de 2022.

Critérios para classificar a gestante como risco intermediário			
Condição sociodemográfica adversa	História reprodutiva anterior	Condições clínicas prévias à gestação	Intercorrências clínicas/ obstétricas na gestação atual
Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos.	Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos).	Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso.	gestação resultante de estupro. Gestação gemelar dicoriônica- diamniótica.
Condições de trabalho desfavoráveis	Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior.	Asma controlada sem uso de medicamento contínuo.	Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal.
Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero.	Insuficiência istmo-cervical.	Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.	Hipertensão gestacional ou pré- eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal.
Situação conjugal insegura. Insuficiência de apoio familiar.	Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia).		Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite.
Capacidade de autocuidado insuficiente.	Malformação fetal.		Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo).
Não aceitação da gestação.	Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos).		Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples.
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo).	Diabetes gestacional.		Suspeita ou confirmação de dengue, vírus zica ou chikungunya (quadro febril exantemático).
Uso de medicamentos teratogênicos.	Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade.		Restrição de crescimento fetal suspeita.
Altura menor que 1,45 m. IMC <18,5 ou 30 kg/m ² a 39 kg/m ² .	Infertilidade.		Feto acima do percentil 90%.
Transtorno depressivo ou de ansiedade leve.	Cesáreas prévias (2 ou mais). Intervalo interparto <2 anos.		Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/ dl).
Uso ocasional de drogas e ilícitas.			
Etilismo sem indicativo de dependência*.			
Tabagismo com baixo grau de dependência*.			
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes.			
Gestante negra (cor de pele preta ou parda).			

Critérios para classificar a gestante como alto risco			
Condição sociodemográfica adversa	História reprodutiva anterior	Condições clínicas prévias à gestação	Intercorrências clínicas/ obstétricas na gestação atual
Etilismo com indicativo de dependência*. Tabagismo com indicativo de dependência elevada*. Dependência e/ou uso abusivo de drogas.	Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).	Doença psiquiátrica grave.	Infecção urinária de repetição.
Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥ 40 kg/m ² , desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).	Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada. Isoimunização Rh em gestação anterior. Acretismo placentário. Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP.	Hipertensão arterial crônica.	Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/aids na gestação.
	Prematuridade anterior. Isoimunização Rh em gestação anterior. Cesariana prévia com incisão clássica/corporal	Diabetes mellitus 1 e 2.	Restrição de crescimento fetal confirmada.
		Doenças genéticas maternas.	Desvios da quantidade de líquido amniótico.
		Antecedente de tromboembolismo	Isoimunização Rh.
		Cardiopatias ou infarto agudo do miocárdio.	Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual.
		Pneuropatias graves	Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual.
		Nefropatias graves	Anemia grave (hemoglobina < 9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento.
		hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo	Hemorragias na gestação atual.
		doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.	Placenta prévia.
		Doenças neurológicas	Acretismo placentário.
		Doenças autoimunes	Colestase gestacional
		malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação.	Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
		Neoplasias (qualquer)	Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado.
		Transplantes.	
		Cirurgia bariátrica.	
		Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal).	
		Diagnóstico de HIV	

Observe que, uma vez que os aspectos da gravidez atual influenciam a classificação de risco gestacional, a classificação de risco da grávida deve ser repensada a cada consulta de pré-natal de acordo com a evolução da gestação, e o encaminhamento para serviços de referência deve ser prontamente realizado sempre que necessário.

Comentários:

Correta a alternativa A: malária na gestação classifica a gestante como alto risco, pois pode causar graves complicações tanto para a mãe quanto para o feto. A infecção aumenta o risco de anemia materna grave, insuficiência placentária e parto prematuro, além de estar associada a aborto espontâneo, natimorto e restrição do crescimento fetal. Essas consequências tornam a malária na gestação, principalmente no segundo e terceiro trimestres, uma importante causa de morbimortalidade materno-fetal em áreas endêmicas.

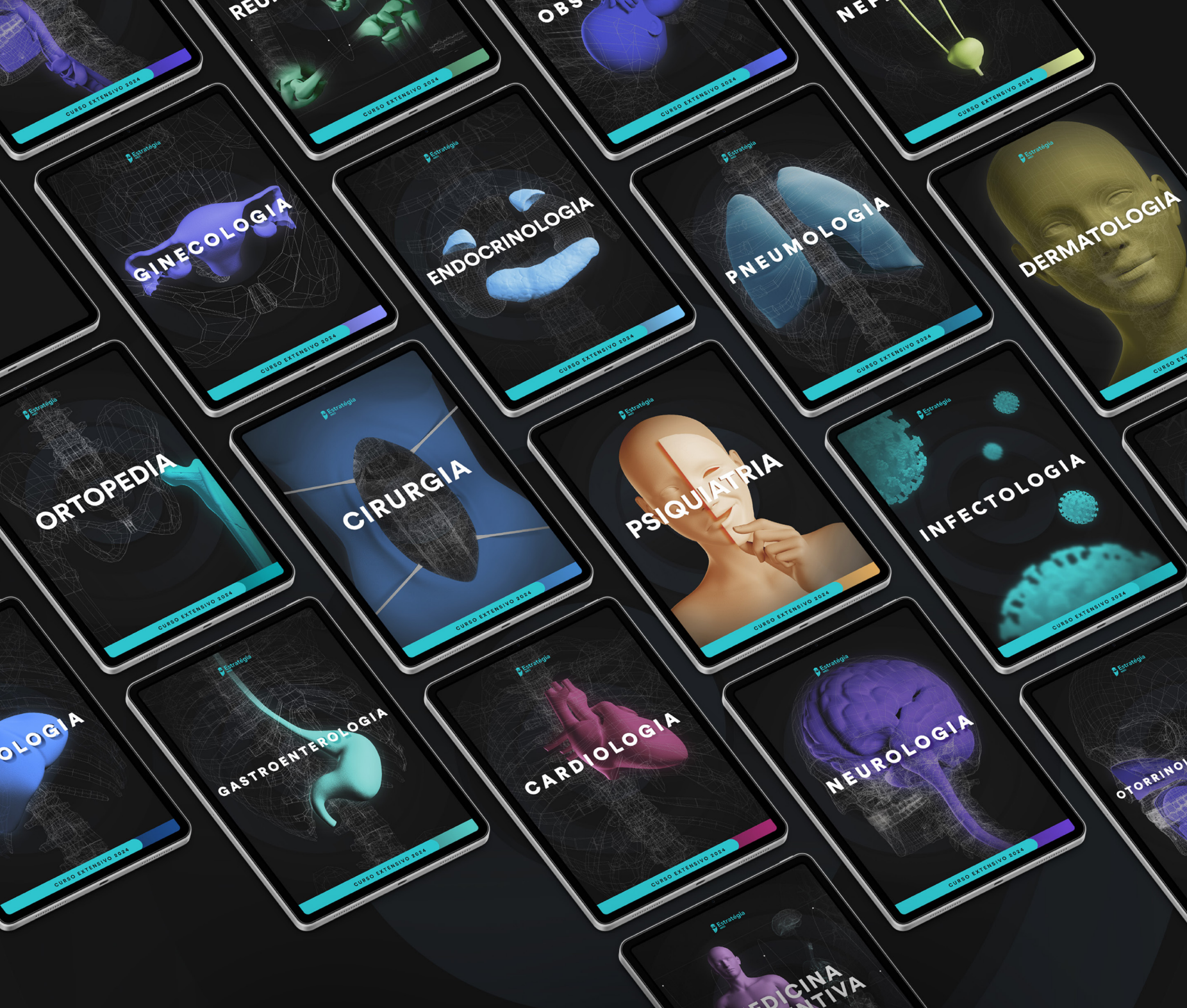
Incorreta a alternativa B: anemia moderada (Hb > 9 mg/dL) classifica a gestante como risco intermediário. Para ser alto risco, a gestante tem que apresentar anemia grave (< 9 mg/dL).

Incorreta a alternativa C: gestação gemelar dicoriônica e diamniótica classifica a gestante como risco intermediário. Somente gestações monocoriônicas são consideradas de alto risco.

Incorreta a alternativa D: diabetes gestacional controlada com medidas não farmacológicas classifica a gestante como risco intermediário. Somente a diabetes gestacional em uso de insulina classifica a gestante como alto risco.

Gabarito: A

VOLTAR PARA AS QUESTÕES



Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com