

A large, stylized owl logo in a dark blue color, positioned in the upper left background of the page. The owl's face is prominent, with its eyes looking forward. The feathers are detailed and layered, creating a sense of depth and texture. The overall color scheme is dark blue and black, with white and light blue text and graphics.

ESTRATÉGIA MED

PROVAO DE BOLSAS

2026

Mais de 4 mil bolsas,
até 100% OFF: seu futuro na
medicina com Estratégia MED.



CADERNO DE RESPOSTAS

med.estrategia.com

CLÍNICA MÉDICA

INFECTOLOGIA

01 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi) Um homem de 34 anos de idade procura atendimento após perceber lesão cutânea dolorosa em coxa direita cerca de 24 horas após manipular caixas em um depósito. Refere inicialmente discreta dor local, seguida por aumento progressivo da lesão.

Ao exame físico, observa-se placa eritematosa com área central violácea e aspecto marmóreo, associada a discreto edema local. O paciente encontra-se em bom estado geral, afebril e sem sinais sistêmicos.

A imagem da lesão encontra-se a seguir:



Fonte: Estratégia Med

Considerando esse quadro clínico, a provável causa da lesão é acidente:

- A) Laquético.
- B) Crotálico.
- C) Lonômico.
- D) Loxoscélico.
- E) Escorpiônico.

COMENTÁRIOS:

Essa questão aborda o **loxoscelismo**, que é o envenenamento causado pela picada da aranha-marrom (*Loxosceles spp.*). Esse acidente é classicamente associado a ambientes domésticos, como depósitos, sótãos ou atrás de móveis, em que a aranha costuma se esconder.

A picada geralmente é indolor, e o quadro clínico pode se manifestar de forma predominantemente cutânea ou sistêmica. A forma cutânea é a mais comum, com evolução lenta e progressiva, caracterizada por dor local tardia (que se torna mais intensa após 24 a 72h), eritema, edema e, nos casos mais típicos, lesões com áreas de isquemia e hemorragia, formando a chamada “placa marmórea”. A necrose pode surgir entre o 7º e 12º dia, deixando úlceras de difícil cicatrização.

Já a forma cutâneo-visceral ou hemolítica é menos frequente, mas potencialmente grave. Essa forma pode levar à hemólise intravascular com anemia aguda, icterícia, hemoglobinúria, petéquias, insuficiência renal aguda e, em casos extremos, coagulação intravascular disseminada (CIVD).

No caso dessa questão, o paciente refere dor inicial discreta e evolução progressiva da lesão em cerca de 24 horas, com **placa eritematosa, centro violáceo e aspecto marmóreo**, exatamente o padrão clássico desse tipo de acidente.

Incorreta a alternativa A. O acidente laquéutico é causado pela serpente do gênero *Lachesis* (*surucucu*). Os sintomas locais incluem dor intensa, edema e equimose, semelhantes ao acidente botrópico, mas com o diferencial de apresentar manifestações parassimpáticas importantes, como bradicardia, cólicas abdominais e diarreia. A imagem e a história não condizem com esse quadro.

Incorreta a alternativa B. O acidente crotálico, provocado pela cascavel (*Crotalus durissus*), caracteriza-se por sintomas neurotóxicos e miotóxicos. O paciente costuma apresentar a “fácies miastênica” (ptose palpebral), diplopia e urina escura (mioglobulinúria). Diferentemente do caso descrito, a picada de cascavel não causa tipicamente lesão cutânea importante no local da picada.

Incorreta a alternativa C. O acidente lonômico ocorre pelo contato com lagartas do gênero *Lonomia*. O quadro típico é uma síndrome hemorrágica por coagulopatia de consumo, com equimoses e sangramentos. Não há formação de placa marmórea necrótica como descrito na questão.

Correta a alternativa D. O acidente loxoscélico, causado pela aranha-marrom (*Loxosceles*), apresenta quadro cutâneo característico com dor inicial discreta, seguida por placa eritematosa com área central violácea e aspecto marmóreo, podendo evoluir para necrose. A imagem e a descrição clínica são clássicas desse tipo de acidente.

Incorreta a alternativa E. O escorpionismo geralmente causa dor local intensa logo após a picada e pode evoluir com manifestações autonômicas sistêmicas, como sudorese, vômitos e taquicardia. Lesão cutânea com aspecto marmóreo não é característica.

Gabarito: D

02 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi) Um homem de 58 anos de idade, etilista crônico, procura atendimento com história de febre, tosse produtiva e mal-estar há cerca de 20 dias. Refere que, nos últimos dias, passou a eliminar grande quantidade de escarro espesso, com odor fétido. Nega viagens recentes.

Ao exame físico:

- Temperatura: 38,2°C
- FR: 22 irpm
- Saturação de O₂: 94% em ar ambiente
- Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base pulmonar direita

Exames laboratoriais mostram leucocitose de 16.200 células/mm³ com desvio à esquerda.

Foi realizada radiografia de tórax, apresentada a seguir.



Fonte: Estratégia Med

Considerando o quadro clínico e o achado radiológico, assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica inicial mais adequada.

- A) Iniciar amoxicilina isolada por via oral.
- B) Iniciar clindamicina ou ampicilina-sulbactam, com cobertura para anaeróbios.
- C) Iniciar ceftriaxona associado a azitromicina.
- D) Realizar lobectomia cirúrgica.
- E) Iniciar tratamento empírico para tuberculose pulmonar.

COMENTÁRIOS:

Abscesso pulmonar é uma infecção necrosante do parênquima pulmonar que leva à formação de uma cavidade contendo material purulento. Em provas de Residência, esse diagnóstico costuma aparecer em pacientes com **tosse produtiva com escarro fétido**, febre e evolução subaguda. A radiografia geralmente mostra **cavidade com nível hidroaéreo**.

Um ponto importante é saber avaliar os fatores de risco. Pacientes com **etilismo crônico, alteração do nível de consciência ou higiene oral precária** têm maior risco de aspirar secreções da orofaringe. Isso favorece a infecção por **bactérias anaeróbias da cavidade oral**, como Prevotella, Fusobacterium e Peptostreptococcus. Por esse motivo, o tratamento inicial deve sempre incluir cobertura para anaeróbios.

No caso apresentado, há febre, tosse produtiva com grande quantidade de escarro espesso e fétido e radiografia com cavidade pulmonar com nível hidroaéreo. O conjunto é típico de **abscesso pulmonar**.

Incorreta a alternativa A. A amoxicilina isolada não oferece cobertura adequada para bactérias anaeróbias produtoras de betalactamase frequentemente envolvidas nos abscessos pulmonares. Por isso, não é uma boa opção terapêutica inicial.

Correta a alternativa B. A clindamicina ou a associação ampicilina-sulbactam (ou mesmo amoxicilina-clavulanato) são esquemas recomendados para tratamento de abscesso pulmonar. Ambos têm boa atividade contra bactérias anaeróbias da cavidade oral, que são os agentes mais frequentemente envolvidos nesse tipo de infecção. Essa é a conduta inicial mais adequada.

Incorreta a alternativa C. A associação ceftriaxona com azitromicina é um bom esquema para pacientes hospitalizados por pneumonia adquirida na comunidade. No entanto, esse regime não oferece cobertura adequada para anaeróbios, que são agentes frequentes nos abscessos pulmonares.

Incorreta a alternativa D. A lobectomia cirúrgica não é a conduta inicial. A maioria dos abscessos pulmonares responde ao tratamento clínico com antibióticos. A abordagem cirúrgica fica reservada para casos refratários, complicações ou suspeita de neoplasia.

Incorreta a alternativa E. Apesar de lesões cavitárias poderem ocorrer na tuberculose, o quadro clínico apresentado (escarro purulento e fétido associado a fatores de risco para aspiração) sugere abscesso pulmonar bacteriano. Portanto, iniciar tratamento para tuberculose não é indicado.

Gabarito: B

DERMATOLOGIA

03 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Homem, 58 anos, fototipo II, procura atendimento por lesão pigmentada em dorso, com crescimento recente e mudança de coloração. Ao exame, observa-se mácula irregular, assimétrica, com bordas mal definidas e variação de cor (VER IMAGEM). Foi realizada biópsia excisional, cujo anatomopatológico revelou melanoma cutâneo invasivo com índice de Breslow de 1,2 mm, sem ulceração e com margens comprometidas pela biópsia inicial.



Em relação à conduta mais adequada para esse paciente, assinale a alternativa correta:

- A) Observação clínica com dermatoscopia seriada, sem necessidade de nova abordagem cirúrgica.
- B) Ampliação de margens cirúrgicas com 1 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
- C) Ampliação de margens cirúrgicas com 2 cm, sem necessidade de pesquisa de linfonodo sentinela.
- D) Ampliação de margens cirúrgicas com 0,5 cm e acompanhamento clínico trimestral.
- E) Ressecção alargada com 3 cm de margem e linfadenectomia regional profilática.

COMENTÁRIOS:

Diante de uma lesão suspeita de melanoma, o ideal é que seja realizada uma biópsia excisional. Essa biópsia excisional foi realizada e o diagnóstico foi de um melanoma com índice de Breslow de 1,2mm sem ulceração. Qual seria o próximo passo? Ampliar margens! Vamos relembrar.

Margem indicada de ampliação da cicatriz do melanoma	
Espessura	Margem indicada
<i>In situ</i>	<u>0,5cm</u>
<i>< ou igual 1mm</i>	1cm
<i>Entre 1mm e 2mm</i>	1 a 2cm
<i>> 2mm</i>	2 cm

Por essa tabela, podemos perceber que a margem indicada para esse paciente é de 1 a 2 cm. E a pesquisa de linfonodo sentinela? É necessária, nesse caso?

Indicações de pesquisa de linfonodo sentinela	
Índice	Comentário
<i>Índice de Breslow > ou igual a 1mm</i>	<i>Pesquisa indicada</i>
<i>Índice de Breslow \geq 0,8mm com ulceração ou mitoses</i>	<i>Pesquisa indicada</i>
<i>Índice de Breslow < 0,8mm com ulceração ou mitose</i>	<i>OBS: Nesses casos a conduta é compartilhada com o paciente. Não é obrigatório a realização do exame</i>

Como o índice de Breslow é de 1,2mm, há necessidade de pesquisa de linfonodo sentinela. Portanto, o gabarito é a alternativa B.

Incorreta a alternativa A. Não se faz apenas observação clínica após diagnóstico de melanoma invasivo.

Correta a alternativa B. Como vimos, temos que fazer a ampliação de no mínimo 1cm e no máximo 2cm, além de realizar pesquisa de linfonodo sentinela.

Incorreta a alternativa C. Como vimos, temos que realizar pesquisa de linfonodo sentinela.

Incorreta a alternativa D. Margem de 0,5 cm é insuficiente para melanoma invasivo. Esse valor é utilizado apenas para melanoma *in situ*.

Incorreta a alternativa E. Margens de 3 cm não são mais recomendadas.

Gabarito: B

04 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Mulher, 49 anos, procura atendimento por lesões cutâneas há 6 meses, com prurido intenso. Ao exame dermatológico, observam-se pápulas violáceas demonstradas na figura abaixo. Há acometimento de mucosa oral, com estrias esbranquiçadas em padrão rendilhado (estrias de Wickham) em mucosa jugal. Nega uso recente de novas medicações.



Em relação ao quadro clínico descrito, o vírus mais frequentemente associado a essa condição é:

- A) Vírus Epstein-Barr (EBV).
- B) Vírus da hepatite C (HCV).
- C) Vírus da hepatite B (HBV).
- D) Papilomavírus humano (HPV).
- E) Vírus herpes simples (HSV).

COMENTÁRIOS:

Estrategista, primeiro precisamos reconhecer o diagnóstico clínico pelo padrão clássico das lesões: na fotografia estamos vendo pápulas violáceas que confluem em placas na superfície flexural do antebraço, quadro típico de líquen plano. O líquen plano tipicamente cursa com pápulas violáceas, poligonais, planas e brilhantes, geralmente muito pruriginosas, com distribuição simétrica em punhos e tornozelos. O acometimento de mucosa oral com estrias esbranquiçadas em padrão rendilhado (estrias de Wickham) é praticamente patognomônico.

Uma associação epidemiológica bem estabelecida em prova é entre líquen plano e infecção pelo vírus da hepatite C (HCV). Por isso, diante de um diagnóstico de líquen plano, é recomendado rastrear hepatite C, principalmente em áreas de maior prevalência. Dessa forma, está correta a alternativa B.

Gabarito: B

ENDOCRINOLOGIA

05 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Endocrinologia - Prof. Ênio Macedo) Homem de 49 anos comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Encontra-se com queixa de dor no joelho e tem antecedente de ureterolitíase. Nos exames laboratoriais, apresenta: Hb 13,5; leucócitos 6.700; plaquetas 155.000; Cr 0,9; Ur 32; Na 139; K 4,1; Ca 11,2; P 2,2; PTH 210. Realizou radiografia devido à dor no joelho que traz para a consulta.



Considerando o diagnóstico mais provável, qual é o principal efeito colateral do seu tratamento?

- A) Queda de cabelo
- B) Diminuição na mobilidade
- C) Hipocalcemia
- D) Osteonecrose de mandíbula
- E) Fratura atípica do fêmur

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos um homem jovem com hipercalcemia com PTH elevado. Só esse dado já nos sugere fortemente o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário, condição que pode levar a outras complicações como nefrolitíase (que o paciente tem histórico), nefrocalcinose, osteoporose e osteíte fibrosa cística. A radiografia nos mostra uma lesão heterogênea na metáfise distal do fêmur, que nesse contexto clínico deve fazer você pensar em tumor marrom, um tumor de osteoclastos hiperestimulados pela secreção excessiva de PTH e que faz parte da constelação de manifestações da osteíte fibrosa cística. O tratamento dos pacientes com hiperparatireoidismo primário com sintomas ou complicações (como é o caso) é em geral cirúrgico, com retirada de uma ou mais paratireoides. A principal complicação desses procedimentos é a hipocalcemia secundária ao hipoparatireoidismo pós-cirúrgico.

Estrategistas, vamos aproveitar essa questão para revisar um pouco mais sobre o hiperparatireoidismo primário (HPTP).

ETIOLOGIA

A maior parte dos casos de hiperparatireoidismo primário ocorre devido à presença de **adenomas** de paratireoide (90% dos casos). Outras etiologias são a **hiperplasia (~10% dos casos)**, a qual pode estar associada à **síndrome de neoplasia endócrina múltipla (NEM) 1 ou 2a**, e **carcinoma de paratireoide (< 1%)**.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O HPTP pode se apresentar das seguintes formas não mutuamente excludentes:

- Assintomático
- Clínica de hipercalcemia (rebaixamento de nível de consciência, náuseas, vômitos, constipação, poliúria e desidratação)
- Nefrolitíase (pela hipercalcúria)
- Osteoporose
- Osteíte fibrosa cística: condição óssea marcada por dor óssea e alterações radiográficas típicas, como o crânio em sal e pimenta, reabsorção subperiosteal das falanges distais e tumor marrom ósseo.



DIAGNÓSTICO

O padrão laboratorial típico do HPTP é: **cálcio elevado, fósforo baixo ou normal, PTH elevado e calciúria elevada (> 250 (mulheres) ou > 300 (homens) mg/d)**.

Um diagnóstico diferencial importante é a hipercalcemia hipocalciúrica familiar, condição genética e geralmente assintomática que em tudo simula o padrão laboratorial do HPTP, com a diferença de cursar com hipocalciúria, diferença que mais ajuda nas questões de prova.

Exames de imagem não devem ser utilizados para confirmar o diagnóstico.

TRATAMENTO

O tratamento está indicado para todos os pacientes sintomáticos. Naqueles assintomáticos, o tratamento também está indicado nas seguintes condições:



O tratamento preferencial é o cirúrgico. Para o planejamento cirúrgico, é importante identificar a paratireoide afetada, o que pode ser feito por meio da **cintilografia com Tc-99m-sestamibi** ou **SPECT**. Se nesses exames for identificado um adenoma em uma paratireoide, o procedimento de escolha é uma paratireoidectomia seletiva (com retirada apenas da paratireoide doente). Caso o paciente tenha hiperplasia de várias paratireoides ou caso os exames sejam incapazes de identificar a paratireoide afetada, o paciente deverá ser submetido a uma paratireoidectomia subtotal, com reimplante de meia paratireoide no antebraço. O implante no antebraço serve para reduzir o risco de hipoparatiroidismo primário e para facilitar uma futura abordagem caso o paciente apresente recidiva da doença. Perceba, portanto, que os exames de imagem têm a utilidade apenas de auxiliar no planejamento cirúrgico e não para confirmar a doença, uma vez que, mesmo com exames negativos, ainda assim o paciente deverá ser submetido à cirurgia. Em casos em que a cirurgia não for possível, pode-se lançar mão do cinacalcete, um agonista do sensor de níveis de cálcio nas paratireoides.

Incorreta a alternativa A. Queda de cabelo é uma complicação comum de quimioterapias citotóxicas, que podem ser necessárias no tratamento de neoplasias ósseas, que não é o diagnóstico mais provável do caso.

Incorreta a alternativa B. Diminuição de mobilidade é uma complicação comum de cirurgias de amputação, que podem ser necessárias no tratamento de neoplasias ósseas, que não é o diagnóstico mais provável do caso.

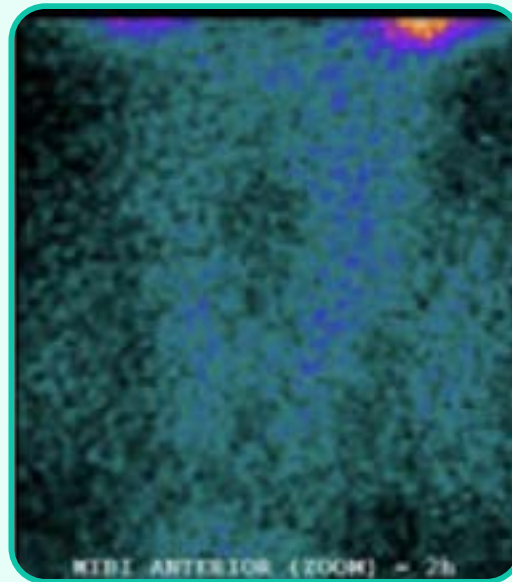
Correta a alternativa C. Hipocalcemia é a complicação mais comum da paratireoidectomia, tratamento preferencial para o diagnóstico mais provável de hiperparatiroidismo primário.

Incorreta a alternativa D. A osteonecrose de mandíbula é uma complicação temida do uso de bisfosfonatos, que no contexto de hipercalcemia costumam ser utilizados para o tratamento de pacientes com sintomatologia de hipercalcemia (como letargia, rebaixamento de nível de consciência, náuseas, vômitos e diabetes insipidus nefrogênico) ou com cálcio total maior ou igual a 14 mg/dL. O nosso paciente, portanto, não possui indicação de uso de bisfosfonato no momento, sendo suficiente o tratamento da causa de base e intensificação da hidratação oral para o controle da hipercalcemia.

Incorreta a alternativa E. A fratura atípica do fêmur é uma complicação temida do uso crônico de bisfosfonatos. Como nosso paciente não apresenta indicação de bisfosfonato no momento, esse não seria um problema.

Gabarito: C

06 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Endocrinologia - Prof. Ênio Macedo) Uma paciente do sexo feminino, 25 anos, com antecedente de obesidade, procura atendimento relatando febre baixa, tremores de extremidades, palpitações, sudorese, diarreia e irritabilidade nas últimas semanas. No exame físico, apresenta PA 154/68, FC 104 bpm, FR 22 irpm, SpO2 98%, T 37,2°C, sem bócio ou nódulos tireoidianos. O restante do exame é normal. Exames complementares evidenciam TSH indetectável, T4L elevado, TRAb negativo, tireoglobulina sérica normal e marcadores inflamatórios normais. Foi solicitada uma cintilografia tireoidiana, mostrada abaixo.



Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta:

- A) Para o diagnóstico, é imprescindível a solicitação de uma ultrassonografia de tireoide, que poderá identificar múltiplos nódulos.
- B) Está indicada a coleta de exames laboratoriais gerais, 2 pares de hemoculturas periféricas pareados e antibioticoterapia empírica.
- C) Deve-se investigar o uso de hormônio tireoidiano exógeno e a presença de massas ovarianas.
- D) Está indicada a prescrição de tionamida (como metimazol ou propiltiouracil) e betabloqueador para controle sintomático.
- E) A conduta envolve a prescrição de betabloqueadores para alívio de sintomas. Não se devem utilizar tionamidas, pois a tireotoxicose costuma ser transitória nesse caso.

COMENTÁRIOS:

Paciente com histórico de obesidade, evoluindo com tireotoxicose por hipertireoidismo primário (padrão de TSH suprimido com T4L elevado). O TRAb negativo afasta a possibilidade de doença de Graves, etiologia mais comum de hipertireoidismo primário. A cintilografia evidencia uma baixa captação difusa do radiofármaco no tireoide, afastando o adenoma tóxico e o bócio multinodular tóxico. Esse padrão de cintilografia pode estar presente em condições nas quais não existe um aumento de captação de iodo ou produção de hormônio tireoidiano na glândula, como em tireoidites, tireotoxicose factícia (por uso de hormônio tireoidiano exógeno) ou *struma ovarii* (presença de tecido tireoidiano ectópico funcionante em uma massa ovariana, mais comumente um teratoma). Nas tireoidites, devido à lesão do parênquima tireoidiano encontramos a tireoglobulina e/ou marcadores inflamatórios elevados, afastando essa hipótese. Como muitas fórmulas para emagrecer não regulamentadas possuem hormônio tireoidiano, essa é uma suspeita forte para o caso. No entanto, não é possível afastar a presença de produção ectópica em tumor ovariano com os dados da questão.

Vamos comentar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Ultrassonografia de tireoide com múltiplos nódulos e tireotoxicose sugere o diagnóstico de bócio multinodular tóxico. No entanto, nessa condição, a cintilografia evidenciaria vários nódulos hipercaptantes na tireoide.

Incorreta a alternativa B. Essa é a conduta da tireoidite supurativa, um quadro de infecção tireoidiana que pode cursar com tireotoxicose, febre alta, dor cervical, formação de abscessos tireoidianos e sepse. O quadro clínico descrito não é compatível com essa condição.

Correta a alternativa C. Devido à clínica de tireotoxicose, cintilografia hipocaptante e marcadores inflamatórios/tireoglobulina normais (diminuindo a chance de estarmos diante de uma tireoidite), a intoxicação por hormônio tireoidiano exógeno ou produção ectópica são as principais hipóteses diagnósticas.

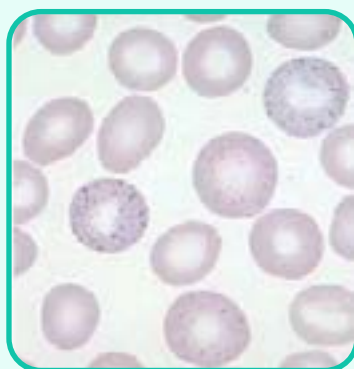
Incorreta a alternativa D. A conduta terapêutica dependerá da etiologia. Caso seja uma intoxicação exógena, o indicado é suspender o uso do medicamento ou fórmula e, se necessário, usar betabloqueadores para controle de sintomas.

Incorreta a alternativa E. Essa seria a conduta de uma tireoidite, que é pouco provável, tendo em vista a tireoglobulina e os marcadores inflamatórios normais.

Gabarito: C

HEMATOLOGIA

07 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Hematologia - Prof. Thiago Peixoto) Homem de 38 anos procura atendimento ambulatorial por fadiga progressiva, dor abdominal intermitente e dificuldade de concentração há cerca de dois meses. Relata constipação frequente e episódios de cefaleia. Trabalha há vários anos em uma fábrica de baterias automotivas. Nega sangramentos ou perda ponderal. Ao exame físico, apresenta palidez cutaneomucosa. A pressão arterial é de 130 × 85 mmHg. Não há hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais: hemoglobina = 10,2 g/dL; VCM = 74 fL; leucócitos = 6.500/mm³; plaquetas = 310.000/mm³. Foi realizado esfregaço de sangue periférico, cuja imagem está apresentada a seguir.



Considerando o quadro clínico e o achado morfológico do esfregaço, o diagnóstico mais provável é:

- A) talassemia beta menor.
- B) anemia sideroblástica.
- C) intoxicação por chumbo.
- D) anemia ferropriva.
- E) síndrome mielodisplásica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos diante de um paciente que apresenta um quadro clássico de intoxicação ocupacional, evidenciado por sintomas neurológicos como cefaleia e dificuldade de concentração, além de sintomas gastrointestinais como dor abdominal e constipação. O fato de ele trabalhar em uma fábrica de baterias automotivas nos leva para a exposição ao chumbo, o que é corroborado pela anemia microcítica acompanhada do achado no esfregaço de pontilhado basofílico nos eritrócitos. Vamos aprender sobre o assunto!

A maior parte da **intoxicação pelo chumbo** ocorre da exposição no ambiente de trabalho, como fábricas de baterias, mineração, fundição e construção civil. Embora a prevalência de níveis elevados de chumbo tenha diminuído na população ao longo dos anos devido à eliminação do chumbo em tintas e na gasolina, a toxicidade ocupacional continua sendo um problema de saúde pública de grande relevância.

A absorção do chumbo em adultos ocorre predominantemente pelo trato respiratório através da inalação de partículas e vapores. Após absorvido, o metal distribui-se pelo sangue, tecidos e, principalmente, acumula-se nos ossos, onde pode permanecer por décadas.

O chumbo causa toxicidade por diversos mecanismos, incluindo a competição com o cálcio em processos vitais celulares e a indução de estresse oxidativo no sistema hematopoiético, inibindo as enzimas essenciais para a síntese da hemoglobina, como a ferroquelatase.

Além disso, o chumbo inibe a enzima pirimidina 5 nucleotidase, o que não degrada mais o ácido ribonucleico dos eritrócitos, resultando na formação do **pontilhado basofílico** visível no esfregaço de sangue periférico.

O quadro clínico varia diretamente com o nível de toxicidade e o tempo de exposição, sendo os sintomas muitas vezes graduais e inespecíficos. Pacientes sintomáticos costumam apresentar queixas gastrointestinais importantes, como a dor abdominal difusa acompanhada de constipação e anorexia. As manifestações neurológicas e psiquiátricas englobam cefaleia persistente, dificuldade de concentração, déficits de memória de curto prazo, fadiga excessiva e irritabilidade. Os sintomas musculoesqueléticos, como dores articulares e mialgia também são achados frequentes. A manifestação hematológica mais comum é a anemia, que ocorre tanto pela inibição da síntese do heme quanto pelo aumento da fragilidade da membrana celular dos eritrócitos.

A confirmação do quadro é estabelecida através da dosagem do nível de chumbo no sangue. O hemograma evidencia uma anemia com microcitose e o pontilhado basofílico. A avaliação da protoporfirina zinco pode ser solicitada para estimar exposições ocorridas nos meses antecedentes à consulta, visto que a inibição da ferroquelatase pelo chumbo promove a substituição do ferro pelo zinco no anel porfirínico.

O tratamento baseia-se em identificar a fonte e afastar o paciente de forma imediata e definitiva da exposição ao metal. Para os pacientes francamente sintomáticos ou com concentrações de chumbo excessivamente elevadas no sangue, a terapia de quelação está indicada com o objetivo de acelerar a excreção renal da toxina. Utiliza-se o quelante **ácido dimercaptosuccínico** (DMSA) por via oral para pacientes que conseguem tolerar a administração enteral. Em quadros mais graves, como na presença de encefalopatia ou inviabilidade de uso da via enteral, o tratamento exige suporte hospitalar e o uso de quelantes parenterais, notadamente o edetato de cálcio dissódico, que é administrado em terapia combinada para maximizar a depuração sem agravar os danos neurológicos.

Agora, vamos analisar as alternativas!

Incorreta a alternativa A. A talassemia beta menor é uma hemoglobinopatia hereditária que cursa com anemia microcítica e pode exibir pontilhado basofílico nas hemácias, entretanto não justifica o surgimento subagudo de sintomas neurológicos, os episódios de cólica abdominal e a manifestação clínica associada ao ambiente ocupacional de risco.

Incorreta a alternativa B. A anemia sideroblástica é caracterizada pelo acúmulo de ferro nas mitocôndrias dos precursores eritroides, podendo cursar com microcitose, mas não cursa com toxicidade neurológica associada a dores abdominais e um histórico de trabalho de exposição a metais pesados.

Correta a alternativa C. O paciente apresenta os sintomas de manifestações do saturnismo, que é a intoxicação por chumbo, evidenciada por sua ocupação de risco em uma fábrica de baterias automotivas. A inibição enzimática causada pelo acúmulo do metal impede a correta síntese do heme e bloqueia a degradação do ácido ribonucleico celular eritrocitário, originando, assim, uma **anemia microcítica com o característico pontilhado basofílico**, achados que, em conjunto com a intensa cólica abdominal, constipação e cefaleia, fecham o diagnóstico.

Incorreta a alternativa D. A anemia ferropriva não leva à formação de eritrócitos com pontilhado basofílico no sangue periférico e não tem relação com o contexto ocupacional e os sintomas sistêmicos do paciente.

Incorreta a alternativa E. A síndrome mielodisplásica manifesta-se através de citopenias persistentes, displasia celular e episódios de anemia frequentemente de padrão macrocítico.

Gabarito: C

08 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Hematologia - Prof. Thiago Peixoto) Homem de 74 anos, com histórico de fibrilação atrial não valvar, em uso regular de rivaroxabana, é levado ao pronto-socorro após apresentar rebaixamento do nível de consciência e vômitos há três horas. Familiares relatam que ele havia se queixado de cefaleia intensa súbita pouco antes do quadro. Ao exame físico, encontra-se sonolento, com abertura ocular apenas ao estímulo doloroso. Apresenta pressão arterial de 170 × 95 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm e saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente. A tomografia de crânio evidencia hemorragia intracraniana extensa. Diante do caso, a conduta mais adequada é:

- A) administrar vitamina K intravenosa.
- B) administrar protamina intravenosa.
- C) administrar concentrado de complexo protrombínico de 4 fatores.
- D) administrar ácido tranexâmico isoladamente.
- E) administrar idarucizumabe intravenoso.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos diante de um paciente idoso em uso regular de rivaroxabana, um anticoagulante oral direto inibidor do fator X ativado, apresentando um quadro neurológico agudo e grave. A tomografia computadorizada de crânio confirmou uma hemorragia intracraniana extensa, o que configura um evento hemorrágico com risco iminente de morte induzido por terapia anticoagulante. Vamos rever o manejo dessas situações!

A maioria dos DOACs são inibidores diretos do fator Xa: rivaroxabana (Xarelto®), apixabana (Eliquis®) e edoxabana (Lixiana®). Note que todos eles trazem o XA no próprio nome: rivaroxAbana, apixAbana, edoxAbana. A exceção é a dabigatrana (Pradaxa®), que age inibindo a trombina (fator IIa). Uma informação importante é que, enquanto a rivaroxabana e a apixabana não precisam de uso de outro anticoagulante inicial, a edoxabana e a dabigatrana precisam de uma “ponte de heparina” até que atinjam seu efeito anticoagulante, assim como ocorre no uso de varfarina.

Em todos os pacientes com sangramento grave associado ao uso de anticoagulantes orais diretos (DOACs), o tratamento deve ser realizado com medidas de suporte. A administração de um agente reversor deve ser feita apenas se o sangramento for fatal, atingir um órgão crítico ou não for controlado com medidas de suporte e houver demonstração ou evidência de que o paciente apresente níveis plasmáticos relevantes de DOAC.

Em pacientes com sangramento grave associado ao uso de dabigatrana, nos quais um agente reversor é necessário, sugerimos o tratamento com idarucizumabe 5 g IV. Se o idarucizumabe não estiver disponível, sugerimos o tratamento com complexo protrombínico ativado (APCC) 50 unidades/kg IV.

Em pacientes com sangramento grave associado ao uso de rivaroxabana ou apixabana, nos quais um agente reversor é necessário,

sugere-se tratamento com andexanet alfa. Se andexanet alfa não estiver disponível, faz-se o tratamento com complexo de protrombina de quatro fatores (PPC) 2000 unidades.

Em pacientes com sangramento grave associado ao uso de edoxabana ou betrixabana, nos quais um agente reversor é necessário, sugere-se tratamento *off-label* com andexanet alfa em alta dose (800 mg em bólus administrado a 30 mg/min, seguido por uma infusão contínua de 8 mg/min por até 120 minutos) ou PCC de quatro fatores 2000 unidades.

Estrategista, vamos analisar as assertivas.

Incorreta a alternativa A. A vitamina K é o tratamento utilizado para reverter a intoxicação por antagonistas da vitamina K, como a varfarina.

Incorreta a alternativa B. A protamina é utilizada de forma exclusiva para neutralizar o efeito da heparina não fracionada e de parte da heparina de baixo peso molecular.

Correta a alternativa C. O concentrado de complexo protrombínico de quatro fatores é a conduta terapêutica recomendada para o manejo de sangramentos ameaçadores à vida induzidos pela rivaroxabana nos casos em que o antídoto específico não está disponível. Ele fornece uma alta concentração dos fatores de coagulação para vencer o bloqueio enzimático causado pela droga e tentar conter a expansão do hematoma intracraniano.

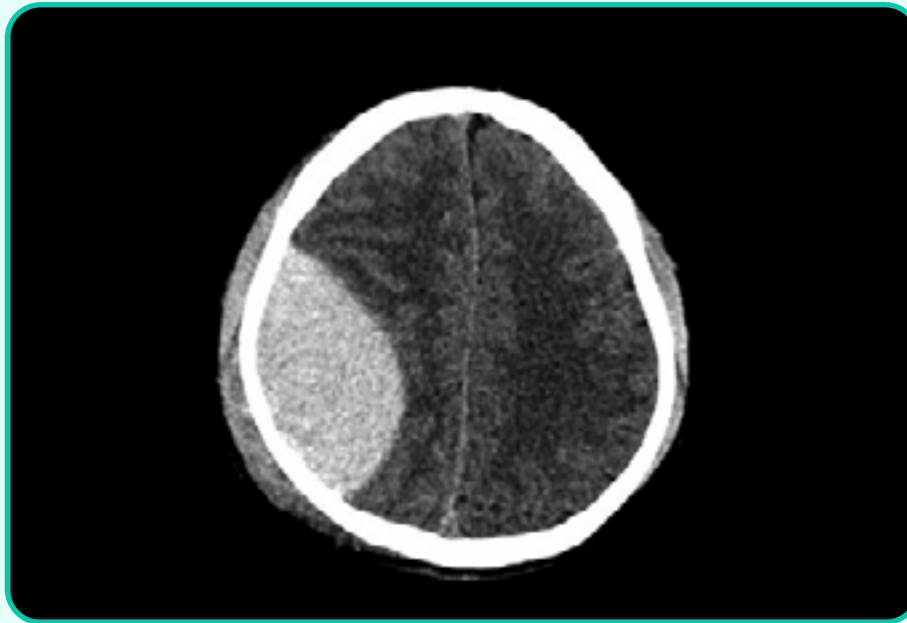
Incorreta a alternativa D. O ácido tranexâmico é um agente antifibrinolítico que atua prevenindo a lise do coágulo sanguíneo. A sua administração isolada é insuficiente para reverter a coagulopatia gerada pelo anticoagulante oral.

Incorreta a alternativa E. O idarucizumabe é um fragmento de anticorpo monoclonal que atua como antídoto específico do dabigatran, inibidor direto da trombina. Ele não apresenta eficácia cruzada, o que significa que não possui nenhuma utilidade contra a rivaroxabana, apixabana ou qualquer outro bloqueador do fator X ativado.

Gabarito: C

NEUROLOGIA

09 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Homem de 18 anos, vítima de queda de andaime, dá entrada no PS. À admissão, apresenta abertura ocular apenas ao chamado, localiza o estímulo doloroso e apresenta resposta verbal confusa. No exame físico, PA 100 x 70 mmHg, FC 90 bpm, boa perfusão periférica. Sem déficit neurológico focal. É submetido a TC de crânio mostrada abaixo.



Sobre o quadro em questão, qual a alternativa correta?

- A) A imagem é compatível com hematoma subdural
- B) A origem desse sangramento é a lesão de veias corticais
- C) O intervalo lúcido é clássico dessa condição
- D) Trata-se da principal causa de sangramento intra-axial traumático
- E) O uso de corticoide está indicado no manejo pré-operatório

COMENTÁRIOS:

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

2 - Hematoma subdural: ocorre na lesão de veias corticais entre a dura-máter e a aracnoide e classicamente é descrito como tendo um aspecto em crescente, côncavo-convexo. Em contraste com o hematoma epidural, aqui o sangramento ocorre entre duas camadas de

meninge, abaixo do osso. Por isso, o sangramento se espalha mais facilmente, não há intervalo lúcido e o aspecto se assemelha a uma “banana”.

3 - Hemorragia subaracnóidea: o acúmulo de sangue ocorre no espaço subaracnóideo, podendo levar a cefaleia, rigidez de nuca e, eventualmente, 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 a cefaleia, déficit neurológico focal e em situações mais graves, ao rebaixamento do nível de consciência.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. A imagem é típica de um hematoma extradural ou epidural, com “bordas” fixas e aspecto biconvexo.

Incorreta a alternativa B. A lesão da artéria meníngea média causa o hematoma extradural, ao passo que a das veias corticais produz o hematoma subdural.

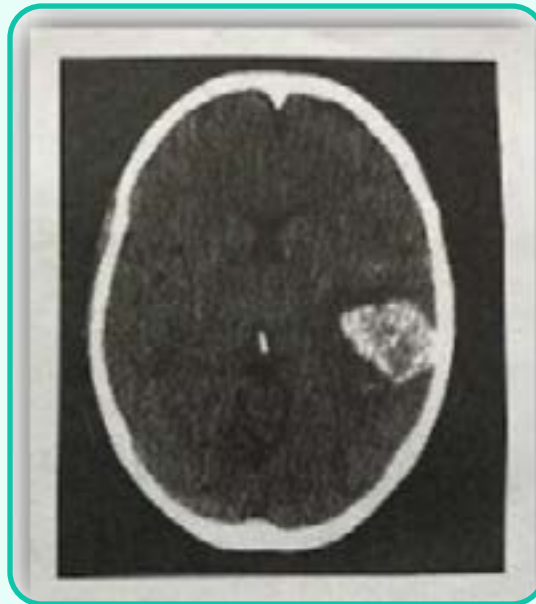
Correta a alternativa C. Exatamente. Como vimos acima, dada a restrição mecânica para a sua expansão, o hematoma extradural cursa com intervalo lúcido, realçando a importância de se indicar a TC de crânio em pacientes vítima de TCE, ainda que leve, no contexto de cinemática de alto impacto.

Incorreta a alternativa D. É a segunda principal causa de hematoma. Perde para o hematoma subdural – esta, sim, a principal causa.

Incorreta a alternativa E. O corticoide está indicado no manejo do edema vasogênico, como o que ocorre no contexto de neoplasia intracraniana, mas não no contexto de TCE.

Gabarito: C

10 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Homem, 80 anos, dá entrada no PS por queixa de hemiparesia súbita iniciada há cerca de 2 horas. É previamente hígido e não faz uso de medicações diariamente. A TC de crânio sem contraste revela a imagem abaixo.



Sobre o quadro em questão, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Hematoma intraparenquimatoso hipertensivo
- B) Angiopatia amiloide
- C) Trombose venosa cerebral
- D) Dissecção intracraniana
- E) Meningioma

COMENTÁRIOS:

Os principais fatores de risco para o AVC hemorrágico intraparenquimatoso são hipertensão arterial (70 % dos casos), angiopatia amiloide, MAV (malformações arteriovenosas) e coagulopatias. Além de neoplasia do SNC e uso de drogas (principalmente em jovens usuários de cocaína).

Além da idade e dos hábitos do paciente, uma característica é essencial para predizer a provável etiologia do sangramento: sua localização!

Isso ocorre porque no hematoma intraparenquimatoso, a fisiopatologia envolve a ruptura de vasos perforantes nos núcleos da base, principalmente o putâmen (artérias lentículo-estriadas, as mesmas envolvidas com lacunas isquêmicas na cápsula interna), além dos tálamos (vasos tálamo-perforantes), ponte e cerebelo. Esses pacientes são portadores de lipo-hialinose e neles ocorre a formação de microaneurismas de Charcot-Bouchard, mais susceptíveis à ruptura. A localização nessas regiões decorre de uma peculiaridade anatômica. São vasos “finos” oriundos de vasos mais calibrosos, sem uma redução progressiva do lúmen, expondo-os a uma transição abrupta de pressão, favorecendo as manifestações descritas.

Sendo assim, quando o sangramento ocorre em outras localizações, sobretudo fora dos núcleos da base, diagnósticos diferenciais

devem ser considerados. O principal deles é a angiopatia amiloide, que ocorre em idosos. A angiopatia amiloide, diferentemente da lipohialinose, afeta principalmente os vasos dos lobos cerebrais e não está relacionada à hipertensão arterial. Ela corresponde a 5-35% dos casos de AVC hemorrágico intraparenquimatoso. Sendo assim, uma hemorragia cortical, como a revelada na imagem acima, em idosos, deve levantar a suspeita de angiopatia amiloide. Apesar de não se associar diretamente à elevação pressórica, a HAS é uma comorbidade comum do idoso, de modo que pode e frequentemente coexiste com a angiopatia amiloide. A RM de encéfalo ajuda a definir o diagnóstico ao revelar microsangramentos corticais, indetectáveis à TC de crânio, em outras topografias.

Vejamos as alternativas.

Incorreta a alternativa A. Apesar de ser a principal causa de sangramento intracraniano, a idade avançada e, sobretudo, a localização do sangramento falam a favor de angiopatia amiloide.

Correta a alternativa B. Exatamente. Como vimos acima, é a principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa C. Apesar de poder gerar sangramento secundário, a trombose venosa cerebral não é uma causa frequente, sobretudo em idosos.

Incorreta a alternativa D. A dissecação leva a dor, frequentemente em trovoada (como na ruptura de aneurisma) e mais frequentemente desencadeia lesão isquêmica. Raramente, pode levar à formação de um aneurisma dissecante, cuja ruptura pode levar a sangramento subaracnóideo. Contudo, é algo raro, e não é essa a localização do sangramento.

Incorreta a alternativa E. O meningioma é uma neoplasia benigna, extra-axial, que aparece com realce homogêneo à TC de crânio com contraste. A imagem em questão é sem adição de contraste e ainda assim ocorre hiperdensidade. Além disso, a lesão está dentro do parênquima, não sendo extra-axial.

Gabarito: B

PSIQUIATRIA

11 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Um médico especialista é chamado para responder a um pedido de parecer de interconsulta em um hospital geral. A situação envolve um paciente internado para tratamento clínico de insuficiência hepática, que apresenta clínica compatível com abstinência alcoólica iniciada há cerca de 2 horas. A prescrição farmacológica mais adequada para esse caso é:

- A) midazolam.
- B) fenobarbital.
- C) lorazepam.
- D) fenitoína.
- E) carbamazepina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o quadro da síndrome de abstinência alcoólica (SAA) pode se iniciar entre 6 e 24 horas depois do último consumo de álcool ou redução da quantidade de álcool ingerida.

A SAA é representada por sintomas como tremores, que são geralmente as primeiras manifestações clínicas, ansiedade, irritabilidade, alterações de atenção, náuseas, febre, taquipneia, sudorese, piloereção, taquicardia e alterações de pressão arterial.

Critérios da intoxicação por álcool, adaptados do DSM-5-TR

A	Ingestão recente de álcool.
B	Alterações comportamentais ou psicológicas.
C	Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
1	Fala arrastada.
2	Incoordenação.
3	Instabilidade na marcha.
4	Nistagmo.
5	Comprometimento da atenção ou da memória.
6	Estupor ou coma.
D	Os sintomas apresentados pelo paciente não são explicados por outras causas.

O **tratamento** da SAA é principalmente baseado no uso de **benzodiazepínicos** de meia-vida prolongada, como o diazepam, que assim como a **maior parte das medicações de sua classe**, é oxidado pelo sistema microsomal P450, principalmente nas subunidades CYP 3A4 e CYP 2C19 (fase 1 da metabolização), densamente presentes no sistema hepático, ativando seus metabólitos para, posteriormente, serem eliminados.

Uma das raras exceções dessa metabolização é o **lorazepam**, que sofre, sobretudo, processos de metabolização de fase 2, sendo conjugado diretamente por glicuronidação e posteriormente excretado na urina.

A reposição de tiamina é mandatória, e justifica-se para evitar a ocorrência da síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), quadro provocado pela deficiência de vitamina B1.

Para o controle de eventual agitação psicomotora intensa ou psicose grave/refratária, o uso cauteloso do antipsicótico típico haloperidol pode ser considerado. Sua cautela é justificada, pois, de forma geral, os antipsicóticos reduzem o limiar para convulsões, além de aumentarem o risco para arritmias cardíacas. Dessa forma, justamente, o haloperidol é o antipsicótico considerado o mais seguro nesse cenário, por isso é a droga a ser escolhida.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A. Conforme discutido na introdução.

Incorreta a alternativa B. O uso de barbitúricos pode ser útil em casos graves e refratários de SAA, associados a um benzodiazepínico.

Correta a alternativa C. Para o tratamento da SAA em um paciente sabidamente hepatopata, o lorazepam é a melhor alternativa dentre os benzodiazepínicos, por sobrecarregar menos intensamente o sistema hepático.

Incorreta a alternativa D. Essa droga é contraindicada em tal manejo. Além de não ter evidências favoráveis, pode, devido ao chamado efeito “*kindling*”, precipitar paradoxalmente crises convulsivas.

Incorreta a alternativa E. A carbamazepina é uma droga de segunda linha nesse tratamento e pode substituir o uso de benzodiazepínicos em casos leves e moderados, contudo demanda intensa metabolização hepática.

Gabarito: C

12 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Paciente de 60 anos, agricultor, é levado por familiares ao atendimento na UPA após ser encontrado desacordado em sua propriedade rural. Na avaliação inicial, você percebe que o paciente se encontra confuso, desorientado em tempo-espaço, apresenta roncos respiratórios intensos, abundante sialorreia, tremores musculares e miose bilateral. Diante desse cenário, quais são o provável diagnóstico e o antídoto a ser imediatamente administrado?

- A) Intoxicação por organoclorado – administrar atropina.
- B) Intoxicação por carbamato – administrar naloxona.
- C) Intoxicação por carbamato – administrar atropina.
- D) Intoxicação por organofosforado – administrar N-acetilcisteína.
- E) Intoxicação por organoclorado – administrar naloxona.

COMENTÁRIOS:

A síndrome colinérgica, também conhecida como síndrome anticolinérgica, é causada pela inibição da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina. Com o acúmulo da acetilcolina, há o aumento do tônus colinérgico no sistema nervoso central, periférico e autônomo, devido à hiperestimulação dos receptores muscarínicos e nicotínicos.

- Efeitos muscarínicos: espasmo brônquico, bradicardia, hipersecreção brônquica, sialorreia, lacrimejamento, sudorese, vômitos, diarreia, incontinência urinária e miose.
- Efeitos nicotínicos: fasciculações, tremores, fraqueza muscular e taquicardia.



Os principais agentes envolvidos são os pesticidas do tipo carbamato e organofosforado (OF). Essas substâncias representam um grupo composto por milhares de agentes químicos distintos, estruturalmente relacionados. Além disso, também podem estar presentes em diversos outros produtos, como agrotóxicos, inseticidas domésticos, rodenticidas e medicações, como nas drogas donepezila, rivastigmina e galantamina (tratamento para Alzheimer) ou piridostigmina (tratamento para miastenia gravis).

Estrategista, existem pequenas diferenças entre os carbamatos e os organofosforados, que podem ser questionadas na sua prova:

- Carbamatos: inibem, de maneira temporária e reversível, a ação da acetilcolinesterase, com efeitos geralmente inferiores a 24 horas. Atravessam menos intensamente a barreira hematoencefálica, portanto causam menos efeitos centrais.

- Organofosforados: estabelecem uma ligação forte e duradoura com a acetilcolinesterase. São extremamente lipossolúveis, o que permite uma rápida passagem pela barreira hematoencefálica, causando efeitos mais proeminentes sobre o sistema nervoso central. Também pela lipossolubilidade, depositam-se no tecido gorduroso, causando uma intoxicação prolongada, conhecida como “síndrome intermediária”.

Estrategista, para a sua prova, quando o enunciado descrever um paciente “molhado e miótico”, ou seja, suando, lacrimejando,

salivando, urinando, com diarreia e broncorreia, a banca está dizendo que o diagnóstico é esse. Caso ainda seja descrito que se trata de um trabalhador rural e há um “cheiro de alho”, típico de algumas substâncias dessa classe, o diagnóstico é certo.

O diagnóstico é clínico e dispensa qualquer exame complementar para o início do tratamento. A história clínica do paciente, muitas vezes com origem no meio rural, é uma importante pista desse diagnóstico.

O tratamento é realizado com uso de **atropina**, um anticolinérgico, tendo como alternativa o uso de **pralidoxima**, uma reativadora da acetilcolinesterase.

Incorreta a alternativa A. Pegadinha! Os pesticidas **organoclorados** foram utilizados na agricultura, contudo a maioria foi proibida ou teve seu uso restrito, devido a suas propriedades de bioacumulação. Têm ação neurotóxica, meia-vida muito longa e atingem diversos outros órgãos, como coração, fígado, rins, entre outros, interferindo em processos de membrana celular, gerando toxicidade.

Incorreta a alternativa B. A naloxona, assim como o nalmefeno, é o tratamento da intoxicação opioide, como morfina, heroína e fentanil, substâncias que provocam depressão respiratória e redução do nível de consciência, além de miose bilateral.

Correta a alternativa C. Sem ressalvas, conforme discutido na introdução.

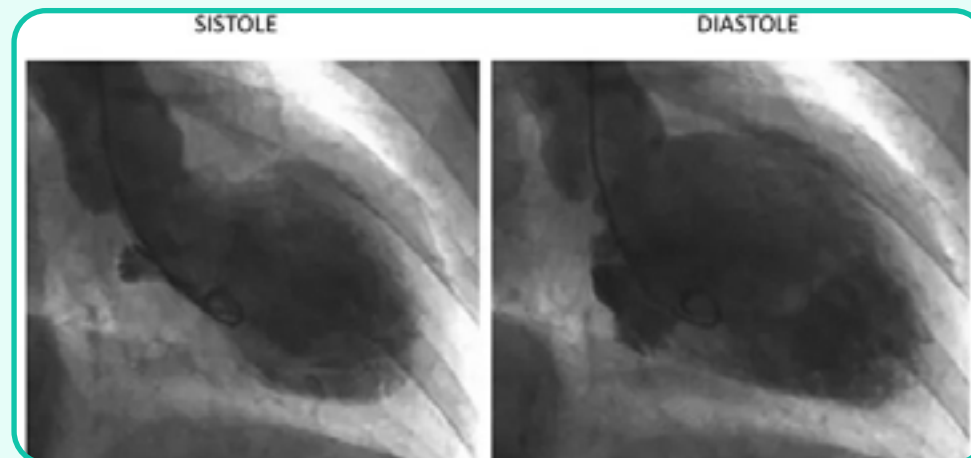
Incorreta a alternativa D. A N-acetilcisteína é a abordagem nos casos de intoxicações por acetaminofeno (o paracetamol), devendo ser administrada no menor tempo possível, sobretudo nas intoxicações com doses superiores a 200mg/kg em crianças, e 8-10g em adultos, pois são consideradas potencialmente hepatotóxicas.

Incorreta a alternativa E. Conforme já discutido.

Gabarito: C

CARDIOLOGIA

13 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto) Mulher, 54 anos, apresenta dor torácica aguda em aperto no primeiro dia pós-operatório de colecistectomia eletiva. Exame físico: FC = 116 bpm, PA = 145 x 96 mmHg, FR = 20 irpm, Sat. O₂ em ar ambiente = 94%, sem outras alterações. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, supradesnivelamento do segmento ST em região anterolateral de até 2mm. Troponina ultrasensível (1ª dosagem): 26 ng/L (VR < 14 ng/L). Cateterismo cardíaco: artérias coronárias sem lesões; a ventriculografia se encontra na imagem.



Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Angina variante.
- B) Miocardite aguda.
- C) Pericardite aguda.
- D) Taquicardiomiopatia.
- E) Síndrome de Takotsubo.

COMENTÁRIO:

A chave para responder a essa questão está na associação entre dor torácica, ECG com supra de ST, cateterismo com coronárias normais e ventriculografia compatível com acinesia dos segmentos médios/apicais e hipercinesia dos segmentos basais. Essa é a descrição clássica da **Síndrome de Takotsubo**.

Também chamada síndrome do coração partido, ela está mais relacionada com **mulheres pós-menopausa** que passaram por um **estresse emocional importante** (no caso, é um pós-operatório de colecistectomia). O quadro simula um **IAM com supra de ST** (dor torácica, ECG com supra ST e elevação de troponina), porém o **cateterismo não revela lesões coronarianas graves**. O ecocardiograma ou a ventriculografia mostram uma **acinesia dos segmentos médio e apicais do ventrículo esquerdo com hipercontratilidade dos segmentos basais**.

Incorreta a alternativa A: a angina variante (angina de Prinzmetal) é uma forma de angina caracterizada por dor torácica associada

à elevação transitória do segmento ST no ECG, geralmente ocorrendo em repouso, especialmente nas primeiras horas da manhã. O mecanismo fisiopatológico é o espasmo focal ou difuso da artéria coronária epicárdica, podendo ocorrer em vasos com ou sem doença aterosclerótica significativa. O espasmo resulta em isquemia miocárdica, que se manifesta pela elevação do ST e sintomas de angina, resolvendo-se espontaneamente ou após administração de nitrato, sem progressão para infarto na maioria dos casos. O diagnóstico é feito pela documentação de elevação transitória do segmento ST durante o episódio de dor torácica, preferencialmente com ECG contínuo ou durante o ataque. O espasmo pode ser induzido por testes provocativos (ex: acetilcolina ou ergonovina).

Incorreta a alternativa B: nas provas, a miocardite geralmente está relacionada com pródromos virais seguido de insuficiência cardíaca aguda. No ecocardiograma, temos uma disfunção do VE associado a **hipocontratilidade miocárdica difusa**.

Incorreta a alternativa C: assim como a miocardite, a pericardite é precedida por pródromos virais. O quadro clássico é de **dor torácica ventilatório dependente** (pleurítica), **que se agrava pela mudança de posição**. O ECG mostra **supradesnivelamento do segmento ST difuso associado a infra do segmento PR**. O ecocardiograma pode revelar um derrame pericárdico novo ou aumento de um derrame pré-existente, sem relação com alteração da contratilidade do VE.

Incorreta a alternativa D: é um quadro de insuficiência cardíaca secundária a uma arritmia não controlada (exemplo: uma FA de alta resposta sem controle adequado da frequência cardíaca). O quadro se desenvolve ao longo do tempo, não de forma súbita. No ecocardiograma, há uma hipocontratilidade difusa do VE.

Correta a alternativa E: a associação de estresse, dor torácica, ECG com supra ST, coronárias sem lesões graves e ventrículo esquerdo no ecocardiograma/ventriculografia com aspecto em “jarro de pescar polvo” são típicos de Takotsubo.

Gabarito: E

14 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto) Homem, 63 anos, tabagista, diabético, entra no pronto-socorro de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com dor torácica de forte intensidade há 4 horas. Exame físico: regular estado geral, PA: 165x100 mmHg. FC: 78 bpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Saturação de oxigênio em ar ambiente: 96%. Radiografia de tórax sem alterações. Realizado eletrocardiograma na admissão (imagem):



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais CORRETA para o paciente:

- A) Administração de fibrinolítico, se o tempo de transporte para uma unidade com hemodinâmica para a realização de angioplastia for maior que 120 minutos.
- B) Administração de fibrinolítico, mesmo se o tempo de transporte para uma unidade com hemodinâmica for menor que 120 minutos, pois o paciente apresenta dor intensa.
- C) Encaminhar para uma unidade de hemodinâmica, independentemente do tempo de transporte, para a realização de angioplastia primária.
- D) Administração de fibrinolítico somente após realizar angiotomografia de tórax e afastar possível dissecação de aorta.
- E) Manter monitorização em sala de emergência e solicitar troponina ultrasensível para a definir o tratamento.

COMENTÁRIO:

A questão traz um paciente de 63 anos com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST de parede anterior extensa (V2 a V6, DI e avL). Para piorar a situação, ele está em uma UPA, onde não há uma equipe de hemodinâmica.

No infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), ocorre obstrução aguda de uma artéria coronária devido ao rompimento de uma placa aterosclerótica, com consequente formação de trombo.

Os principais sintomas associados são: dor torácica com ou sem dispneia, sudorese e náuseas.

O diagnóstico é feito pelo eletrocardiograma (ECG). Não há necessidade de confirmação laboratorial através dos marcadores de necrose miocárdica (troponina, CKMB)! Portanto, diante um ECG com supradesnivelamento do segmento ST e quadro clínico compatível, o diagnóstico de IAMCSST está confirmado.

O tratamento inicial consiste na administração de antiplaquetários (AAS + inibidor P2Y12), anticoagulantes, analgesia e, principalmente, na reperfusão de emergência com fibrinolíticos ou angioplastia percutânea.

Independentemente da forma de reperfusão escolhida, sempre devemos tentar diminuir ao máximo o tempo entre o primeiro contato do paciente com a equipe médica e a reperfusão do vaso ocluído.

Se o paciente se encontra em uma **unidade sem equipe de hemodinâmica** (como o caso dessa questão), considera-se aceitável um intervalo de **até 120 minutos** (2 horas) para a transferência até um hospital de referência e a realização da angioplastia. Nos pacientes que se apresentam em um hospital **com serviço de hemodinâmica**, o tempo para realização da angioplastia deve ser menor, já que não há necessidade de transferência. Nesses casos, considera-se aceitável um intervalo de tempo de até **90 minutos** (tempo porta-balão).

O tratamento com fibrinolítico está indicado quando não há possibilidade de angioplastia primária em tempo adequado e na ausência de contraindicações à fibrinólise. O tempo entre o primeiro contato médico e o início da infusão do fibrinolítico (tempo porta-agulha) deve ser de até 30 minutos.

Após a terapia fibrinolítica, os pacientes devem ser transferidos em 2 a 24 horas para um hospital com capacidade de realizar a angioplastia, independentemente da ocorrência ou não de reperfusão. A finalidade é recanalizar de forma definitiva a artéria culpada, pois, em 50% dos casos, o fluxo sanguíneo não é restabelecido de forma completa após a fibrinólise.

Não havendo recanalização da artéria culpada, o paciente deve ser encaminhado para a ICP de resgate em tempo < 180 minutos após o fibrinolítico.

Correta a alternativa A: quando o tempo entre o diagnóstico e a realização da angioplastia no serviço de referência for maior do que 120 minutos (incluindo o tempo de transporte), o tratamento fibrinolítico está indicado.

Incorreta a alternativa B: a única situação em que é aceitável um tempo para a angioplastia maior do que 90 ou 120 minutos (dependendo de onde se encontra o paciente) é quando houver alguma contraindicação absoluta ao fibrinolítico.

Incorreta a alternativa C: se o tempo para a realização da angioplastia no serviço de referência for maior do que 120 minutos, o tratamento de escolha é o fibrinolítico.

Incorreta a alternativa D: pois não há suspeita de dissecação aguda de aorta. O quadro de dissecação é caracterizado por uma dor súbita e intensa, geralmente com irradiação para as costas, associada à diferença de pressão e pulso entre os membros superiores. A radiografia revela alargamento de mediastino na maioria dos casos com acometimento da aorta ascendente.

Incorreta a alternativa E: essa alternativa não contempla nenhuma das estratégias de reperfusão. Além disso, não é necessário esperar o resultado da troponina para definir uma conduta no infarto com supra. O tratamento deve ser alguma das estratégias de reperfusão: angioplastia ou fibrinolítico.

Gabarito: A

GASTROENTEROLOGIA

15 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Gastroenterologia – Prof. Karine Turke) Os pólipos que apresentam associação com a síndrome de Cowden são:

- A) adenomas.
- B) adenomas serrilhados.
- C) hamartomas.
- D) hiperplásicos.
- E) inflamatórios.

COMENTÁRIOS:

A maior parte dos cânceres colorretais ocorre de maneira esporádica, entretanto cerca de **15% dos casos** de câncer colorretal estão relacionados a **síndromes hereditárias específicas**.

Vamos falar sobre a síndrome de Cowden! Os pacientes portadores dessa condição costumam apresentar **múltiplos pólipos do tipo hamartomatosos na mucosa do trato gastrointestinal** e na **pele**. Tal condição ocorre por **mutação no gene PTEN**, sendo de herança **autossômica dominante**.

As principais manifestações extraintestinais da síndrome são **mucocutâneas**, ocorrendo praticamente em 100% dos pacientes, frequentemente sendo o achado inicial que nos conduz ao diagnóstico. Nesse contexto, citamos principalmente os **triquilemomas** (tumores hamartomatosos da bainha radicular externa do folículo piloso que acometem face e pescoço). Raramente ocorrem múltiplos (três ou mais) triquilemomas de forma esporádica em indivíduos saudáveis. **Queratomas acrais** (pápulas queratósicas de até 4 mm localizadas nas mãos, punhos e dorso dos pés) e **papilomas orais** (pápulas coalescentes localizadas nos lábios, membranas mucosas, língua e palato) também são muito comumente encontrados nesses indivíduos, formando a **tríade dermatológica clássica** dessa síndrome.

Cerca de 13% dos pacientes portadores de síndrome de Cowden evoluem com câncer colorretal. Esses pacientes também exibem risco aumentado para outros carcinomas, como **câncer de mama (mais comum)**, tireoide, útero e rim. Tumores cerebrais benignos (gangliocitoma displásico), macrocefalia e déficit cognitivo podem ocorrer.

Incorreta a alternativa A. Na síndrome de Cowden, os pólipos são **hamartomatosos**.

Incorreta a alternativa B. Na síndrome de Cowden, os pólipos são **hamartomatosos**.

Correta a alternativa C. Na síndrome de Cowden, os pólipos são **hamartomatosos**.

Incorreta a alternativa D. Na síndrome de Cowden, os pólipos são **hamartomatosos**.

Incorreta a alternativa E. Na síndrome de Cowden, os pólipos são **hamartomatosos**.

Gabarito: C

16 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Gastroenterologia – Prof. Karine Turke) Em relação à doença de Crohn (DC) e à retocolite ulcerativa (RCU), assinale a alternativa correta.

- A) O pioderma gangrenoso é uma afecção de pele que pode manifestar-se com ulcerações profundas e bordas violáceas, cujo tratamento consiste em melhorar o controle da doença intestinal.
- B) A espondiloartropatia axial, apesar de não ter associação com atividade de doença intestinal, apresenta boa resposta ao uso de anti-TNF.
- C) Diversos medicamentos podem ser utilizados com segurança na gestação, como a mesalazina, metotrexato e infliximabe, por exemplo.
- D) A presença de granulomas não caseosos é um marco anatomopatológico sensível no diagnóstico de Doença de Crohn, e sua ausência praticamente exclui a doença.
- E) A colangite esclerosante primária é mais associada à RCU, e o uso do ácido ursodesoxicólico pode reduzir as taxas de progressão para cirrose e transplante hepático.

COMENTÁRIOS:

As **doenças inflamatórias intestinais** apresentam dois picos de incidência: o primeiro entre **15-30 anos** e o segundo em torno dos **55-80 anos**, com maior incidência em países **desenvolvidos**.

A retocolite ulcerativa (**RCU**) caracteriza-se por inflamação intestinal **restrita à camada MUCOSA**, sendo **confinada ao CÓLON e RETO**. O comprometimento da **mucosa é CONTÍNUO e ascendente**, iniciando-se no **reto** e, progressivamente, acometendo o cólon, **restringindo-se ao intestino grosso**.

A **doença de Crohn (DC)** caracteriza-se por sua capacidade de **acometimento TRANSMURAL**, ou seja, a inflamação pode afetar **todas as camadas (MUCOSA, SUBMUCOSA, MUSCULAR e SEROSA) de QUALQUER PARTE DO TRATO GASTROINTESTINAL** (daí o mnemônico muito utilizado de que a DC afeta “da boca ao ânus”).

Ao contrário da RCU, as **lesões da DC ocorrem de forma DESCONTÍNUA**, havendo **áreas afetadas separadas por áreas do trato gastrointestinal preservadas**. As lesões iniciais da DC costumam apresentar-se como **úlceras aftoides**. Tais úlceras podem tornar-se estreladas ou serpiginosas e, ao se unirem, formam úlceras longitudinais ou transversais. A presença dessas ulcerações entremeadas por mucosa são confere-lhes o aspecto **“em paralelepípedo/calçamento/cobblestone”** visualizado no exame endoscópico ou no clister opaco.

A DC também pode cursar com ocorrência de **fístulas, fissuras e abscessos perirretais e estenose anal em 1/3 dos pacientes**. Além disso, ela promove **espessamento e fibrose** da parede intestinal, que podem evoluir com **obstruções intestinais**.

Observe a tabela comparativa a seguir.

Principais diferenças entre RCU x DC		
	Retocolite ulcerativa	Doença de Crohn
Acometimento	Contínuo e ascendente	Descontínuo
Locais afetados	Reto e cólon	Da boca ao ânus
Camadas afetadas	Mucosa	Transmural
Fístulas	Não	Sim
Sangue e muco	Frequente	Ocasionalmente
Dor em cólica	Ocasionalmente	Frequente
Sintomas sistêmicos	Ocasionalmente	Frequente
Obstrução do intestino delgado e cólon	Não para delgado Rara para cólon	Frequente
Envolvimento retal	Comum	Raro
Doença perianal	Raríssima	Comum
Massa abdominal	Rara	Frequente

Ambas as doenças podem também apresentar **manifestações extraintestinais** (até um terço dos pacientes). Essas manifestações podem ter relação ou não com a atividade de doença.

As **artrites e artralguas** são as **manifestações extraintestinais mais comuns** nos pacientes com DIIs, podendo ser artrites **periféricas** (relacionam-se com atividade de doença), ou **axiais** (não se relacionam com atividade de doença). Ambas são mais **comuns da DC**.

Entre as manifestações **dermatológicas**, temos o **pioderma gangrenoso** (mais comum na **RCU**), que não guarda relação com atividade de doença, e o **eritema nodoso** (mais comum na **DC**), que se relaciona com atividade de doença intestinal.

A **colangite esclerosante primária (CEP)** é **mais comum na RCU** e ocorre em cerca de **5% dos portadores de RCU**, **entretanto cerca de 90% dos portadores de CEP apresentam RCU**. A atividade da CEP pode ocorrer independentemente da atividade da DII.

Veja a seguir a tabela resumo com as principais manifestações extraintestinais e sua relação com a atividade de doença:

Manifestações extraintestinais das DIIs		
	Doença mais comum	Relacionada à atividade intestinal?
Pioderma gangrenoso	RCU	Não
Eritema nodoso	DC	Sim
Artrite periférica	DC	Sim
Artrite axial	RCU	Não
Episclerite	DC	Sim
Uveíte	RCU = DC	Não
CEP	RCU	Não

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. O pioderma gangrenoso **não apresenta relação com atividade de doença intestinal**. Desse modo, melhorar o controle da doença intestinal não altera a lesão de pele. O tratamento do pioderma gangrenoso consiste principalmente no uso de **anti-TNF**, tendo como alternativas o ustequinumabe (inibidor da interleucina 12 e 23) e inibidores da JAK.

Correta a alternativa B. A artrite axial **não apresenta relação com atividade de doença intestinal**. O uso do **anti-TNF** apresenta bons resultados.

Incorreta a alternativa C. O **metotrexato é contraindicado na gestação**. Os outros medicamentos citados na alternativa são seguros.

Incorreta a alternativa D. O granuloma não caseoso é **específico**, porém não é patognomônico e também não é sensível, estando ausente na **maioria** dos pacientes com DC.

Incorreta a alternativa E. A CEP de fato é mais associada à RCU, entretanto **não há tratamento medicamentoso** para essa doença. O tratamento é o transplante hepático.

Gabarito: B

NEFROLOGIA

17 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Nefrologia – Prof. Diego Ennes) Um homem de 55 anos, diabético e com histórico de litíase renal de repetição, procura o serviço de emergência com quadro de febre alta (39,5°C), calafrios, dor lombar direita intensa e persistente há 48 horas. Refere também disúria e polaciúria nos últimos dias. O exame físico revela dor à palpação profunda em flanco direito e dor à punho-percussão lombar direita. Os exames laboratoriais mostram: leucocitose (21.000/mm³) com desvio à esquerda; creatinina sérica 1,8 mg/dL (basal 1,0 mg/dL); ureia 80 mg/dL. Urina tipo I com piúria acentuada, hematúria microscópica e proteinúria discreta. Urocultura positiva para *Proteus mirabilis*.

A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve revela:



Qual é a hipótese diagnóstica mais provável, considerando o quadro clínico, laboratorial e de imagem?

- A) Pielonefrite aguda não complicada
- B) Abscesso renal
- C) Tuberculose renal
- D) Pielonefrite xantogranulomatosa
- E) Necrose de papila renal

COMENTÁRIOS:

Coruja, aqui o quadro clínico apresentado é de uma pielonefrite aguda grave, com sintomas sistêmicos (febre alta, calafrios) e urinários altos (dor lombar direita intensa e dor à punho-percussão), precedidos por sintomas urinários baixos (disúria e polaciúria). Os exames laboratoriais revelam leucocitose acentuada ($21.000/\text{mm}^3$) com desvio, injúria renal aguda (creatinina 1,8 mg/dL, ureia 80 mg/dL) e piúria intensa. O agente etiológico identificado é o *Proteus mirabilis*, um microrganismo urease-positivo frequentemente associado à formação de cálculos renais de estruvita/coraliformes. São fatores de risco relevantes para a gravidade e recorrência do quadro o diabetes, o histórico de litíase de repetição e, crucialmente, a presença de múltiplos cálculos coraliformes e hidronefrose moderada, identificados na TC.

A TC revela aumento difuso do rim direito com perda da arquitetura corticomedular, o que é compatível com inflamação e edema de uma pielonefrite aguda (PNA). A associação de PNA grave, hidronefrose por obstrução (cálculos) e cálculos coraliformes (característicos de infecções crônicas por germes urease-positivos) sugere uma complicação ou uma forma específica e arrastada de infecção renal.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. O paciente é diabético, apresenta injúria renal aguda e, mais importante, a TC mostra múltiplos cálculos coraliformes e hidronefrose, indicando uma infecção complicada por obstrução e litíase.

Incorreta a alternativa B. Possível, pois é uma complicação da PNA, mas o quadro clínico e de imagem (aumento difuso do rim, perda da arquitetura) é mais amplo do que um abscesso localizado.

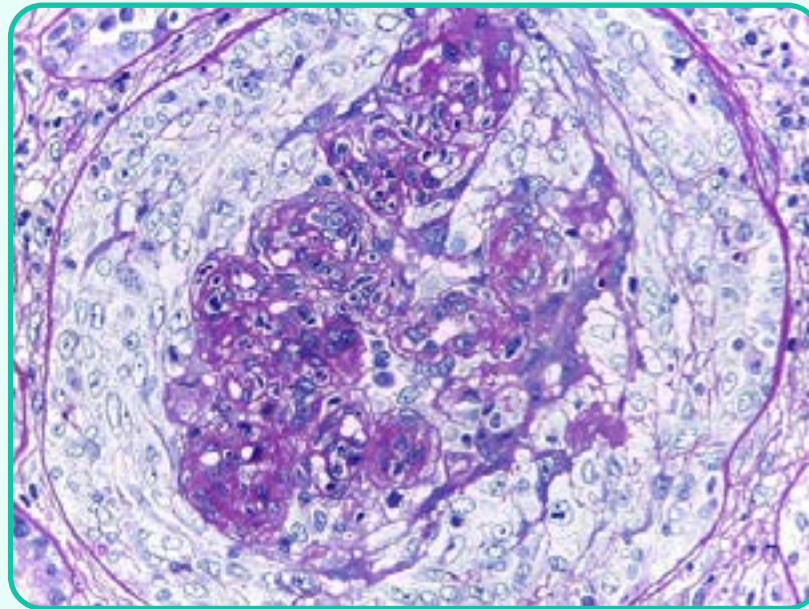
Incorreta a alternativa C. Tuberculose renal é uma infecção crônica, geralmente subaguda, que costuma levar a necrose caseosa, calcificações e estenoses. Embora possa causar cálculos, o quadro agudo e febril intenso, com *Proteus mirabilis* na urocultura, é incompatível com tuberculose. A pista diagnóstica de Tb urinária é a piúria estéril (leucocitúria com urocultura comum negativa). O diagnóstico vem com presença de baciloscopia positiva ou cultura direcionada para micobactéria.

Correta a alternativa D. A pielonefrite xantogranulomatosa (PXG) é uma forma rara e crônica de infecção renal destrutiva, caracterizada pela presença de múltiplos cálculos coraliformes (associados a infecção crônica por *Proteus* ou *E. coli*), obstrução e destruição do parênquima renal, que é substituído por tecido inflamatório com macrófagos espumosos (xantoma). O quadro clínico agudo (febre, dor) reflete uma exacerbação aguda dessa condição crônica. A TC com aumento difuso do rim, perda da arquitetura corticomedular e hidronefrose em um rim com cálculos coraliformes é altamente sugestiva de PXG.

Incorreta a alternativa E. A necrose de papila é uma complicação grave, comum em diabéticos e pessoas com obstrução/infecção, mas seus achados de imagem típicos são áreas cuneiformes de necrose nas papilas e, às vezes, exclusão de contraste. Embora o paciente tenha fatores de risco, a TC é muito mais específica para PXG, devido à descrição dos cálculos coraliformes associados à alteração difusa do parênquima.

Gabarito: D

18 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Nefrologia – Prof. Diego Ennes) Um homem de 30 anos, previamente hígido, procura o serviço de nefrologia com queixa de fadiga, mal-estar e urina com aspecto de “chá mate” há cerca de 3 semanas. Ele relata um quadro gripal não tratado há 6 semanas. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 150/95 mmHg e edema periorbital discreto. Exames laboratoriais mostram creatinina sérica de 3,5 mg/dL (tem exame de dois meses, com creatinina de 1,1 mg/dL); ureia 120 mg/dL; hemoglobina 10,5 g/dL. Urina tipo I com proteinúria subnefrótica (1,5 g/24h), hematúria intensa (> 100 hemácias por campo) com cilindros hemáticos. A sorologia revela antimembrana basal glomerular negativo, ANCA-P (MPO) positivo em altos títulos e C3 e C4 séricos normais. A biópsia renal mostra o seguinte achado difuso entre os glomérulos, na microscopia óptica:



A imunofluorescência dessa biópsia renal foi negativa para imunoglobulinas e complemento.

Considerando a gravidade e o diagnóstico confirmado, qual é a conduta terapêutica inicial de escolha para esse paciente?

- A) Iniciar diálise peritoneal imediatamente.
- B) Prescrever inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e restrição hídrica, com acompanhamento ambulatorial rigoroso.
- C) Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona (altas doses de corticoides) associada a ciclofosfamida ou rituximabe.
- D) Iniciar tratamento com imunoglobulina intravenosa (IVIG) e azatioprina, monitorando a função renal semanalmente.
- E) Administrar diuréticos de alça e aguardar a remissão espontânea.

COMENTÁRIOS:

O paciente apresenta um quadro de injúria renal aguda (IRA) por glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP), caracterizada pela queda abrupta da função renal (creatinina de 1,1 mg/dL para 3,5 mg/dL em 6 semanas), associada a manifestações de glomerulonefrite (hematúria intensa, cilindros hemáticos, proteinúria) e síndrome nefrítica (hipertensão e edema discreto).

O diagnóstico etiológico é sugerido pelos exames sorológicos:

- ANCA-P (Mieloperoxidase - MPO) positivo em altos títulos: altamente sugestivo de uma glomerulonefrite necrosante com crescentes associada à ANCA (vasculite de pequenos vasos).
- Anti-MBG negativo: fala contra a síndrome de Goodpasture (antimembrana basal glomerular).
- C3 e C4 séricos normais: exclui as glomerulonefrites mediadas por complexos imunes com consumo de complemento (como lúpus, GN pós-estreptocócica clássica).

A biópsia renal, com a presença de crescentes celulares difusos, confirma o diagnóstico de glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP), nesse caso, associada à vasculite ANCA-P positiva, que é o tipo III da GNRP (pauci-imune, que foi achado da imunofluorescência).

A GNRP é uma emergência nefrológica que exige tratamento imunossupressor agressivo e imediato, para tentar preservar a função renal.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Embora a IRA possa exigir terapia renal substitutiva (diálise), essa não é a conduta inicial de escolha para o *tratamento da causa* da doença. A diálise é iniciada apenas se houver indicações urgentes (hipercalcemia refratária, acidose metabólica grave, uremia sintomática ou hipervolemia refratária). O tratamento primário deve ser a imunossupressão.

Incorreta a alternativa B. O IECA e a restrição hídrica são medidas de suporte para controle da pressão arterial e da proteinúria, mas são insuficientes para tratar a inflamação glomerular aguda e rapidamente progressiva. O acompanhamento ambulatorial é inadequado para uma doença com risco iminente de perda da função renal.

Correta a alternativa C. Essa é a terapia de indução de remissão padrão para as glomerulonefrites rapidamente progressivas (GNRP) do tipo pauci-imune (ANCA-associada). A pulsoterapia com metilprednisolona (geralmente 500 mg a 1 g/dia por 3 dias, seguida de prednisona oral) visa controlar rapidamente a inflamação. A ciclofosfamida (agente alquilante) ou o rituximabe (anticorpo monoclonal anti-CD20) são utilizados como agentes de indução para suprimir a resposta autoimune subjacente, e são essenciais para evitar a progressão para doença renal crônica terminal.

Incorreta a alternativa D. Embora a IVIG possa ser usada em alguns distúrbios autoimunes, não é a terapia de primeira linha para GNRP ANCA-associada, que requer imunossupressão mais potente. A azatioprina é geralmente reservada para a fase de *manutenção* do tratamento, após a indução com ciclofosfamida ou rituximabe.

Incorreta a alternativa E. Diuréticos de alça (como a furosemida) ajudam a controlar o volume e a hipertensão, mas, assim como o IECA, são apenas medidas de suporte. A GNRP, especialmente a ANCA-associada, raramente remite espontaneamente e requer tratamento imunossupressor agressivo imediato, para preservar a função renal.

Gabarito: C

PNEUMOLOGIA

19 19. (**Estratégia MED 2026 – Inédita – Pneumologia – Prof. Juan Demolinari**) Paciente do sexo masculino, 68 anos, portador de DPOC muito grave (GOLD IV), é admitido na UTI por exacerbação infecciosa com insuficiência respiratória aguda. Evolui com necessidade de ventilação mecânica invasiva, após algumas horas de ventilação em modo volume controlado.

Os parâmetros ventilatórios atuais são: volume corrente (VT) de 8 mL/kg, frequência respiratória (FR) de 22 irpm, relação I:E de 1:3 e PEEP de 5 cmH₂O.

A curva de fluxo x tempo obtida no ventilador é apresentada abaixo:



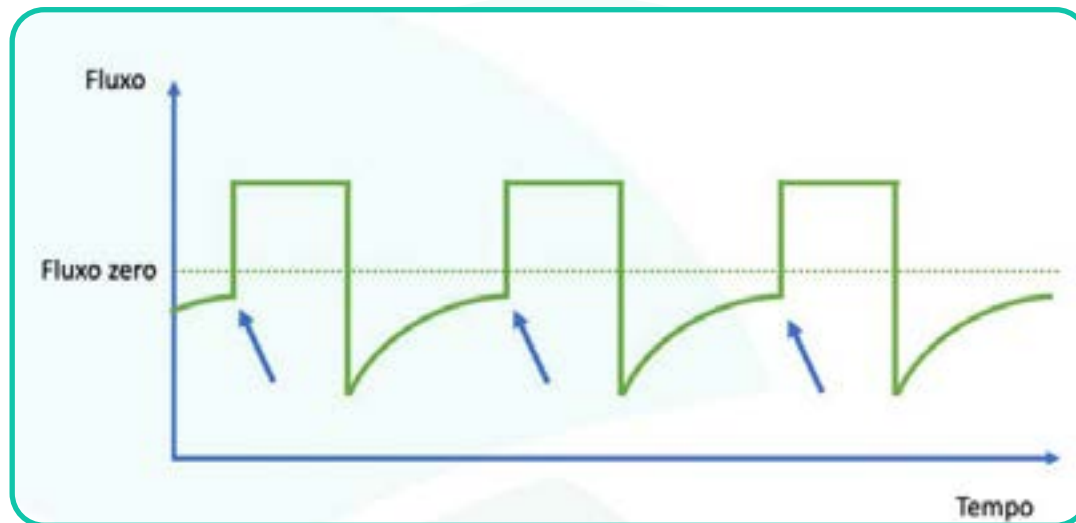
Com base na análise da curva e no quadro clínico, qual é o melhor ajuste no ventilador para melhorar a ventilação do paciente?

- A) Aumentar a PEEP externa para 10 cmH₂O.
- B) Aumentar o volume corrente, para melhorar a ventilação minuto.
- C) Reduzir o volume corrente ou diminuir a frequência respiratória.
- D) Reduzir o tempo expiratório.
- E) Aumentar a frequência respiratória, para melhorar a eliminação de CO₂.

COMENTÁRIOS:

A ventilação mecânica em pacientes com DPOC grave exige atenção especial à fisiopatologia da limitação ao fluxo expiratório. Esses pacientes apresentam aumento da resistência das vias aéreas, colapso precoce durante a expiração e esvaziamento pulmonar incompleto. Como consequência, ocorre aprisionamento aéreo progressivo, levando ao fenômeno conhecido como hiperinsuflação dinâmica, que se traduz na presença de pressão positiva ao final da expiração intrínseca (PEEP intrínseca ou auto-PEEP).

A análise da curva fluxo x tempo é fundamental nesse contexto. Em condições normais, o fluxo expiratório retorna à linha de base (fluxo zero) antes do início do próximo ciclo respiratório. No entanto, quando há limitação ao fluxo expiratório e tempo expiratório insuficiente, o fluxo não retorna à linha de base, indicando que ainda há ar sendo expirado quando se inicia a próxima inspiração. Esse achado é clássico de auto-PEEP. No gráfico apresentado, observa-se exatamente esse padrão (setas): o fluxo expiratório não atinge o zero antes do próximo ciclo, evidenciando aprisionamento aéreo.



Do ponto de vista clínico, a auto-PEEP tem implicações importantes. Ela aumenta a pressão intratorácica, reduz o retorno venoso e pode causar instabilidade hemodinâmica. Além disso, aumenta o trabalho respiratório e o risco de barotrauma. O principal mecanismo envolvido é o tempo expiratório insuficiente diante de um pulmão com esvaziamento lento.

Os determinantes do tempo expiratório incluem principalmente a frequência respiratória e a relação I:E. Quanto maior a frequência respiratória, menor o tempo disponível para expiração. Da mesma forma, volumes correntes elevados aumentam o volume a ser expirado, prolongando o tempo necessário para esvaziamento completo.

Assim, a estratégia ventilatória nesses casos deve focar em permitir maior tempo expiratório e reduzir o volume de ar aprisionado. Isso pode ser feito por meio de redução da frequência respiratória, diminuição do volume corrente ou ajuste da relação I:E para aumentar o tempo expiratório.

Incorreta a alternativa A, já que o aumento da PEEP externa não corrige o aprisionamento aéreo como primeira medida e pode, inclusive, piorar a hiperinsuflação se não for cuidadosamente titulado.

Incorreta a alternativa B, já que aumentar o volume corrente aumentaria ainda mais o volume a ser expirado, agravando o aprisionamento aéreo e a auto-PEEP.

Correta a alternativa C, já que a redução do volume corrente ou da frequência respiratória aumenta o tempo expiratório efetivo, permitindo melhor esvaziamento pulmonar e reduzindo a auto-PEEP.

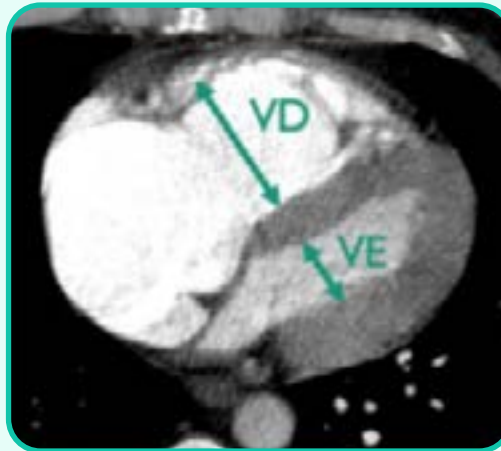
Incorreta a alternativa D, já que reduzir o tempo expiratório (relação I:E de 1:2) piora o problema ao diminuir ainda mais o tempo disponível para expiração, intensificando o aprisionamento aéreo.

Incorreta a alternativa E, já que aumentar a frequência respiratória reduz ainda mais o tempo expiratório disponível, agravando o aprisionamento aéreo e a auto-PEEP.

Gabarito: C

20 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pneumologia – Prof. Juan Demolinari) Paciente do sexo feminino, 56 anos, previamente hígida, procura o pronto atendimento com quadro de dispneia súbita há 24 horas, associada a dor torácica ventilatório-dependente. Refere imobilização recente após cirurgia ortopédica de joelho há 10 dias. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 120/78 mmHg, saturação de O₂ de 93% em ar ambiente, sem sinais de choque.

Foi realizada angiotomografia de tórax, evidenciando trombo em artéria pulmonar segmentar, associada à imagem abaixo:



Exames laboratoriais mostram troponina normal, BNP normal e lactato normal.

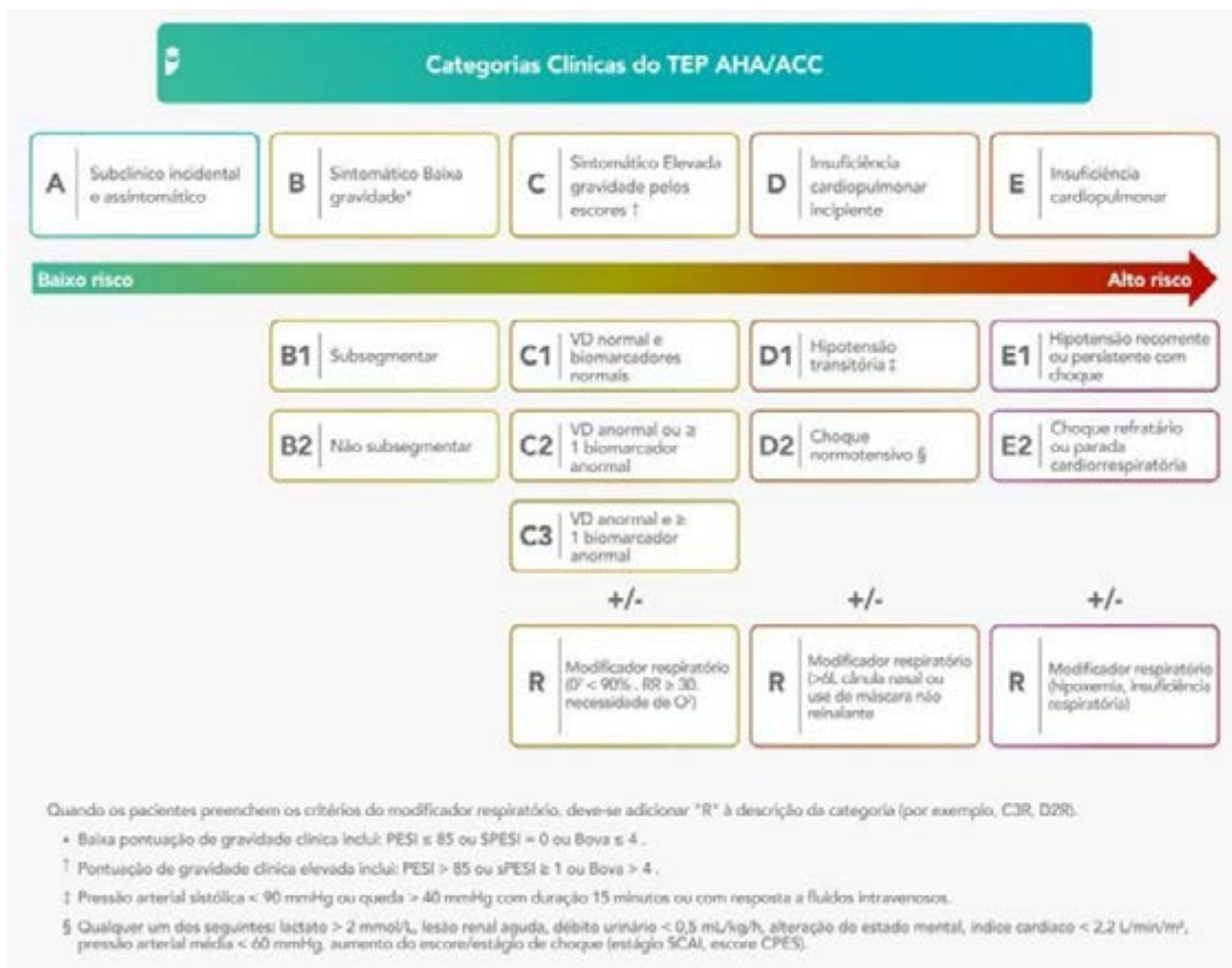
De acordo com a classificação de gravidade do tromboembolismo pulmonar (TEP), segundo diretrizes recentes da AHA e considerando o quadro clínico apresentado, qual é a melhor conduta para essa paciente?

- A) Realizar trombólise sistêmica imediata.
- B) Indicar trombectomia mecânica percutânea.
- C) Internar e iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.
- D) Dar alta com anticoagulação oral direta (DOAC).
- E) Internar e iniciar anticoagulação com DOAC.

COMENTÁRIOS:

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição clínica de grande relevância na prática médica, cuja abordagem adequada depende fundamentalmente da correta estratificação de risco. As diretrizes mais recentes da AHA/ACC (2026) propõem uma classificação mais refinada, que vai além da simples divisão entre alto, intermediário e baixo risco, incorporando achados clínicos, laboratoriais e de imagem para melhor definir a gravidade e orientar a conduta.

Nessa classificação, os pacientes são categorizados de A a E, com progressão de gravidade. O grupo C corresponde aos pacientes sintomáticos com maior gravidade pelos escores clínicos, sendo subdividido conforme presença de disfunção de ventrículo direito (VD) e biomarcadores. O subgrupo C1 inclui pacientes com VD normal e biomarcadores normais, enquanto o subgrupo C2 inclui pacientes com disfunção de VD ou pelo menos um biomarcador alterado. Já o subgrupo C3 envolve disfunção de VD associada a biomarcadores alterados.



No caso apresentado, a paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de choque ou insuficiência respiratória, afastando as categorias D e E. Entretanto, apresenta sintomas clínicos relevantes (dispneia, dor torácica) e a angiotomografia evidencia dilatação do ventrículo direito, caracterizando disfunção de VD. Por outro lado, os biomarcadores (troponina, BNP e lactato) estão normais, afastando maior gravidade dentro do espectro. Dessa forma, a paciente é classificada como C2.

Observe que na imagem o VD é maior que o VE, configurando comprometimento do VD.

Essa classificação é fundamental porque o grupo C2 representa um risco intermediário, com possibilidade de deterioração clínica, mas sem indicação imediata de terapias de reperfusão. A presença de disfunção de VD reflete aumento da pós-carga devido à obstrução vascular pulmonar, sendo um marcador importante de prognóstico, mesmo na ausência de alteração laboratorial.

A conduta recomendada para pacientes C2 é a internação hospitalar para monitorização clínica e início de anticoagulação plena. Prefere-se a heparina de baixo peso molecular (HBPM) nesse cenário inicial, pois permite maior controle, previsibilidade farmacocinética e facilidade de manejo caso haja necessidade de escalonamento terapêutico.

Incorreta a alternativa A, já que a trombólise sistêmica está reservada para pacientes de alto risco (categorias D e E), o que não ocorre neste caso.

Incorreta a alternativa B, já que a trombectomia mecânica é indicada em casos graves ou quando há contraindicação à trombólise em pacientes instáveis ou como opção à trombólise nos grupos D1, D2 e E1.

Correta a alternativa C, já que pacientes classificados como C2 pela diretriz AHA/ACC 2026 devem ser internados para monitorização e iniciar anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular.

Incorreta a alternativa D, já que a alta com DOAC é reservada para pacientes de menor risco, como aqueles do grupo A ou B, sem sinais de disfunção de VD ou marcadores de gravidade.

Incorreta a alternativa E, já que, embora os DOACs sejam opções terapêuticas válidas, no contexto de internação com disfunção de VD, a diretriz prioriza anticoagulação inicial com heparina, permitindo maior segurança em caso de necessidade de intervenção.

Gabarito: C

CIRURGIA

21 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem de 42 anos é levado ao pronto-socorro após colisão de motocicleta x poste. Encontra-se lúcido e orientado, com PA: 118 × 76 mmHg, FC: 104 bpm e FR: 28 irpm. Refere dor torácica à esquerda e sensação de falta de ar. Ao exame físico, observa-se diminuição do murmúrio vesicular e macicez à percussão no hemitórax esquerdo. Realizada drenagem torácica em selo d'água, com drenagem imediata de 1.600 mL de sangue. Após a drenagem torácica, o paciente apresentou instabilidade hemodinâmica, FC: 130 bpm e PA: 85 x 50 mmHg. Com base no quadro clínico, a seguir, qual deve ser a **conduta mais adequada?**

- A) Drenagem contínua em selo d'água, reposição sanguínea e transferência para UTI.
- B) Solicitar angiotomografia de tórax para melhor decisão terapêutica.
- C) Retirar o dreno de tórax e realizar toracotomia de emergência na sala de trauma.
- D) Avaliação cirúrgica para toracotomia em centro cirúrgico.
- E) Clampear o dreno torácico para evitar perda sanguínea adicional.

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, o atendimento ao trauma não pode fugir do **ATLS**. Neste caso, a questão vai além. Apesar de não trazer todos os passos bem descritos do primeiro atendimento, entendemos que se trata de um paciente que mantém via aérea pérvia no A; Na letra B, foi realizada drenagem de tórax à esquerda por suspeita de hemotórax; e na letra C, mantém sinais vitais estáveis. Sabemos que devemos seguir a ordem do atendimento e não progredir para a próxima letra até resolver a letra anterior, porém precisamos ver o caso como um todo.

Nesta questão, após **drenagem de tórax e saída de 1600 ml de sangue IMEDIATO** seguida de instabilidade hemodinâmica precisa-se acender uma luz em nossa cabeça e pensarmos em lesão de grandes vasos torácicos, **com necessidade de toracotomia**.

Ahhh, e por que não toracotomia de emergência ainda na sala de trauma? Veja bem, **toracotomia é diferente de toracotomia de emergência na sala de trauma**. Este paciente está **estável** e consegue ser transportado para o centro cirúrgico, um ambiente bem mais controlado e propício. Caso o paciente apresentasse uma PCR recente ou instabilidade hemodinâmica refratária, e nossa suspeita fosse lesão de grandes vasos ou tamponamento cardíaco, poderíamos tentar ser heróis e realizar a toracotomia de emergência na sala de trauma, mesmo sabendo que a mortalidade é altíssima.

Incorreta a alternativa A. Paciente com hemotórax maciço com drenagem de 1600 ml de sangue necessita de avaliação cirúrgica. Segundo a nova edição do ATLS de 2025, 11ª edição, a indicação de toracotomia deve ser baseada no status hemodinâmico do paciente e na persistência do sangramento, não no volume da drenagem inicial ou subsequente pelo dreno de tórax. Uma conduta conservadora só estaria indicada se o paciente se mantivesse estável e com baixo débito pelo dreno.

Incorreta a alternativa B. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, já estando indicada a toracotomia. Lembre-se que a tomografia está contraindicada diante de instabilidade hemodinâmica.

Incorreta a alternativa C. Se o paciente estivesse extremamente instável ou apresentasse PCR recente ou intra-hospitalar, poderíamos tentar ser heróis e realizar a toracotomia de emergência com massagem cardíaca intratorácica e tentativa de clampamento da aorta descendente.

Correta a alternativa D. **Como foi dito anteriormente, paciente com instabilidade hemodinâmica devido a hemotórax maciço necessita de avaliação cirúrgica para toracotomia de urgência, a ser realizada no centro cirúrgico.**

Incorreta a alternativa E. Clampar o dreno nunca é uma opção. O sangramento está lá e, exteriorizando-se ou não, continuará sangrando.

Gabarito: D

22 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Mulher de 61 anos, diabética e ex-tabagista, dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal difusa, febre e rigidez abdominal. Tem histórico de acidente vascular cerebral isquêmico há 6 meses, doença renal crônica estágio 4 e cardiopatia dilatada com fração de ejeção de 25% 0, em uso regular de diurético e betabloqueador, com limitação importante para atividades cotidianas (dispneia aos mínimos esforços). O quadro é compatível com perfuração de víscera oca, com indicação de laparotomia de urgência.

De acordo com a classificação da **American Society of Anesthesiologists (ASA)**, qual é a **categoria mais adequada** para essa paciente?

- A) ASA II
- B) ASA III
- C) ASA IV
- D) ASA V
- E) ASA VI

COMENTÁRIOS:

Estrategista, dominar a classificação **ASA** é essencial para garantir pontos valiosos, pois ela é a base da avaliação pré-operatória. O raciocínio começa com **ASA I**, que define o paciente hígido, não tabagista e sem consumo de álcool. O divisor de águas surge em **ASA II**, que engloba o paciente com doença sistêmica leve e **sem limitação funcional**, incluindo aqui os fumantes, etilistas sociais, gestantes saudáveis e obesos com IMC entre 30 e 40. A progressão para **ASA III** ocorre quando a doença sistêmica é grave e impõe **limitação funcional real**, como no caso de hipertensos ou diabéticos descompensados, obesos mórbidos com IMC acima de 40, ou pacientes com histórico de infarto ou AVC ocorridos há mais de três meses. Já **ASA IV** é a classificação de quadros que representam um **risco constante à vida**, como angina instável,

insuficiência cardíaca grave ou eventos isquêmicos (IAM/AVC) recentes, com menos de três meses de intervalo. Por fim, **ASA V** caracteriza o paciente moribundo, cuja sobrevivência é improvável sem a intervenção cirúrgica imediata, enquanto **ASA VI** identifica o doador de órgãos em morte encefálica. Nunca se esqueça de adicionar o sufixo “E” caso o procedimento seja uma emergência, pois isso sinaliza um aumento drástico no risco cirúrgico.

O paciente em questão, por apresentar ICC com fração de ejeção de 25% e dispneia aos mínimos esforços é considerado ICC grave, e por isso, classificado como ASA IV.



DESPENCA NA PROVA!

Classificação	Definição	Comentários e exemplos
ASA I	Paciente sem doenças sistêmicas, não tabagista e mínimo consumo de álcool	Indivíduo saudável
ASA II	Presença de doença sistêmica leve	Doença compensada que não causa limitação funcional (p. ex.: hipertensão compensada, gestação normal, obesidade IMC > 30 e < 40 kg/m ²)
ASA III	Presença de doença sistêmica grave	Limitação funcional presente (p. ex.: insuficiência renal em diálise, obesidade mórbida com IMC > 40 kg/m ²)
ASA IV	Presença de doença sistêmica grave que apresenta uma ameaça constante à vida do paciente	Geralmente o paciente já está hospitalizado pela doença (p. ex.: angina instável, insuficiência cardíaca descompensada)
ASA V	Paciente moribundo, sem expectativa de vida caso a cirurgia não seja realizada	Paciente em estado crítico (p. ex.: politraumatizado apresentando choque hemorrágico)
ASA VI	Indivíduo com morte encefálica	Cirurgia para retirada de órgãos
E	Cirurgia em caráter de emergência	Letra E é acrescentada após o numeral da classificação (p. ex.: ASA IV E)

Classificação de risco pela ASA

Incorreta a alternativa A. ASA II refere-se a um paciente com HAS, DM2 ou outras doenças sistêmicas controladas

Incorreta a alternativa B. ASA III refere-se a um paciente com doenças sistêmicas não controladas, mas que não apresenta risco imediato de morte

Correta a alternativa C. ASA IV refere-se a um paciente com doença sistêmica grave, com risco de morte próxima.

Incorreta a alternativa D. ASA V refere-se a um paciente moribundo, sem expectativa de vida.

Incorreta a alternativa E. ASA VI refere-se à morte encefálica

Gabarito: C

23 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Um homem de 37 anos foi trazido para a sala de emergência pelos bombeiros porque sofreu uma queda da bicicleta elétrica enquanto andava na rua Faria Lima. Apresenta múltiplas escoriações em membros superiores e inferiores, bem como equimose na região epigástrica, local de impacto contra o guidão da bicicleta. Apresenta defesa à palpação do andar superior do abdome e dor importante no local do hematoma. Ao exame, apresenta PA: 100 × 70 mmHg; FC: 105 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. Foi submetido à tomografia de abdome, sendo evidenciada presença de líquido livre no abdome, ausência de sinais de trauma esplênico, hepático ou pneumoperitônio e um importante hematoma na parede abdominal.

Qual é a conduta mais adequada?

- A) Laparotomia exploradora. Na ausência de lesão hepática ou esplênica, a presença de líquido livre indica provável lesão do trato gastrointestinal.
- B) Repetir a tomografia e solicitar revisão do laudo por um segundo médico radiologista.
- C) Realizar ultrassom FAST na sala de trauma para quantificação do volume do líquido e melhor orientação terapêutica.
- D) Observação clínica. O trauma contuso da parede abdominal desencadeia reação inflamatória peritoneal, resultando em exsudação estéril.
- E) Realização de lavado peritoneal diagnóstico (LPD) para análise do aspirado. Na presença de fibras alimentares ou sangue, está indicada laparotomia exploradora.

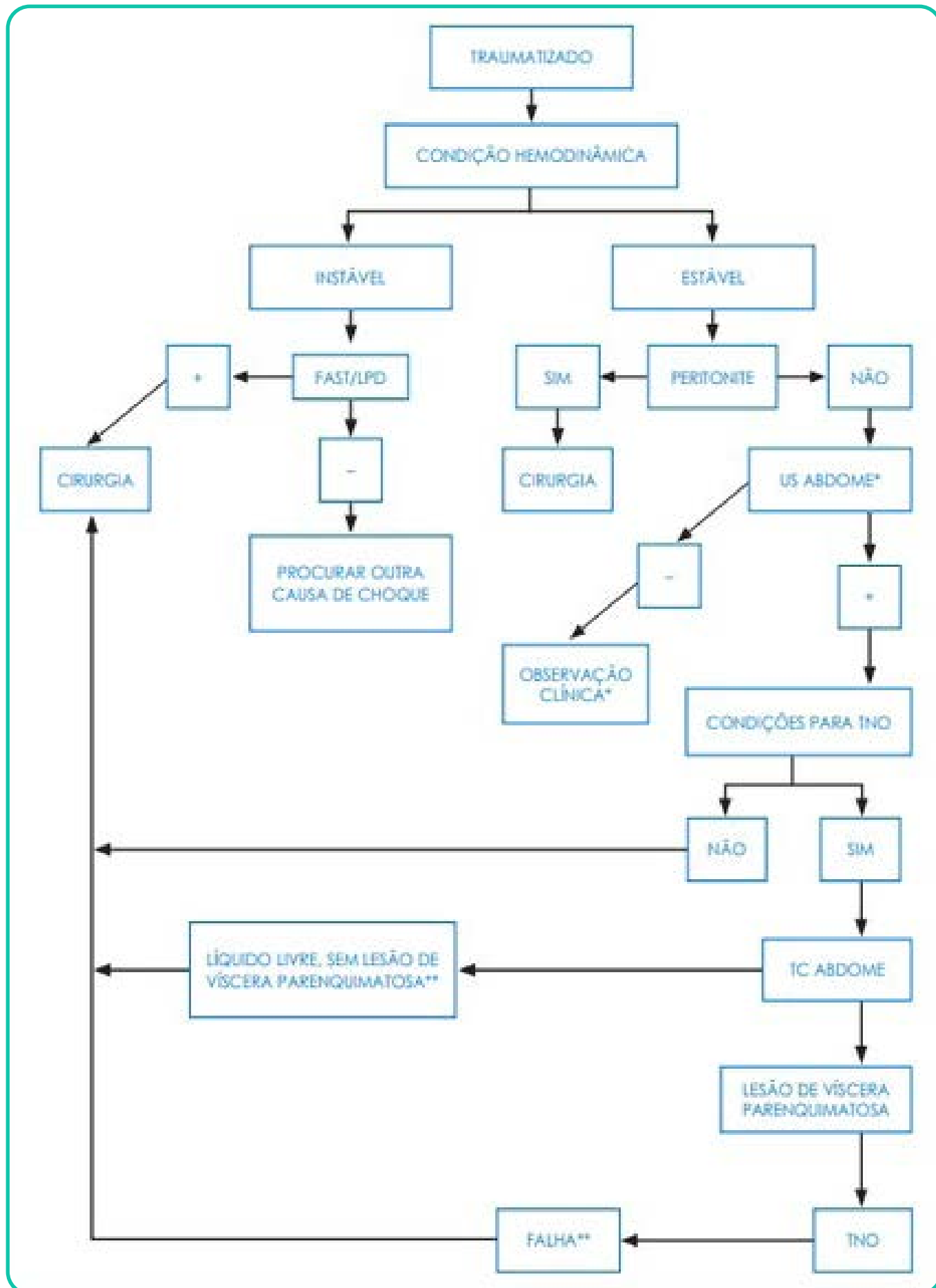
COMENTÁRIOS:

Outra questão de R+ que cabe muito bem para a prova de acesso direto. Paciente com trauma abdominal que chega estável à sala de emergência. Realizado TC de abdome que demonstra líquido livre, sem lesões de vísceras parenquimatosas. Esse líquido precisa ter vindo de algum lugar, muito provavelmente, do intestino. Lembre-se de que perfurações de vísceras ocas e lesão de mesentério por desaceleração (em alça de balde) não apresentam boa sensibilidade e especificidade à tomografia de abdome. Assim, apesar de tomografia normal, devemos indicar laparoscopia diagnóstica ou laparotomia exploradora a depender do serviço que você está. O ideal sempre vai ser a laparoscopia diagnóstica com possibilidade terapêutica.



Lesão em alça de balde: lesão do mesentério com desvascularização da alça e sinais de isquemia. Alta probabilidade de evoluir para perfuração.

Dê uma olhada neste algoritmo utilizado na Santa Casa de São Paulo para trauma de abdome fechado:



TNO: Tratamento Não Operatório

Correta a alternativa A. Paciente com líquido livre no abdome, exame físico com DB + e suspeita de lesão de víscera oca ou de meso é igual à laparoscopia diagnóstica ou à laparotomia exploradora.

Incorreta a alternativa B. A tomografia de abdome é um ótimo exame para avaliarmos órgãos sólidos, mas infelizmente perde sensibilidade em vísceras ocas. Neste caso, não acrescenta informações para se repetir a tomografia.

Incorreta a alternativa C. Esta alternativa até poderia gerar dúvida caso o paciente fosse mulher e o líquido abdominal fosse mínimo, pois sabemos que mulheres podem apresentar pequena quantidade de líquido livre na pelve. Entretanto, a questão deixa claro que o paciente é homem e apresenta líquido livre abdominal após o trauma. O FAST não traria mais informações do que a tomografia já trouxe.

Incorreta a alternativa D. Observar este paciente poderia piorar o quadro clínico, já que a princípio não sabemos o que está lesado. Imagine que pode ser uma lesão de meso com isquemia de alça e nós estamos apenas observando o paciente. Melhor não!

Incorreta a alternativa E. O lavado peritoneal diagnóstico está cada vez mais em desuso após o surgimento do FAST. Aqui, já sabemos que há líquido no abdome, não importando para nós se é sangue ou conteúdo entérico. A conduta permanecerá a mesma: Cirurgia.

Gabarito: A

24 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem, 34 anos, sem comorbidades, com dor anal intensa desencadeada pela evacuação, há 3 semanas, associada a sangramento vivo em pequena quantidade. Refere constipação crônica, fezes endurecidas e esforço evacuatório. Ao exame: fissura anal posterior, sem sinais de abscesso ou doença inflamatória, com hipertonia do esfíncter anal interno.

Qual é a **conduta inicial mais adequada, baseada em evidência**, para esse quadro?

- A) Orientar aumento da ingesta hídrica e de fibras, instituir medidas para amolecimento das fezes (ex.: laxativos formadores de bolo fecal) e associar tratamento tópico com banho de assento e pomadas anestésicas..
- B) Prescrever analgésicos sistêmicos e pomadas de bloqueadores de canais de cálcio,, mantendo a dieta habitual, e reavaliar em 4 semanas.
- C) Indicar esfínterectomia lateral interna como tratamento definitivo, por se tratar de fissura dolorosa com hipertonia esfínteriana e características de cronicidade.
- D) Realizar dilatação anal instrumental em consultório como método inicial para redução do espasmo e alívio da dor.
- E) Orientar sobre quadro de fístula anorretal, estando indicado procedimento cirúrgico com equipe de coloproctologia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos um paciente jovem com dor anal intensa ao evacuar e sangramento vivo no papel. Ao exame físico, identificado fissura anal posterior sem sinais de complicações. O examinador facilitou o diagnóstico e pediu o tratamento: precisamos lembrar da diferença entre **fissuras anais agudas e crônicas**. As **agudas**, tendem a ser rasas e com **resolução espontânea em até 6 a 8 semanas**. As **fissuras crônicas** tendem a permanecer por **mais de 8 semanas e apresentam esta tríade clássica: plicoma sentinela, bordas endurecidas e papila anal hipertrófica**. O tratamento de ambas não difere muito, pois baseia-se na mudança de hábitos alimentares e ingesta hídrica, aumentando o aporte de fibras e tornando o bolo fecal amolecido. Além disso, podemos usar pomadas de bloqueadores de canais de cálcio tópico nas fissuras anais crônicas. Em casos refratários, a esfínterectomia externa é uma opção.

Correta a alternativa A. Como primeira medida, devemos estimular o aumento da ingesta hídrica e do consumo de fibras, além de medidas laxativas e pomadas anestésicas .

Incorreta a alternativa B. Prescrever analgésicos está correto, mas a alternativa não ataca o cerne do problema: a consistência fecal, que deve ser amolecida. Além disso, pomadas de bloqueadores de canais de cálcio estão indicadas para fissuras crônicas e para fissuras agudas que não responderam ao tratamento inicial após 4 semanas.

Incorreta a alternativa C. Apesar de muito eficaz, a esfínterectomia é **segunda linha**, indicada para fissuras crônicas refratárias ao tratamento clínico, por envolver risco de incontinência.

Incorreta a alternativa D. A dilatação anal **não é recomendada** por risco de lesão esfínteriana e incontinência, além de não ser respaldada pelas diretrizes atuais.

Incorreta a alternativa E. Alternativa sem pé nem cabeça, erra o diagnóstico e o tratamento.

Gabarito: A

25 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Um paciente masculino de 52 anos, portador de cirrose hepática por álcool (Child-Pugh B), procura a emergência com dor abdominal intensa e abaulamento umbilical irreduzível há 6 horas. Relata que a hérnia existia há 2 anos, mas sempre foi redutível. Ao exame: abdome distendido com presença de circulação colateral, ascite moderada e abaulamento umbilical de 4 cm, com pele sobrejacente hiperemiada e extremamente dolorosa. FC: 110 bpm, afebril. Qual é a conduta imediata mais adequada?

- A) Tentar a redução manual da hérnia (manobra de taxis) após analgesia endovenosa para evitar o risco cirúrgico no paciente cirrótico.
- B) Indicar herniorrafia umbilical de urgência, com exploração do conteúdo do saco herniário.
- C) Prescrever antibioticoterapia de largo espectro e aguardar 12 horas para nova tentativa de redução.
- D) Solicitar tomografia de abdome com contraste endovenoso para avaliar viabilidade de alça. Sem a ausência de sofrimento de alça, podemos tentar tratamento conservador.
- E) Realizar paracentese de alívio imediatamente, para reduzir a pressão intra-abdominal antes de qualquer avaliação cirúrgica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, paciente com cirrose alcoólica, aumento do volume abdominal por ascite e consequentemente aumento da pressão intra-abdominal. Dá entrada no PS com abaulamento, dor e hiperemia umbilical. Refere que já possuía hérnia umbilical que se reduzia com facilidade. Desta vez, não está reduzindo, portanto temos diagnóstico de encarceramento. Além disso, paciente taquicárdico, com hiperemia local, o que pode indicar estrangulamento da hérnia. A discussão aqui é se ele precisa de exame de imagem ou não, mas, com todos esses comemorativos, apesar de a tomografia trazer mais informações, com certeza devemos operar. Portanto, conduta cirúrgica para hérnia umbilical encarcerada.

Diferenciação: Hérnia Encarcerada vs. Hérnia Estrangulada

Característica	Hérnia Encarcerada	Hérnia Estrangulada
Definição	Conteúdo preso no saco herniário, sem possibilidade de redução manual.	Encarceramento com isquemia (comprometimento do suprimento sanguíneo).
Dor	Dor localizada, geralmente crônica ou de início recente, mas suportável.	Dor intensa, súbita e desproporcional aos achados físicos.
Sinais Inflamatórios	Ausentes. A pele sobre a hérnia tem aspecto normal.	Presentes: Hiperemia (flogose), calor local, edema e alteração da cor da pele.
Estado Geral	Estável. Pode haver náuseas se houver obstrução intestinal.	Sinais de Resposta Sistêmica: Febre, taquicardia, leucocitose e sinais de sepse.
Manobra de Taxis	Pode ser tentada com cautela (se não houver sinais de sofrimento).	Formalmente Contraíndicada (risco de reduzir alça necrótica).
Conduta	Cirurgia de urgência (pode-se aguardar exames se estável).	Emergência Cirúrgica Imediata.
Viabilidade da Alça	Geralmente viável (rôsea, com brilho e peristalse).	Frequentemente inviável (cianótica/negra, sem pulso no mesentério).

Incorreta a alternativa A. A manobra de taxis é perigosa quando há suspeita de isquemia (sugerida pela hiperemia). Se a alça estiver necrótica, ela pode romper dentro do abdome ao ser reduzida, causando peritonite estercorácea.

Correta a alternativa B. É a conduta padrão. A cirurgia de urgência visa reduzir o conteúdo (se viável) ou ressecar (se necrótico). No cirrótico, deve-se ter cuidado especial com a perda de líquido ascítico pelo defeito para evitar desequilíbrios hidroeletrolíticos e insuficiência renal.

Incorreta a alternativa C. Hérnias estranguladas não reduzem espontaneamente e a conduta conservadora sob observação é fatal nesses casos.

Incorreta a alternativa D. Hérnia complicada tem diagnóstico clínico. Perder tempo com tomografia em um paciente com sinais claros de estrangulamento é considerado erro de conduta em provas.

Incorreta a alternativa E. A paracentese pode ser um adjuvante no pré-operatório para facilitar o fechamento da parede, mas não é a conduta "imediata mais adequada" frente a um provável estrangulamento. A prioridade é a cirurgia.

Gabarito: B

26 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Criança de 10 anos é trazida ao pronto-socorro com dor abdominal há 12 horas, iniciada em região periumbilical e migrando para o quadrante inferior direito. Apresenta febre de 38,5°C, anorexia e náuseas. Mãe refere quadro gripal há 5 dias. Ao exame físico, observa-se dor e discreta defesa em fossa ilíaca direita, sem sinais claros de irritação peritoneal difusa. Os ruídos hidroaéreos estão diminuídos, mas presentes. Leucograma: 12.500 células/mm³ com 82 % de neutrófilos. Ultrassonografia abdominal evidencia linfonodos mesentéricos aumentados, apêndice de 5 mm e ausência de líquido livre.

Quais são o diagnóstico e a conduta?

- A) Apendicite aguda; encaminhar para avaliação cirúrgica imediata.
- B) Gastroenterite viral aguda; iniciar antibiótico empírico de amplo espectro.
- C) Púrpura de Henoch-Schönlein; iniciar corticoide e investigar hematúria.
- D) Intussuscepção intestinal; solicitar enema baritado terapêutico.
- E) Adenite mesentérica; conduta expectante com observação clínica e analgesia.

COMENTÁRIOS:

Questão pegadinha: criança de 10 anos, com todos os sintomas que preenchem os critérios de **Alvarado**. Antigamente, quando exames de imagem não estavam tão disponíveis, não seria errado operar essa criança, mas encontraríamos **um apêndice cecal normal**. Hoje em dia, exame de imagem é fundamental e a questão trouxe um apêndice de 5 mm (um apêndice é considerado normal até 6 mm). Com isso, ela cobrou o principal diagnóstico diferencial, a principal causa da dor abdominal em crianças: adenite mesentérica.

O diagnóstico de **adenite mesentérica** é fundamentado no achado da ultrassonografia, que demonstrou linfonodos mesentéricos aumentados na presença de um **apêndice cecal de calibre normal (< 6 mm)**. Embora a clínica mimetize perfeitamente uma apendicite (migração da dor, febre e leucocitose), a imagem é o fiel da balança neste caso. A conduta é conservadora, focada no controle sintomático, pois a condição costuma ser autolimitada e frequentemente associada a infecções virais prévias das vias aéreas superiores.

Critérios Ultrassonográficos para Apendicite Aguda

Critério	Descrição Técnica e Achados
Diâmetro Transverso	> 6 mm (medido de parede externa a parede externa). É o principal marcador inflamatório.
Incompressibilidade	O apêndice não colapsa ao ser pressionado pelo transdutor (Sinal do Alvo rígido).
Espessamento da Parede	Medida da parede apendicular isolada > 3 mm.
Hiperemia ao Doppler	Aumento do fluxo sanguíneo parietal (Sinal do Anel de Fogo), indicando inflamação ativa.
Apendicólito	Foco hiperecogênico (branco) com sombra acústica posterior (preto) no lúmen.
Líquido Livre	Presença de fluido anecoico na região pericecal ou na pelve (fundo de saco de Douglas).
Borramento da Gordura	Aumento da ecogenicidade da gordura mesentérica adjacente ao órgão inflamado.

Incorreta a alternativa A. A apendicite aguda é o principal diagnóstico diferencial, mas o exame de imagem (USG) excluiu-a ao visualizar o apêndice com diâmetro normal e sem sinais inflamatórios. Encaminhar para cirurgia sem confirmação e com USG negativa levaria a uma laparoscopia branca.

Incorreta a alternativa B. A gastroenterite viral não requer antibioticoterapia. Além disso, a dor costuma ser mais difusa e acompanhada de diarreia volumosa, o que não foi relatado.

Incorreta a alternativa C. A Púrpura de Henoch-Schönlein (vasculite por IgA) pode causar dor abdominal e intussuscepção, mas geralmente apresenta o exantema purpúrico clássico em membros inferiores e nádegas, que não foi citado no exame físico.

Incorreta a alternativa D. A intussuscepção é mais comum em crianças menores (lactentes entre 6 e 24 meses). O sinal clássico na USG seria o “sinal do alvo” ou “pseudorrim”, não apenas linfonodos aumentados. Além disso, a clínica costuma envolver dor paroxística grave e fezes em “geleia de morango”.

Correta a alternativa E. É a conduta padrão. Na pediatria, a adenite mesentérica é uma causa comum de dor abdominal aguda. Se o apêndice foi bem visualizado e está normal, a observação clínica é segura para garantir que o quadro não evolua ou que novos sinais não surjam.

Gabarito: E

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

A: Via aérea pérvia, com colar cervical e prancha rígida.

B: Murmúrio vesicular universal e simétrico; Sat O₂ de 96% em máscara não reinalante 10L/ Min.

C: Pressão Arterial de 85 x 45 mmHg; frequência cardíaca de 58 bpm. Extremidades quentes e tempo de enchimento capilar de 3 segundos.

D: ECG 15. Apresenta ausência de reflexos profundos, paraplegia flácida e **ausência do reflexo bulbocavernoso**.

E: Ausência de lesões externas evidentes; temperatura de 36,2°C.

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

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

Incorreta a alternativa E. Paciente até pode apresentar um grau de choque hipovolêmico, mas fica escancarado para nós que a etiologia do choque é neurogênico.

Gabarito: A

28 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Paciente masculino, 78 anos, internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há 12 dias para tratamento de choque séptico de foco pulmonar. Evolui com necessidade de doses crescentes de noradrenalina (0,8 µg/kg/min) e insuficiência renal aguda oligúrica. Nas últimas 24 horas, o paciente apresentou distensão abdominal e dor à palpação de hipocôndrio direito, associada a um novo pico febril (38,8 °C) e leucocitose de 22.000/mm³. A ultrassonografia de abdome à beira leito revelou: vesícula biliar distendida, paredes espessadas (7 mm) com sinal do “duplo contorno”, **presença de múltiplos cálculos em seu interior, sendo um deles impactado no infundíbulo**, e moderada quantidade de líquido pericolecístico.

Qual é a conduta mais adequada neste momento ?

- Colecistectomia videolaparoscópica imediata com monitorização invasiva.
- Colecistostomia percutânea guiada por imagem (ultrassonografia).
- Tratamento medicamentoso exclusivo com antibioticoterapia e suporte hemodinâmico.
- Colecistectomia por via aberta (laparotomia subcostal direita).
- Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) para tentativa de desobstrução do ducto cístico.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, colecistite aguda pode ser do mal, como nesse caso. Paciente internado em contexto de UTI com **colecistite aguda grave**, apresentando **instabilidade hemodinâmica** e **disfunção de órgãos alvos**. Lembre-se de que a ideia nesses casos nem sempre precisa ser uma cirurgia de imediato. Podemos **puncionar a vesícula, drenar a coleção e tratar com antibioticoterapia**. Se o paciente melhorar, **em um segundo momento, realizaremos a colecistectomia** do que sobrar da vesícula. Mas, quando devemos fazer cirurgia e quando devemos puncionar? Um estudo clássico em cirurgia, o “Laparoscopic Cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients” (**CHOCOLATE**): multicentre randomised clinical trial” comparou colecistectomia laparoscópica à drenagem percutânea em pacientes de alto risco (APACHE > 7) e demonstrou que a colecistectomia videolaparoscópica apresentava melhores desfechos. Entretanto, o estudo excluiu pacientes APACHE > 15 (instáveis). Nesse caso, quando os pacientes apresentam instabilidade, tendemos a priorizar a colecistostomia e otimizar o tratamento na UTI.

Atenção: Lembre-se de que o APACHE é um *score* de gravidade utilizado em ambiente de UTI. Tendemos a associá-lo à pancreatite, mas ele é um *score* fisiológico **do paciente** que pode ser utilizado para outras etiologias.

Incorreta a alternativa A. Embora a técnica laparoscópica seja a preferencial, o pneumoperitônio e o estresse cirúrgico em um paciente em choque séptico (0,8 µg/kg/min de noradrenalina) e insuficiência renal aguda resultaria em uma taxa de mortalidade perioperatória alta. O TG18 recomenda drenagem da vesícula nesses casos.

Correta a alternativa B. A colecistostomia percutânea é um procedimento minimamente invasivo, realizado sob anestesia local e sedação leve. Ela descomprime a vesícula, drena a bile purulenta e interrompe o ciclo inflamatório/infeccioso, sendo uma alternativa em caso de pacientes com instabilidade hemodinâmica.

Incorreta a alternativa C. O tratamento clínico isolado tem alta taxa de falha na colecistite aguda grave (especialmente com cálculo impactado), podendo evoluir para perfuração de vesícula e peritonite biliar se não houver descompressão física do órgão.

Incorreta a alternativa D. Sabemos que uma cirurgia no paciente em um contexto de instabilidade hemodinâmica apresenta piores resultados em relação à punção. Se não souber realizar a colecistostomia por punção, leve o paciente para o centro cirúrgico e realize a colecistostomia cirúrgica, mas não invente de mexer na vesícula agora. Drene a coleção e MANDE-O PARA A UTI.

Incorreta a alternativa E. A CPRE é utilizada para drenar a via biliar principal (coledocolitíase/colangite), não atua no ducto cístico.

Gabarito: B

29 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Um homem de 26 anos é admitido após TCE em região temporal direita. Apresentou perda de consciência inicial seguida de recuperação completa da consciência (GCS 15). Ficou em período de observação e, após 2 horas, apresentou cefaleia progressiva, vômitos em jato e queda do nível de consciência para GCS 8 (O2, V2, M4). O exame pupilar revelou midríase à direita com ausência de reflexo fotomotor direto. Realizada Tomografia de Crânio (TC), que mostrou imagem biconvexa hiperdensa temporoparietal direita de aproximadamente 30 ml.

Assinale a melhor opção diagnóstica e sua melhor conduta.

- A) Hematoma Subdural Agudo; indicação de craniotomia imediata para evacuação do hematoma, independentemente do volume, devido à presença de anisocoria e GCS < 9.
- B) Contusão Cerebral Hemorrágica; monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) por cateter intraventricular; a cirurgia só será indicada se a PIC se mantiver acima de 22 mmHg após medidas clínicas iniciais.
- C) Hematoma Epidural Agudo; realização de craniotomia para evacuação de hematoma, sendo a indicação cirúrgica obrigatória em hematomas com volume estimado > 30 cm³, independentemente da pontuação na Escala de Coma de Glasgow.
- D) Hemorragia Subaracnoide Traumática; craniectomia descompressiva imediata (retirada de grande retalho ósseo sem reposição) associada à duroplastia de expansão, visto que há desvio de linha média e sinal de herniação uncal.
- E) Hematoma Extradural Agudo; trepanação de urgência (furo de sonda) em região temporal à beira do leito para descompressão rápida, seguida de transferência imediata para o centro cirúrgico para craniotomia definitiva.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão difícil que, além de cobrar o diagnóstico, solicita a conduta neurocirúrgica. Vamos lá: paciente jovem dá entrada após TCE; na anamnese, há informação de **perda de consciência** no momento do trauma e depois **total recuperação** do nível neurológico. Já no hospital, **nova deterioração neurológica**. Qual é o nome desse episódio? Isso! **Intervalo lúcido!!** Descrição clássica e real de **hemorragia da artéria meníngea média**. Se é sangramento arterial, é hematoma epidural (ou extradural porque são sinônimos). Hemorragia subdural é o sangramento venoso em achado de “meia lua”. Agora, vamos focar nas alternativas C e E. Ambas parecem certas, mas há de convir comigo que não é comum ficar trepanando a cabeça de alguém na sala de trauma (ah, não se esqueça de fazer medidas pontes, como manitol ou salina hipertônica). Transfira o paciente para o centro cirúrgico, chame a neurocirurgia e deixe que eles resolvam com craniotomia e evacuação do coágulo.

Critérios cirúrgicos para hemorragia Epidural e Subdural

Critério	Hematoma Epidural (HED)	Hematoma Subdural Agudo (HSDA)
Volume / Espessura	Volume > 30 cm ³ (independente do GCS)	Espessura > 10 mm
Desvio de Linha Média	> 5 mm	> 5 mm
Escala de Coma de Glasgow (GCS)	GCS < 9	GCS < 9 ou queda de ≥ 2 pontos desde a admissão
Sinais Pupilares	Anisocoria (midríase ipsilateral)	Anisocoria ou pupilas fixas e dilatadas
Clinica de Herniação	Presença de sinais de herniação uncal	Presença de sinais de herniação uncal

Incorreta a alternativa A. O diagnóstico de Hematoma Subdural Agudo é descartado pela imagem (na TC, ele se apresenta em formato de crescente/lua, não é biconvexo). Além disso, a conduta no subdural agudo foca em espessura > 10 mm ou desvio de linha média > 5 mm.

Incorreta a alternativa B. O diagnóstico está errado, a Contusão Cerebral apresenta-se como áreas de “sal e pimenta” (pontos hemorrágicos e edema) no parênquima. A monitorização isolada da PIC em um paciente com uma massa focal compressiva (hematoma) retardaria o tratamento definitivo.

Correta a alternativa C. Diagnóstico e conduta precisos. O volume de 30 cm³ é o ponto de corte clássico das diretrizes para indicação cirúrgica mandatória no Hematoma Epidural, visando prevenir a deterioração neurológica.

Incorreta a alternativa D. A Hemorragia Subaracnoide (HSA) traumática apresenta sangue nos sulcos e cisternas, não forma uma massa biconvexa. A craniectomia descompressiva é uma medida de segunda linha para hipertensão intracraniana refratária, não é a primeira escolha para hematoma epidural isolado.

Incorreta a alternativa E. Embora o diagnóstico de Hematoma Extradural (sinônimo de Epidural) esteja correto, a trepanação à beira do leito não é a conduta padrão. O tratamento de escolha é a craniotomia formal em centro cirúrgico para remoção completa do coágulo e controle da artéria meníngea média sangrante.

Gabarito: C

30 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Um homem de 45 anos, tabagista e usuário crônico de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para dor lombar, dá entrada no pronto-socorro com queixa de dor abdominal súbita e de forte intensidade (“em facada”), iniciada há 4 horas, em andar superior do abdome, que rapidamente se tornou difusa. Ao exame físico: paciente em posição antálgica, taquicárdico (FC 112 bpm), com abdome em tábua, doloroso à palpação superficial e profunda, com sinal de descompressão dolorosa presente em todos os quadrantes. A percussão da região hepática revela perda da maciez habitual (sinal de Jobert). No intraoperatório, foi visualizada úlcera gástrica perfurada de 1,1 cm na pequena curvatura.

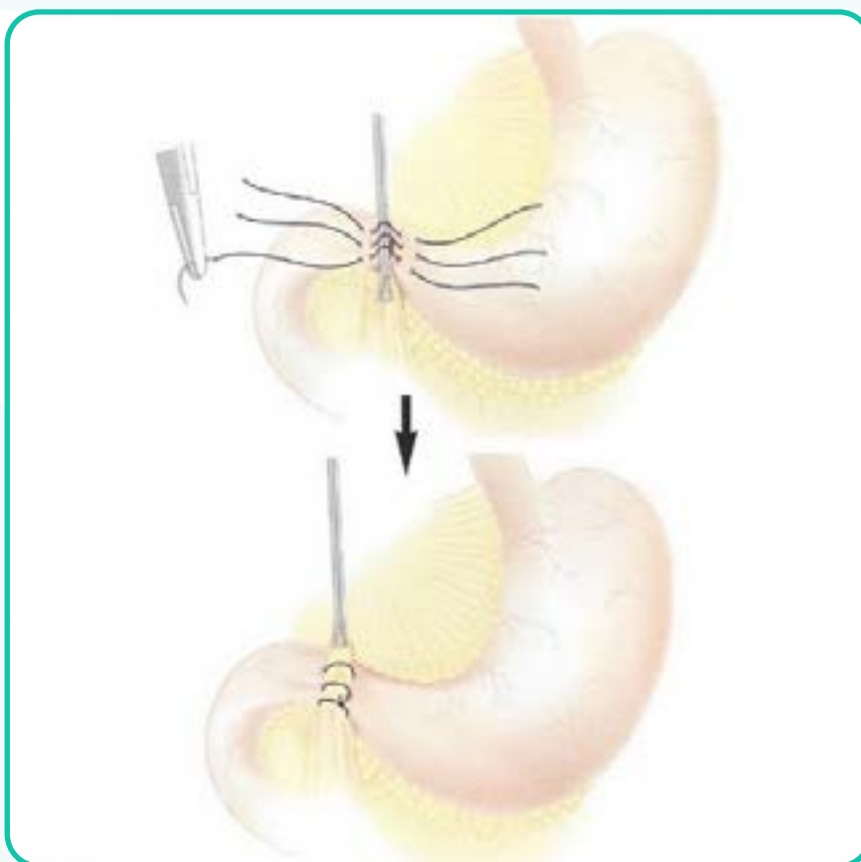
Considerando-se a principal hipótese diagnóstica, qual é a conduta cirúrgica de escolha para este paciente?

- A) Gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II, devido ao alto risco de malignidade das úlceras gástricas perfuradas.
- B) Vagotomia troncular associada à piloroplastia, visando tratar a causa-base da doença ulcerosa péptica no contexto de urgência, mais rafia da lesão.
- C) Lavagem exaustiva da cavidade abdominal e rafia primária da lesão com *patch* de omento (manobra de Graham).
- D) Realização de biópsia da borda da úlcera seguida de fechamento simples apenas se a úlcera for duodenal.
- E) Tratamento conservador com passagem de sonda nasogástrica intraoperatória em sucção e antibioticoterapia (método de Taylor), visto que o tempo de evolução é inferior a 6 horas.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão de abdome agudo em contexto de PS. Paciente dá entrada com **dor súbita** em **abdome superior**, de forte intensidade e aspecto de facada. Lembre-se: se há dor em abdome superior, precisamos pensar em **abdome agudo superior**: colecistite, pancreatite, úlcera gástrica perfurada e outras possibilidades que condizem com a topografia. Traz como fatores de risco o tabagismo e o **USO**

CRÔNICO DE AINE. A questão já poderia parar aí, mas ela progrediu e descreveu o **sinal de Jobert**, que significa ar na percussão hepática. Pronto, temos diagnóstico de **abdome agudo perforativo**. Agora, no intraoperatório, ele descreveu uma **úlcera gástrica de 1,1 cm na pequena curvatura**. Paciente têm fatores de risco para neoplasia? Sim, o tabagismo, mas é paciente jovem e sem outros comemorativos. Lembre-se de que, quando a questão for sobre achados oncológicos, ela está falando de síndrome consumptiva, adinamia e fraqueza, não de um achado incidental agudo. Neste caso, ficamos mais com uma úlcera gástrica secundária ao AINE, cujo tratamento padrão para úlceras pequenas < 1,5 cm é a **rafia primária da lesão + patch de omento: o famoso Graham**.



Incorreta a alternativa A. A gastrectomia é um procedimento de grande porte e alta morbidade, reservada para: casos de úlceras gástricas gigantes, suspeita óbvia de neoplasia ou quando a rafia simples não é tecnicamente possível. Não é a primeira escolha na urgência.

Incorreta a alternativa B. A vagotomia troncular com piloroplastia era comum no passado, mas, com o advento dos bloqueadores de bomba de prótons (IBP) e o tratamento do *H. pylori*, o tratamento cirúrgico definitivo da doença ulcerosa raramente é indicado na urgência.

Correta a alternativa C. É a conduta padrão-ouro. A **Manobra de Graham** (ou *omental patch*) reduz as taxas de fístula pós-operatória e é um procedimento de execução rápida e segura no cenário de peritonite química/bacteriana.

Incorreta a alternativa D. Embora úlceras gástricas devam ser biopsiadas devido ao risco de câncer (diferentemente das duodenais), o fechamento com omento (Graham) é indicado tanto para úlceras gástricas quanto para duodenais. A alternativa tenta confundir a indicação da biópsia com a técnica de fechamento.

Incorreta a alternativa E. O Método de Taylor (conservador) é reservado para casos muito específicos em que o paciente apresenta melhora clínica espontânea importante e a imagem sugere bloqueio da perfuração, o que não se aplica a um paciente com “abdome em tábua” e dor difusa.

Gabarito: C

31 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Durante a realização de uma herniorrafia inguinal pela técnica de Lichtenstein, o cirurgião deve identificar e preservar as estruturas nervosas que cruzam o canal inguinal para evitar a dor crônica pós-operatória. Quais são os dois nervos mais frequentemente lesados nessa via cirúrgica e qual deles é o responsável pela inervação da base do pênis e do escroto superior?

- A) Nervos íleo-hipogástrico e ramo genital do genitofemoral; sendo o ramo genital o responsável pela sensibilidade escrotal.
- B) Nervos ileoinguinal e íleo-hipogástrico; sendo o íleo-hipogástrico o responsável pela sensibilidade escrotal.
- C) Nervos ileoinguinal e íleo-hipogástrico; sendo o ileoinguinal o responsável pela sensibilidade superior do escroto.
- D) Nervos ramo genital do genitofemoral e nervo femoral; sendo o genitofemoral o responsável pela sensibilidade escrotal.
- E) Nervos ileoinguinal e ramo femoral do genitofemoral; sendo o ileoinguinal o responsável pela sensibilidade escrotal.

COMENTÁRIOS:

Questão sobre anatomia do canal inguinal e sua principal complicação nervosa: a lesão inadvertida de três nervos principais que estão presentes nessa topografia. Nervos ileoinguinal, íleo-hipogástrico e ramo genital do genitofemoral.

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

Incorreta a alternativa A. O erro reside no fato de que o **ramo genital do nervo genitofemoral**, embora importante, viaja por dentro do músculo cremáster e dos elementos do cordão, não sendo um dos dois primeiros nervos expostos ou lesados na abertura superficial da aponeurose.

Incorreta a alternativa B. “Pegadinha” clássica: ela identifica corretamente os dois nervos principais (ileoinguinal e íleo-hipogástrico), mas inverte as funções, atribuindo ao **íleo-hipogástrico** a sensibilidade escrotal, quando, na verdade, ele inerva apenas a pele da região suprapúbica

Correta a alternativa C. reconhece que o **ileoinguinal e o íleo-hipogástrico** são os mais vulneráveis na técnica de Lichtenstein e aponta o **ileoinguinal** como o responsável pela sensibilidade da raiz do pênis e do escroto anterior / superior.

Incorreta a alternativa D. O erro é anatômico, pois inclui o **nervo femoral**, que é uma estrutura profunda e retroperitoneal, cuja lesão em uma hérnia de rotina indicaria um erro técnico de dissecação catastrófico e fora dos planos cirúrgicos habituais

Incorreta a alternativa E. Tenta confundir o candidato ao misturar o ileoinguinal com o **ramo femoral do genitofemoral**, que é um nervo essencial para o conhecimento da anatomia **laparoscópica** (localizado no Triângulo da Dor), mas que não é acessado ou lesionado na via aberta anterior de Lichtenstein

Gabarito: C

32 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Durante uma gastrectomia subtotal, o cirurgião identifica o **tronco celíaco** emergindo da aorta abdominal ao nível de T12–L1 e suas principais ramificações. Sobre a anatomia clássica e as relações vasculares do tronco celíaco, assinale a **alternativa correta**.

- A) O tronco celíaco origina-se da aorta abdominal e trifurca-se classicamente em **artéria gástrica esquerda, artéria hepática comum e artéria esplênica**.
- B) A artéria hepática própria é ramo direto do tronco celíaco e percorre o ligamento hepatoduodenal à esquerda da veia porta.
- C) A artéria gástrica direita é ramo direto do tronco celíaco e participa da arcada da pequena curvatura com a artéria gástrica esquerda.
- D) A artéria gastroduodenal é ramo da artéria esplênica e desce posteriormente à primeira porção do duodeno.
- E) O tronco celíaco fornece irrigação direta ao cólon transversal por meio da artéria cólica média.

COMENTÁRIOS:

Questões de anatomia estão cada vez mais raras, porém estiveram presentes na última prova do SUS-SP. A anatomia “clássica” do tronco celíaco é a trifurcação em **gástrica esquerda, hepática comum e esplênica**. As demais alternativas descrevem origens/percursos incorretos

Correta a alternativa A. Configuração clássica: o tronco celíaco trifurca-se em **artéria gástrica esquerda, artéria hepática comum e artéria esplênica**.

Incorreta a alternativa B. A **artéria hepática própria não** é ramo direto do tronco celíaco; ela surge da **artéria hepática comum** (que é ramo do tronco celíaco) após a origem da **artéria gastroduodenal**. No ligamento hepatoduodenal, a hepática própria segue **à esquerda do colédoco e à direita da veia porta**

Incorreta a alternativa C. A **artéria gástrica direita não** nasce diretamente do tronco celíaco na anatomia padrão, geralmente, é um ramo da **artéria hepática própria** (ou, em variantes, da hepática comum). Ela participa da arcada da pequena curvatura com a gástrica esquerda, mas a **origem** descrita está errada.

Incorreta a alternativa D. A **artéria gastroduodenal** é ramo da **artéria hepática comum**, não da esplênica. Seu trajeto posterior à primeira porção do duodeno é uma relação anatômica conhecida (importante em úlcera duodenal posterior e sangramento), mas a **origem** foi atribuída ao vaso errado.

Incorreta a alternativa E. O **cólon transverso** (porção média) é irrigado principalmente pela **artéria cólica média**, ramo da **artéria mesentérica superior (SMA)**. O tronco celíaco irriga estruturas do **intestino anterior** (esôfago abdominal, estômago, duodeno proximal, fígado, baço, pâncreas proximal), não o cólon transverso.

Gabarito: A

33 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Homem de 55 anos, tabagista, dá entrada com febre, tosse produtiva e dor torácica pleurítica há 4 dias. A radiografia e o USG mostram derrame pleural à direita, loculado. Toracocentese diagnóstica:

Proteína pleural 4,2 g/dL; proteína sérica 6,5 g/dL

DHL pleural 420 U/L; DHL sérica 600 U/L

pH do líquido pleural: 7,08

Glicose pleural: 38 mg/dL

Gram: negativo (cultura em andamento)

Assinale a alternativa correta.

- A) Trata-se de transudato pelos critérios de Light; manter apenas antibiótico sistêmico e observação clínica.
- B) Trata-se de exsudato pelos critérios de Light; como o Gram é negativo, não há indicação de drenagem, apenas antibiótico.
- C) Trata-se de exsudato pelos critérios de Light; por pH < 7,20 e glicose baixa, indicar **drenagem torácica** associada a antibiótico.
- D) Trata-se de exsudato; indicar toracocentese seriada diária, evitando dreno para reduzir risco de fístula pleural.
- E) Trata-se de exsudato; indicar pleurodese química imediata como primeira linha.

COMENTÁRIOS:

Pelos **critérios de Light**, o derrame é **exsudativo** (proteína pleural/sérica > 0,5; DHL pleural/sérica > 0,6; DHL do líquido > $\frac{2}{3}$ DHL sérico). Em contexto de pneumonia, pH < **7,20**, glicose < 40 (ou 60 dependendo da fonte); DHL > 1000 e saída de pus ou loculações caracterizam **derrame parapneumônico complicado/empiema em formação**, com **indicação de drenagem torácica** além de antibiótico.

Incorreta a alternativa A. É **exsudato**, não transudato: Proteína pleural/sérica = $4,2/6,5 \approx 0,65$ (>0,5); DHL pleural/sérica = $420/600 = 0,7$ (>0,6). Cumpre critérios de Light para exsudato. Além disso, os marcadores (pH baixo, glicose baixa, loculação) indicam complicação que **não** se resolve com antibiótico isolado.

Incorreta a alternativa B. Gram-negativo **não exclui** infecção pleural complicada. Em derrame parapneumônico, a **indicação de drenagem** baseia-se em critérios bioquímicos e anatômicos: pH < 7,20, glicose baixa (<40–60 mg/dL), DHL elevada, loculações, presença de pus ou cultura positiva. Aqui, há pH 7,08, glicose 38 mg/dL e loculação → drenagem indicada.

Correta a alternativa C. Exsudato pelos critérios de Light + pH < **7,20** e **glicose baixa** em contexto de pneumonia = **derrame parapneumônico complicado**. A conduta padrão é **drenagem torácica** associada a antibiótico (e considerar fibrinolíticos intrapleurais se loculações persistentes; VATS se falha da drenagem).

Incorreta a alternativa D. Toracocentese seriada pode ter papel em derrames simples, livres e com bons parâmetros bioquímicos. Em derrame **complicado/loculado** com pH baixo, a drenagem contínua é necessária para controle da infecção e reexpansão pulmonar; punções seriadas tendem a falhar.

Incorreta a alternativa E. Pleurodese **não** é conduta inicial em derrame parapneumônico complicado/empiema ativo. Primeiramente, controla-se a infecção (antibiótico + drenagem adequada). Pleurodese é reservada para situações como derrames recorrentes malignos, após resolução do processo infeccioso.

Gabarito: C

34 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia) Mulher de 67 anos, com fibrilação atrial não anticoagulada, começa a sofrer, subitamente, de dor intensa em membro inferior direito, há 3 horas, associada à frialdade e palidez do membro. Ao exame: ausência de pulsos poplíteo e distais à direita; membro frio, com diminuição da sensibilidade distal, sem déficit motor. Doppler portátil não detecta fluxo arterial distal. Sinais vitais estáveis. Não há história prévia de claudicação.

Qual é a **melhor conduta imediatamente**?

- A) Iniciar anticoagulação plena e solicitar angiotomografia, aguardando resultado para definir conduta cirúrgica eletiva.
- B) Iniciar heparina endovenosa e proceder à **embolectomia com cateter de Fogarty** de forma urgente.
- C) Realizar trombólise sistêmica com alteplase como primeira linha em todos os casos de oclusão arterial aguda.
- D) Observar clinicamente por 24 horas com analgesia e aquecimento do membro, pois pode ocorrer recanalização espontânea.
- E) Indicar amputação primária do membro devido ao risco de síndrome compartimental e rabdomiólise.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, precisamos diferenciar oclusão arterial aguda embolia de oclusão arterial aguda trombótica. Neste caso, paciente com fibrilação atrial e não anticoagulada, está claro tratar-se de êmbolo cardíaco com oclusão periférica classificada como **Rutherford IIb (membro com risco imediato)**: há dor, palidez, ausência de pulsos e leve alteração sensitiva e **paresia**. A conduta é **heparinização imediata e revascularização urgente**, sendo a **embolectomia com cateter de Fogarty** método rápido e efetivo em oclusões embólicas proximais.

Vale lembrarmos a classificação de Rutherford:

Característica	Membro viável (I)	Membro com risco potencial (IIa)	Membro com risco imediato (IIb)	Membro inviável (III)
DOR	Leve	Moderada	Intensa	Variável
ENCHIMENTO CAPILAR	Intacto	Diminuído	Diminuído	Ausente
DÉFICIT MOTOR	Ausente	Ausente	Parcial (paresia)	Paralisia completa ou rigidez
DÉFICIT SENSORIAL	Ausente	Ausente ou mínimo (déficit sensorial dos dedos)	Déficit sensorial de outros segmentos, além dos dedos	Perda profunda de sensibilidade/anestesia
DOPPLER ARTERIAL	Audível	Inaudível	Inaudível	Inaudível
DOPPLER VENOSO	Audível	Audível	Audível	Inaudível
INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA	Angiotomografia ou arteriografia	Angiotomografia ou arteriografia	Arteriografia em sala cirúrgica	Angiotomografia ou arteriografia
TRATAMENTO	Avaliação de urgência	Revascularização de urgência	Revascularização de emergência	Amputação

Incorreta a alternativa A. Heparinizar é correto, mas **não se deve atrasar a revascularização** aguardando exames em um quadro típico e ameaçador de isquemia aguda (**Rutherford IIb**). A angiotomografia é útil quando o diagnóstico/localização é incerta ou para planejamento endovascular, mas não deve retardar intervenção em paciente com clínica clássica e janela curta de isquemia.

Correta a alternativa B. Conduta padrão: **heparina EV imediata** (para prevenir progressão trombótica) + **revascularização urgente**. Em contexto de **êmbolo arterial** (FA, início súbito, sem DAP prévia), a **embolectomia com Fogarty** é rápida, eficaz e amplamente utilizada. O objetivo é restaurar o fluxo antes que a isquemia evolua para dano irreversível (geralmente, após 6 horas, variando conforme colaterais).

Incorreta a alternativa C. Trombólise sistêmica **não é primeira linha para todos os casos** e tem maior risco hemorrágico. A trombólise dirigida por cateter pode ser opção em isquemia **menos grave** (Rutherford I–IIa selecionados) e trombose *in situ*, quando não há sinais de ameaça imediata ao membro e quando recursos/tempo permitem. No caso, a abordagem cirúrgica rápida é preferível.

Incorreta a alternativa D. Observação expectante é contraindicada: a isquemia aguda ameaça a viabilidade do membro. A chance de recanalização espontânea é baixa e o atraso aumenta o risco de necrose, síndrome compartimental e amputação.

Incorreta a alternativa E. Amputação primária é reservada para **isquemia irreversível (Rutherford III)**, com anestesia profunda, rigidez, paralisia fixa e sinais de necrose. Aqui, há sensibilidade reduzida sem déficit motor, sugerindo membro **ainda viável/ameaçado**, com potencial de salvamento após revascularização.

Gabarito: B

GASTROENTEROLOGIA - CIRURGIA

35 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia – Prof. Karine Turke) Homem, 74 anos, previamente tabagista e etilista, apresenta quadro de prurido difuso, há 3 meses. Associado ao quadro, familiares notaram que a pele está mais amarelada e teve perda de 10 kg no período de 2 meses de forma não intencional. Ao exame físico, apresenta icterícia 3+/4+, abdome escavado, indolor à palpação superficial e profunda. Palpa-se massa em região de hipocôndrio direito, correspondente à vesícula biliar. Foi realizada a tomografia a seguir. Em relação ao quadro descrito, o diagnóstico mais provável é:



Fonte: SES-PE 2025, acesso direto.

- A) tumor periampular.
- B) hepatite B crônica agudizada.
- C) colecistite aguda.
- D) carcinoma hepatocelular.
- E) colangiocarcinoma intra-hepático .

COMENTÁRIOS:

Vamos resumir o quadro? Temos um paciente **idoso**, previamente **tabagista** e **etilista**, que inicia um quadro de **prurido** associado à **icterícia** e **perda de peso**. No exame físico, temos um sinal clássico que ajuda a chegar ao diagnóstico: o sinal de Courvoisier-Terrier. Lembra-se desse sinal?

Ele consiste na **vesícula biliar palpável** e está presente em **1/3 dos tumores periampulares**. Juntando todos os dados da questão (síndrome colestática, síndrome consumptiva e vesícula biliar palpável), chegamos ao principal diagnóstico: tumor periampular.

O que vemos na tomografia? O círculo azul escuro mostra uma vesícula biliar distendida, o que corrobora com o exame físico. E a seta azul clara mostra uma massa em região de cabeça pancreática, confirmando o diagnóstico de neoplasia periampular.



Correta a alternativa A. Conforme visto acima, esse é o diagnóstico mais provável.

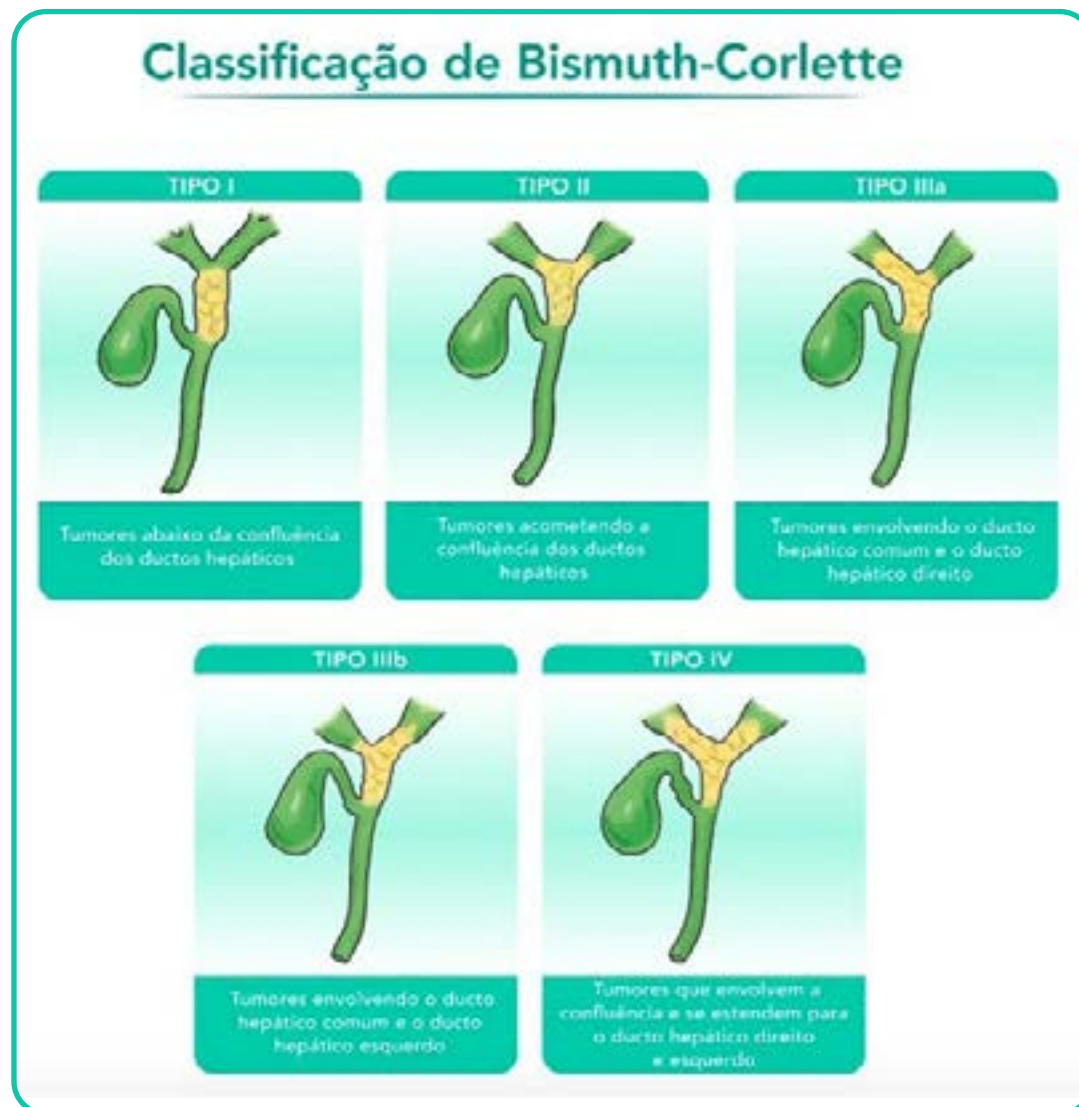
Incorreta a alternativa B. Apesar de poder haver **icterícia**, não é esperada uma **perda de peso marcada** ou um prurido difuso nesse caso. Além disso, a vesícula biliar não seria palpável.

Incorreta a alternativa C. Na colecistite aguda, poderíamos ter o sinal de **Murphy**, que consiste na interrupção da inspiração profunda à palpação do hipocôndrio direito. Mais uma vez, não esperaríamos um quadro crônico com perda de peso associada.

Incorreta a alternativa D. O carcinoma hepatocelular ocorre em pacientes com fígado previamente **cirrótico** e/ou em pacientes com **infecção crônica pela hepatite B** na maior parte dos casos. Caso haja uma obstrução de ductos hepáticos, gerando icterícia e prurido, a **vesícula biliar não estaria palpável**, pelo contrário, por conta da obstrução ser mais alta, ela estaria vazia.

Incorreta a alternativa E. Essa foi a alternativa que pode ter gerado dúvidas. A apresentação clínica dos colangiocarcinomas vai depender do local de sua origem e, principalmente, do quadro de obstrução da via biliar. Os pacientes com colangiocarcinoma peri-hilar e distal geralmente se apresentam com **icterícia de padrão obstrutivo**. Nos colangiocarcinomas que acometem somente um lobo hepático (**intra-hepáticos**), por exemplo, o paciente pode não apresentar sinais e sintomas relevantes, o que atrasa o diagnóstico. Os sintomas constitucionais, como **perda ponderal, anorexia, fadiga**, podem estar presentes. No exame físico, nos tumores peri-hilares, **não há presença de vesícula de Courvoisier-Terrier, porque a obstrução do fluxo biliar é proximal ao ducto cístico**. Nesses pacientes, a vesícula encontra-se atrofiada e vazia de bile, já que ela se enche retrogradamente.

Aproveite agora para revisar a classificação de Bismuth-Corlette do colangiocarcinoma e note que em todos os tipos os tumores são **PROXIMAIS** ao trato de saída da vesícula biliar.



Gabarito: A

36 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia – Prof. Karine Turke) Mulher de 54 anos, portadora de diabetes e hipertensão arterial, vem ao pronto-atendimento há 2 dias com história de dor abdominal em região epigástrica, de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos. Em seu exame físico admissional, apresentava frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial de 100 x 70, com dor abdominal à palpação. Em seus exames laboratoriais, amilase sérica: 950 mg/dL; lipase: 800 mg/dL; leucócitos: 14.500/mm³; proteína C reativa: 21 mg/dL e creatinina: 1,9 mg/dL. Foi realizada hidratação intravenosa, manejo algíco e jejum. Acerca da conduta nesse momento, assinale a alternativa correta.

- A) O jejum deverá ser mantido até a normalização das provas inflamatórias e amilase/lipase, visto que o retorno da dieta nesse momento pode acarretar maior risco de translocação bacteriana e infecção.
- B) Em casos de pancreatite aguda grave, a nutrição parenteral deve ser instituída para promover o repouso pancreático e reduzir o risco de progressão da necrose.
- C) Em caso de indicação de dieta enteral, prefere-se a sonda nasoenteral em comparação com a nasojejunal, pela facilidade de alocação da sonda.
- D) A dieta por via oral deve ser normo ou hiperlipídica a fim de não estimular o pâncreas na fase aguda.
- E) Em caso de intolerância à dieta oral, por náuseas ou vômito, indica-se a dieta parenteral como alternativa.

COMENTÁRIOS:

Temos uma paciente previamente diabética e hipertensa, com quadro de dor abdominal epigástrica, náuseas e vômitos e elevação de amilase e lipase. Já sabe o diagnóstico? Trata-se de uma pancreatite aguda!

Pancreatite aguda é o nome dado ao **processo inflamatório agudo que afeta o pâncreas**, podendo envolver tecidos peripancreáticos e/ou outros órgãos. A principal **etiologia é a litíase biliar**, representando cerca de **40% das causas** de pancreatite aguda. Outras etiologias são listadas na tabela a seguir:

ETIOLOGIA – PANCREATITE AGUDA	
Causas comuns	Causas incomuns
Litíase biliar	Causas vasculares
Consumo de álcool	Doenças do tecido conjuntivo
Hipertrigliceridemia	Púrpura trombocitopênica trombótica
CPRE	Hipercalemia
Medicamentos	Divertículo periampular
Trauma abdominal	Pâncreas divisum
Pós-operatório	Pancreatite hereditária
	Fibrose cística
	Infecções
	Insuficiência renal
	Pancreatite autoimune

Para **diagnóstico** de pancreatite aguda, são necessários **dois dos três critérios** a seguir:

1. Achados **clínicos** típicos/compatíveis: **dor abdominal** no quadrante superior do abdome associado a **náuseas e vômitos**.
2. **Elevação de três ou mais vezes** nos níveis séricos de **AMILASE** e/ou **LIPASE**.
3. Achados característicos nos **exames de imagem**.

Ultrassonografia de abdome é exame **OBRIGATÓRIO** na admissão do doente com pancreatite aguda. Esse exame **não é necessário para o diagnóstico de pancreatite aguda**, porém é mandatório para estabelecermos qual seria a **ETIOLOGIA da pancreatite aguda**.

Segundo o *guideline* de 2019 da *World Society of Emergency Surgery*, a **ultrassonografia abdominal deverá ser feita nas primeiras 48 HORAS DE ADMISSÃO** do doente para avaliar **etiologia biliar**.

A **tomografia computadorizada de abdome (TC)** **NÃO é exame OBRIGATÓRIO no contexto da pancreatite aguda**. Quando esse exame deverá ser solicitado?

- Em caso de **DÚVIDA** diagnóstica, podendo auxiliar na **definição da etiologia da pancreatite aguda** (para excluir peritonite secundária à perfuração, isquemia mesentérica e outras causas de dor abdominal no pronto-socorro que correspondem a diagnósticos diferenciais de pancreatite aguda).

- Na **suspeita de complicações da pancreatite aguda**. Nesses casos, o exame de escolha é a **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME COM CONTRASTE**, que deverá ser realizada apenas **APÓS 72 HORAS DO INÍCIO DOS SINTOMAS DE PANCREATITE AGUDA**. A TC de

abdome somente deverá ser realizada após esse período, porque, antes disso, **não é possível a adequada visualização da extensão das áreas de necrose e isquemia pancreática e peripancreática.**

Vamos revisar sobre o **tratamento** da pancreatite aguda:

A **ressuscitação volêmica agressiva** é a etapa **mais importante** no manejo do paciente com pancreatite aguda, devendo ser instituída ainda nas primeiras **12 a 24 horas** de início dos sintomas.

O **volume** de fluido infundido deve ser ajustado conforme idade, peso, bem como comorbidades renais e cardíacas preexistentes, lembrando sempre que a **sobrecarga de fluidos também é deletéria**. Em relação ao tipo de fluido preferencialmente administrado, cita-se os **CRISTALOIDES ISOTÔNICOS**, sendo a escolha o **ringer lactato**.

Deve-se atentar também ao **controle algico**. Todo portador de pancreatite aguda deve receber **analgesia nas primeiras 24 horas da sua internação**. No controle algico, **não há restrição quanto ao uso de nenhuma das possíveis medicações**, a menos que o doente apresente injúria renal aguda, quando deve ser evitada a utilização de anti-inflamatórios não esteroidais.

Atualmente, **NÃO se recomenda o uso PROFILÁTICO de antibióticos** no contexto da pancreatite aguda, uma vez que se evidenciou que tal medida **não promove melhoria na morbimortalidade desses doentes**. Recomenda-se o uso de antibióticos na **pancreatite aguda infectada**.

Acerca da **dieta**, nos pacientes com **pancreatite aguda leve**, a **dieta oral poderá ser instituída tão logo haja controle clínico da dor**, priorizando-se dieta líquida à sólida pobre em gordura. Até lá, esses pacientes podem ser manejados apenas com hidratação endovenosa, uma vez que costumam apresentar melhora mais rápida, quando retomarão a dieta oral.

Para aqueles pacientes que evoluem com **pancreatite aguda mais grave**, deve-se ponderar a **dieta oral zero**, com meios alternativos para compensar o gasto calórico diário desse doente crítico. Nesses casos, preconiza-se a **instituição precoce da dieta enteral em detrimento à nutrição parenteral total**.

Em relação ao **tratamento específico** da pancreatite de origem **biliar**, veja as recomendações no quadro a seguir:

1. Quando realizar a colecistectomia?

- A colecistectomia videolaparoscópica está indicada para **TODOS** os portadores de pancreatite aguda de etiologia biliar. Mas, quando essa cirurgia deverá ser realizada?
- Em pacientes com pancreatite aguda leve de etiologia biliar, recomenda-se a realização de colecistectomia videolaparoscópica na mesma internação motivada pela pancreatite aguda, com o intuito de evitar recorrência da pancreatite. Naqueles pacientes com pancreatite aguda de maior gravidade, com a presença de coleções fluidas peripancreáticas, a colecistectomia deverá ser adiada até estabilização ou resolução das coleções e melhora do status inflamatório do doente.

2. Quando realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia?

- Não se recomenda a realização da CPRE com papilotomia na emergência para todos os pacientes com pancreatite aguda de etiologia biliar. Tal procedimento está indicado para pacientes com colangite (lembre-se da triade de Charcot: icterícia, febre e dor abdominal) e obstrução do ducto biliar comum.

Voltando ao caso: foi realizada hidratação intravenosa, manejo algico e jejum, e a questão pergunta-nos sobre a conduta nesse momento.

Incorreta a alternativa A. A dieta oral deve ser retornada de acordo com a **tolerância da paciente**. Se a **dor estiver controlada**, eliminação de flatos presente e **melhora da náusea/vômitos**, a dieta oral pode ser tentada. Não há motivos para aguardar a normalização da amilase (que pode demorar até 7 dias para normalizar) e lipase (demora até 14 dias).

Incorreta a alternativa B. A nutrição parenteral está indicada apenas se a paciente não tolerou nem a dieta oral nem a enteral.

Correta a alternativa C. As diretrizes mais recentes trazem que **ambas as sondas podem ser utilizadas para a dieta enteral**, porém a sonda **nasojejunal** requer uma **endoscopia** digestiva alta para ser alocada, diferentemente da sonda nasoenteral.

Incorreta a alternativa D. A dieta deve ser **HIPOLipídica**.

Incorreta a alternativa E. Mais uma vez, a dieta **parenteral** é indicada apenas se **não houver tolerância da dieta enteral**, que seria a escolha em caso de intolerância à dieta oral.

Gabarito: C

37 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia – Prof. Karine Turke) Homem, 45 anos, comparece ao pronto-atendimento após ingestão acidental de substância cáustica (hidróxido de sódio) no trabalho. Sobre esse tema, assinale a alternativa correta.

- A) Pacientes assintomáticos, cuja ingestão foi em pequena quantidade, sem lesões na orofaringe ou vias respiratórias, podem receber alta hospitalar, sem necessidade de qualquer exame complementar adicional.
- B) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada após 72 horas para avaliar lesões e classificar o risco do paciente desenvolver complicações. Se realizada precocemente (nas primeiras 48 horas), há maior risco de perfuração.
- C) Caso haja necrose extensa na endoscopia (Zargar 3B), está indicada a passagem de sonda nasoenteral para dieta.
- D) Apesar de seu potencial de gravidade, a mucosa esofágica acometida pela lesão cáustica apresenta uma regeneração na totalidade dos casos, sem necessidade de seguimento posterior.
- E) Em pacientes instáveis e com dor torácica intensa, a ruptura esofágica com mediastinite é uma hipótese diagnóstica, devendo ser investigada por endoscopia digestiva alta.

COMENTÁRIOS:

Vamos revisar os acidentes envolvendo a ingestão de substâncias cáusticas e corrosivas. Ácidos e bases fortes são substâncias de alto poder corrosivo, ou seja, capazes de causar dano profundo e/ou destruir uma superfície com a qual entrem em contato direto, especialmente quando essa superfície é um tecido biológico. A ingestão oral de uma dessas substâncias é capaz de provocar lesão imediata, desde a boca até o estômago, porém o **esôfago** costuma ser o **órgão mais afetado**, já que, frequentemente, a substância ingerida é uma base forte e essa substância provoca maior **lesão cáustica** no esôfago.

Em **70 a 80%** das vezes, a substância ingerida é uma base forte (álcalis). A ingestão pode acontecer tanto de forma acidental quanto intencional. A maioria das **ingestões acidentais** ocorre **na faixa etária pediátrica**, especialmente, entre 1 e 3 anos de idade, sendo mais comum em meninos (50 a 60% das vezes).

A apresentação clínica de pacientes após ingestão de substâncias corrosivas pode variar consideravelmente, levando-se em conta fatores como faixa etária, tipo de substância ingerida, quantidade, concentração e tempo de exposição.

Os sintomas mais comuns são:

- dor na mucosa oral e orofaríngea;
- hipersialorreia;
- dor retroesternal ou epigástrica;
- odinofagia e disfagia.

Prioridades no atendimento do paciente que ingeriu substância corrosiva:

- avaliar as características da substância ingerida — **tipo, quantidade, concentração, tempo desde a ingestão**;
- investigar a presença de **lesões na orofaringe e/ou vias aéreas superiores**;
- avaliar a **estabilidade clínica** e buscar **sinais de perfuração/mediastinite** — estado geral, nível de consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e saturação periférica de O₂.

Pacientes **assintomáticos**, cuja ingestão foi em **pequena quantidade, sem lesões na orofaringe ou vias respiratórias**, podem receber **alta hospitalar**, sem necessidade de qualquer exame complementar adicional.

Pacientes **sintomáticos**, com **lesão na orofaringe e/ou vias aéreas** e relato de ingestão de substância corrosiva **em moderada a grande quantidade**, devem ser submetidos inicialmente a uma **radiografia de tórax** para afastar sinais de perfuração ou mediastinite, tais como lâmina de pneumomediastino e derrame pleural.

A endoscopia digestiva alta deve ser feita em pacientes sintomáticos ou com evidência de lesão (úlceras ou hiperemia importante na cavidade oral) para estadiar as lesões e determinar o risco de estenose. **A EDA deve ser feita nas primeiras 48 horas após ingestão**, idealmente nas primeiras 24 horas. Isso acontece porque, após 48 horas, o risco de perfuração em lesões extensas é alto e a EDA traria maior risco e morbidade ao paciente.

A EDA só deve ser feita após a radiografia de tórax (ou tomografia) descartar perfuração. Se o paciente tiver desconforto respiratório ou lesão grave de orofaringe, com sinais de edema de glote e/ou estridor, deverá ser entubado antes da realização da endoscopia digestiva.

A classificação da gravidade da lesão no esôfago é medida pela classificação endoscópica de **Zargar**, que ajuda na definição do prognóstico e da conduta.

Classificação endoscópica de Zargar para esofagite corrosiva

Grau	Achados endoscópicos
0	Esôfago normal
1	Edema e enantema
2A	Úlceras superficiais, friabilidade, bolhas, exsudato e hemorragia
2B	Úlceras profundas focais ou circunferenciais
3A	Necrose focal
3B	Necrose extensa

São consideradas lesões de **baixo risco** os graus **1 e 2A de Zargar**. Esses pacientes têm bom prognóstico e risco baixo, tanto de complicações agudas (perfuração) quanto tardias (estenose). Nesses casos, está indicado suporte clínico e início imediato de dieta líquida, evoluindo para dieta pastosa e sólida entre 24 e 48 horas de observação.

Os graus **2B e 3A** são lesões de **alto risco**, e os pacientes devem ficar internados por, pelo menos, uma semana para vigilância de sinais de perfuração e mediastinite. Não devem receber alimentação oral nas primeiras 48 horas, sendo recomendada a nutrição por sonda enteral, que deve ser passada por endoscopia. Após 48 horas, se for capaz de engolir saliva e estiver estável, a dieta pode progredir lentamente. Pacientes desse grupo evoluem com estenose de esôfago, na fase tardia, em **70 a 100%** dos casos!

O grau **3B de Zargar** representa as lesões com **mais alto risco de complicação**, com uma taxa de mortalidade em torno de **65%**, estando indicada a nutrição parenteral e o tratamento cirúrgico na quase totalidade dos casos.

Recomenda-se repetir a EDA após **6 a 8 semanas da ingestão**, para avaliar a **cicatrização da mucosa, estenose de esôfago e a necessidade de dilatação** endoscópica.

Correta a alternativa A. Caso não haja **sintomas, lesão** em orofaringe ou vias respiratórias e a ingestão seja de **pequena** quantidade, pode ser avaliada a **alta hospitalar**.

Incorreta a alternativa B. A endoscopia digestiva alta deve ser feita em pacientes sintomáticos ou com evidência de lesão (úlceras ou hiperemia importante na cavidade oral) para estadiar as lesões e determinar o risco de estenose. **A EDA deve ser feita nas primeiras 48 horas após ingestão**, idealmente nas primeiras 24 horas. Isso acontece porque, após 48 horas, o risco de perfuração em lesões extensas é alto e a EDA traria maior risco e morbidade ao paciente.

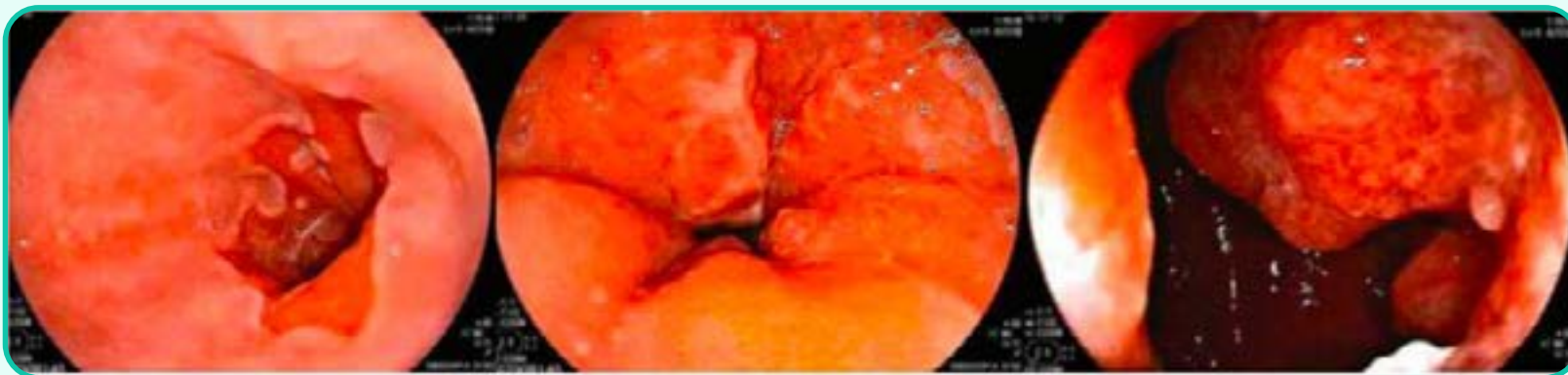
Incorreta a alternativa C. Em caso de necrose extensa, há risco elevado de perfuração, sendo indicada a dieta por via **parenteral**.

Incorreta a alternativa D. Recomenda-se repetir a EDA após **6 a 8 semanas da ingestão**, para avaliar a **cicatrização da mucosa, estenose de esôfago e a necessidade de dilatação** endoscópica.

Incorreta a alternativa E. A EDA só deve ser feita após a radiografia de tórax (ou tomografia) descartar perfuração.

Gabarito: A

38 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia – Prof. Karine Turke) Mulher, 56 anos, obesa, diabética e hipertensa, refere queixa de disfagia há 3 meses. Refere que a disfagia era inicialmente para sólidos, evoluindo para líquidos há 1 mês. Associado ao quadro, teve perda de 20 kg no período, com inapetência associada. Foi realizada endoscopia digestiva alta, demonstrando lesão de mucosa friável e ulcerada, com estreitamento, localizada próxima à transição esofago-gástrica (imagem a seguir). Levando em consideração a localização e o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa correta.



Fonte: Prova USP-SP R+ Cirurgia 2023.

- A) Os principais fatores de risco são etilismo e tabagismo.
- B) Em pacientes com diagnóstico de infecção pelo HPV, esse é o subtipo histológico mais frequente.
- C) O diagnóstico mais provável é acalasia.
- D) Apresenta associação com a doença do refluxo.
- E) Um esofagograma baritado pode evidenciar o sinal do bico do pássaro.

COMENTÁRIOS:

Mundialmente, o **câncer de esôfago é o 8º mais frequente e o 6º mais letal**. No Brasil, ele é o 6º câncer mais comum em homens e o 15º em mulheres, prevalecendo em **homens idosos (> 60 anos)**. Os dois tipos histológicos mais comuns são de origem epitelial: o **carcinoma escamoso (também chamado de epidermoide ou espinocelular)** e o **adenocarcinoma do esôfago distal**.

O **carcinoma escamoso** ainda é o mais frequente no mundo. Entretanto, há um **aumento significativo da incidência do adenocarcinoma, especialmente nos países desenvolvidos** (EUA e Europa), havendo registro de vários países no Hemisfério Norte, onde o adenocarcinoma já ultrapassou o escamoso.

O CA de esôfago é totalmente **assintomático** na sua fase inicial, o que acaba não permitindo o diagnóstico e o tratamento precoces. Infelizmente, quando o paciente se queixa de **disfagia**, o tumor já se encontra em estágio **avançado**, ocupando pelo menos **2/3 da luz do esôfago (obstrução > 60%)**, comprometendo a ingestão alimentar e provocando perda ponderal bastante rápida e acentuada. Outros sintomas menos comuns são **dor retroesternal, impactações, náuseas, vômitos e hematêmese**.

O **CA escamoso** localiza-se frequentemente no **TERÇO MÉDIO** do esôfago, podendo, eventualmente, estar no **terço superior**. A localização é uma característica importante que o distingue do adenocarcinoma, cuja localização é restrita ao **esôfago distal**.

A **disfagia** do CA de esôfago é **mecânica (obstrutiva)** e apresenta-se de forma rapidamente **progressiva**, evoluindo de alimentos sólidos para líquidos em menos de 6 meses, com **emagrecimento** acentuado.

O **exame padrão-ouro** para a investigação diagnóstica dos tumores epiteliais é a **endoscopia digestiva alta (EDA)**, que permite a visualização direta da mucosa e a coleta de biópsias para análise histopatológica.

A tabela a seguir reúne os principais **fatores de risco para o carcinoma escamoso**.

Fatores de risco para o carcinoma escamoso de esôfago (MUITO IMPORTANTE!)

TABAGISMO E ETILISMO

A associação entre **alta carga tabágica e etilismo de grande volume** pode aumentar em 5 a 7 vezes o risco do carcinoma escamoso. São os fatores de risco mais importantes para essa neoplasia.

FATORES DIETÉTICOS

- Baixo consumo de frutas e fibras;
- Baixa ingestão de folato, vitamina A (retinol) e vitamina B2 (riboflavina);
- Alto consumo de alimentos N-nitrosos;
- Os sais de nitrato e nitrito são aditivos às carnes animais para evitar deterioração e contaminação. Porém, em contato com proteína animal, eles se transformam em nitrosaminas (aminas heterocíclicas), substâncias sabidamente carcinogênicas para o esôfago, estômago e o fígado. Presentes em carnes curadas, produtos embutidos e no caldo da carne obtido a altas temperaturas.*
- Consumo regular de bebidas muito quentes (acima de 60 ou 64°C).

BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO E CONDIÇÕES SANITÁRIAS RUINS

Há forte associação entre esse tumor e o baixo nível socioeconômico, a má higiene oral e os hábitos alimentares precários.

CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

A presença de tumores de cabeça e pescoço (boca, base de língua, hipofaringe) aumenta o risco de uma lesão sincrônica (ao mesmo tempo) ou metacrônica (em momento posterior) no esôfago. Isso porque essas lesões têm os mesmos fatores de risco e mecanismos genéticos, podendo ocorrer mais de uma lesão simultaneamente ou em momentos distintos.

IRRADIAÇÃO PRÉVIA DA REGIÃO CERIVAL OU TORÁCICA

Radioterapia prévia para tratamento de outros cânceres, como tumores de cabeça e pescoço, tireoide, mama, pulmão e mediastino, submetem o esôfago a uma grande carga de radiação, aumentando o risco do câncer anos depois. As evidências sugerem que as técnicas de radioterapia modernas têm uma emissão mais direcionada de raios, diminuindo sensivelmente esse risco.

DOENÇAS PRE-EXISTENTES DO ESÔFAGO

As principais doenças do esôfago que aumentam o risco do CA escamoso estão listadas a seguir:

ACALASIA. Doença motora do esôfago que cursa com aperistalse e ausência de relaxamento do esfíncter inferior (EEI). Os pacientes evoluem com estase alimentar e dilatação progressiva do esôfago, gerando inflamação crônica com risco de câncer após 15 anos de doença. Embora possa ocorrer tanto o CA escamoso quanto o adenocarcinoma, o escamoso é o tipo predominante (90% dos casos).

Você vai estudar essa doença em detalhes no livro sobre distúrbios motores do esôfago.

INGESTÃO CÁUSTICA. A ingestão de agentes corrosivos (ex.: soda cáustica, cloro de piscina, pasta de bateria) pode provocar lesão grave à parede do esôfago, cursando com complicações agudas (perfuração), subagudas (estenose) e crônicas (como o câncer escamoso após cerca de 10 a 15 anos da ingestão). A esofagite cáustica também será estudada em detalhes em outro livro.

TILOSE PALMOPLANTAR. É uma rara síndrome genética autossômica dominante por mutação do gene RHBDF2), caracterizada por hiperqueratose palmoplantar e em áreas de pressão, já se manifestando a partir da segunda década de vida e piorando progressivamente. Há aumento de 40% do risco de carcinoma escamoso do esôfago a partir dos 20 anos, atingindo risco máximo por volta dos 45 anos. Quando o paciente com tilose evolui para o câncer de esôfago, chamamos de **Síndrome de Howel-Evans**.

SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON (OU PATERSON-KELLY). Essa síndrome também é rara, sendo mais comum no Hemisfério Norte, em mulheres a partir dos 40 anos. Caracteriza-se pela presença de **anemia ferropriva, disfagia e membranas no esôfago proximal**. O risco de câncer de esôfago do tipo escamoso é cerca de 5 vezes maior do que na população geral.

INFECÇÃO PELO HPV (PAPILOMAVÍRUS HUMANO). A infecção pelo papilomavírus humano no esôfago predispõe a formação de lesões elevadas benignas, mas pode incrementar discretamente o risco do carcinoma escamoso.

Ao contrário do carcinoma escamoso, que surge do tecido escamoso típico do esôfago, o **adenocarcinoma é um tumor que se origina de glândulas (tecido colunar)**. Como o epitélio do esôfago não é glandular, é preciso que haja uma **transformação desse epitélio para que surja o adenocarcinoma**.

A **metaplasia intestinal no esôfago recebe o nome esôfago de Barrett**, que é uma **complicação da doença do refluxo gastroesofágica (DRGE)** crônica em alguns pacientes, ou seja, não existe Barrett sem refluxo! Porém, há alguns **fatores de risco** que favorecem o surgimento da metaplasia em pacientes com DRGE, são eles:

- sexo **masculino**;
- idade **acima de 50 anos**;
- etnia **caucasiana** (brancos);
- **sintomas** de refluxo mal controlados há mais de 5 anos;
- **obesidade**;
- **tabagismo**.

Esses fatores, além de aumentarem o risco de esôfago de Barrett, também aumentam o risco do adenocarcinoma, com um grande destaque para a **OBESIDADE**.

Alguns fatores **alimentares**, como a ingestão excessiva de **gorduras, proteínas de origem animal, consumo de nitritos e nitratos** que liberam aminas heterocíclicas (alimentos embutidos, defumados, carne de charque, molho de carne obtido após cozimento excessivo), além da **deficiência de cálcio e antioxidantes**, são reconhecidos como importantes na carcinogênese do **adenocarcinoma**

A presença da **metaplasia intestinal aumenta pouco o risco do adenocarcinoma** (0,12% ao ano). Entretanto, quando surgem as **DISPLASIAS** nesse epitélio, é sinal de que a **via carcinogênica já foi ativada e o risco do tumor é bastante alto**.

Vamos voltar para a questão: temos uma paciente obesa, com quadro de disfagia progressiva e perda ponderal importante. Na endoscopia, foi localizada uma lesão com características neoplásicas próxima à transição esofago-gástrica, o que fala a favor do diagnóstico de **adenocarcinoma esofágico**. Além disso, na endoscopia, conseguimos visualizar uma mucosa rosa-salmão, sugestiva de esôfago de Barrett.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Esses são fatores de risco do carcinoma escamoso.

Incorreta a alternativa B. O HPV está associado com o carcinoma escamoso.

Incorreta a alternativa C. A acalasia não se apresenta como lesão friável ou ulcerada. Nesse caso, o diagnóstico de neoplasia é mais provável.

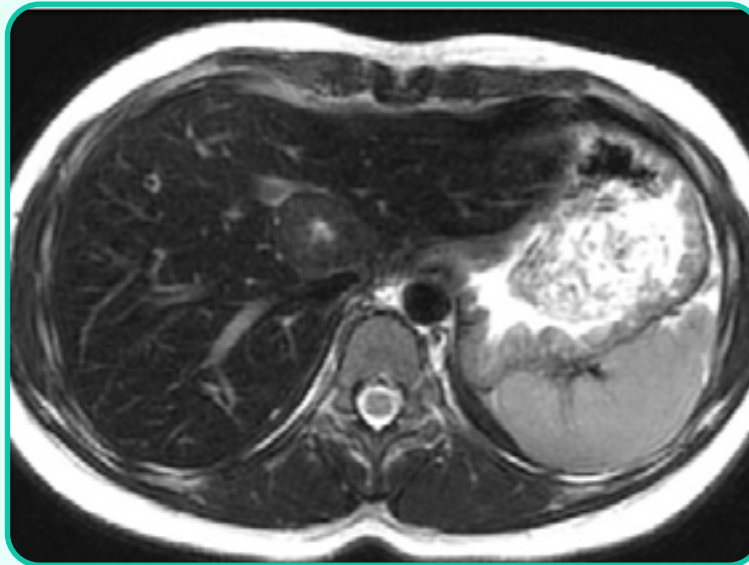
Correta a alternativa D. Ao contrário do carcinoma escamoso, que surge do tecido escamoso típico do esôfago, o **adenocarcinoma é um tumor que se origina de glândulas (tecido colunar)**. Como o epitélio do esôfago não é glandular, é preciso que haja uma **transformação desse epitélio para que surja o adenocarcinoma**.

A **metaplasia intestinal no esôfago recebe o nome esôfago de Barrett**, que é uma **complicação da doença do refluxo gastroesofágica (DRGE)** crônica em alguns pacientes, ou seja, não existe Barrett sem refluxo!

Incorreta a alternativa E. Esse sinal é característico da acalasia. No câncer, esperamos o sinal da maçã mordida.

Gabarito: D

39 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia – Prof. Karine Turke) Um paciente realizou uma ultrassonografia de abdome com achado de nódulo no fígado, que foi confirmado com a ressonância mostrada a seguir. Sobre a lesão encontrada, assinale a alternativa correta.



- A) Trata-se do tumor benigno do fígado mais frequente.
- B) A indicação de ressecção está associada a fatores de risco, como sexo do paciente e tamanho da lesão.
- C) A síndrome de Kasabach-Merritt é uma complicação grave desse tumor e é caracterizada por trombocitopenia e por coagulopatia de consumo.
- D) A principal característica dessa lesão é uma captção do contraste venoso na fase arterial, com *wash-out* (lavagem) na fase portal e tardia ou de equilíbrio.
- E) Está indicado o seguimento com exames de imagem, porém sem abordagem cirúrgica caso o paciente não apresente sintomas.

COMENTÁRIOS:

O que temos nessa imagem? Essa é uma sequência **T2 sem contraste** (repare no liquor branco). Observe que temos uma lesão central

hepática que apresenta uma **cicatriz central com hipersinal em T2** (essa é a característica típica da lesão).

Perceba também que o sinal da lesão é muito similar ao parênquima, o que é uma característica da **hiperplasia nodular focal**, uma vez que seu padrão histopatológico é muito similar ao dos hepatócitos.

A hiperplasia nodular focal (HNF) é o **2º tumor benigno do fígado mais frequente**, sendo mais comum em mulheres em idade fértil. Em geral, a HNF é uma lesão sólida única menor do que 5 cm. Por outro lado, lesões maiores (de até 20 cm) e múltiplas já foram descritas.

A etiologia da HNF não é determinada, mas parece estar relacionada a **malformações vasculares** e podemos observar associação entre essas lesões e telangiectasias ou hemangiomas.

Não há relação entre o surgimento da HNF e o uso de anticoncepcionais orais, mas o **estrogênio**, apesar de controverso, parece estar associado ao aumento do seu tamanho. Entretanto, **não há necessidade de qualquer recomendação acerca da gravidez** em pacientes com lesões sugestivas de HNF assintomáticas.

O **diagnóstico** é suspeito quando observamos **lesão sólida em fígado não cirrótico**. Pode ser confirmado a partir de exames de imagem com estudo dinâmico, tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

A presença de **cicatriz central** é característica, apesar de não estar presente em todos os casos. Os marcadores tumorais, incluindo a **alfafetoproteína**, são caracteristicamente **normais** e não têm utilidade no diagnóstico da hiperplasia nodular focal.

Características da hiperplasia nodular focal

1. **Realce importante na fase arterial (hipervascular).**
2. **Cicatriz central, tipicamente com realce progressivo em fases mais tardias.**
3. **Ausência de calcificações.**
4. **Sinal similar ao parênquima nas sequências sem contraste.**
5. **Ausência de gordura; não sangra.**
6. **Tipicamente apresenta realce na fase hepatobiliar em exames com contraste específico.**

Não há indicação de tratamento e devemos manter **acompanhamento** com exame de imagem a cada 6 meses a 2 anos.

Incorreta a alternativa A. O tumor benigno do fígado mais frequente é o **hemangioma**.

Incorreta a alternativa B. Essas indicações são referentes ao **adenoma** hepático. No caso da hiperplasia nodular focal, não há indicação de ressecção.

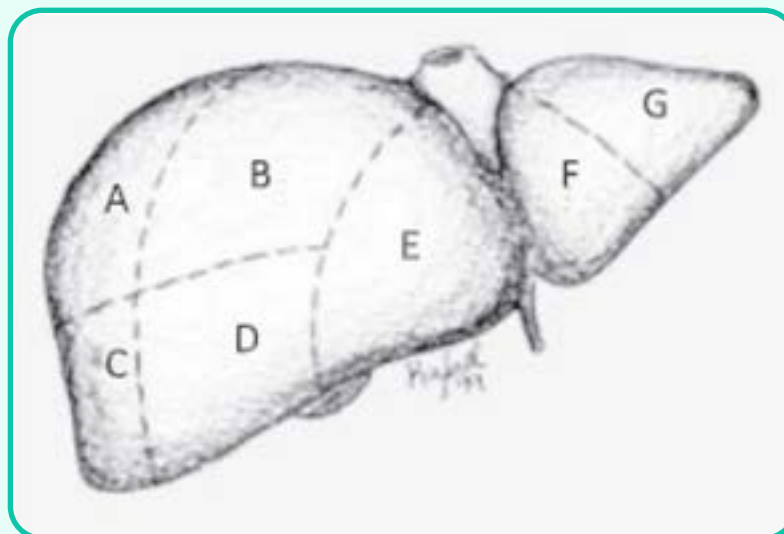
Incorreta a alternativa C. Essa é uma complicação do **hemangioma** hepático.

Incorreta a alternativa D. Essa característica é do **carcinoma hepatocelular**.

Correta a alternativa E. Não há indicação de tratamento e devemos manter **acompanhamento** com exame de imagem a cada 6 meses a 2 anos.

Gabarito: E

40 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cirurgia – Prof. Karine Turke) Na imagem a seguir, as letras B, E e G correspondem respectivamente aos segmentos:



- A) A- VIII, IV e II
 B) B- III, V e VIII
 C) C- II, V e VI
 D) D- I, III e VIII
 E) E- II, IV e I

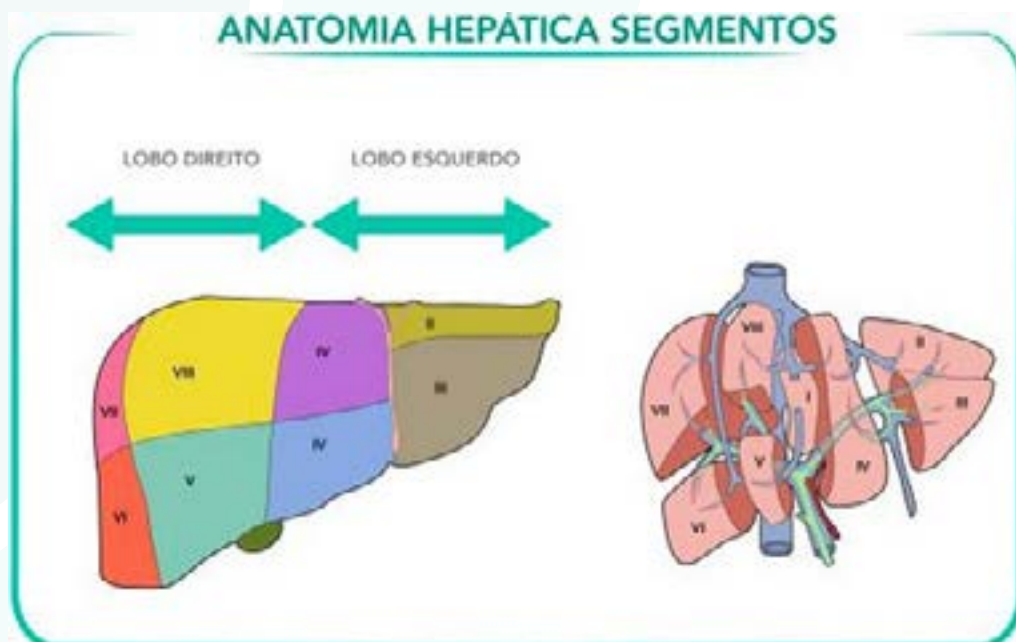
COMENTÁRIOS:

Em 1957, Couinaud descreveu uma segmentação hepática, que é utilizada até hoje pelos cirurgiões, por sua funcionalidade. Essa segmentação baseia-se na vascularização e na drenagem biliar de cada segmento hepático.

Os **segmentos V, VI, VII e VIII** formam o **lobo direito** e os **segmentos II, III e IV** formam o **lobo esquerdo** (figura a seguir). O **segmento I** é o lobo **caudado**.

Vamos voltar para a imagem da questão: as letras B, E e G correspondem respectivamente aos segmentos **VIII, IV e II**. Portanto, correta a alternativa A.

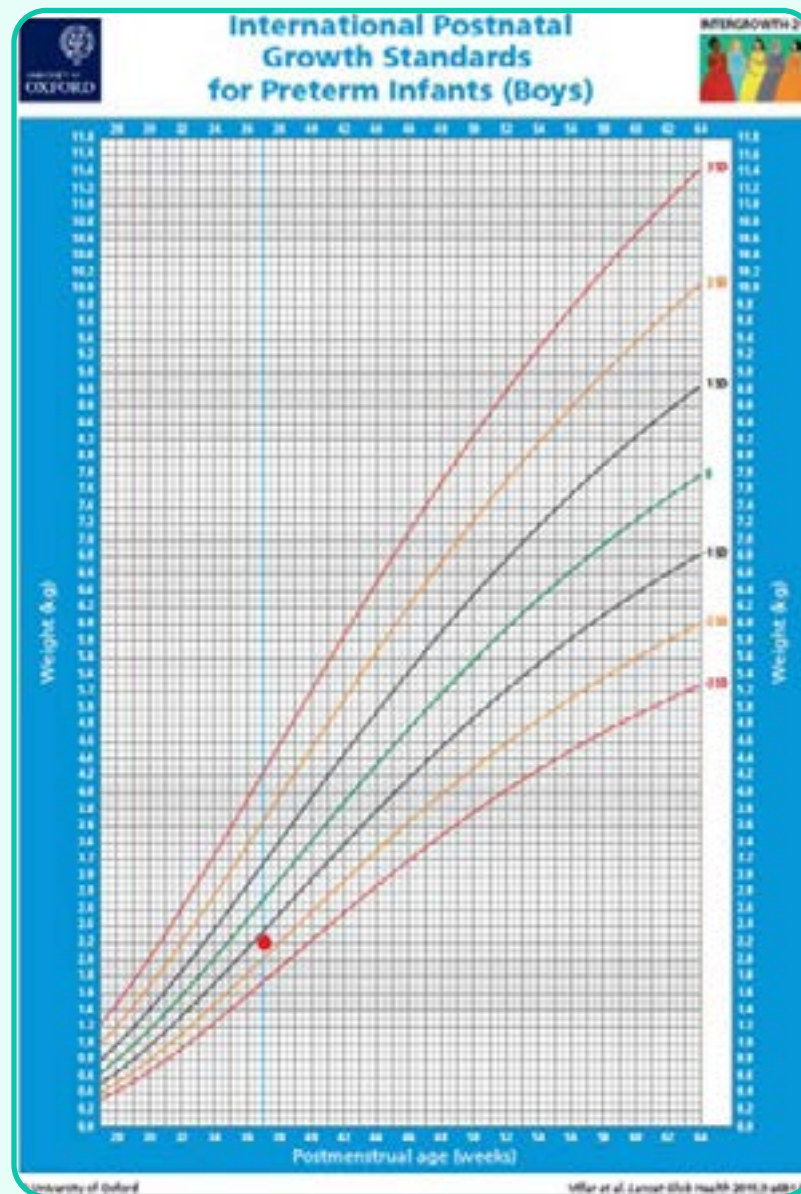
Gabarito: A



PEDIATRIA

41 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Rafael é trazido à UBS com 30 dias de vida. Sua mãe leu sobre a suplementação de ferro e quer tirar dúvidas sobre como e quando iniciá-la. Está preocupada, pois não fez suplementação de ferro durante a gestação, já que se sentia muito nauseada.

Rafael está em aleitamento materno exclusivo e assintomático. A idade gestacional final e o peso do nascimento estão registrados na curva Intergrowth-21st:



Qual é a orientação adequada sobre a suplementação de ferro neste caso?

- A) Aguardar até os 6 meses de idade para iniciar ciclos intermitentes de 3 meses de ferro na dose 10-12,5 mg/dia.
- B) Aguardar até os 3 meses de idade para iniciar, na dose de 1 mg/kg/dia de ferro elementar.
- C) Iniciar a suplementação hoje, na dose de 3 mg/kg/dia de ferro elementar.
- D) Iniciar a suplementação hoje, na dose de 2 mg/kg/dia de ferro elementar.
- E) Coletar hemograma antes de tomar a decisão.

COMENTÁRIOS:

A **prevenção da anemia na infância** deve ocorrer desde a **gestação** por meio de uma **alimentação adequada da gestante e da suplementação de Fe na gravidez**. No parto, o **clampeamento mais tardio** do cordão umbilical promove um maior aporte de hemoglobina (Hb) e a **amamentação na primeira hora** de vida também é uma estratégia de prevenção da deficiência de ferro. Além disso, nos primeiros 6 meses de vida, o **principal fator protetor da anemia ferropriva é o aleitamento materno exclusivo**.

A partir dos 6 meses até os dois anos, o principal determinante na prevenção da anemia ferropriva continua sendo a alimentação saudável e adequada, rica em ferro, e a suplementação de ferro!

Vamos às recomendações de **suplementação de ferro**. Até março de 2026, tínhamos divergência entre as **recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e as do Ministério da Saúde (MS)**. Isso gerava a maior confusão e muitas anulações, pois muitas questões não especificavam qual era a fonte utilizada para a resposta!

Mas, para alívio daqueles que já tem *um milhão de coisas para decorar*, a SBP resolveu facilitar nossa vida: **agora, as recomendações da SBP 2026 são iguais às do MS de 2022**.

Vamos lá: o esquema atual consiste em administrar “ciclos de suplementação de ferro”. Algumas regras precisam ser respeitadas:

- É **indicado para todas as crianças** nascidas a termo e peso > 2,5 kg a partir dos 6 meses de vida;
- A dose é **fixa!** Não ajustamos por peso - vai de 10 a 12,5 mg de ferro elementar por dia;
- **Um ciclo de suplementação** = 3 meses tomando o ferro todos os dias + 3 meses de pausa (não toma o ferro neste período);
- Você deve distribuir **dois ciclos de suplementação** entre 6 e 24 meses de vida. Mas o **esquema IDEAL é o seguinte:**



Você pode escolher como distribuir esses dois ciclos entre 6 e 24 meses, mas dê preferência por: **administrar ferro entre 6 e 9 meses + administrar ferro entre 12 e 15 meses**.

Algumas observações:

- Lactentes em uso de leite de vaca devem começar com a suplementação a partir dos 4 meses;
- **Independente do regime de aleitamento:** lactentes em aleitamento materno ou uso de fórmula devem iniciar a suplementação aos 6 meses;
- Crianças que fazem parte da Estratégia NutriSUS, não devem receber a suplementação do ferro!

Em resumo:

A SBP em 2026 adotou o esquema preconizado desde 2022 pelo Ministério da Saúde (PNSF)
Para todos os lactentes nascidos a termo e peso > 2,5 kg. Para prematuros ou baixo peso, a dose é ajustada de acordo com o peso.
Dose fixa: 10 a 12,5 mg de ferro elementar em ciclos de 3 meses.
Dois ciclos de 3 meses preferencialmente iniciados aos 6 e 12 meses de idade. Pode ser feito até 24 meses.
<ul style="list-style-type: none"> • Lactentes em aleitamento materno ou uso de fórmula devem iniciar a suplementação aos 6 meses; • Lactentes em uso de leite de vaca devem começar com a suplementação a partir dos 4 meses. • Crianças que fazem parte da Estratégia NutriSUS, não devem receber a suplementação do ferro.

E o bebê prematuro?

Lembre-se que **o estoque de ferro**, assim como o maior ganho de peso do feto, acontece **no terceiro trimestre de gestação**. Por isso, bebês prematuros (< 37 semanas) e/ou baixo peso ao nascimento (menor do que 2500 g) não tiveram tempo hábil/opportunidade para fazer esse estoque, têm alto risco para deficiência de ferro.

Portanto, SBP e o MS preconizam uma profilaxia mais agressiva para prematuros e/ou baixo peso: **as doses são diferenciadas e o início é precoce, aos 30 dias de vida!**

O bebê prematuro e/ou > 2,5kg inicia a profilaxia aos 30 dias de vida!

Nessas situações, a **dose de ferro elementar não é fixa** - será ajustada de acordo com o peso de nascimento do neném! Quanto mais baixo o peso de nascimento, maior a dose de ferro elementar na profilaxia:

Peso ao nascer	Dose, início e tempo de suplementação de ferro elementar
RNPT e/ou peso entre 1500 e 2500 gramas	2 mg/kg/dia, iniciando aos 30 dias de vida.
RNPT e/ou peso entre 1000 e 1500 gramas	3 mg/kg/dia, iniciando aos 30 dias de vida.
RNPT e/ou peso inferior a 1000 gramas	4 mg/kg/dia, iniciando aos 30 dias de vida.
Dose "mais alta" mantida até 12 meses de idade. Entre 12 e 24 meses: ajustar para 1 mg/kg/dia, tomar sem interrupções.	
Se estiver recebendo fórmula infantil, a oferta dietética de ferro deve ser considerada no cálculo da suplementação necessária de ferro medicamentoso.	

Veja que a dose é reduzida para 1 mg/kg/dia quando a criança completa 12 meses de idade, e assim é mantida até 24 meses.

Preciso coletar um hemograma antes de começar a suplementação de ferro?

Para começar a suplementação, você não precisa coletar nenhum exame de sangue.

No entanto, solicitamos exames nas seguintes situações (SBP, 2026):

Solicitamos exames nas seguintes situações (SBP, 2026)
Lactentes saudáveis não precisam coletar exames de rotina.
Entre 9 e 12 meses de vida na presença dos fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Prematuros e/ou com baixo peso ao nascer • Falha na suplementação profilática de ferro medicamentoso • Alimentação deficiente de ferro • Crescimento inadequado (deficiente ou excessivo)
Ou diante da suspeita clínica de deficiência de ferro.

Entenda por **suspeita clínica de deficiência de ferro**: cansaço, fadiga, intolerância ao esforço físico, prejuízo no desenvolvimento ou rendimento escolar, perversão e/ou falta de apetite, palidez; queilite angular; coiloníquia, taquicardia; sopro cardíaco sistólico. Os exames que são inicialmente solicitados são: **HEMOGRAMA** com índices hematimétricos; **Proteína C-reativa** (avaliação de inflamação); **Ferritina** (avaliação de estoques de ferro).

“Calvão, entendi porque solicitar hemograma e ferritina. Mas pra que vou pedir PCR?”

Bom, lembre-se do seguinte: tanto a proteína C-reativa quanto a ferritina são **marcadores de inflamação sistêmica**. Mas a ferritina também desempenha o papel de avaliação de **estoques de ferro**, correto?

Imagina que você dosou a ferritina e ela veio normal.

Será que ela está normal porque o paciente tem bons estoques de ferro, ou porque ele está inflamado e ela se elevou como marcador de inflamação?

Para tirar essa dúvida, dosamos a PCR (ou VHS) junto.

Se a PCR vem baixo e a ferritina normal, é bem provável que isso seja reflexo de **estoques adequados**.

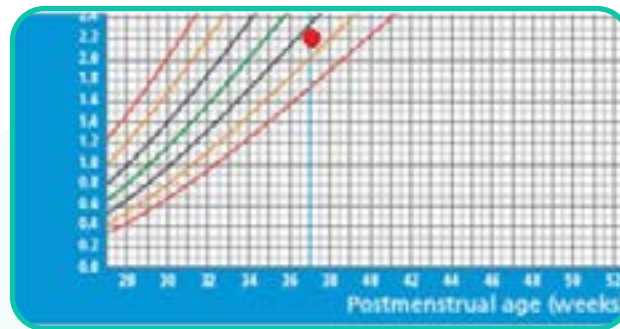
Se a PCR vem elevada e a ferritina normal/elevada, **você não consegue tirar conclusões sobre os estoques de ferro!** Pois pode ser tudo reflexo de inflamação sistêmica, e você terá que investigar a causa.

Então, lembre-se: **Ferritina baixa é específica para ferropenia. No entanto, a ferritina normal/elevada é pouco específica para avaliação de estoques de ferro, pois ela também reflete inflamação sistêmica. Cuidado na avaliação!**

Voltando para a nossa questão:

Para quem não conhece, o Projeto INTERGROWTH-21st foi um estudo multicêntrico, multiétnico, de base populacional, realizado entre 2009 e 2014, com o objetivo principal de estudar crescimento, saúde, nutrição e desenvolvimento neuromotor desde 14 semanas de gestação até os dois anos de idade, utilizando o mesmo modelo conceitual dos Padrões Multicêntricos de Crescimento da OMS. Dessa forma, foram produzidos padrões prescritivos para a idade gestacional através de ultrassom, ganho de peso materno durante a gravidez, crescimento fetal, antropometria do recém nascido, crescimento pós-natal de recém nascidos pré-termo e desenvolvimento cognitivo até os dois anos de idade. Esses instrumentos clínicos podem ser utilizados para avaliar e monitorar o bem estar materno e fetal, assim como a saúde e o bem-estar infantil, tanto a nível individual como populacional. Na prática? Funciona como as curvas da OMS que você já deve conhecer, mas acaba tendo uma precisão maior para crianças prematuras.

De toda forma, trouxe isso só para você conhecer esse conceito e para que chegue a informações importantes, a fim de determinarmos como deverá ser a suplementação de ferro de Rafael:



O moleque nasceu com 37 semanas de idade gestacional, então é termo. No entanto, vemos que ele nasceu com apenas 2.2 kg, o que configura baixo peso ao nascer.

Se a criança é prematura (< 37 semanas) e/ou nasceu com baixo peso (< 2,5 kg), o risco de ferropenia é maior. Por isso, a suplementação iniciará aos 30 dias - no caso de Rafael, hoje! Como o peso está entre 1,5 e 2,5 kg, iniciamos com a dose de 2 mg/kg/dia de ferro elementar.

A falta de suplementação de ferro pela mãe na gestação é um fator de risco para ferropenia, mas lembre-se: a indicação de começar aos 3 meses neste cenário não existe mais! Só era indicada no protocolo de 2021, caso Rafael tivesse sido termo e com peso > 2,5 kg ao nascimento mas com fator de risco para ferropenia. Atualmente, ou começa com 30 dias, ou com 6 meses (a única ressalva é o início aos 4 meses para quem toma leite de vaca).

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Seria a conduta se ele tivesse nascido a termo e com peso > 2,5 kg + ausência de fatores de risco para ferropenia.

Incorreta a alternativa B. A falta de suplementação de ferro pela mãe na gestação é um fator de risco para ferropenia. No entanto, a indicação de começar aos 3 meses neste cenário não existe mais! Só seria indicada no protocolo de 2021 da SBP, caso Rafael tivesse sido termo e com peso > 2,5 kg ao nascimento mas com fator de risco para ferropenia. Atualmente, ou começa com 30 dias, ou com 6 meses (a única ressalva é o início aos 4 meses para quem toma leite de vaca).

Incorreta a alternativa C. Seria o caso se o peso de nascimento estivesse entre 1,0 e 1,5 kg.

Correta a alternativa D! Se a criança é prematura (< 37 semanas) e/ou nasceu com baixo peso (< 2,5 kg), o risco de ferropenia é maior. Por isso, a suplementação iniciará aos 30 dias - no caso de Rafael, hoje! Como o peso está entre 1,5 e 2,5 kg, iniciamos com a dose de 2 mg/kg/dia de ferro elementar.

Incorreta a alternativa E. Não há necessidade de coletar exames de sangue antes de iniciar a profilaxia de ferro. Somente coletamos o rastreio aos 12 meses OU diante da suspeita clínica de anemia ferropriva.

Gabarito: D

42 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Élcio tem 6 anos e é portador de doença renal crônica 3a devido a infecções urinárias de repetição por refluxo vesicoureteral. Comparece à consulta de puericultura. A estatura aferida foi de 1,22 metro e o IMC está adequado para a idade. A PA foi de 111 x 73 mmHg, mesmo valor de outras duas ocasiões recentes.

Idade (anos)	Percentis da PA	Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
5	Estatura (cm)	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3
	P50	91	92	93	94	95	96	96	51	51	52	53	54	55	55
	P90	103	104	105	106	107	108	108	63	64	65	65	66	67	67
	P95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	P95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
6	Estatura (cm)	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5
	P50	93	93	94	95	96	97	98	54	54	55	56	57	57	58
	P90	105	105	106	107	109	110	110	66	66	67	68	68	69	69
	P95	108	109	110	111	112	113	114	69	70	70	71	72	72	73
	P95 + 12 mmHg	120	121	122	123	124	125	126	81	82	82	83	84	84	85
7	Estatura (cm)	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5
	P50	94	94	95	97	98	98	99	56	56	57	58	58	59	59
	P90	106	107	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	71
	P95	110	110	111	112	114	115	116	71	71	72	73	73	74	74
	P95 + 12 mmHg	122	122	123	124	126	127	128	83	83	84	85	85	86	86

Qual é o diagnóstico de Élcio?

- A) PA normal para a idade.
- B) PA elevada para a idade.
- C) Hipertensão estágio 1.
- D) Hipertensão estágio 2.
- E) Hipertensão estágio 3.

COMENTÁRIOS:

Esta questão aborda o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica na pediatria.

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

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

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

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

QUE CRIANÇAS DEVEM TER A PA AFERIDA ANTES DOS 3 ANOS DE IDADE	
Com riscos decorrentes do histórico neonatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prematuros <32 semanas ✓ Muito baixo peso ao nascer (<1.500g ao nascer) ✓ RCIU ✓ Cateterização umbilical ✓ Outras intercorrências neonatais em que a criança ficou internada na UTI
Doenças cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiopatias congênitas (corrigidas ou não)
Doenças renais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ITU de repetição ✓ Hematúria ou proteinúria ✓ Doença renal conhecida ✓ Malformações do trato geniturinário ✓ História familiar de doença renal congênita
Submetidas a transplantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Órgãos sólidos ✓ Medula óssea
Outros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neoplasias ✓ Uso de medicamentos que sabidamente aumentam a PA ✓ Outras doenças sabidamente associadas à HAS, como neurofibromatose, esclerose tuberosa, anemia falciforme, patologias da adrenal, entre outras ✓ Suspeita ou risco de aumento da pressão intracraniana

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

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

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

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

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

Portanto, devo sistematizar minha avaliação:

Ver a que sexo a tabela está se referindo (geralmente, o examinador já “seleciona” a tabela certa);

Observar a idade da criança (costuma ser a primeira coluna);

Observar a estatura em cm e sinalizar esse ponto tanto para PAD como para PAS. Nem sempre teremos o valor exato em cm da estatura da criança, então escolha o valor mais próximo.

Os valores de PAS e PAD que você encontrar na tabela correspondem aos percentis de PA;

Anotar o percentil de PA encontrado para PAS e PAD do seu paciente:

Idade (anos)	Percentis da PA	Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
5	Estatura (cm)	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3
	P50	91	92	93	94	95	96	96	51	51	52	53	54	55	55
	P90	103	104	105	106	107	108	108	63	64	65	65	66	67	67
	P95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	P95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
6	Estatura (cm)	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5
	P50	93	93	94	95	96	97	98	54	54	55	56	57	57	58
	P90	105	105	106	107	109	110	110	66	66	67	68	68	69	69
	P95	108	109	110	111	112	113	114	69	70	70	71	72	72	73
	P95 + 12 mmHg	120	121	122	123	124	125	126	81	82	82	83	84	84	85
7	Estatura (cm)	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5
	P50	94	94	95	97	98	98	99	56	56	57	58	58	59	59
	P90	106	107	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	71
	P95	110	110	111	112	114	115	116	71	71	72	73	73	74	74
	P95 + 12 mmHg	122	122	123	124	126	127	128	83	83	84	85	85	86	86

Vimos que Élcio tem uma PA de 111 x 73 mmHg.

A PAS fica entre o p90 e o p95.

Já a PAD fica entre p95 e p95+12 mmHg.

A classificação da PA se dará de acordo com o percentil encontrado tanto para PAS como para PAD:

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

Pela PAS, temos uma PA elevada para a idade; no entanto, a PAD sugere uma HAS estágio 1. Em caso de divergência, considere o que for mais grave!

Então, nosso paciente tem uma HAS estágio 1. Deve ser uma HAS secundária à DRC.

Além das mudanças de estilo de vida, o tratamento medicamentoso está indicado, na faixa etária pediátrica, nas seguintes situações:

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

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

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Seria o caso se a PA fosse $< p90$ para idade, estatura e sexo.

Incorreta a alternativa B. Seria o caso se a PA estivesse entre $p90$ e $p95$ para idade, estatura e sexo.

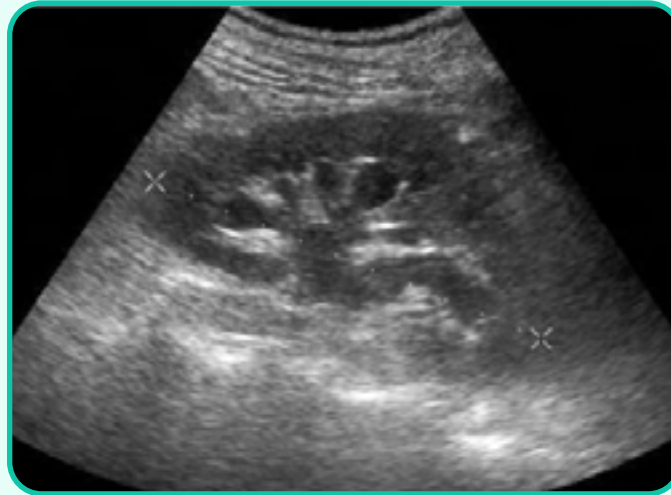
Correta a alternativa C. É o diagnóstico por aqui! Além de orientar mudanças no estilo de vida e solicitar exames para avaliação de lesões de órgão-alvo, podemos iniciar tratamento anti-hipertensivo medicamentoso.

Incorreta a alternativa D. Seria compatível com uma $p95 + 12$ mmHg.

Incorreta a alternativa E. Cuidado! Não existe essa classificação na pediatria.

Gabarito: C

43 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Joaquim tem 2 anos. Há 4 meses, teve seu primeiro episódio de infecção de trato urinário febril. Hoje, passa pelo atendimento de puericultura com o resultado de um exame de imagem feito para investigação há uma semana:



Considerando o resultado, qual é a conduta mais adequada para a investigação etiológica?

- A) Manter seguimento clínico de rotina, pois o exame é normal.
- B) Solicitar uma uretrocistografia miccional.
- C) Solicitar uma cintilografia DMSA.
- D) Solicitar uma tomografia de abdome.
- E) Solicitar uma urografia excretora.

COMENTÁRIOS:

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

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

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

Quando eu preciso investigar?

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

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

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

ITU atípica:

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

ITU recorrente:

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

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

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

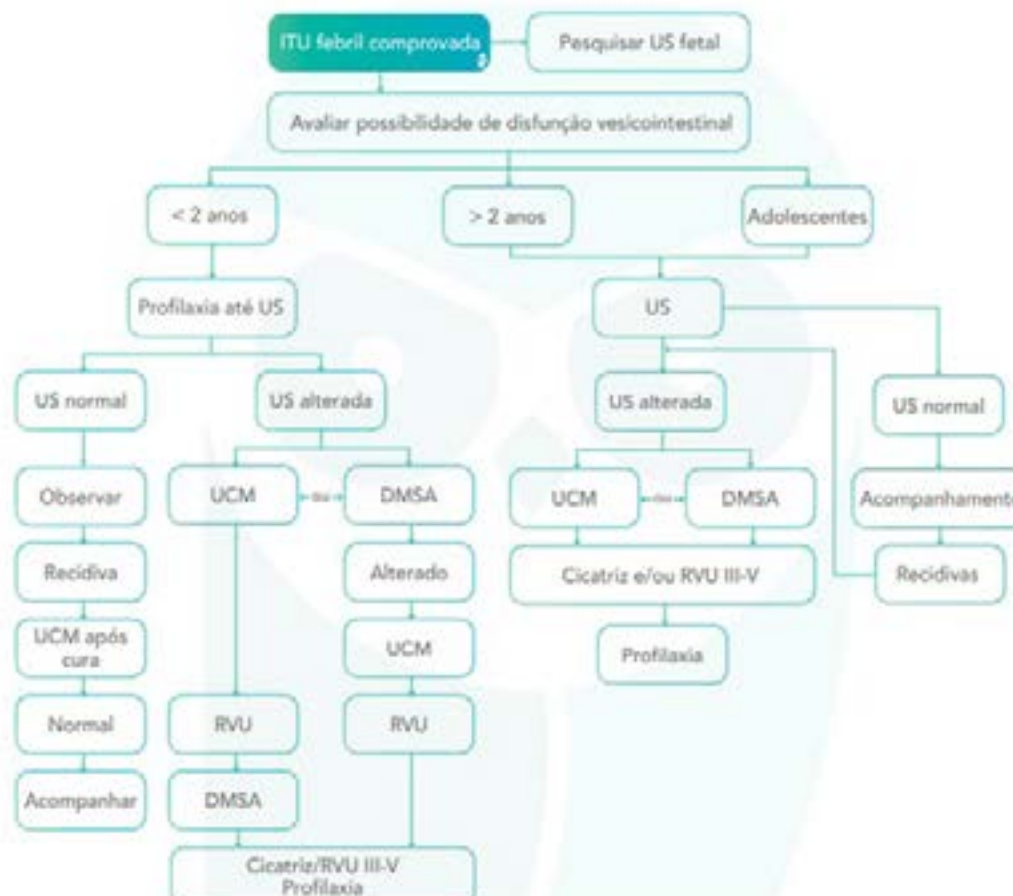
Essa informação você pode guardar e levar para a sua prova sem medo, ok?

Agora, vamos entender quais são os exames que podem ser solicitados e a ordem em que vamos pedi-los:

Esses são os exames principais. Memorize as palavras-chave que destaquei para se familiarizar com elas. A dica que vou dar é: urografia excretora e cintilografia dinâmica DTPA raramente são a resposta correta nessas questões. Foque em USG, DMSA e UCM.

Ok, e qual é a ordem em que devo solicitar os exames?

Veja, trarei o *guideline* mais recente do Tratado de Pediatria. Mas sempre vale lembrar que existem divergências entre as referências:



Solicitamos a UCM quando estamos desconfiando de Refluxo Vesicoureteral (geralmente quando temos uma USG alterada com dilatação de vias urinárias), e solicitamos a DMSA em quadros recorrentes (para avaliar cicatrizes renais).

Mas note que a USG de rins e vias urinárias é sempre o primeiro exame! Idealmente, o fazemos de 4 a 6 semanas após a infecção aguda.

- Quando pedir USG em um quadro agudo? Diante de falha terapêutica (ausência de melhora em 72h de ATB), suspeita de complicações (abscessos, pielonefrite obstrutiva), ou em um paciente muito grave (p. ex., choque séptico de foco urinário).

Voltando para a nossa questão:

Joaquim teve uma ITU febril com 1 ano e 8 meses de idade. Logo, realmente havia necessidade de iniciar uma investigação por imagem do trato urinário dele. Foi solicitada uma ultrassonografia de rins e vias urinárias, e essa conduta foi adequada! Nessa ultrassonografia, podemos notar uma hidronefrose significativa! Observe a dilatação do sistema pielocalicial e da porção proximal do ureter. Isso pode sugerir: algum distúrbio obstrutivo (válvula de uretra posterior ou estenose da JUP, por exemplo) ou refluxo vesicoureteral grave.

De toda forma, uma investigação detalhada da anatomia vai bem neste caso. Para isso, a uretrocistografia miccional vai super bem!



Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Se a USG fosse normal, poderíamos considerar essa alternativa. No entanto, temos uma hidronefrose significativa! Observe a dilatação do sistema pielocalicial e da porção proximal do ureter.

Correta a alternativa B! Quando o assunto é avaliação anatômica do trato urinário pediátrico, a uretrocistografia miccional é a grande estrela! É o padrão-ouro para avaliação de refluxo vesicoureteral, e ótima para avaliar distúrbios obstrutivos.

Incorreta a alternativa C. A DMSA é ótima para avaliar o parênquima renal, mas não ajuda muito na avaliação do trato urinário. Acaba sendo reservada para quadros de ITU recorrentes, onde queremos avaliar se há cicatrizes renais.

Incorreta a alternativa D. A tomografia de abdome não figura entre os principais exames para avaliação ambulatorial do trato urinário em pediatria. Eu evitaria alternativas que sugerem TC nesse contexto!

Incorreta a alternativa E. A urografia excretora vem caindo em desuso: o contraste é injetado na veia, e fazemos várias radiografias para acompanhar sua excreção pelos rins. É interessante para avaliação de distúrbios obstrutivos, mas vem sendo substituída pela cintilografia DTPA (dinâmica) e/ou RNM de trato urinário. De toda forma, a UCM é mais interessante como exame inicial, pois é o padrão-ouro para refluxo vesicoureteral, além de avaliar os distúrbios obstrutivos.

Gabarito: B

44 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Carolina tem 7 anos. É trazida ao PS infantil após episódio de convulsão tonicoclônica generalizada de curta duração na vigência de febre e coriza, que iniciaram há um dia. Em avaliação, paciente está em bom estado geral, ativa e interativa, orientada, temperatura de 38°C, eupneica e sem alterações na ausculta respiratória, congestão nasal e hiperemia de orofaringe, estável hemodinamicamente. Sem sinais de rigidez de nuca. Mãe conta que Carolina teve um episódio semelhante aos 3 anos de idade, também na vigência de febre. Fora isso, a criança é hígida e nunca apresentou intercorrências, sendo nascida a termo. Qual é a conduta mais adequada para Carolina?

- A) Punção lombar.
- B) Alta com orientações sobre a benignidade do quadro de convulsão febril simples.
- C) Solicitar eletroencefalograma.
- D) Solicitar tomografia de crânio.
- E) Prescrever amoxicilina para tratamento de sinusite bacteriana aguda, e dar alta com orientações sobre benignidade do quadro de convulsão febril.

COMENTÁRIOS:

O cenário é o seguinte:

- Criança de 7 anos com episódio prévio sugestivos de convulsão febril;
- Convulsão febril tonicoclônica generalizada de curta duração e rápida recuperação neurológica: parece uma convulsão febril simples, né?
- Sintomas leves compatíveis com síndrome gripal e estado geral preservado.

Será que é o caso de se fazer uma profilaxia? Ou podemos adotar uma conduta expectante? Solicitar um exame complementar?

Antes de mais nada, vamos trazer algumas definições:

Dê uma olhada nas principais características
Idade entre 6 e 60 meses (3 meses até 5 anos pelo Tratado de Pediatria)
Pico entre 12 e 18 meses
Convulsão associada a uma temperatura elevada ($>38^{\circ}\text{C}$)
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.

Além disso, a crise febril pode ser dividida em:

- Crise febril simples (até 88% dos casos): crise tonicoclônica generalizada, com duração inferior a 15 minutos, que não apresenta recorrência em 24 horas e não manifesta sintomatologia pós-ictal (a recuperação neurológica é completa).
- Crise febril complexa: apresenta uma ou mais das seguintes características: crises focais, presença de alterações neurológicas pós ictais, como a paralisia de Todd, duração maior que 15 minutos e/ou recorrência dentro de 24 horas. Crianças que apresentam crises febris complexas tendem a ser mais jovens e com maior tendência a evoluir com desenvolvimento neurológico anormal.

	SIMPLES (90%)	COMPLEXA (10%)
Semiologia da crise	CTCG	Focal
Duração	< 15 minutos	> 15 minutos
Recorrência em 24h	Ausente	Presente
Recuperação neurológica	Completa	Alteração neurológica persistente
CONDUTA	Investigar o foco da febre e orientar sobre benignidade	Individualizada

A investigação laboratorial e por imagem, frequentemente, não é necessária nas crises febris simples. No entanto, a abordagem deve ser individualizada! A seguir, vamos discutir os principais exames que podem ser solicitados no contexto de uma convulsão febril.

As indicações para punção líquórica em crianças com convulsão febril são:

ATENÇÃO ÀS INDICAÇÕES DE LCR NA CONVULSÃO FEBRIL
Crianças < 6 meses independentemente da vacinação ou Crianças < 1 ano não vacinadas (fortemente recomendado)
Sintomatologia compatível com infecção de SNC
Alteração neurológica pós-ictal persistente
Uso recente de antibióticos
Convulsão após vários dias de doença febril
Estado de mal epiléptico febril

Por sintomatologia compatível com infecção de SNC, entenda: rigidez de nuca ou fontanelas abauladas, vômitos em jato, toxemia/sinais de sepse.

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

necessitem 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 feitos antes da punção), alterações neurológicas focais persistentes e suspeita de alterações anatômicas intracranianas (asfixia perinatal, história de TCE, meningite prévia, sangramentos intracranianos prévios).

Em resumo: 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. No 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”.

É para o candidato à Residência chorar, né? Entenda por “perspicácia clínica” o seguinte: se vire aí, fera! Faça o que achar melhor! rs Por isso, você vai encontrar algumas divergências de conduta entre as bancas examinadoras quando o assunto é manejo de crise febril complexa. Algumas são mais conservadoras, outras não. O mais importante é você saber para que serve cada um dos exames com base no que discutimos acima.

Voltando para a nossa questão:

Tudo lindo e maravilhoso para pensarmos em convulsão febril simples e apenas orientar a benignidade do quadro para os pais, né? Errado! Nossa paciente já tem 7 anos de idade!

Ela está fora da faixa etária em que podemos chamar uma convulsão na vigência de febre de “convulsão febril”. A partir dos 5 anos de idade, uma convulsão na vigência de febre merece investigação, pois a chance de ser uma criança com uma síndrome epiléptica aumenta muito!

“Ah, mas Bruno, nas duas vezes ela só convulsionou durante a febre.” Sim, mas isso também acontece em pessoas com epilepsia. Tenha em mente que o limiar convulsivo de qualquer pessoa com epilepsia diminui na vigência de febre, e escapes frequentemente acontecem durante episódios febris. Funciona como um gatilho, entende? Então, o fato de as crises só terem acontecido durante a febre não afastam nem um pouco a chance de uma síndrome epiléptica.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. A paciente não tem uma sintomatologia sugestiva de infecção de sistema nervoso central, e já apresentou uma recuperação neurológica completa. Atualmente, evitamos a punção lombar em pacientes em bom estado geral, considerando-se que é um procedimento invasivo.

Incorreta a alternativa B. Isso não é uma convulsão febril! A criança está fora da faixa etária de 6 até 60 meses. Cuidado!

Correta a alternativa C. É um ótimo exame para iniciar a investigação de síndromes epiléticas na infância.

Incorreta a alternativa D. Sem história compatível com lesões ou traumas progressivos de SNC e com exame neurológico normal, um exame de neuroimagem com alta radiação pode ser dispensável no primeiro momento.

Incorreta a alternativa E. Veja que a febre é baixa, o estado geral é preservado e o quadro está com duração de apenas um dia! Não há indicação de tratamento antimicrobiano neste caso.

Gabarito: C

45. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) João, 5 anos de idade, comparece à consulta de UBS para avaliação pois sua mãe foi diagnosticada recentemente com tuberculose pulmonar. Está assintomático, apresenta uma radiografia de tórax sem alterações, e um PPD com resultado de 6 mm. O paciente ainda não consegue tomar comprimidos. A conduta preferencial para João é:

- A) Repetir PPD em 8 semanas.
- B) Isoniazida, 10 mg/kg em doses diárias, por 6 meses.
- C) Rifampicina, 20 mg/kg em doses diárias, por 4 meses.
- D) Isoniazida e Rifapentina ajustadas pelo peso em doses semanais, por 3 meses.
- E) Isoniazida e Rifampicina ajustadas pelo peso em doses diárias, por 3 meses.

COMENTÁRIOS:






Questão sobre Infecção Latente por Tuberculose (ILT) em crianças. Vamos dar uma olhada?

QUAL É O PRIMEIRO PASSO PARA CONSIDERARMOS A HIPÓTESE DE ILTB?

Vamos investigar tuberculose em todas as crianças que tiveram contato com alguém bacilífero.

Antes de mais nada, devemos afastar tuberculose em atividade na criança! Ou seja, para se pensar em ILTB, o paciente deve estar ASSINTOMÁTICO, beleza?

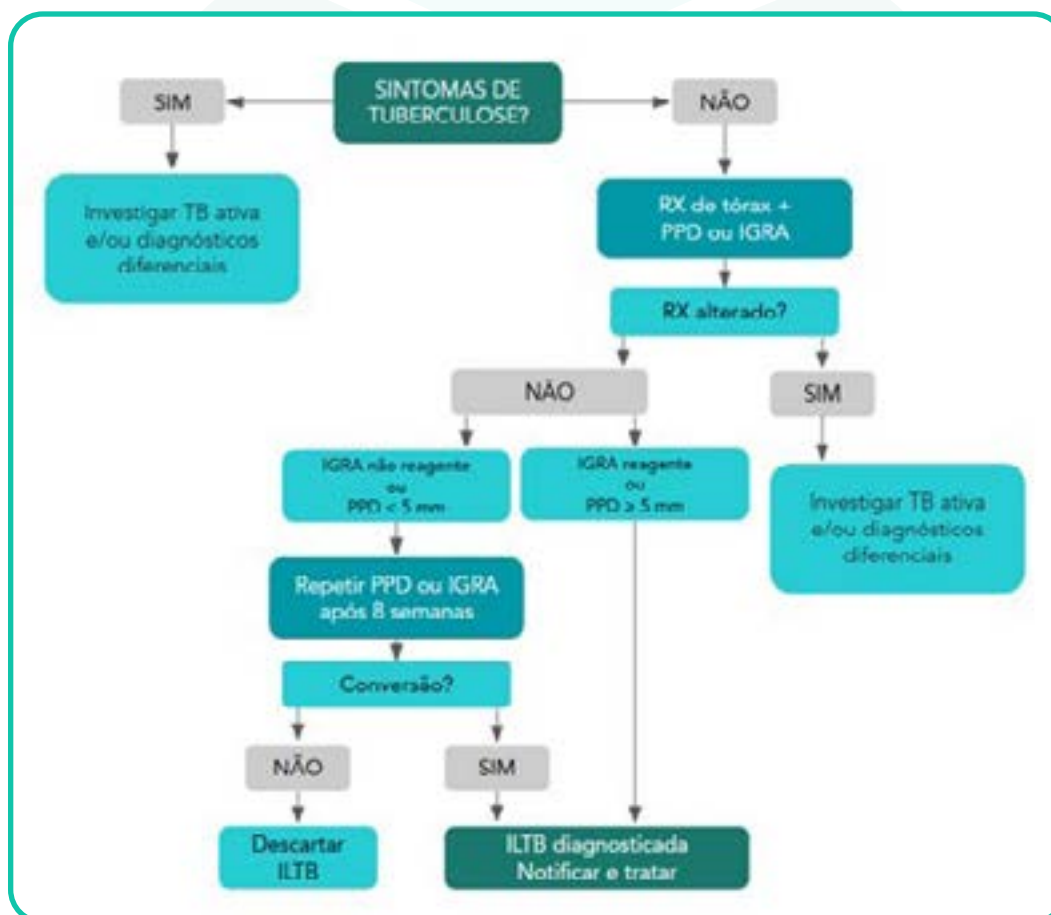
Ah, e vale lembrar que o diagnóstico de tuberculose ativa em crianças usa o SISTEMA DE PONTOS, já que é muito difícil isolar a *Mycobacterium tuberculosis* na molecada, já que eles são paucibacilíferos. Acho que vale a breve revisão:

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

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

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

Beleza. Afastei tuberculose em atividade. E AGORA?



Acho que o fluxograma é bem explicativo, né? Mas dê uma olhada nos *highlights*:

- Vamos solicitar radiografia de tórax + PPD ou IGRA para iniciar a investigação de ILTB;
- Paciente assintomático + radiografia normal + PPD maior ou igual a 5 mm e/ou IGRA reagente indica ILTB e necessidade de tratamento!

PPD ≥ 5 mm em crianças indica ILTB.
PPD < 5 mm: repetir exame após 8 semanas.

Duas últimas informações que são relevantes:

O IGRA não é recomendado para crianças < 2 anos.

RN contactante de adulto tem indicação de tratar ILTB, independentemente da radiografia de tórax e do PPD.

Diagnóstico de ILTB fechado. Como tratar?

A escolha do tratamento para ILTB vai depender de algumas características do paciente.

Existem atualmente quatro opções de regimes terapêuticos para o tratamento da ILTB:

MEDICAÇÃO	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
ISONIAZIDA + RIFAPENTINA	3 meses Dose semanal	É O PREFERENCIAL! Para crianças > 2 anos, que já conseguem tomar comprimidos.
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	3 meses Dose diária	É SOLUÇÃO! Bom para crianças < 10 anos, com peso entre 4 e 25 kg, que não conseguem tomar comprimidos.
RIFAMPICINA	4 meses Dose diária	É SOLUÇÃO! Esse esquema é recomendado exclusivamente para crianças menores de 4 kg.
ISONIAZIDA	6 a 9 meses Dose diária	Esse esquema pode ser utilizado quando não for possível utilizar os demais esquemas.

Veja que o esquema preferencial seria ISONIAZIDA + RIFAPENTINA. É muito prático, pois as doses são semanais, o que facilita a adesão do paciente ao tratamento. No entanto, só pode ser indicado para > 2 anos que já tomam comprimidos. Vale mencionar que esse esquema pode ser usado sem ajuste de dose em pacientes com HIV que utilizam o esquema antirretroviral de primeira linha, mas é contraindicado em pacientes que estão em uso de inibidores de protease, nevirapina e TAF. Nesses casos, sugere-se o uso de isoniazida isolada por 9 meses, ou consideram-se ajustes individualizados de doses.

Voltando para a nossa questão:

João é contactante de alguém bacilífero, então merece ser investigado quanto à possibilidade de ILTB.

- Primeiro passo: excluir possibilidade de tuberculose em atividade, avaliando a presença de sintomas;
- Segundo passo: analisar radiografia de tórax, que deve estar normal;
- Terceiro passo: analisar PPD ou IGRA. Como o PPD está maior ou igual a 5 mm, já temos evidência de exposição ao *Mycobacterium tuberculosis*. Ou seja: há indicação de tratamento de infecção latente!

O esquema preferencial seria o de isoniazida + rifapentina em doses semanais por 3 meses, pois a posologia confortável diminui a chance de abandono do tratamento. No entanto, João não consegue tomar comprimidos! Atualmente, esse esquema só conta com apresentação em comprimidos.

Para driblar esse probleminha técnico, podemos recorrer à associação de isoniazida + rifampicina em comprimidos dispersíveis! O problema é que as doses são diárias, mas o tratamento também dura “só” 3 meses.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Seria a conduta se o PPD fosse < 5 mm. No entanto, sendo maior ou igual a 5 mm já indica exposição prévia a *Mycobacterium tuberculosis*.

Incorreta a alternativa B. Esse esquema é considerado de 2ª linha atualmente. A duração muito prolongada aumenta o risco de abandono no meio do caminho!

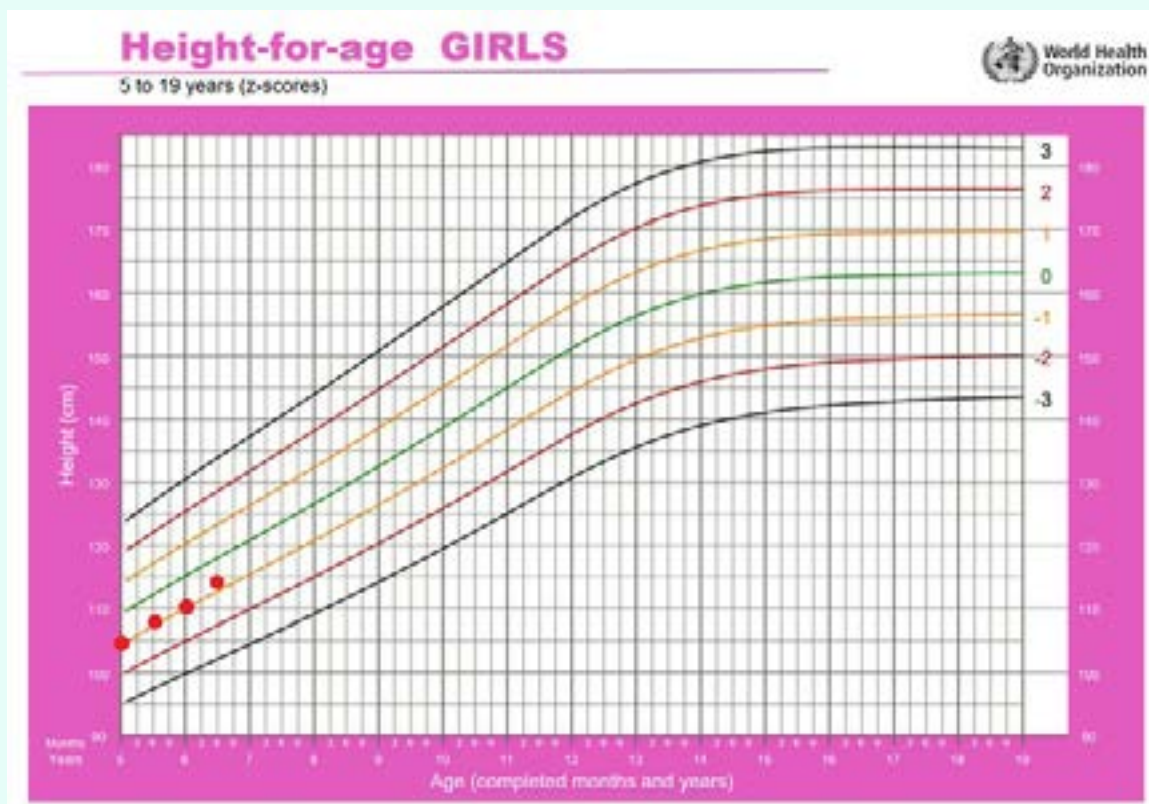
Incorreta a alternativa C. Esse esquema acaba sendo preferível para crianças muito pequenas (geralmente, < 4 kg). Ou seja, é mais utilizado para a profilaxia primária de recém-nascidos.

Incorreta a alternativa D. Seria a melhor opção se João conseguisse tomar comprimidos.

Correta a alternativa E. O esquema preferencial seria o de isoniazida + rifapentina em doses semanais por 3 meses, pois a posologia confortável diminui a chance de abandono do tratamento. No entanto, João não consegue tomar comprimidos! Atualmente, esse esquema só conta com apresentação em comprimidos. Para driblar esse probleminha técnico, podemos recorrer à associação de isoniazida + rifampicina em comprimidos dispersíveis! O problema é que as doses são diárias, mas o tratamento também dura “só” 3 meses.

Gabarito: E

46 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Sheila está com 7 anos de idade e é trazida à UBS para avaliação, pois iniciou o desenvolvimento das mamas há cerca de 6 meses. Em avaliação, o estadiamento de Tanner é compatível com M3P1, e a estatura é de 118 cm. A caderneta demonstra os seguintes registros:



Sheila não tem nenhuma queixa específica e o exame físico não apresenta alterações dignas de nota. Você ainda está aguardando o resultado da radiografia de punho e da dosagem de gonadotrofinas. Com as informações disponíveis, qual é o diagnóstico mais provável?

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

COMENTÁRIOS:

Questão sobre precocidade sexual, bora lá?

Não tenha dúvida de que estamos diante de um quadro de precocidade sexual. Temos o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários antes da idade esperada:

Puberdade precoce

- Menina: antes dos 8 anos
- Menino: antes dos 9 anos

Independentemente da causa, sempre que estamos diante de um quadro de precocidade sexual, nosso papel é diferenciar o “problema” da variante da normalidade:

- Variantes benignas: pubarca isolada, telarca isolada
- Problema: puberdade precoce central e puberdade precoce periférica

O que queremos evitar ao diagnosticar uma puberdade precoce “patológica”? Basicamente, duas coisas: prejuízo na estatura final (por fechamento precoce das placas de crescimento) e estigma social (corpo maduro e mente de criança torna a pessoa vulnerável aos mais variados tipos de abuso, infelizmente). Ah, e claro: especialmente no caso de puberdade precoce periférica, podemos estar diante de tumores ou administração exógena de hormônios, com todas as suas respectivas repercussões negativas.

Só para lembrarmos: a puberdade precoce central (PPC) é chamada de GnRH-dependente, ou verdadeira. No geral, ela vai seguir a ordem “normal” do desenvolvimento puberal. Ou seja, telarca - pubarca - estirão - menarca. O problema é que o desenvolvimento acontece antes da hora certa, por assim dizer. Ou seja: puberdade normal antes da hora. Nas meninas, a principal causa é a idiopática. No entanto, em meninos e em meninas < 6 anos, devemos investigar tumores de SNC (como hamartoma).

Já a puberdade precoce periférica (PPP, GnRH-independente ou pseudopuberdade) pode ocorrer por produção autônoma de hormônios sexuais por tumores periféricos ou administração exógena de hormônios. Não esperamos ativação do GnRH, FSH ou LH; e as manifestações clínicas são compatíveis com o hormônio que está em excesso.

Por exemplo, uma pilificação e virilização em excesso sem o desenvolvimento das mamas sugere uma atividade exacerbada de hormônios adrenais; ao passo que o desenvolvimento mamário muito marcado e acelerado sem o desenvolvimento da pilificação pubiana pode sugerir excesso de estrógenos. Fique atento à “proporção” do desenvolvimento de cada caracter sexual secundário! Cenários desproporcionais sugerem uma PPP. Ou seja, não necessariamente, seguem a ordem de uma puberdade normal, e podemos ter características de sexo masculino no feminino e vice-versa.

Causas patológicas	PPC	PPP
Ativação do Eixo-HHG	Sim	Não
Sequência fisiológica	Sim	Não necessariamente
Caracteres heterossexuais	Não	Pode haver

Para responder a essas questões, devemos recorrer ao bom e velho exame clínico.

Com base no que encontrarmos, vamos decidir que exames complementares devemos solicitar.

1º Passo: Anamnese

A anamnese deve incluir questionamentos sobre:

- condições de nascimento;
- traumas, infecções - especialmente de SNC;
- uso de medicamentos;
- idade de início dos sintomas/sinais e ritmo de instalação;
- presença de alterações neurológicas e visuais e crises convulsivas;
- histórico de puberdade dos pais;
- dor abdominal ou óssea.

Note que investigamos na anamnese muitas condições sobre o sistema nervoso central - tumores, medicações, lesões estruturais. Isso porque alterações na hipófise e/ou hipotálamo podem influenciar na liberação de GnRH e, conseqüentemente, de FSH e LH. A liberação desses hormônios antes da hora pode resultar em uma puberdade precoce central!

Além disso, avaliamos que sinais e sintomas surgiram primeiramente, bem como, sintomas associados (como dor abdominal ou óssea). Dependendo do que encontrarmos, podemos desconfiar mais de uma puberdade precoce periférica (PPP).

2º Passo: Exame Físico

Uma informação muito importante é checar a velocidade de crescimento do paciente. A velocidade de crescimento pré-púbere vai de 5 a 7 cm/ano (ou 4 a 6 cm/ano, a depender da referência). Velocidades aumentadas sugerem estirão da puberdade! **VARIANTES BENIGNAS DE PRECOCIDADE SEXUAL NÃO AUMENTAM A VELOCIDADE DE CRESCIMENTO**, guarde essa informação.

Além disso, no exame físico, devemos avaliar os índices antropométricos, o campo visual e o exame neurológico (pela possibilidade de tumores de SNC), verificar a presença de manchas café com leite (Síndrome de McCune-Albright) e realizar o estadiamento puberal, além de verificar o efeito estrogênico em grandes lábios, presença de acne, aumento de clitóris e hirsutismo, como sinais androgênicos.

A presença de sinais de androgenismo direciona ao diagnóstico de doenças na adrenal. No caso dos meninos, a assimetria testicular indica possibilidade de tumor de testículo. Vale mencionar que, para o sexo masculino, o primeiro achado do desenvolvimento puberal normal (ou de uma PPC) é o aumento simétrico do volume testicular. Se o moleque estiver todo virilizado, mas com os testículos $< 4 \text{ cm}^3$, a chance de ser uma PPP aumenta demais! Pois o testículo só cresce mediante estímulo de LH/FSH, que só está presente quando o eixo está ativado!

3º Passo: Idade óssea e cronológica

Aqui está o exame que deve ser realizado em todos os pacientes com precocidade sexual. A avaliação da **IDADE ÓSSEA ATRAVÉS DA RADIOGRAFIA DE PUNHO** pode avaliar a ação dos esteroides sexuais na maturação óssea, uma vez que esse processo é especialmente

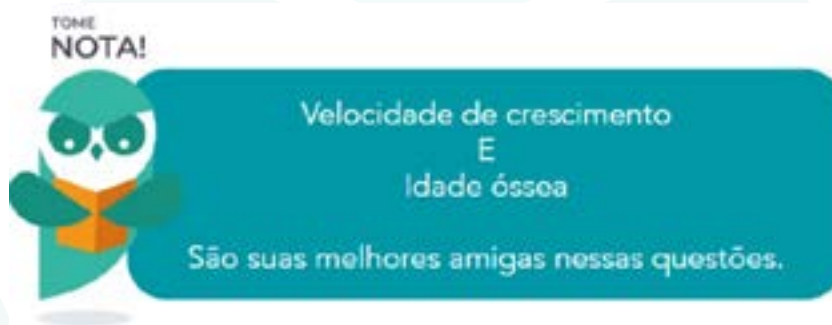
estrogeniodespendente.

A avaliação da maturação óssea tanto auxilia no diagnóstico diferencial da puberdade precoce como pode definir um potencial prejuízo em estatura que esses pacientes venham a apresentar.

É considerada normal a idade óssea que está entre 2 desvios-padrão (DP) para cima ou para baixo em relação à idade cronológica. De uma forma geral, isso coincide com até 2 anos de diferença entre IO e IC.

VARIANTES BENIGNAS DE PRECOCIDADE SEXUAL NÃO ACELERAM A IDADE ÓSSEA.

Ou seja, são duas informações que você precisa ter do seu paciente com precocidade sexual: velocidade de crescimento e idade óssea. Se forem compatíveis com uma criança pré-púbere, há uma chance maior de se tratar apenas de uma variante benigna da maturação sexual.



4º Passo: Outros Exames Laboratoriais e de Imagem

A partir daqui, a solicitação dos exames deve ser individualizada.

O diagnóstico da puberdade precoce é clínico, porém, a diferenciação entre puberdade central e periférica requer uma avaliação laboratorial cuidadosa.

De forma geral, a dosagem basal de gonadotrofinas (especialmente LH basal) é solicitada porque ajuda na diferenciação de PPC e PPP.

a PPC, esperamos um LH basal acima do valor de referência para crianças (geralmente, utiliza-se o corte de 0,6 UI/L, o que sugere ativação do eixo-HHO).

EXAME	LH (UI/L)
LH basal (ensaio imunoquimioluminométrico)	>0,3
LH basal (ensaio imunofluorimétrico)	>0,6
Teste de estímulo com GnRH	>5,0
Teste de estímulo com análogo do GnRH	>5,0 mais sinais de puberdade

A dosagem de hormônios como estradiol, testosterona e SDHEA costuma ser indicada a depender do que encontramos no exame físico (p. ex., se estou desconfiando de excesso de estrógenos, vale a dosagem de estradiol).

A ultrassonografia pélvica e abdominal permite avaliar a presença de tumores ovarianos e adrenais, assim como pode avaliar a ação estrogênica por meio da avaliação da espessura do endométrio e do volume uterino. É interessante quando estamos desconfiando de uma PPP.

Além disso, a ressonância magnética de sela túrcica é indicada nos casos em que há suspeita de lesões em região hipotálamo-hipofisária, pois esse exame permite o diagnóstico de hamartomas e cistos nesta região. É recomendado para todos os meninos e para as meninas menores de 6 anos com diagnóstico clínico e laboratorial de PPC. Em meninas na faixa etária entre 6 e 8 anos, é recomendado quando há suspeita clínica de alteração do SNC.

Ou seja, a escolha dos exames deve ser individualizada. Os únicos exames que costumam ser úteis em praticamente todos os casos são: radiografia para idade óssea e dosagem de gonadotrofinas basais. O resto deve ser direcionado de acordo com a suspeita clínica!

Dessa forma, a investigação básica é a seguinte:



Entenda por “sinais ou sintomas suspeitos”: alterações neurológicas, massas palpáveis, desenvolvimento muito desproporcional de algum caracter sexual secundário, uso ou exposição de alguma medicação.

Note que o ponto-chave para pensar nas variantes benignas é a ausência de ativação do eixo-HHO. Nada que fale a favor de um processo dependente de gonadotrofinas, beleza?

Por isso, repito: são duas informações que você precisa para diferenciar uma variante benigna de uma patologia - velocidade de crescimento pré-púbere (5-7 cm/ano ou 4-6 cm/ano, dependendo da referência) + idade óssea compatível com a cronológica (no máximo dois anos de diferença). São informações cruciais aqui! Busque-as no enunciado.

E sobre o manejo? Depende da causa da precocidade sexual!

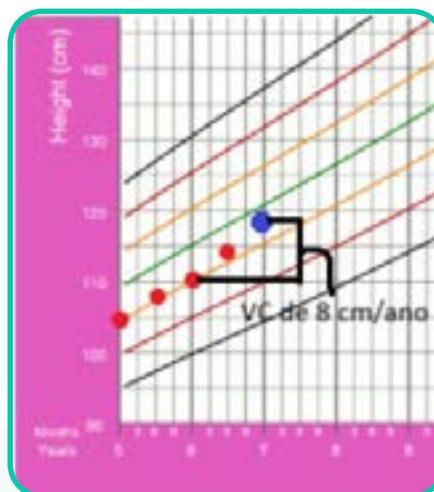
Variante benigna	PPC	PPP
Expectante	Análogo de GnRH para bloquear o eixo-HHG (Leuprolina, triptorelina) OU Tratar causa de base	Tratar causa de base (Dica: lembre-se do glicocorticoide para HAC)

Voltando para a nossa questão:

Nossa paciente certamente tem uma puberdade precoce, pois houve desenvolvimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos de idade.

Agora, precisamos diferenciar uma causa patológica de puberdade precoce de uma variante benigna. Vamos olhar para a velocidade de crescimento, já que ainda estamos aguardando o resultado da idade óssea:

- Estatura atual de 118 cm;
- Estatura aos 6 anos era de 110 cm. Ou seja: a velocidade de crescimento está em 8 cm/ano! Está acelerada!



Isso afasta bastante a possibilidade de variantes benignas, pois esse ritmo de crescimento é compatível com o estirão da puberdade em fases iniciais!

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Correta a alternativa A. Temos um desenvolvimento puberal precoce (< 8 anos) com aceleração do ritmo de crescimento, o que afasta variantes benignas como a telarca precoce isolada. A partir dos 6 anos de idade nas meninas, até 90% dos casos de puberdade precoce são PPC idiopáticas! Essa é a hipótese mais provável.

Provavelmente, o LH basal virá sugestivo de ativação do eixo-HHO e a idade óssea, avançada em relação à cronológica.

Incorreta a alternativa B. Poxa, Bruno: e se for uma puberdade precoce periférica causada por excesso de estrógenos? Isso também resultaria na aceleração da velocidade de crescimento, já que o estrogênio é responsável pelo estirão!

Sim, você está correto em pensar nisso. Só o LH basal compatível com ativação do eixo-HHO nos permitirá fazer essa distinção com certeza. No entanto, veja que a questão pede o diagnóstico mais provável com as informações que temos!

Causas de PPP são raras, mas devem ser consideradas diante de sinais clínicos atípicos, progressão rápida ou virilização. Exposição exógena a estrógenos, cistos ovarianos funcionais e síndrome de McCune-Albright são causas de PPP, mas representam uma minoria dos casos! E não temos nada na história clínica que sugira alguma dessas etiologias. Por epidemiologia, uma PPC idiopática é muito mais provável!

Incorreta a alternativa C. Temos um desenvolvimento puberal precoce (< 8 anos) com aceleração do ritmo de crescimento, o que afasta variantes benignas como a telarca precoce isolada.

Uma variante BENIGNA de precocidade sexual

Desenvolvimento mamário em meninas < 8 anos.

- Aumento isolado de mamas uni ou bilateral, atingindo no máximo o estágio de Tanner 3;
- Ausência de outras características sexuais secundárias;
- Velocidade de crescimento normal para a idade;
- Idade óssea normal ou quase normal.

Os níveis séricos de LH e estradiol encontram-se na faixa de normalidade (pré-púbere), com predomínio do FSH em relação ao LH.

Os exames de ultrassonografia e citologia vaginal hormonal não indicam atividade estrogênica.

Incorreta a alternativa D. Seria o caso se nossa paciente estivesse com uma idade entre 8 e 13 anos de idade.

Incorreta a alternativa E. Poderíamos pensar se houvesse desenvolvimento de pilificação, acne ou odor axilar, mas não explica o desenvolvimento mamário.

Uma variante BENIGNA de precocidade sexual
<p>Surgimento de odor axilar e/ou pilificação pubiana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em meninos < 9 anos; • Em meninas < 8 anos.
<p>Mais frequente em: sexo feminino (10:1), etnia negra, PIG, obesas e alterações funcionais de SNC. Se relaciona com desenvolvimento de SOP, resistência insulínica e obesidade.</p>
<p>Pode aumentar DISCRETAMENTE a VC e a IO (não passa de 2 anos).</p>
<p>Não espere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de virilização: aumento peniano, aumento de volume testicular, aumento do clitóris; desenvolvimento mamário; • Aumento expressivo da IO e velocidade de crescimento. • Mudanças de humor associadas; • Modificações no timbre da voz (mais grave); • Presença de dor o massa abdominal; • Assimetria ou massas testiculares; • Sinais de ativação do eixo-HHG.

Gabarito: A

47 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Jean é um recém-nascido de 36 semanas, que não apresentou intercorrências ao nascimento. O trabalho de parto prematuro ocorreu por uma infecção de trato urinário materna, que já foi tratada. A gestante recebeu Abrysvo® com 35 semanas de idade gestacional, e o RN é saudável. Qual é a recomendação mais adequada quanto à prevenção de bronquiolite viral aguda por VSR segundo Ministério da Saúde?

- A) Como a mãe recebeu a vacina na gestação, a passagem transplacentária de anticorpos protegerá Jean nos primeiros meses de vida, não havendo necessidade de adotar outras medidas.
- B) Há indicação de palivizumabe para Jean.
- C) Há indicação de nirsevimabe para Jean.
- D) Como a vacinação materna ocorreu há menos de 14 dias do parto, há indicação de Abrysvo® para Jean no primeiro ano de vida.
- E) Indicar vacinação com Arexvy® para Jean.

COMENTÁRIOS:

Questão sobre prevenção de bronquiolite viral aguda (BVA), assunto com atualizações recentes!

A BVA caracteriza-se pelo primeiro episódio de sibilância em um lactente menor de 12 meses (até 24 meses em algumas referências) que apresenta sinais clínicos de infecção viral do trato respiratório inferior e ausência de outra razão que explique a sibilância. Pode ser causado por praticamente qualquer vírus que afeta o trato respiratório inferior, mas é o vírus sincicial respiratório (VSR) que responde à maioria das infecções.

O principal agente etiológico é o vírus sincicial respiratório.

Características do Vírus Sincicial Respiratório

Principal causador de BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA nos lactentes.

Crianças maiores e adultos apresentam um quadro leve quando se infectam pelo VSR.

A transmissão do VSR ocorre por gotículas ou fômites.

Os sintomas iniciam-se de 4 a 3 dias após o contato.

No hospital: PRECAUÇÃO DE CONTATO.

A infecção pelo VSR não confere imunidade duradoura, assim, é possível que a criança apresente mais de um episódio.

Vale mencionar que alguns serviços incluem precaução por gotículas, além de contato para VSR. Mas aí varia de CCIH para CCIH! O que você deve memorizar é que a precaução de aerossol não é necessária.

Bom, vamos abordar as formas de imunização contra o VSR:

Agente	Classe	Indicação
Abrysvo®	Vacina Recombinante Inativada	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes a partir de 24 semanas (PNI a partir de 28 semanas); Idade > 60 anos; Entre 18 e 59 anos com alto risco.
Arexvy®	Vacina Recombinante Inativada	Idosos > 60 anos
Palivizumabe	Anticorpo monoclonal	<p>Vem sendo substituído pelo Nirsevimabe</p> <ul style="list-style-type: none"> Prematuros < 28 semanas até 1 ano de idade; Até 2 anos com cardiopatia com repercussão ou doença pulmonar crônica.
Nirsevimabe	Anticorpo monoclonal	<p>Indicado somente se a mãe não recebeu Abrysvo® na gestação</p> <ul style="list-style-type: none"> Ideal: todas as crianças < 8 meses; Disponibilidade pelo PNI: prematuros ou crianças com comorbidades (cardíacas, pulmonares e síndrome de Down) até 24 meses

A estratégia ideal é vacinar a gestante a partir da 28ª semana de idade gestacional.

O intuito é promover produção e passagem de anticorpos transplacentários que protegerão o bebê contra o VSR nos primeiros meses de vida. Se a mãe receber a vacina, não há necessidade de fazer o nirsevimabe na maioria dos casos.

Veja: a administração da Abrysvo® na gestante pode proteger o bebê de forma eficaz nos seus primeiros 6 meses, com maior eficácia nos primeiros 3 a 4 meses. Mas existem situações em que o uso de Nirsevimabe está formalmente recomendado, mesmo com vacinação materna:

- Mãe imunossuprimida vacinada durante a gestação;
- Parto ocorrido antes de 14 dias da vacinação materna: nesse cenário, não há tempo hábil para a produção e passagem transplacentária de anticorpos;
- RN de alto risco, que pode incluir, mas não se limita a: doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa, imunocomprometidos, Síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas.

Ah, e claro! Temos uma pequena divergência entre a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM) e o Ministério da Saúde (MS) sobre a indicação do Nirsevimabe.

Pela SBIM (que costuma sugerir o que é melhor para os pacientes, não o mais custo-efetivo em escala populacional), o ideal é indicar para todas as crianças de até 8 meses de idade. E crianças que fazem parte de grupos de maior risco para a BVA (cardiopatas, pneumopatas, doenças neuromusculares, anatômicas de vias aéreas, síndrome de Down) devem receber mais uma dose no segundo ano de vida.

No entanto, pela CONITEC/MS (que preza mais pelo custo-efetividade), a medicação será destinada para os seguintes pacientes:

- Prematuros (< 37 semanas) no primeiro ano de vida. Se a mãe receber a vacina > 14 dias antes do parto, não há necessidade de fazer o Nirsevimabe;
- Bebês de termo com comorbidades: doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica, nos dois primeiros anos de vida.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. A vacina Abrysvo® aplicada na gestação foi incorporada exatamente para produzir anticorpos IgG contra o VSR que atravessam a placenta. Esse transporte é mediado pelo receptor Fc neonatal (FcRn) e se intensifica no terceiro trimestre. Quando há, pelo menos, 14 dias entre a vacinação e parto, consideramos o RN protegido. No entanto, veja que a mãe de Jean recebeu a vacina com 35 semanas, e ele nasceu com 36 semanas! Não houve tempo hábil, então precisamos proteger Jean com Nirsevimabe.

Incorreta a alternativa B. O palivizumabe é um anticorpo monoclonal contra o VSR que vem sendo substituído pelo Nirsevimabe, pois a posologia deste é mais confortável (dose única). Além disso, pelo MS, Jean não preenche critérios para indicação de palivizumabe:

Ministério da Saúde	Sociedade Brasileira de Pediatria
Prematuros (IGs28sem) de até 1 ano de idade	Prematuros (IGs28sem) de até 1 ano de idade
Crianças até 2 anos com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica ou doença pulmonar crônica	Crianças até 2 anos com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica ou doença pulmonar crônica
	Lactentes prematuros (IG 29 a 31 semanas e 6 dias) até 6 meses de idade

Correta a alternativa C. Note que a lógica da política pública é evitar a duplicação de proteção passiva. Tanto a vacina materna quanto o nirsevimabe funcionam fornecendo anticorpos neutralizantes contra o VSR, então usar os dois simultaneamente em um lactente saudável não acrescentaria benefício.

Dessa forma, quando a mãe recebe Abrysvo® na gestação, consideramos o neném protegido. Mas existem situações em que o uso de Nirsevimabe está formalmente recomendado, mesmo com vacinação materna:

Mãe imunossuprimida vacinada durante a gestação;

Parto ocorrido antes de 14 dias da vacinação materna: nesse cenário, não há tempo hábil para produção e passagem transplacentária de anticorpos;

RN de alto risco, que pode incluir, mas não se limita a: doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita

hemodinamicamente significativa, imunocomprometidos, Síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas.

Jean se enquadra no segundo cenário: a mãe de Jean recebeu a vacina com 35 semanas e ele nasceu com 36 semanas! Não houve tempo hábil, então precisamos proteger Jean com Nirsevimabe, pois ele é prematuro.

Incorreta a alternativa D. A Abrysvo[®] só é indicada para pessoas entre 18 e 59 anos de alto risco, ou a partir de 60 anos, ou gestantes (mesmo < 18 anos). Ainda não é uma estratégia que compõe o PNI de lactentes.

Incorreta a alternativa E. A Arexvy[®] também é uma vacina contra o VSR, mas só é indicada para idosos > 60 anos e não está disponível no PNI.

Gabarito: C

48 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) A mãe de um lactente de 10 meses, previamente hígido e sem queixas, traz seu bebê para a consulta de puericultura e você analisa sua caderneta vacinal. Ela está descrita na tabela abaixo. Que vacinas você recomendaria para ele neste momento?

	Nascimento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	9 meses
BCG	✓							
Hepatite B	✓							
Pentavalente		✓		✓				
Pólio inativada		✓		✓				
Rotavírus		✓		✓				
Pneumocócica 10-valente		✓		✓				
Meningocócica C			✓		✓			
Influenza						✓		
Coronavírus						✓ (Spikevax)		

- A) Pentavalente, pólio inativada, pneumocócica 10-valente, influenza, coronavírus.
- B) Pentavalente, pólio inativada, influenza, coronavírus, febre amarela.
- C) Pentavalente, pneumocócica 10-valente, influenza, coronavírus, febre amarela.
- D) Pentavalente, pólio inativada, pneumocócica 10-valente, influenza, coronavírus, meningocócica C, febre amarela.
- E) Pentavalente, pólio inativada, coronavírus, meningocócica C.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, vamos observar o calendário pediátrico do PNI atual?

	An nascido	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	9 meses	12 meses	15 meses	4 a 6 anos
BCG	Dose única										
Hepatite B	1ª dose										
Pentavalente (Difteria/Tétano/ Coqueluche/ HepB/ Haemophilus tipo B)		1ª dose (2ª dose Hepatite B)		2ª dose (3ª dose Hepatite B)		3ª dose (4ª dose Hepatite B)					
Pólio inativada (VIP/Saik)		1ª dose		2ª dose		3ª dose				Reforço	
Pneumocócica 10-valente		1ª dose		2ª dose					Reforço		
Rotavírus		1ª dose		2ª dose							
Meningocócica C			1ª dose		2ª dose						
Influenza						1ª dose	2ª dose				
Coronavírus						1ª dose	2ª dose	3ª dose (se esquema com a Cominaty -Pfizer)			
Febre amarela								1ª dose			Reforço
Meningocócica ACWY									Dose única		
Triplíce Viral (Sarampo/Caxumba/Rubéola)									1ª dose		
DTP (Difteria/Tétano/Coqueluche)										Reforço	Reforço
Tetra Viral (Sarampo/Caxumba/Rubéola/Varicela)										2ª dose tríplice viral (1ª dose Varicela)	
Hepatite A										Dose única	
Varicela											Reforço

Vamos analisar, agora, até os 10 meses de idade:

- As vacinas ao nascer estão completas.
- Vacinas dos 2 e 4 meses: pentavalente, VIP (pólio inativada), rotavírus, pneumocócica 10-valente - completas.
- Vacina dos 3 e 5 meses: meningocócica C - completa.
- Vacinas dos 6 meses: pentavalente, VIP, influenza e coronavírus - Incompletas, estão pendentes pentavalente e VIP.
- Vacinas dos 7 meses: influenza e coronavírus - Estão pendentes.
- Vacina dos 9 meses: febre amarela - Está pendente (como o esquema foi iniciado com a spikevax, não há indicação da 3ª dose de coronavírus).

Portanto, estão pendentes: pentavalente, VIP, influenza, coronavírus e febre amarela.

Incorreta a alternativa A. A pneumocócica 10-valente é aplicada aos 2,4 e 12 meses.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. A pneumocócica 10-valente está completa até o momento.

Incorreta a alternativa D. A meningocócica C está completa.

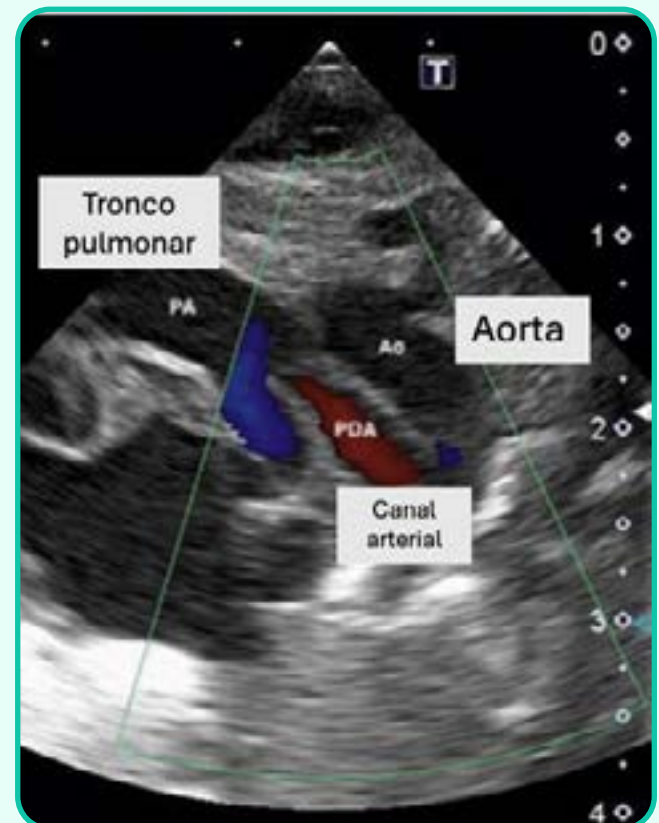
Incorreta a alternativa E. Não há indicação de meningocócica C.

Gabarito: B

49 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Na UTI neonatal, está internado um bebê que foi abandonado no corpo de bombeiros do município. Ele, aparentemente, nasceu pré-termo, em torno de 35 semanas de idade gestacional, pesou 2.340g na chegada e apresenta as seguintes alterações ao ser examinado.



Fonte da imagem: <https://neoretina.com/>



Fonte da imagem: <https://www.sciencedirect.com/>

Considerando-se a hipótese de infecção congênita, qual seria o diagnóstico provável?

- A) Sífilis congênita
- B) Toxoplasmose congênita
- C) Citomegalovirose congênita
- D) Rubéola congênita
- E) Herpes simples congênita

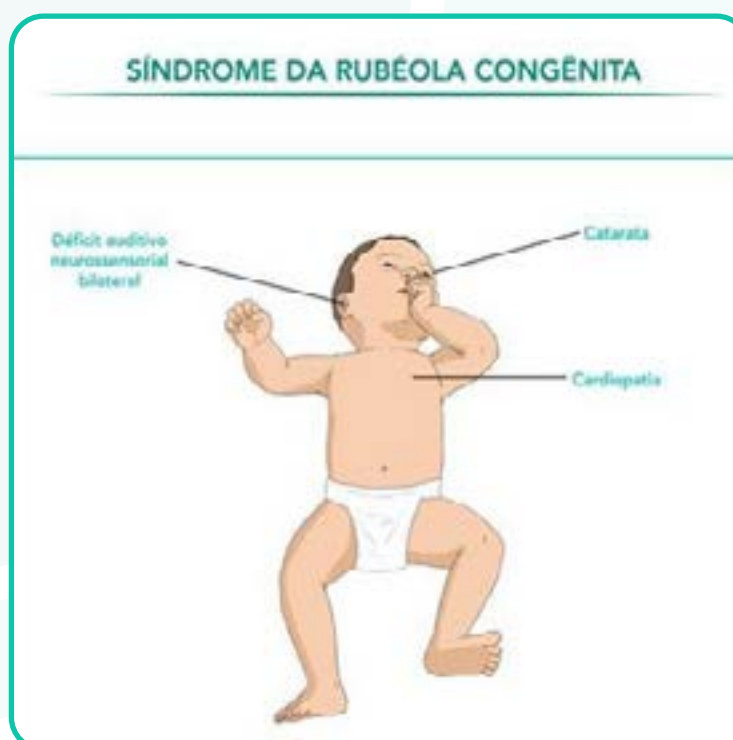
COMENTÁRIOS:

Olá, querido Estrategista. As infecções congênicas apresentam características comuns entre elas, portanto o examinador precisa colocar no enunciado da questão alguma característica-chave para que você possa diferenciá-las e isso é o pulo do gato! Observe o quadro abaixo, ele traz as principais delas, que são cobradas com bastante recorrência!

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

Repare que, no caso do enunciado, temos um pré-termo, baixo peso e com 2 características-chave nas imagens: catarata e cardiopatia (persistência do canal arterial), portanto o diagnóstico é de rubéola congênita.

Para fechar a síndrome, temos a surdez neurossensorial bilateral.



O diagnóstico, além da história clínica, pode ser feito com sorologia ou pesquisa viral. Não há tratamento específico e a criança deve ser encaminhada para acompanhamento com as especialidades. A rubéola e a síndrome da rubéola congênita estão eliminadas do Brasil, portanto essa é uma doença de notificação obrigatória já na suspeita.

Incorreta a alternativa A. A sífilis se manifesta, caracteristicamente, com lesões ósseas e cutâneas.

Incorreta a alternativa B. A toxoplasmose congênita traz a téttrade de Sabin: calcificações intracranianas difusas, coriorretinite, hidro/microcefalia e retardo mental.

Incorreta a alternativa C. A citomegalovirose traz calcificações intracranianas periventriculares e surdez.

D correta.

Incorreta a alternativa E. A herpes simples traz vesículas cutâneas, hiperemia conjuntival e acometimento neurológico.

Gabarito: D

50 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Neonato, termo de 38 semanas, nascido de cesariana eletiva a pedido da mãe, apgar 9/10, apresentou desconforto respiratório na primeira hora de vida, taquipneia (FR 78irpm), tiragem sub e intercostal, batimento de asa de nariz, sem cianose, satO₂ 94%. Radiografia de tórax demonstrada abaixo.



Fonte da imagem: <https://medical.uworld.com/>

Considerando-se a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

- A) Está recomendado o início da antibioticoterapia empírica.
- B) Uma característica importante do distúrbio é a labilidade clínica à manipulação.
- C) A fisiopatologia associada ao quadro é a deficiência de surfactante.
- D) A ventilação com óxido nítrico pode auxiliar em casos graves.
- E) O quadro tende a ser benigno e autolimitado.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos aqui:

- RN de termo
- Cesariana eletiva
- Desconforto respiratório com 1 hora de vida
- Radiografia de tórax com hiperinsuflação, aumento da trama vascular pulmonar e derrame cisural

O diagnóstico é de taquipneia transitória do RN.

Vamos entender a patologia.

O RN intraútero está com o pulmão banhado de líquido amniótico. Durante o trabalho de parto, inicia-se a reabsorção desse líquido, que é auxiliado pela pressão torácica realizada pela passagem no canal vaginal. O choro ao nascimento termina esse trabalho. Quando temos um parto cesariana sem trabalho de parto prévio, podemos encontrar retardo na absorção desse líquido, o que caracteriza a TTRN. Geralmente, isso ocorre em RNs termos ou próximos de termo, pois os pré-termos estão relacionados à síndrome do desconforto respiratório.

Outros fatores de risco são: asma materna, asfixia perinatal, diabetes materna e policitemia.

Clinicamente, temos um RN com uma doença leve, que inicia com taquidispneia logo após nascer ou até 6 horas após o parto, a frequência respiratória é elevada, mas a oximetria pode estar normal ou levemente diminuída e melhora com frações mínimas de oxigênio.

A radiografia de tórax mostra líquido no pulmão (cisurite), associado a: hiperinsuflação pulmonar, infiltrado difuso, aumento da trama vascular, moderado aumento de área cardíaca e retificação da cúpula diafragmática.

O tratamento é de suporte, podendo ser utilizado ventilação não invasiva por capacete (Hood) ou CPAP nasal. O prognóstico é bom, sendo o quadro geralmente autolimitado e, como o próprio nome diz, transitório.

Vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. Não temos fatores de risco infecciosos descritos para pensarmos em sepse ou pneumonia neonatal, portanto não há indicação de antibioticoterapia empírica.

Incorreta a alternativa B. A labilidade clínica à manipulação se manifesta com queda de saturação e bradicardia do neonato ao ser manipulado. Isso é causado pela instabilidade vasomotora na hipertensão pulmonar persistente do RN.

Incorreta a alternativa C. A deficiência de surfactante pode estar presente em algumas patologias do neonato, mas é a principal fisiopatologia da síndrome do desconforto respiratório, especialmente em prematuros menores de 35 semanas de idade gestacional.

Incorreta a alternativa D. O óxido nítrico é um vasodilatador pulmonar potente e está indicado no tratamento da hipertensão pulmonar persistente.

Correta a alternativa E. O quadro, como o nome diz, é transitório.

Gabarito: E

51 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menino, 5 anos, foi levado ao pronto atendimento com queixas de lesões na pele, iniciadas no dia anterior, associadas a mal-estar, cefaleia e inapetência. Ao exame físico, você tem os seguintes achados:



Fonte das imagens: arquivo pessoal.

Considerando-se a principal hipótese diagnóstica, qual é o agente envolvido no quadro?

- A) Parvovírus B19
- B) Herpes vírus tipo 6 e 7
- C) Paramixovírus
- D) Togavírus
- E) Epstein Barr vírus

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, temos aqui um padrão de exantema compatível com eritema infeccioso. Vamos lembrar?

O eritema infeccioso é uma doença exantemática viral, altamente contagiosa, também chamada de parvovirose ou quinta doença, causada pelo Parvovírus B19. O principal alvo do parvovírus B19 é a linha eritroide. A infecção provoca a lise da célula, causando depleção dos precursores eritroides e uma diminuição transitória da eritropoiese.

Geralmente, não há pródromos, ou eles são inespecíficos e brandos, e há mal-estar, cefaleia, mialgias, febre baixa. O exantema começa na face, com maculopápulas que confluem, dando o aspecto de “asa de borboleta” ou “face esbofetada”. Em 1 a 4 dias após seu surgimento, evolui para os membros, inicialmente em face extensora, depois flexora e tronco, de aspecto rendilhado.

O exantema pode persistir por mais de dez dias e pode exacerbar ou reaparecer quando a criança faz exercício, após estresse e na exposição ao frio ou calor.

O tratamento do exantema súbito é apenas sintomático, mas, além disso, deve-se orientar os responsáveis sobre os cuidados.

Não há vacina disponível, nem profilaxia pós-exposição.



Correta a alternativa A.

Incorreta a alternativa B. Herpes vírus 6 e 7 causam o exantema súbito. Essa patologia tem dois tempos bem definidos: primeiramente, febre alta e mais nada. Depois, ao cessar a febre, surge um exantema maculopapular transitório.

Incorreta a alternativa C. O paramixovírus é o agente do sarampo. No sarampo, temos, inicialmente, coriza, tosse seca, conjuntivite, febre alta, prostração e manchas de Koplik. Três a quatro dias depois, surge um exantema maculopapular avermelhado, que inicia retroauricular, com evolução craniocaudal.

Incorreta a alternativa D. O togavírus é o agente da rubéola. Nela, temos pródromos inespecíficos, seguidos de exantema maculopapular róseo, associado, muitas vezes, à linfadenomegalia retroauricular e a petéquias no palato.

Incorreta a alternativa E. O EBV é causador de mononucleose infecciosa. Nela, os sintomas iniciam frequentemente de forma inespecífica, com febre baixa, cefaleia leve e mal-estar. Em seguida, geralmente, aparecem seus sinais e sintomas mais clássicos: amigdalite + linfonomegalia generalizada (e cervical posterior) + hepatoesplenomegalia. Também podemos ter um exantema variável, geralmente maculopapular.

Gabarito: A

52 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Criança, de 3 anos, está brincando no parquinho e cai no chão desacordada. Seu pai, que é médico, verificou que ela está inconsciente. Apesar de haver outras pessoas no local, ele é o único que sabe realizar o atendimento de emergência. Considerando-se as etapas do suporte básico de vida em pediatria, qual é o próximo passo a ser realizado?



A) Imagem feita pela IA nanobana



B)



C)

D)



E)



COMENTÁRIOS:

Estrategista, há aqui uma situação de suporte básico de vida, pois, apesar de termos um profissional de saúde, estamos em um ambiente extra-hospitalar. Então, seguimos as seguintes etapas:

*Considera-se bebê até a idade de 1 ano e crianças são as acima de 1 ano até sinais de puberdade. *

SEGURANÇA

Deve-se garantir a segurança do local antes de socorrer a vítima.

2) RESPONSABILIDADE

Para verificarmos a responsividade, o consenso indica que devemos tocar o ombro da criança ou o calcanhar do bebê e chamar sua atenção.

3) ACIONAMENTO DA EMERGÊNCIA

Se o paciente está arresposivo:

→ 1 socorrista: gritar por ajuda e acionar os serviços de emergência por dispositivos móveis

→ 2 ou mais socorristas: um fica com a vítima e o outro pede ajuda e traz um desfibrilador automático externo (DEA), se disponível

4) VERIFICAR RESPIRAÇÃO E PULSO SIMULTANEAMENTE

Isso deve ser realizado em até 10 segundos.

Nos bebês, o pulso a ser checado é o braquial e, nas crianças, o carotídeo. O femoral pode ser checado em qualquer idade.

5) INICIAR A RCP

- Nos casos de parada respiratória com pulso presente, aplicam-se apenas ventilações de resgate:

Administra-se 20 a 30 ventilações por minuto, o que corresponde a aproximadamente 1 ventilação a cada 2 a 3 segundos, e checa-se o pulso a cada 2 minutos.

- Nos casos de PCR com um socorrista

- Na presença de apenas um Socorrista, as compressões torácicas devem ser aplicadas na proporção de 30 compressões para 2 ventilações por minuto (30x2).

- No caso de mais de um socorrista

- Na presença de 2 Socorristas, as compressões torácicas podem ser aplicadas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações por minuto (15x2).

A RCP pediátrica é C-A-B. Ou seja, inicia-se pelas Compressões, depois, abre-se a via Aérea e ventila-se (*Breathing*) o paciente.

Vamos voltar ao caso....a criança estava brincando no parquinho, portanto em um local seguro, o pai iniciou o suporte básico de vida e verificou que a criança está inconsciente. Qual é o próximo passo? Acionar o serviço de emergência.

Correta a alternativa A.

Incorreta a alternativa B. A checagem de pulso ocorre após o acionamento da emergência.

Incorreta a alternativa C. Além de ser após o acionamento de emergência, o pulso a ser palpado é o carotídeo nesta criança.

Incorreta a alternativa D. As compressões torácicas iniciam caso confirme-se a PCR.

Incorreta a alternativa E. A respiração ocorre após as compressões torácicas, porém lembre-se de que a American Heart Association indica usar um dispositivo de barreira para ela, como uma máscara de bolso.

Gabarito: A

53 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Criança de 10 anos, estava jogando futebol quando sentiu um mal-estar, seguido de dor torácica intensa. Os pais a levaram para o pronto-socorro, onde ela deu entrada letárgica, hipotensa, com pulsos filiformes e FC de 250bpm. Após monitorização e garantia de acesso venoso, você observa o seguinte ritmo no monitor:



Considerando o caso descrito, qual é a conduta inicial mais indicada a ser tomada na pediatria segundo a American Heart Association?

- A) Expansão com soro fisiológico 20ml/kg em 30 minutos.
- B) Administração de adrenalina 1:10.000 na dose de 0,1ml/kg
- C) Administração de adenosina na dose 0,1mg/kg
- D) Administração de amiodarona na dose 5mg/kg
- E) Cardioversão com 0,5 a 1J/kg

COMENTÁRIOS:

Esta criança apresenta um quadro súbito de dor torácica, associado à taquicardia intensa.

O eletrocardiograma revela taquicardia, com complexos estreitos e regulares, sem onda P. Esses achados são compatíveis com a taquicardia supraventricular (TSV).

A TSV recebe esse nome, pois é um ritmo anormalmente rápido cuja origem está acima dos ventrículos. Ela consiste no distúrbio de ritmo mais comum em crianças.

A TSV se caracteriza por se apresentar de forma súbita e pode ser episódica. Alguns episódios podem ter duração de minutos, enquanto outros permanecem por horas. A duração média é de 10 a 15 minutos.

Geralmente a TSV é bem tolerada pelas crianças, contudo episódios prolongados podem causar insuficiência cardíaca (ICC).

As manifestações clínicas dependem da idade da criança:

- Lactentes: os lactentes com comprometimento do débito cardíaco podem apresentar manifestações como palidez cutânea, agitação, respiração rápida, sonolência ou irritabilidade, diminuição da aceitação alimentar e, em alguns casos, cianose. Alguns pacientes, sobretudo aqueles com função ventricular normal, cursam com sintomas leves e a taquicardia pode passar despercebida por períodos prolongados até que o débito cardíaco seja comprometido e as manifestações se tornem mais evidentes. Sendo assim, de acordo com a presença de disfunção miocárdica, os sintomas podem ser mais ou menos intensos. Nessa idade, é considerado um valor de FC ≥ 220 bpm para se constatar a TSV.

- Crianças e adolescentes: nessa faixa etária, as queixas são de palpitações, dor ou desconforto no peito, cansaço e tontura. A presença de síncope consiste em um sinal de alerta para risco de morte súbita. Nessa idade, consideramos o valor de ≥ 180 bpm.

Durante a TSV, o eletrocardiograma (ECG), em geral, apresenta ritmo regular, sem variação no intervalo RR, com FC muito aumentada (de acordo com a idade do paciente). Na maior parte dos casos, o complexo QRS é estreito ($<0,09$ s) e geralmente as ondas P estão ausentes ou anormais.

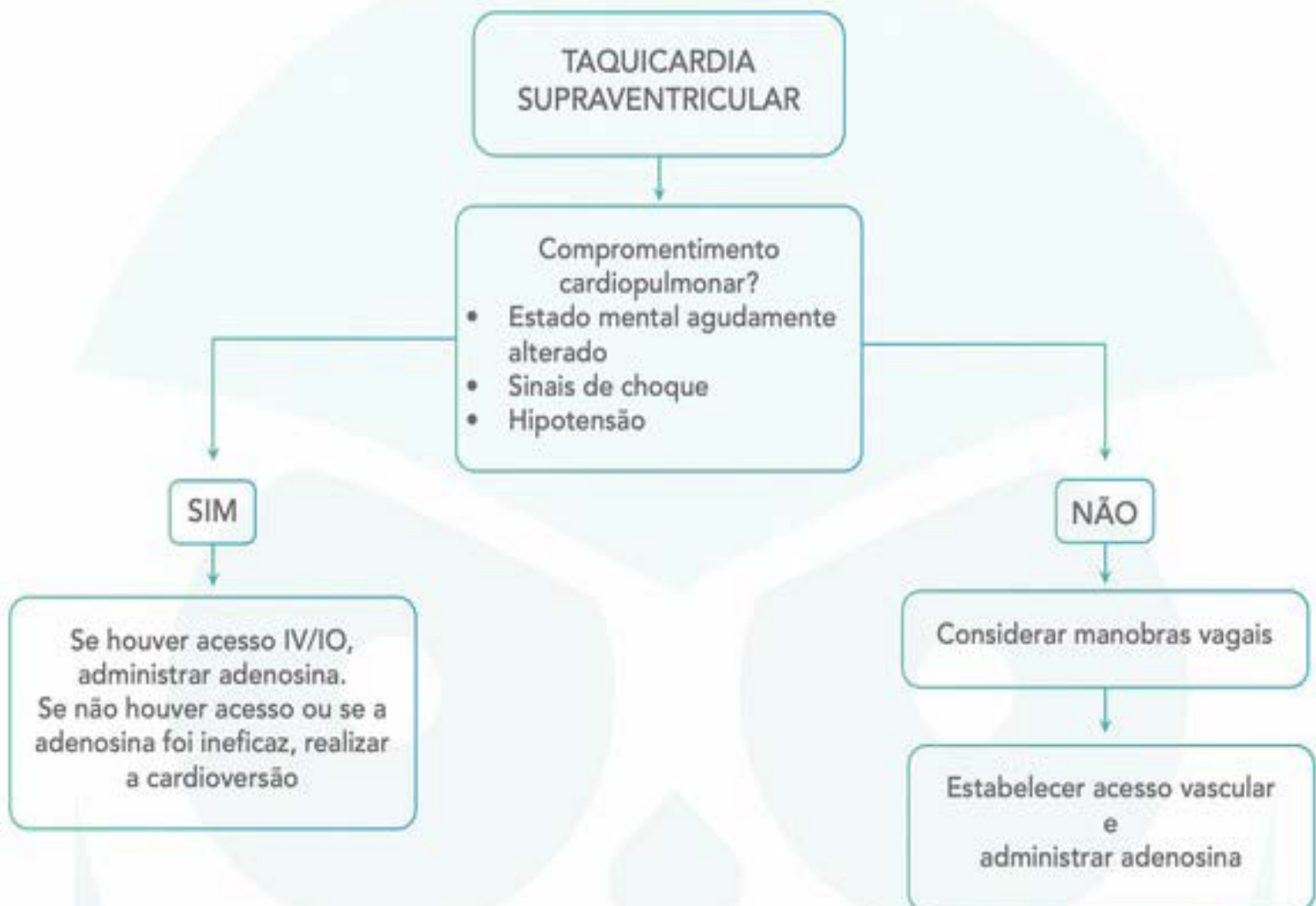
O tratamento da TSV depende se há instabilidade hemodinâmica. As modalidades de tratamento específico disponíveis são:

- Manobras vagais;
- Cardioversão sincronizada;
- Tratamento medicamentoso.

A adenosina é a medicação de escolha para a TSV tanto estável quanto instável hemodinamicamente.

Em crianças, a cardioversão sincronizada com dose de choque de 0,5 a 1 J/kg deve ser realizada na refratariedade do tratamento medicamentoso ou na ausência de acesso disponível.

Observe o fluxograma de tratamento da TSV:



Vamos voltar ao caso? Temos uma criança de 10 anos com instabilidade hemodinâmica e já com acesso venoso, portanto administramos adenosina! Guarde bem isso, Estrategista, pois o fluxo das crianças é diferente do dos adultos!

Incorreta a alternativa A. A expansão com soro fisiológico não age na fonte do problema.

Incorreta a alternativa B. A adrenalina é a medicação principal na parada cardiorrespiratória.

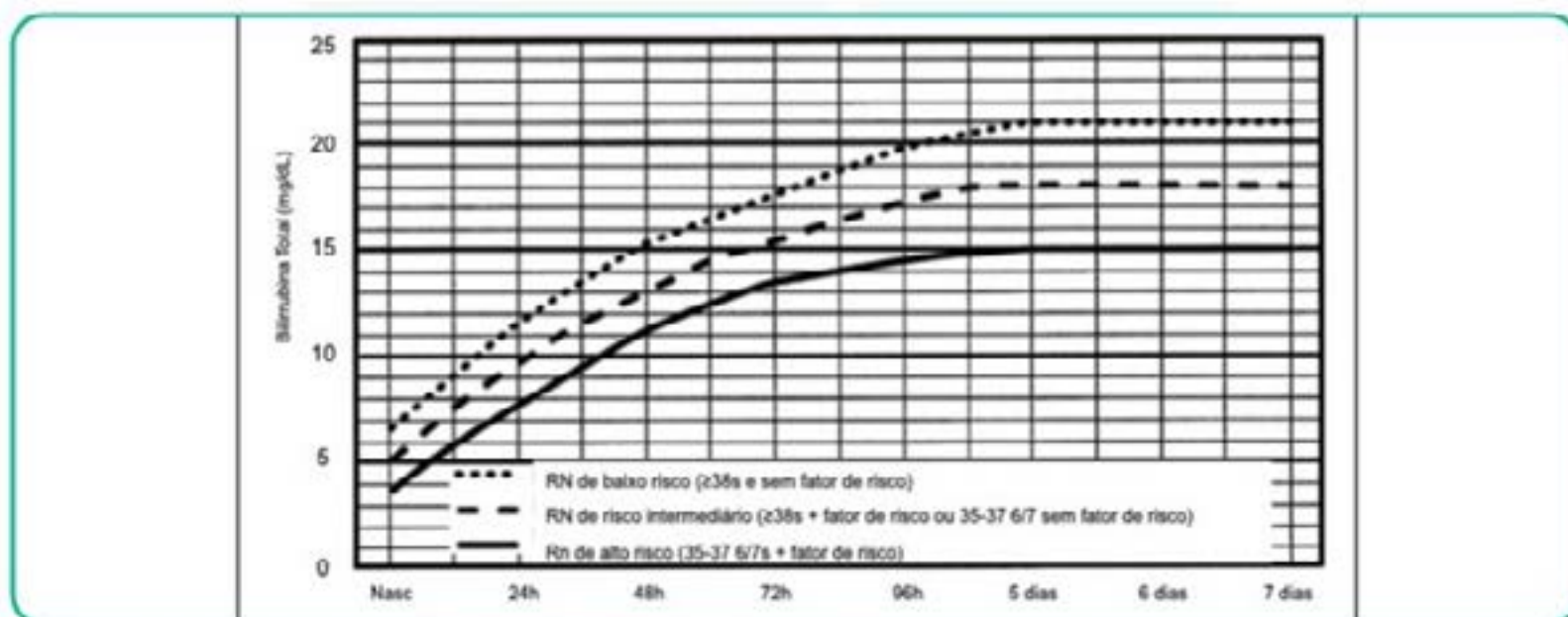
Correta a alternativa C.

Incorreta a alternativa D. A amiodarona pode ser utilizada na PCR de ritmo chocável, após o 3º choque.

Incorreta a alternativa E. Atenção aqui, a cardioversão pode ser feita, mas não é a conduta inicial apropriada, ainda mais se temos acesso venoso.

Gabarito: C

54 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Você avalia um neonato de 48 horas de vida no alojamento conjunto e percebe que ele está icterício até o Joelho. Esse é um bebê nascido com 39 semanas de idade gestacional, com peso adequado para a idade, sem dificuldade na amamentação, com diurese e mecônio presentes. A mãe tem tipagem O positivo e o RN B positivo. Sua dosagem de bilirrubina total é de 14mg/dL com bilirrubina indireta de 13,5mg/dL. Considerando-se o gráfico abaixo, a conduta apropriada é:



Retirado de protocolo clínico de icterícia neonatal da Universidade Federal do Ceará – EBSERH. Adaptado de American Academy of Pediatrics. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics, 2004.

- A) Observação clínica e coleta de bilirrubinas em 6 horas.
- B) Observação clínica e coleta de bilirrubinas em 24 horas.
- C) Complementar a triagem laboratorial com coleta de reticulócitos, Coombs direto e indireto, hemograma e dosagem de G6PD para definir conduta.
- D) Iniciar fototerapia de imediato.
- E) Alta hospitalar e reavaliação em 72 horas.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, temos aqui um neonato com 48 horas de vida, termo, sem dificuldade na amamentação com icterícia zona 3. Ele possui um fator de risco para hiperbilirrubinemia indireta: incompatibilidade ABO.

INCOMPATIBILIDADE ABO

Também chamada de doença hemolítica ABO do recém-nascido. Ocorre em mães O com bebês A ou B, independentemente da paridade materna.

Sabemos que mães O positivo possuem naturalmente anticorpos anti-A e anti-B. Portanto, elas, já no primeiro contato, podem fazer destruição imune das hemácias fetais.

CLÍNICA: geralmente, é mais leve do que a Rh. A maior parte dos casos mostra pouca hemólise e uma hiperbilirrubinemia indireta discreta.

LABORATORIAL:

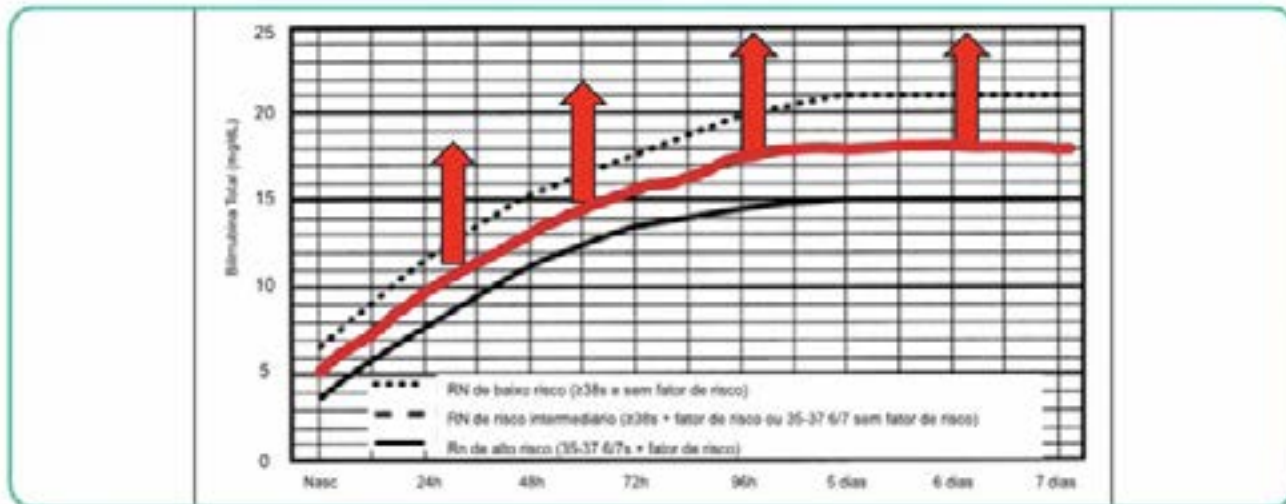
- mãe O;
- RN A ou B;
- Coombs indireto negativo;
- Coombs direto negativo ou fracamente positivo (há pouca hemólise!);
- podemos ter teste do eluato positivo, pois ele tem uma sensibilidade maior para hemólise.

CONDUTA: fototerapia. Raramente precisa de transfusão.

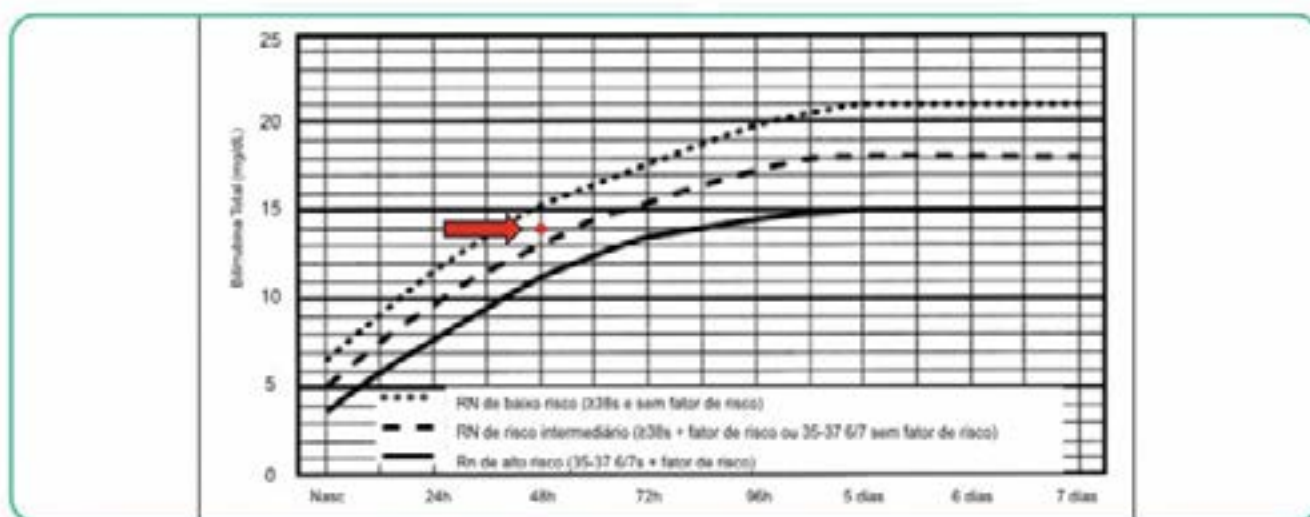
PREVENÇÃO: não há.



Voltando ao caso, sua dosagem de bilirrubina total é de 14mg/dL, então vamos analisar o gráfico. Primeiramente, que linha vamos seguir? A de risco intermediário, pois ele é maior de 38 semanas e possui fator de risco. Sendo assim, a fototerapia está indicada sempre que a interseção entre as horas de vida e a bilirrubina total estiver acima dessa linha.



Retirado de protocolo clínico de icterícia neonatal da Universidade Federal do Ceará – EBSERH. Adaptado de American Academy of Pediatrics. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics, 2004.



Retirado de protocolo clínico de icterícia neonatal da Universidade Federal do Ceará – EBSERH. Adaptado de American Academy of Pediatrics. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics, 2004.

Observe que a interseção está acima da linha, portanto este RN tem indicação de fototerapia. Correta a alternativa D.

Incorretas as alternativas A e B. Está indicada a fototerapia imediata.

Incorreta a alternativa C. Podemos complementar a triagem laboratorial, porém precisamos iniciar fototerapia, a conduta está definida.

Incorreta a alternativa E. O RN não pode ter alta até que o nível de bilirrubina caia o suficiente para não ser um nível de fototerapia.

Gabarito: D

55 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Taysa Moreira) Menina de 14 anos é levada ao pronto atendimento com história de febre baixa, indisposição, dores articulares, manchas no rosto e inchaço nas pernas há 3 semanas. Nega quadro prévio semelhante, infecções e uso de medicamentos. Ao exame físico, apresenta a lesão vista na imagem abaixo, úlcera em palato duro, pressão arterial de 152x98 mmHg e edema 2+/4+ em membros inferiores. Exames laboratoriais mostram: Hb 9,5 g/dL, leucócitos 2.900/mm³, plaquetas 110.000/mm³, creatinina 1,4 mg/dL, urina I com hematúria dismórfica, relação proteína/creatinina na urina 1500 mg/g, FAN 1:640 padrão nuclear homogêneo. Com base no quadro clínico e laboratorial, a conduta mais adequada nesse momento é:



- A) Iniciar hidroxicloroquina e enalapril e repetir exames laboratoriais em 3 meses.
- B) Internação hospitalar, solicitar anti-DNA dupla hélice, C3 e C4 e biópsia renal.
- C) Iniciar prednisona 20 mg/dia com exames de controle em 2 semanas.
- D) Internação hospitalar para transfusão de concentrado de hemácias e pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia por 3 dias.
- E) Solicitar anti-DNA dupla hélice, C3 e C4 e iniciar metotrexato semanal como terapia de primeira linha.

COMENTÁRIOS:

Nosso caso clínico envolve uma adolescente apresentando sintomas constitucionais, artralgia, lesões em face, citopenias e achados compatíveis com uma glomerulonefrite (proteinúria, edema, elevação de níveis pressóricos, elevação de creatinina e hematúria dismórfica). Com isso, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser lúpus eritematoso sistêmico pediátrico (LESp) ou juvenil.

O LESP é uma doença autoimune multissistêmica de caráter inflamatório crônico que, embora seja a mesma apresentada em adultos e com os mesmos critérios classificatórios, tem as suas peculiaridades.

Existe uma predileção pelo sexo feminino em todas as faixas etárias pediátricas, com média de idade de início entre os 12 e 14 anos, sendo considerado raro antes dos 5 anos de idade.

Queixas articulares, como artralgia inflamatória e artrite não erosiva, estão presentes na grande maioria dos pacientes. Lesões mucocutâneas, como rash malar, lúpus discoide (presente na imagem), fotossensibilidade, úlceras orais indolores e alopecia também são tipicamente encontradas.

O LESP é conhecido como a doença das citopenias, com anemia, leucopenia, linfopenia e plaquetopenia, considerados achados clássicos. Nefrite, serosites, especialmente pleurite e pericardite, acometimento neuropsiquiátrico com psicose, convulsões e coreia e hemorragia alveolar também devem ser lembradas.

Geralmente ocorre de maneira mais aguda e grave do que no adulto, com mais manifestações sistêmicas (p.ex. febre, hepatoesplenomegalia) e com mais complicações infecciosas. Está associado a pior prognóstico, com maior morbimortalidade, quando comparado ao do adulto, devido, especialmente, à maior incidência de complicações graves, como nefrite.

Laboratorialmente, temos classicamente o FAN reagente, anticorpos como anti-DNA dupla hélice, anti-Sm, anti-Ro, anti-La e anti-P e o consumo das frações C3 e C4 do complemento.

Agora, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: ainda que a hidroxicloroquina seja a droga-chave para o tratamento do LES, apenas ela e a ação antiproteinúrica do enalapril não serão capazes de tratar adequadamente a nefrite lúpica.

Correta a alternativa B: dada a alta morbimortalidade associada à nefrite lúpica, devemos investigá-la e tratá-la o quanto antes. Pensando no diagnóstico do LESp e na melhor avaliação da nefrite, há indicação de solicitar anti-DNA dupla hélice e dosagem sérica do complemento (C3 e C4). Idealmente, devemos contar com a biópsia para avaliar de forma acurada a extensão e a gravidade do processo inflamatório, determinando impacto direto em termos de prognóstico e imunossupressão desses pacientes. Como critérios mais objetivos, temos proteinúria superior a 1g/24 horas, superior a 0,5g/24 horas na presença de sedimento urinário ativo (cilindrúria celular ou hematúria dismórfica) e/ou elevação de creatinina sérica sem outra causa aparente.

Incorreta a alternativa C: além de não termos um diagnóstico totalmente fechado, prednisona por via oral em dose moderada, isoladamente, não tratará de forma adequada a nefrite.

Incorreta a alternativa D: apesar da anemia, não temos nenhuma indicação para transfusão no momento. Além disso, ainda que a pulsoterapia de metilprednisolona esteja indicada diante de quadros graves de nefrite, devemos realizar uma investigação mais pormenorizada antes de indicar um tratamento agressivo, cujos eventos adversos para crianças e adolescentes podem ser bastante significativos.

Incorreta a alternativa E: metotrexato não está indicado no manejo da nefrite lúpica e, como precisamos de terapia imunossupressora capaz de tratar essa e as demais manifestações, ele não é uma opção nesse momento.

Gabarito: B

56 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Taysa Moreira) Menina de 10 anos apresenta dor e limitação do movimento no joelho direito há 3 meses e, há 2 dias, iniciou inchaço no 2º dedo do pé esquerdo. Mãe nega febre e outras queixas associadas. Ao exame físico, apresenta dor e edema no joelho direito, edema difuso do 2º dedo do pé esquerdo e as lesões presentes na imagem abaixo.



De acordo com os critérios de classificação da artrite idiopática juvenil (AIJ), qual achado abaixo reforça o diagnóstico mais provável neste caso?

- A) Presença de fator reumatoide positivo em duas dosagens.
- B) Entesite associada à positividade para HLA-B27.
- C) Pai com diagnóstico de psoríase.
- D) Febre cotidiana com rash evanescente.
- E) Uveíte anterior crônica e FAN reagente.

COMENTÁRIOS:

A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a denominação mais recente utilizada para definir um grupo heterogêneo de distúrbios inflamatórios crônicos de etiologia desconhecida. Trata-se de um termo amplo que engloba todas as formas de artrite crônica iniciadas antes dos 16 anos, sendo identificada como um diagnóstico de exclusão.

A classificação mais utilizada atualmente é a da International League of Associations for Rheumatology (ILAR), que subdivide a AIJ em 7 tipos. Para isso, baseia-se nos achados clínicos e laboratoriais presentes nos primeiros 6 meses do quadro. São elas: formas sistêmica, oligoartrite, poliartrite fator reumatoide negativo, poliartrite fator reumatoide positivo, psoriásica, relacionada à entesite e indiferenciada.

Nesse caso, a nossa suspeita deve ser a forma psoriásica, que predomina no sexo feminino e apresenta pico bimodal entre 2 a 4 anos e 9 a 11 anos de idade. As lesões de psoríase são as mesmas encontradas em adultos e envolvem, mais classicamente, placas eritemato-descamativas em faces extensoras e couro cabeludo e/ou acometimento ungueal com depressões puntiformes (*pitting nails*) e onicólise, dentre outros achados.

O acometimento articular pode ser concomitante ou suceder as lesões típicas da psoríase, mas, em alguns casos, antecede essas lesões, tornando seu diagnóstico muito difícil e desafiador. Por isso, investigar histórico familiar é tão importante na AIJ.

O envolvimento do esqueleto periférico pode seguir o padrão clássico das espondiloartrites, com oligoartrite assimétrica, ou semelhante ao encontrado na artrite reumatoide, com poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações.

A dactilite, ou “dedo em salsicha”, decorre de edema difuso dos tendões e partes moles dos dedos dos pés e das mãos. Ainda que esteja presente em outras condições, é muito típica da artrite psoriásica.

Agora, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: esse achado remete à forma poliarticular (poliartrite) com fator reumatoide positivo, muito semelhante à artrite reumatoide vista no adulto, acometendo múltiplas articulações e sem associação com as lesões de unha e dactilite.

Incorreta a alternativa B: ambos são esperados na forma de AIJ relacionada à entesite, que acomete meninos com mais de 6 anos de idade e cujos achados remetem à espondilite anquilosante nos adultos.

Correta a alternativa C: segundo o critério classificatório para AIJ, a forma psoriásica deve envolver artrite e psoríase ou artrite e, pelo menos, 2 dos seguintes:

- Dactilite;
- Alterações ungueais: depressões puntiformes (*pitting nails*) ou onicólise;
- Psoríase em um parente de primeiro grau.

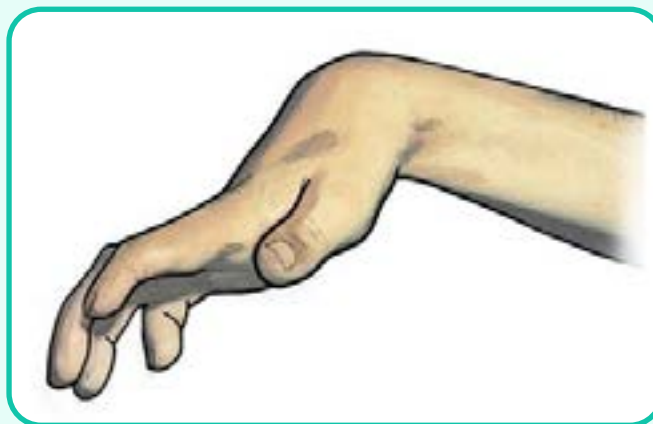
Logo, com o quadro apresentado, esse achado adicional de histórico familiar apenas corrobora o que já deveria ser nossa principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa D: esses achados são clássicos da forma sistêmica da AIJ.

Incorreta a alternativa E: tais achados remetem à forma oligoarticular (oligoartrite).

GABARITO: C

57 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. David Nordon) A imagem abaixo mostra a contratura isquêmica de Volkmann, o resultado de uma síndrome compartimental aguda não tratada. Pergunta-se: qual é o sinal mais tardio de síndrome compartimental aguda?



- A) Dor intensa
- B) Paralisia
- C) Parestesia
- D) Palidez
- E) Edema

COMENTÁRIOS:

Discussão sobre a questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Conhecimentos sobre a síndrome compartimental aguda (SCA).

O que você precisa saber para responder a essa questão?

Fisiopatologia

A SCA ocorre por uma lesão de partes moles, associada ou não a fratura, que provoca edema muscular. Por serem fechados em compartimentos, os músculos comprimem os vasos, da mesma forma que o cérebro no edema cerebral. Essa compressão leva a isquemia, que leva a mais edema e mais compressão, em um círculo vicioso que não melhora se não for aberto o compartimento.

Diagnóstico

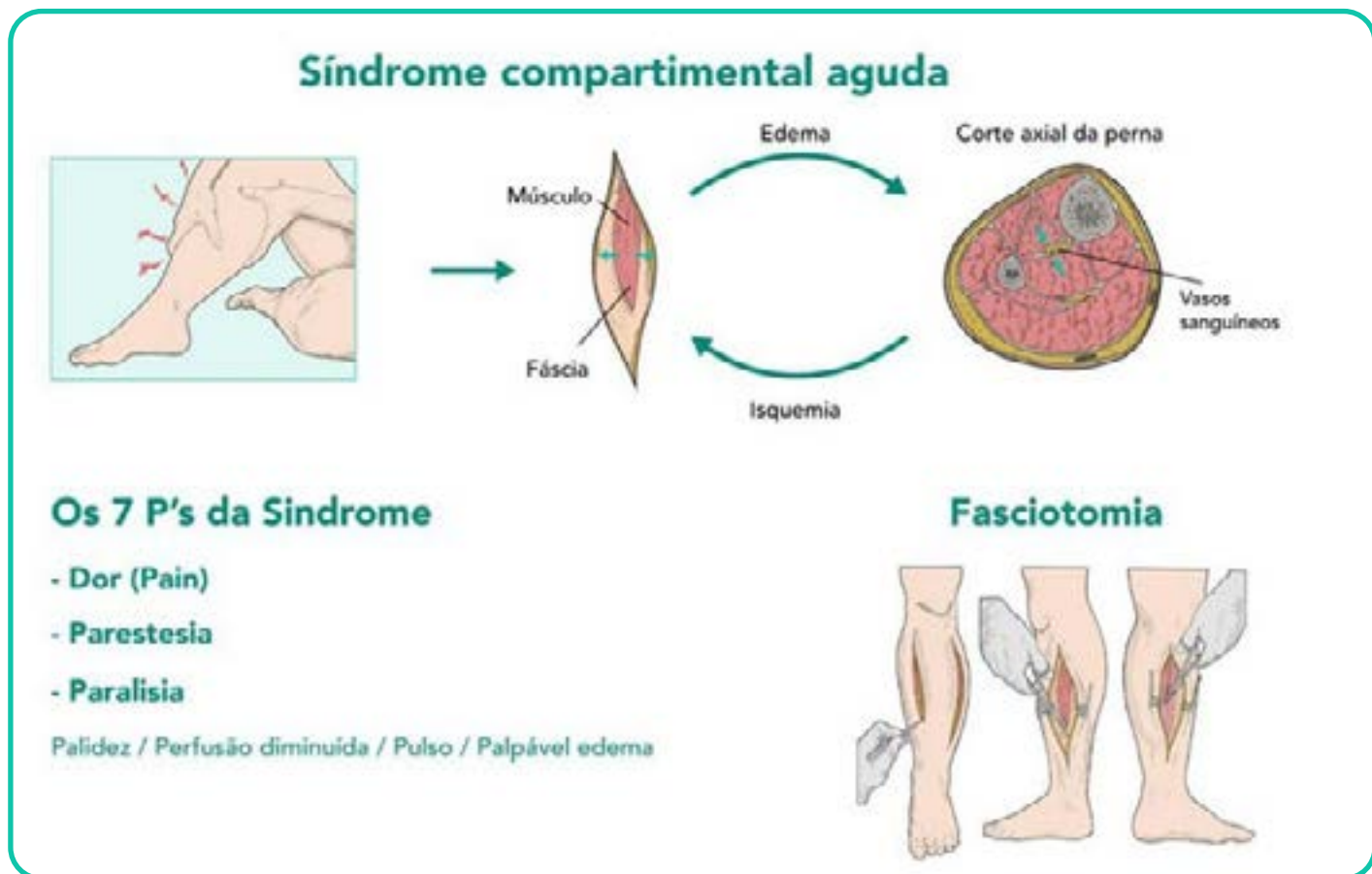
Confira as características diagnósticas da SCA:

Sinal	Sensibilidade	Especificidade	Considerações
Pain (Dor)	19%	97%	Pode estar ausente em pacientes inconscientes e lesões neurológicas. Pode ser causada pela distensão do compartimento afetado.
Parestesia	13%	98%	Causada por isquemia do nervo. Depende do paciente consciente. Pode estar ausente em lesão nervosa.
Paralisia	Baixa	Baixa	Pode ter outras causas. Sinal tardio.
Pulso	Baixa	Baixa	Só se encontram alterados em lesões vasculares ou casos muito tardios. Não indica nem exclui SCA.
Perfusão			
Palidez			
Palpável edema	Baixa	Baixa	Subjetivo.

O diagnóstico da SCA é baseado nestes três primeiros sintomas: dor, parestesia e paralisia. Alterações de pulso, perfusão ou palidez não indicam nem excluem SCA. Ele é eminentemente clínico, mas a medida da pressão intracompartimental pode ser feita, embora não seja realidade no Brasil.

Conduta

Uma vez diagnosticada a SCA, deve-se imediatamente proceder à fasciotomia, feita sob anestesia em ambiente estéril, com incisão ampla e liberação de todos os compartimentos do membro acometido. Veja a figura a seguir:



O primeiro a sofrer com a isquemia é o músculo. Ele é o tecido mais frágil e resiste a apenas 3 horas de isquemia quente e 6 horas de isquemia fria. Na sequência, é o nervo e, por último, o osso.

Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A, pois a dor intensa é o sintoma mais precoce e mais confiável no diagnóstico da SCA.

Incorreta a alternativa B, pois a paralisia é o terceiro sinal clínico a aparecer ao longo da evolução da SCA.

Incorreta a alternativa C, pois a parestesia é o segundo sinal a aparecer.

Correta a alternativa D, pois a palidez é um dos sintomas mais tardios e depende diretamente da impossibilidade de perfusão do membro.

Incorreta a alternativa E, pois o edema pode ocorrer em momentos variáveis: no começo, no meio, no final da SCA, ou sequer aparecer.

Gabarito: D

58 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. David Nordon) Paciente vítima de queda de altura, evolui com fratura da coluna vertebral e lesão medular, com nível sensitivo na altura do apêndice xifoide. Trata-se do nível:



Figura: exemplo de fratura da coluna vertebral.

- A) T4
- B) T5
- C) T7
- D) T9
- E) T10

COMENTÁRIOS:

Discussão da questão:

O que o examinador deseja saber com essa pergunta?

Questão direta de nível medular no trauma raquimedular.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Trauma raquimedular e nível medular

Confira no quadro a seguir os marcos anatômicos da coluna vertebral e o nível que representam:

Nível	Marco anatômico para avaliação	Reflexo
T3	Espinha da escápula	-
T4	Mamilos	-
T7	Borda inferior da escápula; apêndice xifoide	-
T10	Umbigo	-
L1	Virilha	-
L2	Face anterior da coxa	-
L3	Sobre joelho	-
L4	Maléolo medial	Patelar
L5	Face anterior do tornozelo	-
S1	Maléolo lateral	Aquileu

Discussão das alternativas:

Incorreta a alternativa A, pois T4 é o dos mamilos.

Incorreta a alternativa B, pois o nível T5 é imediatamente abaixo dos mamilos.

Correta a alternativa C, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa D, pois T9 é o nível imediatamente acima do umbigo.

Incorreta a alternativa E, pois T10 é o nível do umbigo.

Gabarito: C

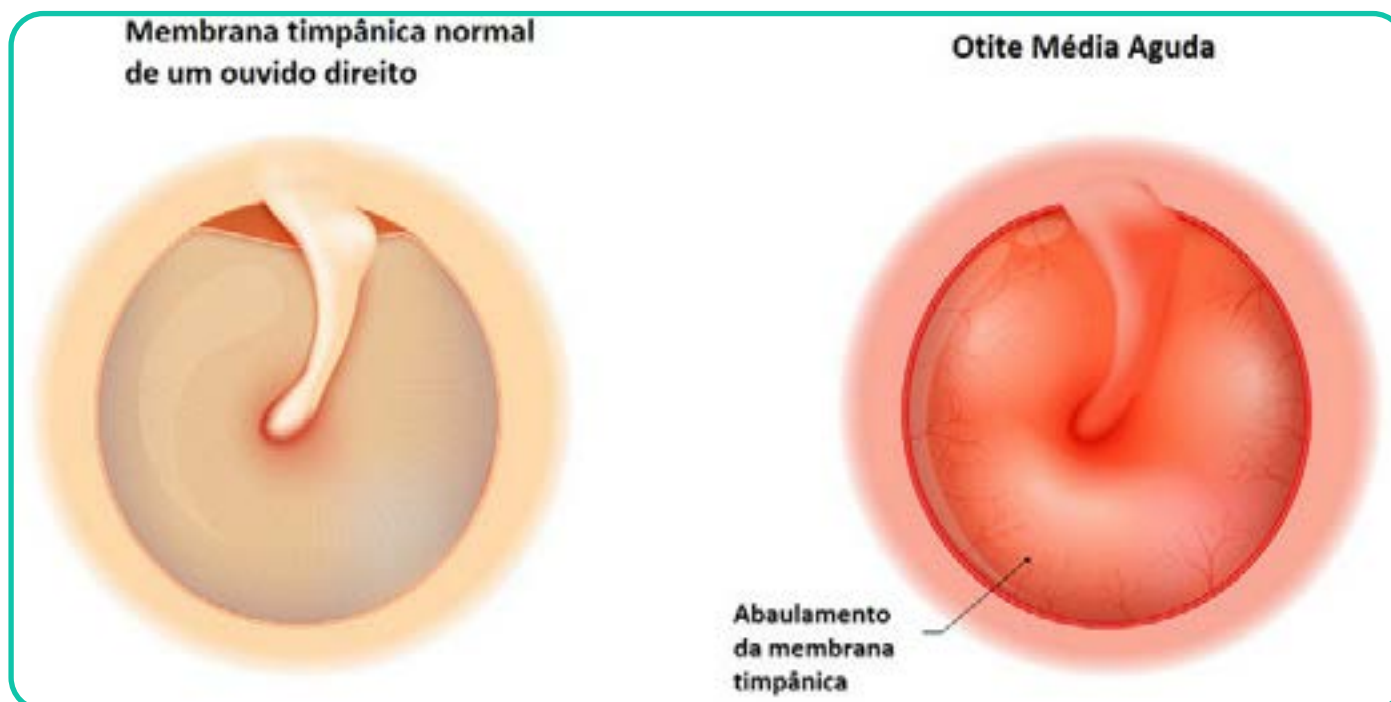
59 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Diogénes Paiva) A prescrição racional de antimicrobianos na população pediátrica é um pilar fundamental da prática médica para evitar o desenvolvimento de resistência bacteriana. Baseando-se nas diretrizes atuais das sociedades de pediatria e otorrinolaringologia para o manejo das infecções de vias aéreas superiores, assinale a alternativa que correlaciona corretamente a apresentação clínica com a conduta diagnóstica ou terapêutica mais adequada de primeira linha.

- A) Criança de 3 anos de idade com quadro de coriza purulenta, tosse e febre (37,8°C) há 4 dias. Trata-se de rinossinusite bacteriana aguda, com indicação imediata de amoxicilina-clavulanato.
- B) Lactente de 11 meses de idade apresentando o primeiro episódio de otite média aguda, caracterizado por febre de 39,5°C, irritabilidade e abaulamento acentuado da membrana timpânica bilateralmente. A escolha empírica inicial é a amoxicilina em dose alta (80 a 90 mg/kg/dia).
- C) Escolar de 7 anos com odinofagia intensa, febre de 39°C, exsudato tonsilar e linfonodomegalia cervical dolorosa. Um teste rápido negativo para *Streptococcus pyogenes* (Grupo A) exclui totalmente a etiologia bacteriana, contraindicando a cultura de orofaringe e justificando a prescrição de macrolídeos.
- D) Lactente de 18 meses com otite média aguda leve e unilateral, sem otorreia e com temperatura de 37,5°C. A conduta mandatória, independentemente do seguimento clínico, é a introdução imediata de cefalosporina de segunda geração.
- E) Escolar de 6 anos diagnosticado com rinossinusite bacteriana aguda (sintomas persistentes por mais de 10 dias sem melhora). A primeira opção de escolha para o tratamento antimicrobiano empírico em áreas de baixa resistência é a azitromicina em dose única diária.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja! Tudo bem com você? Preparado para gabaritar as provas do SUS-SP? Vamos juntos destrinchar essa questão e garantir mais um ponto precioso na sua aprovação.

Caro Estrategista, nas últimas provas do SUS-SP, tivemos cerca de 4 questões focadas exatamente nas diretrizes de prescrição de antibióticos e diagnóstico de infecções de vias aéreas superiores (IVAS) na pediatria, justificando totalmente fazermos esta revisão agora. O examinador adora testar se o candidato sabe diferenciar o quadro viral autolimitado da infecção bacteriana que exige intervenção imediata, pois evitar o uso indiscriminado de antibióticos é um dos grandes pilares da saúde pública contemporânea.



A otite média aguda (OMA) e a rinossinusite aguda são os carros-chefes dessas cobranças nas provas. Para a OMA, a regra de ouro da Academia Americana de Pediatria (AAP) é tratar de imediato com antibiótico as crianças menores de 6 meses, as menores de 2 anos com doença bilateral, ou qualquer criança que apresente sinais de gravidade (febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$, otalgia intensa ou otorreia). Nas crianças maiores de 6 meses com OMA unilateral, não grave, a conduta de observação (“*watchful waiting*”) por 48 a 72 horas é muito encorajada, e se for precisar de antibiótico, a nossa amoxicilina em altas doses (80 a 90 mg/kg/dia) é a estrela principal!

Já para a rinossinusite bacteriana aguda, futuro Residente, não se desespere com a coriza purulenta dos primeiros dias! O diagnóstico de infecção bacteriana só ocorre em três situações clássicas: sintomas persistentes por mais de 10 dias sem nenhuma melhora; início grave com febre alta e secreção purulenta por 3 a 4 dias consecutivos; ou a “piora dupla” (aquela criança que parecia estar melhorando do resfriado, mas volta a apresentar febre ou tosse pior). Assim como na OMA, a primeira linha também será baseada na amoxicilina, avaliando-se a necessidade do clavulanato caso haja fatores de risco para germes produtores de betalactamase.

QUANDO UTILIZAR ANTIBIÓTICOS NA OTITE MÉDIA AGUDA		
CRIANÇAS < 6 MESES	Tratamento imediato em todos os casos.	
6 MESES A DOIS ANOS	OBSERVAÇÃO	ANTIBIÓTICO
	- Unilateral. - Sintomas leves (otalgia < 48 h e temperatura < 39 °C).	Pela alta taxa de falha em alguns pacientes = tratamento com antibiótico.
> DOIS ANOS (24 MESES)	OBSERVAÇÃO	ANTIBIÓTICO
	Imunocompetentes. Sem anormalidades craniofaciais. Sinais e sintomas leves. Sem otorreia. Cuidadores entendendo riscos/benefícios.	Aparências tóxicas. Otalgia persistente > 48 horas. Febre > 39 °C. OMA bilateral*. Otorreia. Acesso incerto ao sistema de saúde.

COMENTÁRIOS:

Correta a alternativa B. Está corretíssima e é o nosso gabarito! Veja só a situação descrita: temos um lactente de 11 meses (ou seja, encaixa-se na faixa menor de 2 anos) com um quadro de otite média aguda bilateral acompanhado de sinais evidentes de gravidade, marcados pela febre alta de 39,5°C e abaulamento acentuado do tímpano. Para esse grupo específico, não há espaço para conduta expectante; o início imediato de antimicrobianos é mandatório. Além disso, a escolha da amoxicilina em dose alta (80 a 90 mg/kg/dia) como terapia empírica de primeira linha é a jogada perfeita. Isso ocorre porque precisamos superar a resistência bacteriana intermediária do principal patógeno, o *Streptococcus pneumoniae*, que muda suas proteínas ligadoras de penicilina (PBPs). A associação com o clavulanato só seria a primeira escolha inicial se a criança tivesse conjuntivite purulenta simultânea (o que levanta a suspeita para o *Haemophilus influenzae*) ou uso de amoxicilina nos últimos 30 dias.

Incorreta a alternativa A. É falsa porque descreve a evolução de uma clássica IVAS viral. Ter coriza purulenta no quarto dia de resfriado, com uma febrícula de 37,8°C, não preenche os critérios para rinossinusite bacteriana (não tem 10 dias de evolução, nem início grave por 3-4 dias consecutivos). Prescrever antibiótico aqui seria um erro clássico de consultório!

Incorreta a alternativa C. Ela erra ao assumir que o teste rápido negativo exclui de vez a infecção por *S. pyogenes* na faringotonsilite aguda. Querido Residente, embora o teste rápido tenha ótima especificidade, sua sensibilidade não é perfeita em crianças e adolescentes. Sendo assim, se a clínica grita que é bacteriana, a conduta diante de um teste rápido negativo é solicitar a cultura de orofaringe para confirmação, sem prescrever macrolídeos precocemente (que são reservados para alérgicos graves à penicilina).

Incorreta a alternativa D. Está errada pois, diante de um lactente de 18 meses com otite média aguda leve e unilateral (sem otorreia e temperatura baixa, de 37,5 °C), a diretriz nos permite realizar a observação vigilante por 48 a 72 horas se os pais forem confiáveis. E, ainda que fôssemos medicar, usar cefalosporina de segunda geração como primeira linha “mandatória” fere completamente as recomendações, cujo foco é sempre a amoxicilina.

Incorreta a alternativa E. Ela peca na escolha da substância medicamentosa. A azitromicina não é a primeira linha de tratamento para rinossinusite bacteriana aguda na pediatria, devido à elevada taxa de resistência pneumocócica contra os macrolídeos. O tratamento empírico de escolha nas áreas sem fatores de risco gritantes permanece com a amoxicilina ou amoxicilina-clavulanato, garantindo melhor cobertura e desfecho clínico.

Gabarito: B

60 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Pediatria – Prof. Diogénes Paiva) Menina de 5 anos é levada ao ambulatório de otorrinolaringologia devido a queixas da escola sobre desatenção e dificuldade de aprendizado. A mãe relata que a criança fala muito alto, costuma aumentar o volume da televisão e frequentemente pede para repetir o que foi dito. Tem histórico de rinite alérgica mal controlada e episódios recorrentes de infecções de vias aéreas superiores. Nega internações prévias, síndromes genéticas ou uso de medicações ototóxicas. Ao exame de otoscopia bilateral, nota-se membrana timpânica íntegra, porém retraída, com coloração âmbar, opaca e presença de nível líquido.

Com base no quadro clínico e considerando os prováveis achados da avaliação audiológica para esse caso, assinale a alternativa correta:

- A) Trata-se de perda auditiva neurossensorial bilateral. A audiometria tonal revelará limiares de vias aérea e óssea rebaixados (acima de 25 dB) e acoplados (sem gap osteoaéreo).
- B) O quadro sugere rolha de cerume impactada nas orelhas médias, o que justifica a perda mista. A conduta imediata é a lavagem otológica.
- C) O diagnóstico mais provável é a otite média serosa (com efusão), que cursa com perda auditiva condutiva. A timpanometria associada muito provavelmente demonstrará uma curva do tipo B.
- D) Trata-se de uma surdez congênita de aparecimento tardio, devido a infecções virais (como o citomegalovírus). O exame de eleição para fechar o diagnóstico é a emissão otoacústica (teste da orelhinha).
- E) A criança apresenta quadro sugestivo de otosclerose precoce. A audiometria mostrará um gap osteoaéreo clássico em 2000 Hz, conhecido como entalhe de Carhart, com indicação de uso de aparelho auditivo.

COMENTÁRIOS

Querido Residente, nas últimas provas do SUS-SP, tivemos cerca de 3 questões cobrando o diagnóstico diferencial das perdas auditivas na infância e a interpretação de exames audiológicos básicos, o que justifica muito a nossa revisão de hoje. O examinador ama testar se você consegue associar o quadro clínico de atraso escolar ou alterações de fala com os achados da otoscopia e da audiometria. Na pediatria, a suspeita de deficiência auditiva deve ser levantada sempre que a criança apresentar desatenção, atraso no desenvolvimento da linguagem, hábito de falar muito alto ou necessidade de aumentar o volume dos aparelhos eletrônicos.



A principal causa de perda auditiva na infância é a perda do tipo condutiva, e a grande vilã por trás disso é a otite média com efusão (também chamada de otite média serosa). Essa condição ocorre pelo acúmulo de líquido na orelha média sem sinais de infecção aguda (sem febre alta ou otalgia intensa). Ela é frequentemente secundária à disfunção da tuba auditiva, muito comum em crianças com hipertrofia de adenoide e rinite alérgica mal controlada. Na otoscopia, o quadro clássico foge do vermelho vivo da otite aguda: vemos uma membrana timpânica íntegra, porém opaca, retraída, com coloração amarelada (âmbar) e, muitas vezes, com a presença de nível líquido ou bolhas de ar.

Para fechar o diagnóstico e entender o impacto dessa efusão, lançamos mão da avaliação audiológica. A audiometria tonal revelará uma perda auditiva condutiva, ou seja, a via óssea estará normal (preservada), mas a via aérea estará rebaixada, gerando o famoso *gap* osteoaéreo. Já a imitanciometria (ou timpanometria) é o exame padrão-ouro para confirmar a presença de líquido na orelha média. Enquanto uma orelha normal apresenta uma curva tipo A (pico de máxima complacência na pressão zero), a orelha com efusão apresentará uma curva tipo B (curva achatada, sem pico), indicando que o sistema tímpano-ossicular está rígido devido ao líquido.

Correta a alternativa C. É o nosso gabarito! O quadro clínico apresentado pela menina de 5 anos é o retrato falado da otite média com efusão: queixas escolares, dificuldade de audição (falar alto, aumentar a TV), histórico de rinite e IVAS de repetição. Essa inflamação crônica nas vias aéreas superiores leva à disfunção tubária e ao acúmulo de secreção na orelha média, o que bate perfeitamente com a descrição da otoscopia (tímpano retraído, âmbar e com nível líquido). Nesse cenário, o líquido atua como uma barreira mecânica que impede a vibração adequada do tímpano e dos ossículos, caracterizando a perda auditiva condutiva. A afirmação de que a timpanometria demonstrará uma curva do tipo B está corretíssima, pois essa curva plana é o achado clássico de quando há fluido preenchendo o espaço da orelha média, confirmando o diagnóstico de otite média serosa e validando 100% a alternativa.

Incorreta a alternativa A. Fala, Coruja! Está incorreta, porque descreve uma perda auditiva neurosensorial. Em quadros neurosensoriais (que podem ter origem genética, infecciosa neonatal ou por ototóxicos), o problema está na cóclea ou no nervo auditivo, o que faria com que a otoscopia fosse perfeitamente normal, sem nível líquido. Além disso, na audiometria, não haveria *gap*: tanto a via aérea quanto a óssea estariam rebaixadas e acopladas, o que não condiz com o caso da nossa paciente.

Incorreta a alternativa B. Futuro Residente, está falsa por um detalhe anatômico fundamental. A rolha de cerume impacta a orelha externa (no meato acústico externo), não a orelha média! Se houvesse uma impactação total de cerume justificando a queixa, o examinador não teria conseguido visualizar a membrana timpânica íntegra, retraída e com nível líquido durante a otoscopia.

Incorreta a alternativa D. Caro Estrategista, a alternativa erra feio na correlação clínica e nos exames. A infecção por citomegalovírus (CMV) causa surdez congênita neurosensorial, cursando com otoscopia normal. Além disso, as emissões otoacústicas (teste da orelhinha) avaliam a função das células ciliadas externas da cóclea e dariam “falha” na nossa paciente simplesmente por causa da barreira de líquido na orelha média, não sendo o exame de eleição para o diagnóstico de perdas tardias ou de orelha média em uma criança de 5 anos.

Incorreta a alternativa E. Querido Residente, esta alternativa também não pode ser marcada. A otosclerose é uma doença que causa fixação do estribo, gerando perda condutiva e o famoso entalhe de Carhart (piora da via óssea em 2000 Hz), mas ela acomete tipicamente adultos jovens (principalmente mulheres brancas com piora na gestação) e cursa com otoscopia rigorosamente normal. Pensar em otosclerose precoce em uma criança de 5 anos com nível líquido no tímpano é um equívoco que você não vai cometer na prova do SUS-SP!

GABARITO: C

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

61 61. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Acerca da endometriose, assinale a alternativa incorreta.

- A) A endometriose não afeta meninas antes da puberdade nem mulheres após a menopausa.
- B) O exame padrão-ouro para o diagnóstico da endometriose é a videolaparoscopia.
- C) A dosagem do marcador CA 125 não é indicada para o diagnóstico da endometriose, e sim para seu seguimento.
- D) O uso de anticoncepcionais hormonais contínuos é mais eficaz para o tratamento da dor que o uso de anticoncepcional cíclico.
- E) A ultrassonografia com preparo intestinal e a ressonância magnética são os principais exames de imagem para a avaliação diagnóstica da endometriose.

COMENTÁRIOS:

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

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

O encontro no exame físico de dor ao toque bimanual, nodulação dolorosa no fundo de saco, útero retrovertido, fixo, doloroso e massa anexial (endometrioma) também 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 estrógeno-dependente. Lembre-se de que o endométrio prolifera devido ao estímulo do estrógeno, portanto o estrógeno produz a proliferação dos implantes de endometriose. Por isso, o tratamento clínico da endometriose é realizado com o bloqueio hormonal. As opções de medicamentos para realizar o bloqueio hormonal são os anticoncepcionais combinados, de progestágeno exclusivo, o DIU de levonorgestrel, o implante de etonogestrel, os análogos do GnRH e os inibidores da aromatase.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a endometriose pode afetar meninas antes da puberdade e mulheres após a menopausa. A teoria da menstruação em neonatas explica a possibilidade da endometriose se desenvolver nas meninas antes da puberdade.

Logo após o nascimento, o útero da bebê apresenta uma resposta aos hormônios maternos. Foi observado que uma pequena porcentagem das RNs (cerca de 5%) apresenta um tipo de “menstruação”, que não se exterioriza devido ao colo ser muito comprido e ter muito muco nessa fase da vida. Com isso, o conteúdo menstrual acaba refluindo pelas trompas, devido à obstrução cervical, levando os fragmentos de tecido endometrial com células progenitoras desse epitélio. Essas células poderiam se aderir ao peritônio e outros órgãos pélvicos, e aguardar para se “ativarem”, quando receberem um estímulo estrogênico, próximo à menarca.

Agora, nas mulheres após a menopausa, a endometriose pode continuar se desenvolvendo devido ao estrógeno produzido na gordura periférica através da conversão de andrógenos em estrona pela ação da enzima aromatase.

Correta a alternativa B: realmente, o exame padrão-ouro para o diagnóstico da endometriose é a videolaparoscopia. Entretanto, ela não é indicada para todos os casos com clínica de endometriose, já que se trata de um exame invasivo. Se a paciente apresenta quadro clínico compatível com a endometriose, pode-se prosseguir com o tratamento clínico “empírico”.

Correta a alternativa C: a dosagem do marcador CA 125 não é indicada para o diagnóstico da endometriose, já que se trata de exame pouco específico e que pode se mostrar normal nos casos de endometriose inicial.

Correta a alternativa D: os estudos clínicos mostram que o uso de anticoncepcionais hormonais contínuos (combinados ou de progestágeno exclusivo) é mais eficaz para o tratamento da dor na endometriose do que o uso de anticoncepcional cíclico.

Correta a alternativa E: os principais exames de imagem para a avaliação diagnóstica da endometriose são a ultrassonografia com preparo intestinal e a ressonância magnética.

Gabarito: A

62 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) J.M.L, 37 anos, tabagista, diabética, hipertensa, compensada com tratamento medicamentoso. Secundigesta com dois partos normais anteriores. Comparece à UBS desejando orientação sobre contracepção.

Assinale a alternativa que apresenta o método mais indicado para a paciente.

- A) Implante de etonogestrel.
- B) Anel vaginal.
- C) Adesivo transdérmico.
- D) Injetável mensal.
- E) Pílula combinada oral.

COMENTÁRIOS:

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

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

< 6 semanas pós-parto em lactantes
< 21 dias pós-parto em não lactantes, mas com fatores de risco para TVP
TVP/TEP atual ou pregressa, independente do uso de anticoagulante
Trombofilia conhecida
Cirurgia maior com imobilização prolongada
Lúpus Eritematoso Sistêmico com anticorpos antifosfolípídeos positivos ou desconhecido
Doença Valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA ou endocardite
Tabagismo (>15 cigarros/dia + idade > 35 anos)
Enxaqueca com aura
Doença Cardíaca Isquêmica atual ou Pregressa
Acidente vascular cerebral (atual ou pregresso)
Hipertensão Arterial Sistêmica Descompensada (sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 mmHg)
Hipertensão Arterial Sistêmica associada à doença vascular
Múltiplos Fatores de Risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)
Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia ou Diabetes há mais de 20 anos
Câncer de mama atual
Adenoma hepatocelular e tumores hepáticos malignos
Cirrose descompensada ou hepatite aguda

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS

≥ 6 semanas e <6 meses pós-parto em lactantes
< 21 dias pós-parto em não lactantes, mas sem fatores de risco para TVP
21 a 42 dias pós-parto em não lactantes, mas com fatores de risco para TVP
Tabagismo (<15 cigarros/dia + idade > 35 anos)
Hipertensão controlada
Hipertensão Arterial Sistêmica 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

Repare que os anticoncepcionais hormonais combinados são contraindicados para as mulheres com múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (idade avançada, tabagismo, DM e HAS).

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: o implante de etonogestrel é um método de progestágeno exclusivo que pode ser indicado para essa paciente.

Veja a seguir as contraindicações desses métodos:

CONTRAIINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS CONTENDO APENAS PROGESTERONA

Câncer de mama atual

CONTRAIINDICAÇÕES 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 antifosfolípídeos 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.

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

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

Incorreta a alternativa D, porque o injetável mensal também é um método hormonal combinado.

Incorreta a alternativa E, porque a paciente apresenta contraindicação absoluta para qualquer método anticoncepcional hormonal combinado.

Gabarito: A

63 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 52 anos de idade, comparece ao serviço de climatério referindo fogachos há 1 ano. Menopausa há 1 ano. Refere histerectomia prévia devido à miomatose uterina há 4 anos. Hipertensa e diabética em tratamento clínico medicamentoso, compensada no momento. Mamografia recente com laudo BI-RADS 2. Considerando o caso acima, assinale a alternativa que descreva a melhor conduta indicada.

- A) Terapia hormonal combinada (estrógeno + progesterona) transdérmica.
- B) Terapia hormonal combinada (estrógeno + progesterona) via oral.
- C) Terapia hormonal estrogênica exclusiva transdérmica.
- D) Terapia hormonal progestagênica exclusiva transdérmica.
- E) Estrógeno via vaginal.

COMENTÁRIOS:

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

A terapia sistêmica é composta pelo uso de hormônios por via transdérmica (adesivos ou géis) ou por via oral. Os regimes terapêuticos que podem ser empregados estão descritos a seguir.

→ **Mulheres histerectomizadas (sem útero):** uso de estrogênio isoladamente.

OBS.: não há necessidade de progestagênio mesmo em histerectomias subtotais, pois não há endométrio no colo uterino.

→ **Mulheres com útero ou com antecedente de endometriose grave:** estrogênio + progestagênio (proteção endometrial).

Os estrogênios podem ser empregados por via oral, transdérmica ou tópica. O uso por via oral é absorvido pelo trato gastrointestinal e atinge o fígado para a metabolização. Esse processo é chamado de primeira passagem hepática e é responsável pela ativação de outras vias metabólicas hepáticas, ocasionando os seguintes efeitos:

Aumenta os níveis de globulina carreadora de hormônios sexuais → reduz a fração livre de androgênio circulante.

Aumenta os valores de HDL e de triglicérides e reduz os níveis de LDL.

Aumenta a produção de fatores de coagulação → hipercoagulabilidade.

Ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona → elevação de PA.

A via transdérmica evita essa primeira passagem hepática, não acarretando esses efeitos secundários. Por esse motivo, em pacientes com maior risco trombótico, tabagistas, obesas, hipertensas e com triglicérides elevados, é a via de escolha.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente é histerectomizada, não havendo indicação de terapia hormonal combinada (estrógeno + progesterona).

Incorreta a alternativa B, porque é mais indicada a via transdérmica, que evita a primeira passagem hepática.

Correta a alternativa C: essa é a melhor conduta para essa paciente.

Incorreta a alternativa D, porque o efeito do progestágeno é proteger o endométrio, não sendo efetivo para o tratamento dos sintomas vasomotores.

Incorreta a alternativa E, porque o estrógeno via vaginal é indicado para as mulheres que têm atrofia urogenital, sem sintomas vasomotores.

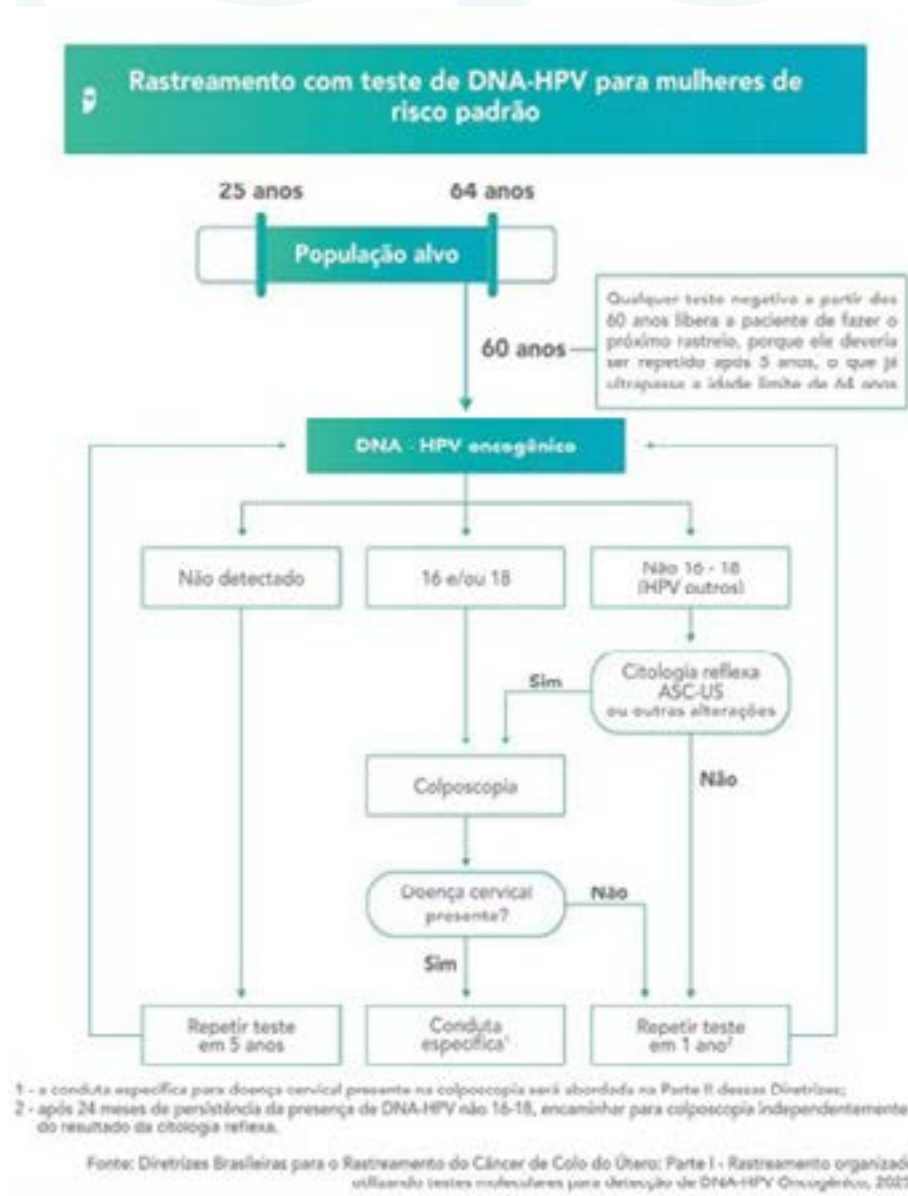
Gabarito: C

64 64. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Recentemente, foi divulgada a nova diretriz de rastreamento do câncer de colo uterino do Ministério da Saúde/INCA (2025). De acordo com essa diretriz, assinale a alternativa correta.

- A) O rastreamento deve ser realizado nas mulheres sexualmente ativas de 25 a 74 anos de idade.
- B) Foi incorporado o teste de DNA-HPV associado à colpocitologia oncótica para o rastreamento do câncer de colo uterino.
- C) A citologia reflexa é indicada para os casos de teste de DNA-HPV, apresentando HPV não 16-18.
- D) A realização do teste de DNA-HPV é indicada a cada 3 anos para as mulheres de risco padrão que apresentarem resultado negativo (HPV não detectado).
- E) No caso de teste de DNA-HPV com resultado HPV 16 e/ou 18 e colposcopia com doença cervical ausente, deve-se repetir o teste de DNA-HPV em 2 anos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a diretriz de rastreamento do câncer de colo de 2025. Veja a seguir o fluxograma de rastreamento para as mulheres de risco padrão:



Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o rastreamento deve ser realizado nas mulheres sexualmente ativas de 25 a 64 anos de idade.

Incorreta a alternativa B, porque, de acordo com a diretriz de 2025, o exame de rastreamento é o teste de DNA-HPV (sozinho), não sendo indicada a realização de coteste (teste de DNA-HPV associado à colpocitologia oncótica) para o rastreamento do câncer de colo uterino. A colpocitologia oncótica seria indicada somente para os casos em que o teste de rastreamento apresente resultado de HPV não 16-18.

Correta a alternativa C: essa é a conduta indicada pela nova diretriz de 2025 para o rastreamento do câncer de colo.

Incorreta a alternativa D, porque a realização do teste de DNA-HPV é indicada a cada 5 anos para as mulheres de risco padrão que apresentarem resultado negativo (HPV não detectado).

Incorreta a alternativa E, porque, no caso de teste de DNA-HPV com resultado HPV 16 e/ou 18 e colposcopia com doença cervical ausente, deve-se repetir o teste de DNA-HPV em 1 ano.

Gabarito: C

65 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) O HPV (papiloma vírus humano) é a causa do câncer de colo uterino. É uma infecção sexualmente transmissível prevenível com o uso de preservativo e/ou vacinação. Assinale a alternativa que descreve a indicação correta da vacina contra o HPV, de acordo com o esquema atual do PNI (Programa Nacional de Imunizações).

- A) A vacina é indicada para meninas e meninos de 9 a 14 anos em duas doses (esquema de 0 e 6 meses).
- B) A vacina é indicada para vítimas de violência sexual de 15 a 45 anos de idade, que não tenham sido vacinadas previamente, no esquema de duas doses (0 e 6 meses).
- C) A vacina é indicada para usuários de profilaxia pré-exposição ao HIV de 9 a 45 anos de idade, no esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).
- D) A vacina é indicada para pacientes imunodeprimidos (convivendo com HIV/aids, transplantados de órgãos sólidos ou em tratamento quimioterápico), de 9 a 45 anos de idade, no esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).
- E) A vacina é indicada para pacientes com papilomatose respiratória recorrente (PRR) a partir dos 3 anos de idade, no esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre as indicações da vacina contra o HPV de acordo com o PNI. Veja a tabela a seguir:

INDICAÇÕES DA VACINA QUADRIVALENTE HPV	(MINISTÉRIO DA SAÚDE)
MENINAS e MENINOS	<ul style="list-style-type: none"> • 9 a 14 anos (dose única) • 15 a 19 anos (dose única “de resgate”) • 9 a 45 anos (imunodeprimidos): três doses (0, 2 e 6 meses): <ul style="list-style-type: none"> ◦ convivendo com HIV/aids; ◦ transplantados de órgãos sólidos; ◦ em quimioterapia.
Vítimas de violência sexual (caso não tenha sido vacinada anteriormente)	9 a 14 anos: duas doses (0 e 6 meses) 15 a 45 anos: três doses (0, 2 e 6 meses)
Usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP)	15 a 45 anos: três doses (0, 2 e 6 meses)
Papilomatose respiratória recorrente (PRR)	A partir de 2 anos de idade: três doses (0, 2 e 6 meses)
Mulheres com NIC 2/3 e AIS após tratamento	Independente da Idade: três doses (0, 2 e 6 meses)

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a vacina é indicada para meninas e meninos de 9 a 14 anos em dose única.

Incorreta a alternativa B, porque a vacina é indicada para vítimas de violência sexual de 15 a 45 anos de idade, que não tenham sido vacinadas previamente, no esquema de três doses (0, 2 e 6 meses).

Incorreta a alternativa C, porque a vacina é indicada para usuários de profilaxia pré-exposição ao HIV dos 15 aos 45 anos de idade, no esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).

Correta a alternativa D: a vacina é indicada para pacientes imunodeprimidos (convivendo com HIV/aids, transplantados de órgãos sólidos ou em tratamento quimioterápico), de 9 a 45 anos de idade, no esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).

Incorreta a alternativa E, porque a vacina é indicada para pacientes com papilomatose respiratória recorrente (PRR) a partir dos 2 anos de idade, no esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).

Gabarito: D

66 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher transgênero de 53 anos de idade, etilista, comparece para consulta de rotina. Fez a transição aos 19 anos de idade e tem feito hormonização com estrógeno desde então. Ao exame físico: sem anormalidades. Em relação ao rastreamento do câncer de mama, assinale a alternativa correta.

- A) Não é recomendado o rastreamento.
- B) Deve-se fazer o rastreamento com a ultrassonografia mamária.
- C) Deve-se realizar o rastreamento com a mamografia.
- D) Deve-se fazer o rastreamento com a ressonância magnética.
- E) Deve-se realizar o rastreamento com a mamografia associada com a ressonância magnética.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre o rastreamento do câncer de mama na população transgênero. Veja a tabela a seguir:

Rastreamento do Câncer de Mama na população transgênero	
Homens trans	Mulheres trans
Sem mastectomia = mulheres cis	Sem hormonização = não é recomendado
Mastectomia bilateral = não é recomendado	Com hormonização = mulheres cis

O paciente desse caso é uma mulher transgênero que está em tratamento de hormonização com estrógeno, sendo indicado o rastreamento do câncer de mama seguindo a diretriz para as mulheres cis.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque há indicação de rastreamento devido à hormonização.

Incorreta a alternativa B, porque a ultrassonografia não é o exame indicado para o rastreamento do câncer de mama, e sim a mamografia.

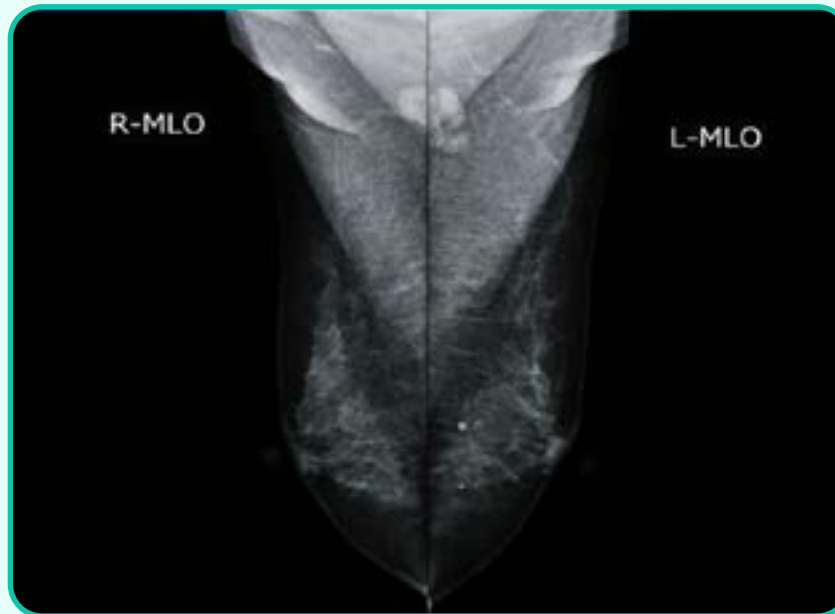
Correta a alternativa C: trata-se de mulher transgênero em tratamento de hormonização com estrógeno, sendo indicado rastreamento mamográfico.

Incorreta a alternativa D, porque não há indicação de rastreamento com a ressonância magnética.

Incorreta a alternativa E, porque essa é a conduta indicada para pacientes de alto risco e, nesse caso, a paciente não é caracterizada como sendo de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

Gabarito: C

67 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 57 anos de idade, secundigesta com dois partos normais anteriores, menopausada há 9 anos, realizou mamografia de rastreamento que apresentou calcificações grosseiras esparsas na mama esquerda (vide imagem).



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

- A) Seguimento mamográfico de rotina.
- B) Repetir a mamografia em 6 meses.
- C) Solicitar ultrassonografia mamária.
- D) Solicitar mamografia 3D (tomossíntese).
- E) Indicar realização de biópsia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta calcificações grosseiras e esparsas em sua mamografia e esse é um achado absolutamente benigno, considerado categoria BI-RADS 2. Veja a seguir a classificação BI-RADS.

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

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: trata-se de achado mamográfico benigno, sendo indicado o seguimento mamográfico de rotina.

Incorreta a alternativa B, porque essa seria a conduta no caso de achado provavelmente benigno, categoria BI-RADS 3.

Incorreta a alternativa C, porque a ultrassonografia não é o exame de rastreamento do câncer de mama e não é indicada para seguimento das calcificações, já que não é capaz de visualizá-las.

Incorreta a alternativa D, porque não há indicação de complementar a mamografia dessa paciente, que apresentou um achado absolutamente benigno, com nenhum tipo de exame, incluindo a mamografia 3D (tomossíntese).

Incorreta a alternativa E, porque essa é a conduta indicada para os casos de mamografia BI-RADS 4 ou BI-RADS 5.

Gabarito: A

68 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante vem para consulta de pré-natal referindo atraso menstrual de 8 semanas. Nega queixas atuais e comorbidades. Foi submetida ao ultrassom abaixo.



Diâmetro interno médio: 22 mm

Diante do achado ultrassonográfico, o que é correto afirmar?

- A) Trata-se de uma gestação não evolutiva.
- B) A imagem é compatível com o atraso menstrual da paciente.
- C) Há necessidade de repetir a ultrassonografia para confirmação diagnóstica.
- D) A imagem é compatível com uma gestação ectópica.
- E) É necessário fazer a dosagem quantitativa de beta-hCG para conduzir o caso.

COMENTÁRIOS:

O **diagnóstico de gravidez intrauterina** pode ser feito pela ultrassonografia obstétrica inicial a partir de **4,5 a 5 semanas de gestação**, com a visualização do **saco gestacional (SG)**.

A medida do saco gestacional é realizada pela média dos três diâmetros, calculando-se o diâmetro médio do saco gestacional (DMSG). Pela medida do DMSG, é possível estimar a idade gestacional antes de 6 semanas, quando ainda não é possível medir adequadamente o embrião.

A **vesícula vitelínica (VV)** se torna visível ao redor de **5 semanas** de gestação e normalmente se degrada entre 10 e 12 semanas. Essa é a **primeira estrutura a aparecer** dentro do saco gestacional, ajudando a confirmar uma gestação intrauterina, pois diferencia um saco gestacional verdadeiro de um pseudossaco gestacional, que pode ocorrer na gestação ectópica.

Quando o **DMSG é $\geq 8\text{mm}$** , geralmente já é possível visualizar a **vesícula vitelínica**. Se essa estrutura não é observada, podemos estar diante de uma gestação não evolutiva, mas a confirmação de **gestação inviável** só pode ser feita com o **acompanhamento ultrassonográfico seriado** ou quando não se visualizam vesícula vitelínica e embrião com **DMSG $\geq 25\text{ mm}$** .

O embrião pode ser visualizado a partir de 5,5 a 6 semanas e sua medida é feita pela avaliação do **comprimento cabeça-nádegas (CCN)**, após 6 semanas de gestação. Essa medida é o **parâmetro mais importante para se calcular a idade gestacional** pela ultrassonografia, como

veremos mais adiante.

A **atividade cardíaca do embrião** é visualizada no ultrassom entre **5,5 e 6 semanas**. Quando **não se observam batimentos cardíacos em embrião com 7 mm** ou mais, estamos diante de uma **gestação inviável**.

A tabela a seguir resume as principais estruturas visualizadas na ultrassonografia obstétrica inicial e que ajudam no diagnóstico de gestação.

Estruturas	Início da visualização na ultrassonografia transvaginal
Saco gestacional	4,5 a 5 semanas
Vesícula vitelínica	5 semanas
Atividade cardíaca embrionária	5,5 a 6 semanas
Medida do CCN	6 semanas

Os parâmetros para o diagnóstico e suspeita de uma gestação não evolutiva estão listados na tabela a seguir.

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DE GESTAÇÃO NÃO EVOLUTIVA	SINAIS DE SUSPEITA DE GESTAÇÃO NÃO EVOLUTIVA
DMSG \geq 25 mm sem VV ou embrião	CCN $<$ 7 mm sem batimento cardíaco fetal
CCN \geq 7 mm sem atividade cardíaca	DMSG entre 16 e 24 mm sem embrião
SG sem VV e sem embrião com batimento cardíaco em dois exames com intervalo de 2 semanas	SG sem VV e sem embrião com batimento cardíaco em dois exames com intervalo de 7-14 dias
SG com VV e sem embrião com batimento cardíaco em dois exames com intervalo de 11 dias	SG com VV e sem embrião com batimento cardíaco em dois exames com intervalo de 7-10 dias
B-hCG sérico \geq 3500 mUI/ml sem saco gestacional intrauterino	Ausência de embrião \geq 6 semanas após o último período menstrual
	Cavidade amniótica sem embrião
	Vesícula vitelínica $>$ 7 mm
	SG pequeno em relação ao tamanho do embrião ($<$ 5 mm de diferença entre o DMSG e o CCN)
	B-hCG sérico entre 1000-2000 mUI/mL sem saco gestacional intrauterino

No caso dessa paciente, como não temos uma ultrassonografia prévia comparativa, é impossível fazer qualquer diagnóstico. O que sabemos com certeza é que a idade gestacional menstrual não é compatível com a imagem ultrassonográfica. Se de fato for uma gestação evolutiva, temos um erro de data.

Incorreta a alternativa A, pois não é possível afirmar que a gestação não é evolutiva.

Incorreta a alternativa B, pois, em uma gestação evolutiva de 8 semanas, teríamos embrião com BCF.

Correta a alternativa C, pois temos uma suspeita de gestação não evolutiva, porém a confirmação deve ser feita com repetição da ultrassonografia.

Incorreta a alternativa D, pois trata-se de uma gestação tópica.

Incorreta a alternativa E, pois, uma vez que já temos imagem intrauterina, não há necessidade de seguimento com beta hCG.

Gabarito: C

69 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante de 10 semanas, com parto há menos de 1 ano, vem à UBS trazendo sua carteira de vacinação para a equipe de enfermagem, conforme solicitado na última consulta. A foto da carteira está reproduzida abaixo.

Vacina	1ª dose	2ª dose	3ª dose
Hepatite B	06/11/2020	06/12/2020	06/05/2021
dT	10/10/2008		
Influenza	25/06/2025		
Covid-19	25/06/2025		
Febre amarela	05/03/2014		
Tríplice viral	04/02/2010		

De acordo com a diretriz de 2026 do plano nacional de imunizações, qual é a recomendação a ser dada para essa paciente?

- A) Realizar dosagem de anti-HbS para confirmar a soroconversão para hepatite B, já que o esquema é completo.
- B) Realizar dose de dTpa após 20 semanas para completar o esquema vacinal de difteria e tétano.
- C) Administrar novas doses de Influenza e Covid-19.
- D) Administrar reforço de tríplice viral imediatamente.
- E) Se a paciente recebeu dTpa na gestação anterior, não há necessidade de reforço, pois o parto foi há menos de 1 ano.

COMENTÁRIOS:

Um aspecto importante que precisa estar claro para você é quais são as vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização em seu calendário vacinal da gestante e quais são as vacinas que não devem ser realizadas.

Tenha sempre em mente que, durante a gravidez, não devem ser realizadas as **vacinas vivas**, pelo risco potencial de causarem a doença, enquanto as vacinas inativadas não oferecem esse risco.

A tabela a seguir resume todas as vacinas que devem ser realizadas durante a gestação.

Vacina	Situação vacinal	Vacinação na gestação
dT/dTpa	Previamente vacinada com duas ou três doses	Uma dose de dTpa a partir de 20 semanas para todas as gestantes.
	Vacina incompleta, tendo recebido apenas uma dose.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, com intervalo 60 dias (mínimo 30 dias), sendo que a dTpa deve ser feita após 20 semanas
	Gestantes não vacinadas ou com histórico vacinal desconhecido	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, com intervalo 60 dias (mínimo 30 dias) entre as doses, sendo que a dTpa deve ser feita após 20 semanas.
Hepatite B	Vacinadas com esquema completo (3 doses)	Não vacinar
	Vacinadas com esquema incompleto	Completar o esquema vacinal
	Não vacinadas e susceptíveis	Três doses, no esquema 0-1-6 meses, Intervalo mínimo 2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após 1ª dose
Influenza	Todas as gestantes	Dose única anual
covid-19	Todas as gestantes	uma dose a cada 6 meses
VSR	Todas as gestantes	uma dose após 28 semanas de gestação para todas as gestantes.

Outro aspecto importante a respeito da imunização durante a gestação é lembrar que, embora a **vacina tríplice viral contra caxumba, sarampo e rubéola** não seja recomendada durante a gestação, por ser produzida a partir de vírus vivos atenuados, ela pode ser realizada durante o puerpério sem interferir na amamentação. Por outro lado, a vacina da dengue está contraindicada tanto durante a gestação, como durante a amamentação.

As vacinas contraindicadas na gestação estão resumidas na tabela a seguir:

CONTRAINDICADA NA GESTAÇÃO
Vacinas atenuadas
<ul style="list-style-type: none"> • TRÍPLICE VIRAL (sarampo, caxumba, rubéola) • VARICELA-ZÓSTER • DENGUE • BCG
Vacina de antígeno recombinante
- Papilomavírus humano (HPV)

Veja na tabela a seguir as vacinas que podem ser indicadas na gestação em situações especiais.

VACINAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS
FEBRE AMARELA
• Indicada se a gestante vive em áreas de risco ou vai viajar para áreas endêmicas e não esteja com a vacinação atualizada.
RAIVA HUMANA
• Vacina de vírus inativado, indicada em gestantes com elevado risco pré-exposição (veterinárias, vacinadores, profissionais de laboratório, laçadores e treinadores de cães).
MENINGOCOCO
• Pode ser utilizada em situações de bloqueio de surto.
PNEUMOCOCO
• Em gestantes de risco sem vacina prévia: asplênicas, doenças cardíacas, renais, metabólicas, pulmonares e imunossuprimidas.
HEPATITE A
• Indicada se gestante não imunizada for viajar para área endêmica.

Incorreta a alternativa A, pois o MS não recomenda avaliar anti-Hbs e considerar que pacientes com 3 doses são imunizadas.

Incorreta a alternativa B, pois a paciente precisa receber uma dose de dT e uma dose de dTpa.

Correta a alternativa C, pois a influenza deve ser repetida anualmente, e a Covid, a cada 6 meses.

Incorreta a alternativa D, pois a tríplice viral é contraindicada na gestação.

Incorreta a alternativa E, pois a vacina contra dTpa deve ser administrada em todas as gestações.

Gabarito: C

70 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Primípara a termo, com gestação de risco habitual, foi admitida no centro de parto normal com 10 cm de dilatação, 4 contrações de 50" em 10 minutos, bolsa rota, apresentação pélvica, em SDT em plano +3 de De Lee. Feto com boa vitalidade e BCF de 144 bpm. Qual das alternativas traz uma conduta adequada na assistência ao parto?

- A) Deve ser indicada cesariana de emergência, devido ao risco de cabeça derradeira.
- B) A paciente deve ser colocada obrigatoriamente em posição de litotomia, para facilitar as manobras.
- C) A variedade de posição é desfavorável para o parto, e o obstetra deve realizar uma rotação manual.
- D) Após o desprendimento do polo pélvico, o obstetra deve intervir rapidamente, realizando as manobras de desprendimento das espáduas e do polo cefálico.
- E) Após a saída do polo pélvico, ocorre a rotação externa, preferencialmente espontânea, com a anteriorização do dorso fetal.

COMENTÁRIOS:

No acompanhamento do parto pélvico vaginal, a **monitorização da frequência** cardíaca deve ser contínua. Não deve ser realizada amniotomia nem episiotomia de rotina. Como há **maior chance de prolapso de cordão** quando as membranas se rompem, deve-se realizar exame vaginal e monitorização da FCF após a rotura.

Além disso, a progressão do trabalho de parto deve ser monitorada e **registrada no partograma**. Diante de suspeita de distocia, deve-se indicar cesárea, por isso é importante manter um acesso venoso periférico, em decorrência da maior necessidade de anestesia de emergência e hemorragia pós-parto.

A indução do parto pélvico é viável quando realizada de maneira planejada no termo, em local no qual seja possível realizar cesariana de emergência e assistência neonatal adequada.

Diante de parto pélvico iminente e não planejado, recomenda-se posicionar a paciente em quatro apoios ou em cócoras, além de não realizar tração fetal.

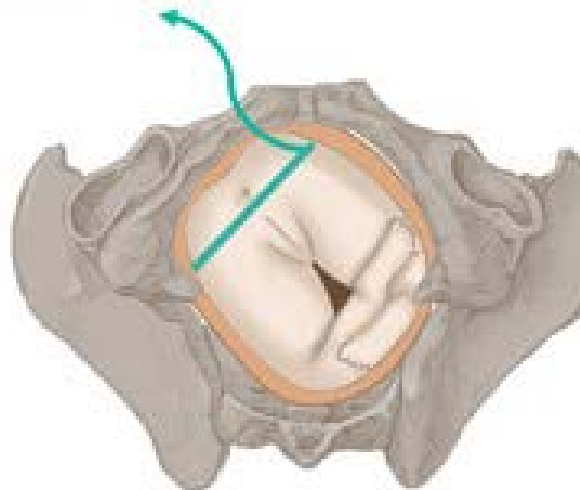
A taxa de sucesso do parto vaginal planejado é de aproximadamente 70%, com resultados adversos perinatais inferiores a 7%. Não há evidências de que uma cesariana de urgência em um feto pélvico insinuado seja mais segura do que um parto vaginal.

Na apresentação pélvica, ocorre insinuação e descida do polo pélvico, seguido de desprendimento das espáduas e, por último, o desprendimento do polo cefálico.

A **insinuação e a descida** do feto ocorrem com o **diâmetro bitrocantérico** nos diâmetros maternos, sendo assim, **o ponto de referência é o sacro, e a linha de orientação é a interglútea**.

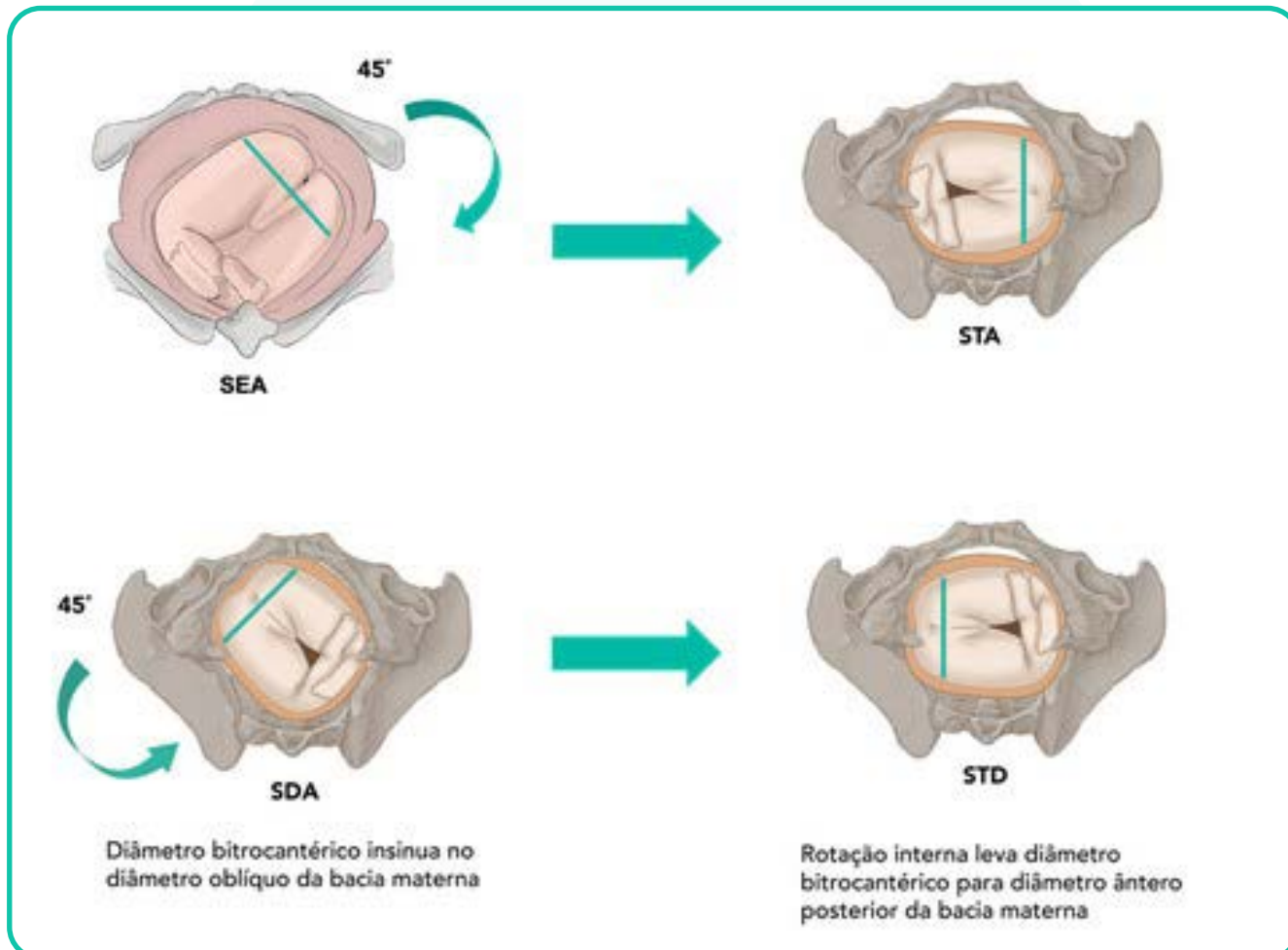
Apresentação Pélvica

Diâmetro bitrocantérico



Ponto de referência: SACRO (SEA, SEP, SDA E SDP)
Linha de orientação: INTERGLÚTEA

No assoalho pélvico, ocorre a **rotação interna de 45°**, e o diâmetro bitrocantérico ocupa o diâmetro anteroposterior da saída da pelve. Depois **da saída da pelve**, há **rotação externa**. O dorso vira anteriormente e o diâmetro biacromial ocupa um dos diâmetros oblíquos da pelve e sofre rotação interna, ocupando o diâmetro anteroposterior. Em seguida, a **cabeça fetal entra na pelve em um dos diâmetros oblíquos** e roda, ficando com a parte posterior do pescoço sob a sínfise púbica e então sai em flexão, ultimando o parto.



O ideal é que esses mecanismos de parto ocorram de **forma espontânea**, para **diminuir as chances de tocotraumatismos**, mas, caso as rotações não ocorram de forma espontânea, é preciso lançar mão de manobras para ultimar o parto.

As manobras são mais necessárias diante de um parto pélvico na posição de litotomia. Quando o parto vaginal pélvico ocorre na posição de quatro apoios, na maioria das vezes, não se faz necessária a realização de manobras.

Incorreta a alternativa A, pois não há benefício em realizar cesariana em um parto pélvico avançado.

Incorreta a alternativa B, pois a posição de quatro apoios facilita o parto pélvico.

Incorreta a alternativa C, pois o mecanismo de parto está ocorrendo de forma correta.

Incorreta a alternativa D, pois as manobras somente devem ser feitas se houver necessidade.

Correta a alternativa E, pois esse é o mecanismo fisiológico, conforme apresentado na introdução.

Gabarito: E

71 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Em relação à assistência ao primeiro período do parto, qual das alternativas contém uma recomendação em concordância com as diretrizes da OMS?

- A) Deve ser realizada a rotura de membranas de maneira oportuna entre 6 e 8 cm.
- B) A paciente deve ser orientada a evitar a ingestão de líquidos e alimentos, pelo risco de aspiração.
- C) A monitorização dos batimentos cardíacos fetais deve ocorrer a cada 15 a 30 minutos.
- D) Deve ser realizado toque vaginal a cada hora, para registro da evolução do parto.
- E) Caso a dilatação não seja de 1cm/hora, devem ser instituídas medidas de correção de distocia.

COMENTÁRIOS:

No período de dilatação, os batimentos cardíacos fetais devem ser avaliados pela **ausculta intermitente a cada 15-30 min com sonar Doppler**. A ausculta intermitente deve ser feita durante a contração e o primeiro minuto seguinte, para assegurar a identificação de desacelerações nesse período.

A monitorização cardíaca fetal contínua com **cardiotocografia** não apresenta benefícios em gestação de risco habitual. Caso a gestante seja de **alto risco** ou sejam observadas alterações dos batimentos cardíacos fetais pela ausculta intermitente, deve-se utilizar a cardiotocografia intraparto para monitorização contínua dos batimentos cardíacos fetais.

A **duração da fase ativa** é variável, sendo em torno de **12 horas para as primíparas e menos de 10 horas nas múltiparas**. A evolução da dilatação não ocorre de maneira homogênea para todas as gestantes, por isso **não se deve utilizar o critério de 1cm/hora** para considerar-se uma boa evolução dessa fase. Além disso, **não se indica administrar ocitocina** de rotina para acelerar a fase ativa do trabalho de parto.

O **toque vaginal** deve ser feito o mínimo de vezes possível para ter-se informações sobre a evolução do trabalho de parto, **de preferência a cada 4 horas** se parturiente e concepto estiverem bem. A Febrasgo orienta a realização do toque vaginal a cada 2 a 4 horas. O toque vaginal avalia não só a dilatação, mas também o esvaecimento cervical, a altura da apresentação (planos de DeLee) e as membranas fetais. Por outro lado, **a pelvimetria clínica não é recomendada** de rotina e não deve ser critério para intervenções durante o trabalho de parto.

O **registro da evolução do trabalho de parto e dos batimentos cardíacos fetais** são obrigatórios e devem ser colocados no **partograma**. O partograma é um gráfico que ajuda a identificar se o parto está evoluindo de forma eutócica ou precisa de alguma intervenção. Caso o trabalho de parto esteja evoluindo de forma adequada, não há necessidade de intervenção e o parto pode continuar de maneira natural.

Nessa fase do trabalho de parto, a gestante pode ser **estimulada a andar e adotar posições verticais**, pois as evidências mostram que isso **reduz o tempo de trabalho de parto**, a necessidade de analgesia e cesárea. A **posição durante o trabalho de parto é de escolha da parturiente**, não da equipe que a está assistindo.

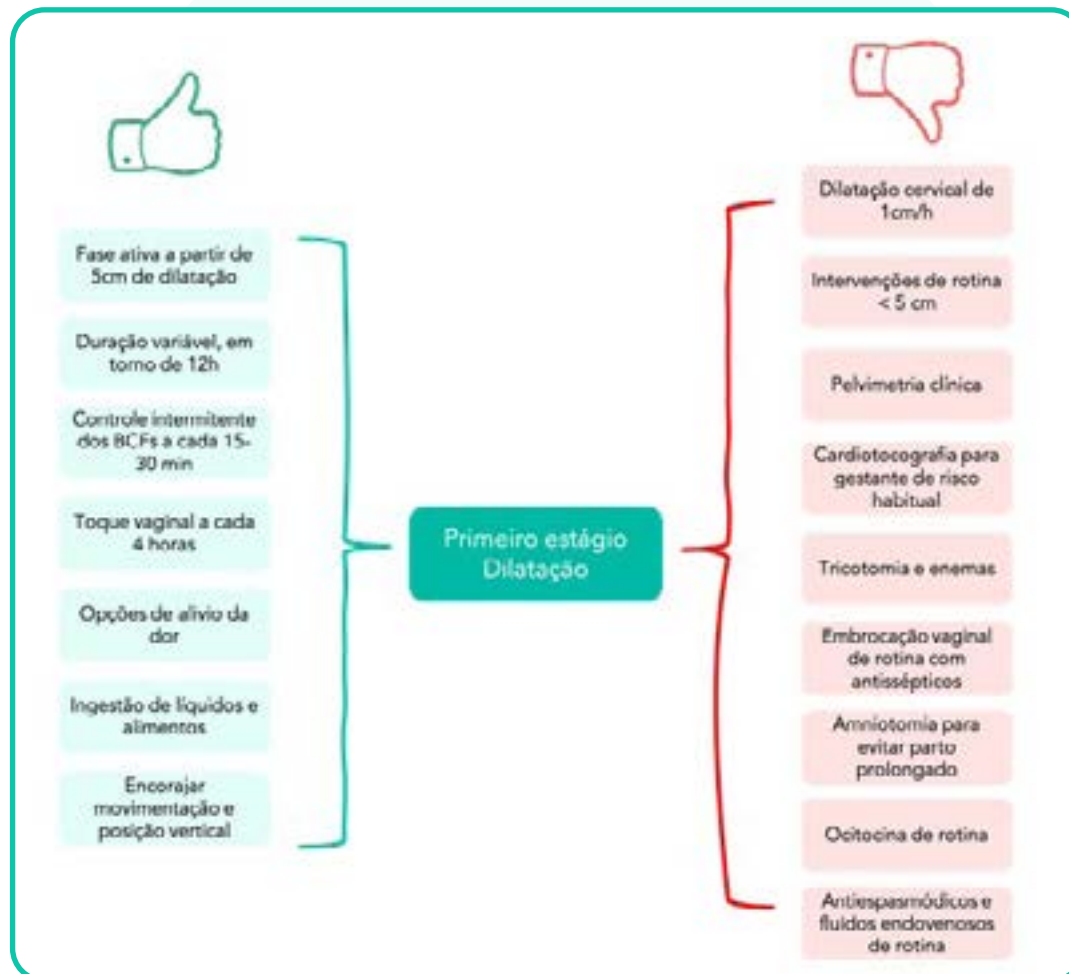
Além do mais, a parturiente deve ser estimulada a **alimentar-se e ingerir líquidos** durante todo o trabalho de parto, **não devendo ser mantida em jejum** e nem receber rotineiramente fluidos endovenosos para hidratação. **Não deve ser feito tricotomia e enemas** nas parturientes, pois as evidências não mostraram benefícios com essas práticas, além de ocasionar desconforto importante para a gestante.

Em relação à **amniotomia**, **não se preconiza esse procedimento de rotina em trabalhos de parto que estão evoluindo de forma eutócica**. Essa intervenção é reservada para casos em que o trabalho de parto não está evoluindo de maneira fisiológica e suspeita-se de distocia, pois aumenta o risco de prolapso de cordão e corioamnionite. Quando a amniotomia se faz necessária, ela é realizada no final da contração e o esvaziamento da cavidade uterina deve ser gradual, com controle dos batimentos cardíacos fetais.

Por fim, nessa fase do trabalho de parto, a parturiente deve **ter a sua disposição opções de alívio da dor** caso ache necessário. Medidas não farmacológicas, como bola, massagem, chuveiro e banheira, devem fazer parte dos instrumentos de alívio da dor, assim como as medidas farmacológicas, como analgesia epidural de opioides, precisam estar disponíveis caso a gestante ache necessário sua utilização. Veremos mais

sobre os métodos de alívio da dor posteriormente nesta aula.

E para facilitar a memorização dos cuidados **recomendados e não recomendados** no primeiro estágio do trabalho de parto, preste atenção no mapa mental a seguir.



Incorreta a alternativa A, pois não há indicação de amniotomia de rotina.

Incorreta a alternativa B, pois a ingestão de alimentos e líquidos deve ser livre.

Correta a alternativa C, pois essa é a periodicidade adequada de monitorização

Incorreta a alternativa D, pois de acordo com a OMS, os toques devem ser feitos a cada 4 horas.

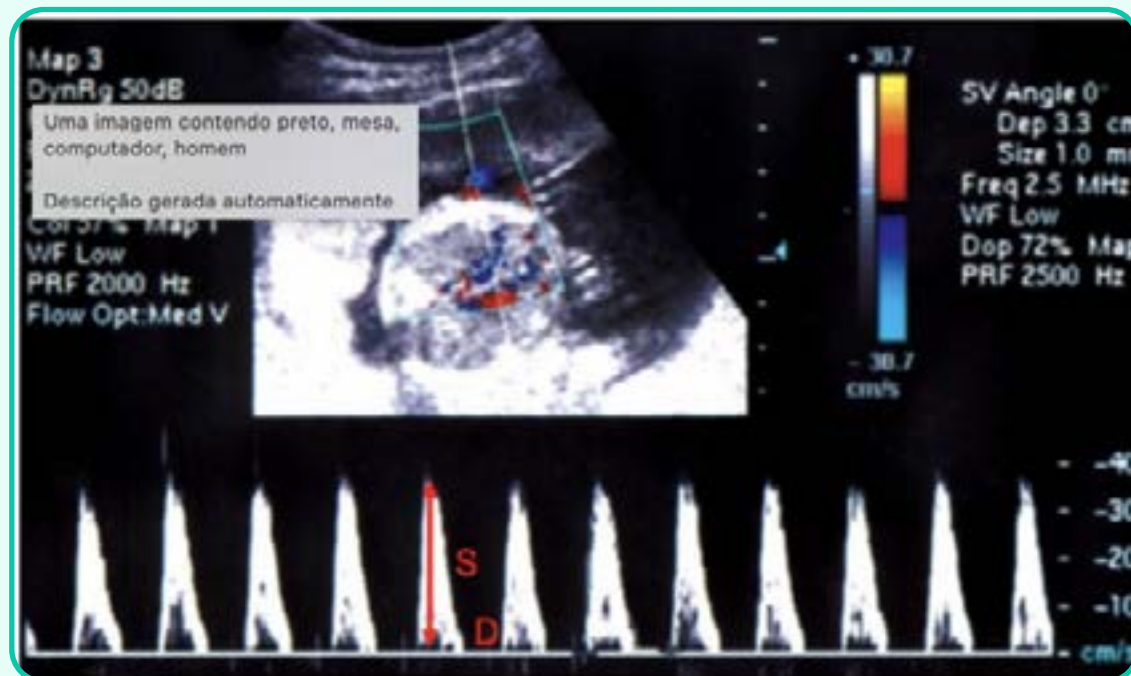
Incorreta a alternativa E, pois não devemos nos guiar pelo padrão de 1cm/hora de dilatação

Gabarito: C

72 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante de 32 semanas vem para consulta de pré-natal. Ela refere que notou um inchaço importante em seus pés e também nas mãos. Nega perdas vaginais e refere boa movimentação fetal. Tem avaliado a pressão arterial diariamente na UBS. As medidas da última semana foram as seguintes:

130x84//142x88//132x88//138x92//140x90//134x82//146x88

A paciente foi submetida a uma ultrassonografia, com o seguinte resultado:



Em relação ao diagnóstico da paciente, assinale a alternativa correta.

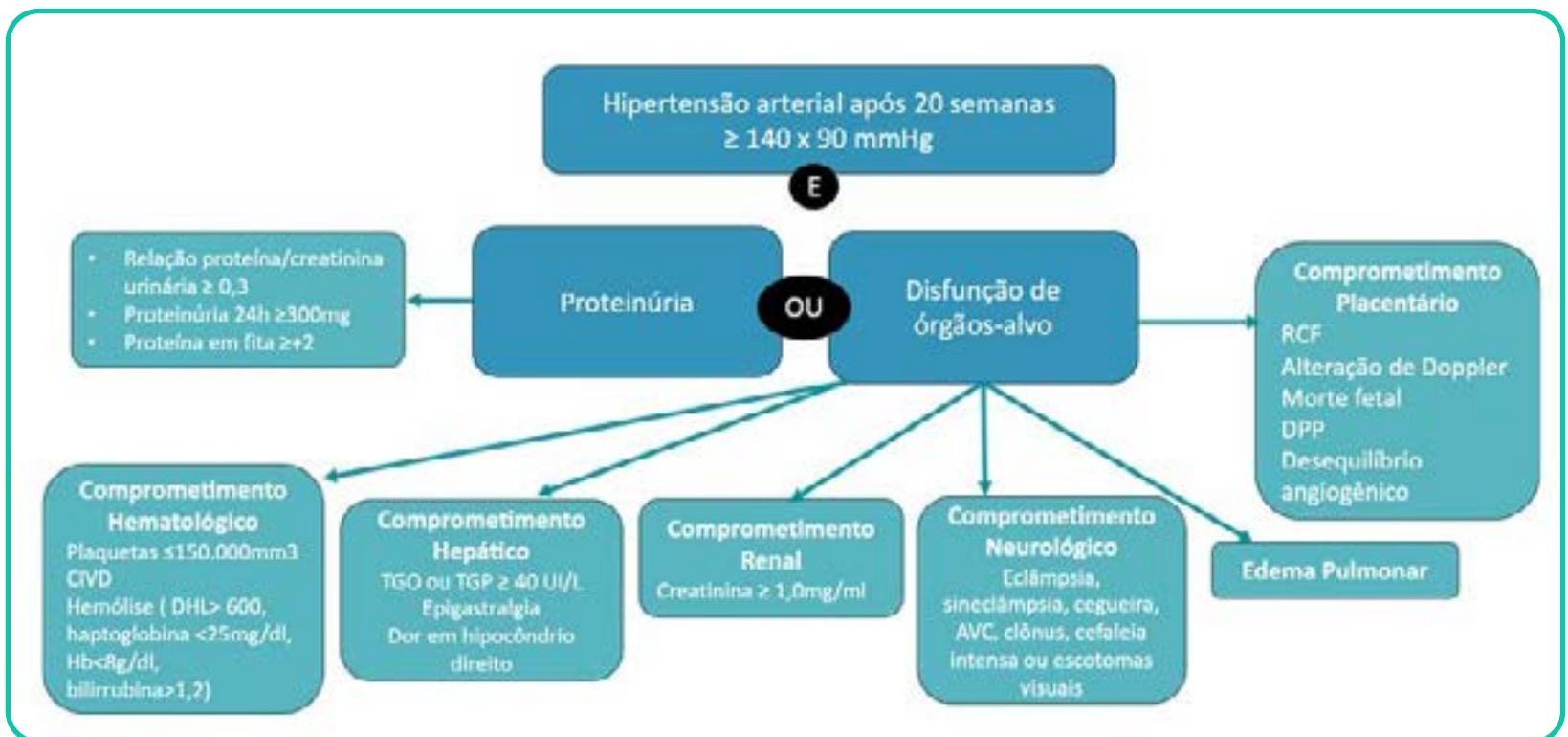
- A) Para confirmar o diagnóstico, são necessários exames complementares.
- B) O achado da ultrassonografia ocorre devido ao processo de centralização fetal.
- C) Há um desequilíbrio entre fatores angiogênicos e antiangiogênicos na origem da patologia.
- D) A presença de proteinúria é obrigatória para a confirmação do diagnóstico.
- E) A paciente deve ser reavaliada em uma semana, por meio de ultrassonografia com Doppler.

COMENTÁRIOS:

A pré-eclâmpsia se caracteriza por uma desordem multissistêmica progressiva, específica da gestação, que cursa com **aumento dos níveis pressóricos** associado à **proteinúria após 20 semanas de gestação**, em gestante previamente normotensa.

Na ausência de proteinúria, atualmente também se considera pré-eclâmpsia quando há **hipertensão arterial associada à lesão de órgãos-alvo maternos ou disfunção uteroplacentária**. Além disso, algumas gestantes podem não apresentar nem hipertensão arterial, nem proteinúria, e serem diagnosticadas com pré-eclâmpsia pelas lesões de órgãos-alvo sem outra causa aparente.

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



A paciente em questão apresenta elevação dos níveis pressóricos após 20 semanas de gestação e uma ultrassonografia com presença de diástole zero em artéria umbilical, o que indica disfunção uteroplacentária, fechando critérios para pré-eclâmpsia.

Incorreta a alternativa A, pois, apesar de termos indicação de exames complementares, o diagnóstico já está fechado.

Incorreta a alternativa B, pois o achado é de aumento de resistência na artéria umbilical, decorrente de uma invasão trofoblástica inadequada.

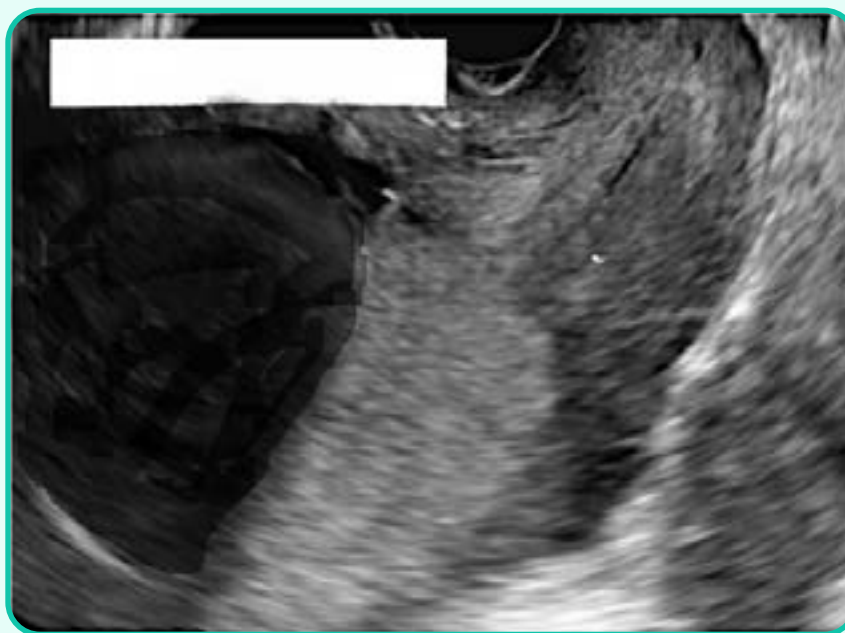
Correta a alternativa C, pois os fatores imunológicos também parecem influenciar na etiopatogenia da doença. O **excesso de carga antigênica fetal e a ausência de antígenos bloqueadores** levam à ativação da imunidade inata e das citocinas pró-inflamatórias e ao predomínio de **fatores antiangiogênicos** (fator solúvel tipo tirosina quinase- **sFlt-1** e **endoglina**) em **relação aos angiogênicos** (fator de crescimento placentário – **PlGF** e fator de crescimento endotelial – **VEGFs**). Na prática, observam-se níveis circulantes de sFlt-1 e PlGF alterados várias semanas antes das alterações clínicas da pré-eclâmpsia.

Incorreta a alternativa D, pois a proteinúria não é obrigatória.

Incorreta a alternativa E, pois a paciente deve ser internada imediatamente para seguimento com exames de gravidade e vitalidade diária.

Gabarito: C

73 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Paciente de 32 semanas vem ao pronto-socorro com queixa de sangramento vaginal há 3 horas. Refere que já apresentou 3 episódios prévios de sangramento. Nega dor pélvica, contrações ou outros sintomas. Refere boa movimentação fetal. Ao exame, apresenta-se estável hemodinamicamente e com pequena quantidade de sangue coletado em fundo de saco vaginal, sem sangramento ativo. Foi submetida à ultrassonografia abaixo.



Em relação ao caso da paciente, assinale a alternativa correta.

- A) O principal fator de risco para o quadro são as síndromes hipertensivas.
- B) Deve ser realizada a indução do parto imediatamente.
- C) Deve-se realizar amniotomia, para melhorar o prognóstico materno e fetal.
- D) O sangramento apresentado é de origem fetal.
- E) A via de parto nessa paciente será cesariana.

COMENTÁRIOS:

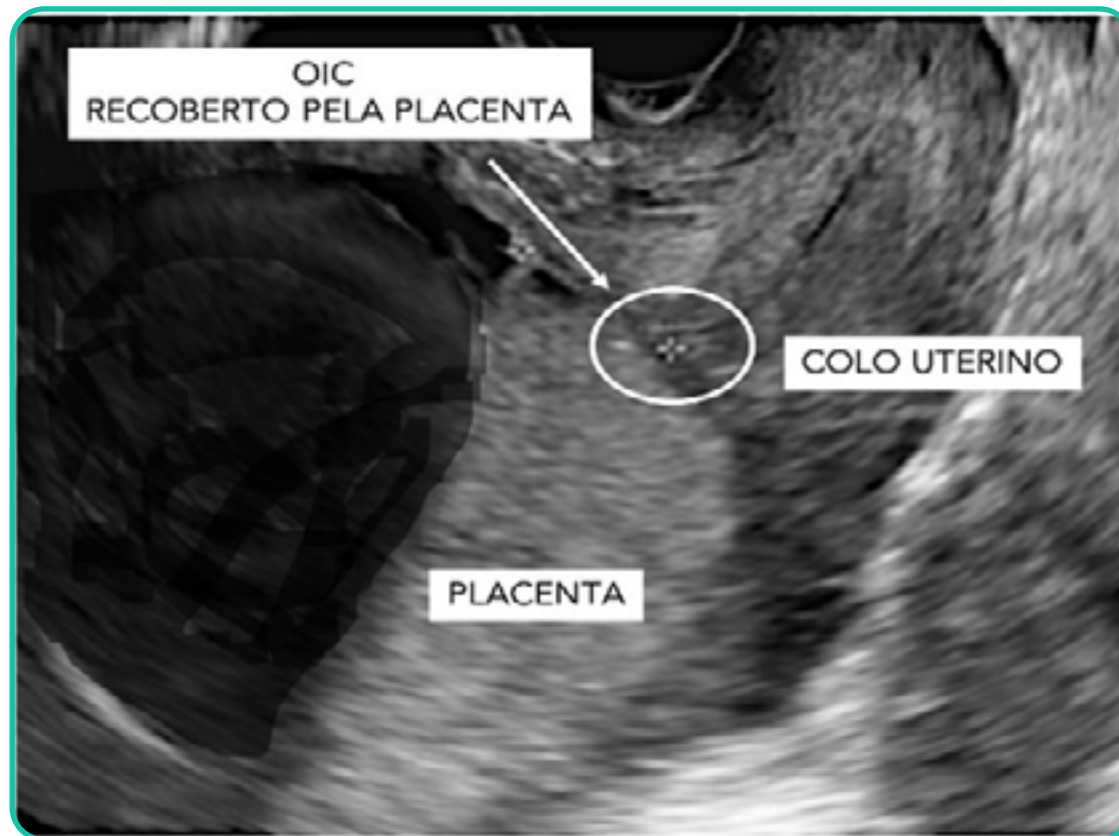
Deve-se suspeitar de placenta prévia sempre que houver sangramento vaginal após 20 semanas de gestação.

O sangramento vaginal é o principal sintoma da placenta prévia e caracteriza-se por ser **indolor, autolimitado e intermitente, isto é, ocorre diversas vezes ao longo da gestação, mas para espontaneamente**. Porém, em 10 a 20% dos casos, o sangramento pode associar-se com dor abdominal e contrações uterinas, confundindo-se com DPP, mas não temos, nesses casos, hipertonia uterina (útero lenhoso), o que ajuda na diferenciação de DPP.

Na maioria dos casos, o diagnóstico de placenta prévia ocorre por meio de **achado ultrassonográfico em exame de rotina no segundo trimestre**. A ultrassonografia identifica a presença de tecido placentário estendendo-se sobre o orifício interno do colo uterino. Contudo, aproximadamente 90% das placentas prévias identificadas no segundo trimestre não se apresentam mais prévias no terceiro trimestre, principalmente nos casos de placenta anterior. Isso se deve à **teoria de migração placentária**, em que a placenta cresce em direção ao fundo uterino, que é mais vascularizado, e as vilosidades periféricas sofrem degradação, devido ao menor suprimento sanguíneo.

Dessa forma, diante da suspeita de placenta prévia ou inserção baixa de placenta no segundo trimestre, deve-se fazer uma **ultrassonografia transvaginal no terceiro trimestre, para confirmar o diagnóstico.**

A ultrassonografia transabdominal apresenta maior taxa de falso-positivo e falso-negativo, assim, a **ultrassonografia transvaginal** é atualmente o **exame padrão-ouro** para o diagnóstico de placenta prévia. Veja a explicação da figura apresentada na questão:



A **via de parto** na placenta prévia é sempre a **cesariana**, estando o feto vivo ou morto. Como o risco de sangramento intraparto e no pós-parto é maior, deve-se solicitar reserva de sangue independentemente da cesárea ser eletiva ou de emergência. A equipe precisa estar preparada para as medidas de controle de hemorragia pós-parto, inclusive para a realização de histerectomia puerperal.

Incorreta a alternativa A, pois o principal fator de risco para placenta prévia é a cesariana prévia.

Incorreta a alternativa B, pois a paciente tem contraindicação ao parto vaginal.

Incorreta a alternativa C, pois a amniotomia é a conduta no descolamento prematuro de placenta.

Incorreta a alternativa D, pois o sangramento da placenta prévia é de origem materna.

Correta a alternativa E, pois, apesar de não haver indicação de cesariana nesse momento, quando houver indicação de resolução, essa será a via de parto.

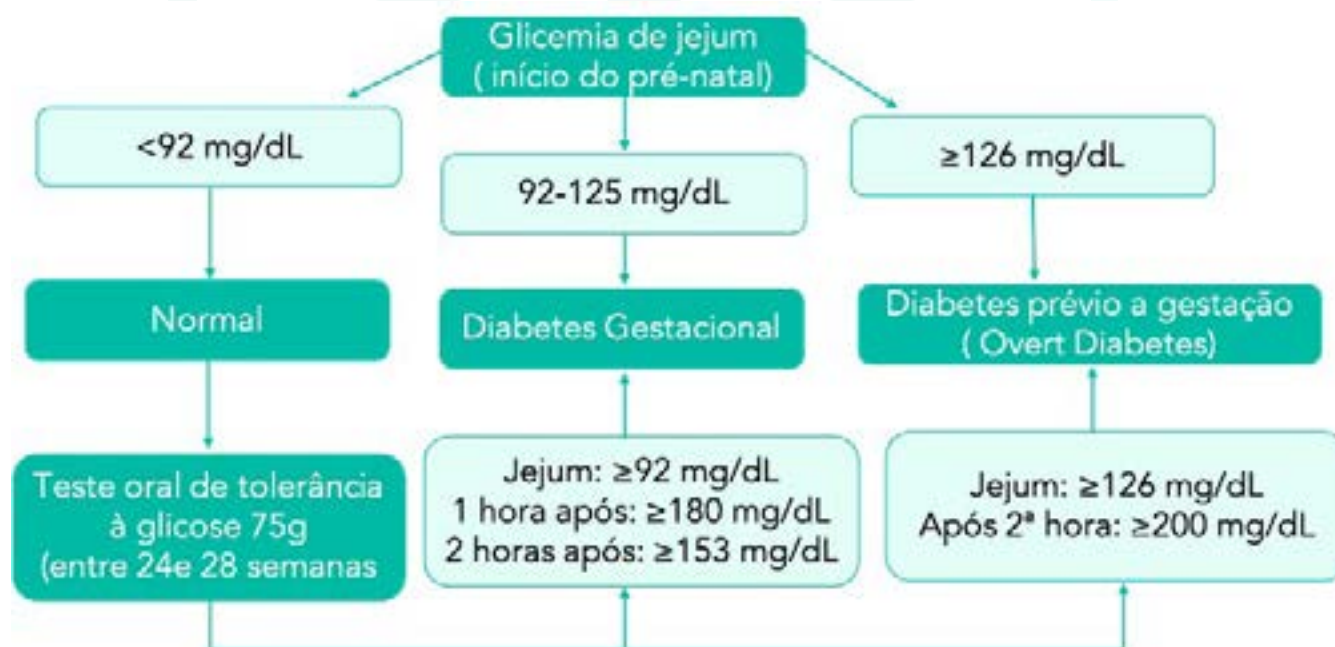
Gabarito: E

74 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante de 10 semanas vem para consulta de pré-natal trazendo seus exames: hemograma: normal; tipagem sanguínea: grupo A/ Rh positivo; glicemia de jejum: 92 mg/dL; VDRL, anti-HIV e HBsAg: não reagentes; toxoplasmose: IgG reagente e IgM não reagente. Exame de urina e urocultura: normais. Qual deve ser a conduta orientada para essa paciente?

- A) Realizar teste de tolerância oral à glicose imediatamente.
- B) Iniciar insulina NPH na dose de 0,5 Ui/kg/dia.
- C) Orientar monitorização glicêmica diária com 4 medidas.
- D) Manter seguimento de pré-natal habitual e realizar teste de tolerância oral à glicose com 24 semanas.
- E) Apenas orientações sobre prevenção de infecção por toxoplasmose.

COMENTÁRIOS:

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



Diante de uma gestante com diagnóstico de diabetes gestacional, a primeira conduta é instituir dieta e exercício físico. Além disso, a gestante deve fazer o controle diário dos índices glicêmicos (perfil glicêmico) pela aferição da glicemia capilar diária, quatro vezes ao dia. Essas medidas são essenciais para avaliar se a terapêutica com dieta e atividade física está sendo eficaz para o controle glicêmico.

Os valores das glicemias considerado normais são:

- Jejum < 95mg/dl;
- 1 hora após as refeições < 140mg/dl;
- 2 horas após as refeições < 120mg/dl.

A insulino terapia nas gestantes com DMG é indicada quando não se alcança adequado controle glicêmico, isto é: na presença de duas ou mais medidas de glicemia acima da meta, avaliadas após 7 a 14 dias de terapia não farmacológica, ou se 30 a 50% dos valores alterados em 7 dias, ou ainda se a circunferência abdominal fetal \geq percentil 75º na ultrassonografia de 3º trimestre (29 e 33 semanas de gestação), independentemente dos valores glicêmicos.

Nas gestantes com diabetes prévio à gestação (DM1, DM2 ou Overt diabetes), o tratamento inicia-se com insulino-terapia, dieta, exercício físico e controle glicêmico, que deve ser feito seis vezes ao dia.

A dose, o tipo de insulina e o momento da aplicação devem ser escolhidos de acordo com o perfil glicêmico de cada paciente. Sendo que as insulinas basais se prestam a controlar a glicemia do jejum e pré-prandiais, enquanto as insulinas prandiais se destinam a controlar a incursão glicêmica pós-prandial.

A dose inicial de insulina deve ser de 0,5 UI/kg/dia, e a necessidade de ajustes deve ser feita a cada 15 dias até a 30ª semana gestacional, e semanalmente após esse marco temporal.

Incorreta a alternativa A, pois o diagnóstico já está fechado.

Incorreta a alternativa B, pois devem ser orientadas mudanças comportamentais e monitorização glicêmica.

Correta a alternativa C, pois essa é a conduta inicial diante de um diabetes gestacional.

Incorreta a alternativa D, pois o diagnóstico já está firmado.

Incorreta a alternativa E, pois há o diagnóstico de DMG, que deve ser orientado.

Gabarito: C

75 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Uma gestante iniciou seu pré-natal com doze semanas e sua sorologia para toxoplasmose apresentou IgG e IgM reagentes. Prescreveu-se espiramicina 1g, de 8 em 8 horas. Realizou-se, então, teste de avides IgG para toxoplasmose, cujo resultado foi 70% (alta avides). Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- A) prescrever imediatamente sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico.
- B) programar amniocentese para PCR do líquido amniótico.
- C) solicitar neuroressonância fetal.
- D) considerar infecção antiga e manter pré-natal regular.
- E) manter o uso de espiramicina até o final da gestação.

COMENTÁRIOS:

Durante a gestação, o rastreamento de toxoplasmose é feito pela sorologia materna.

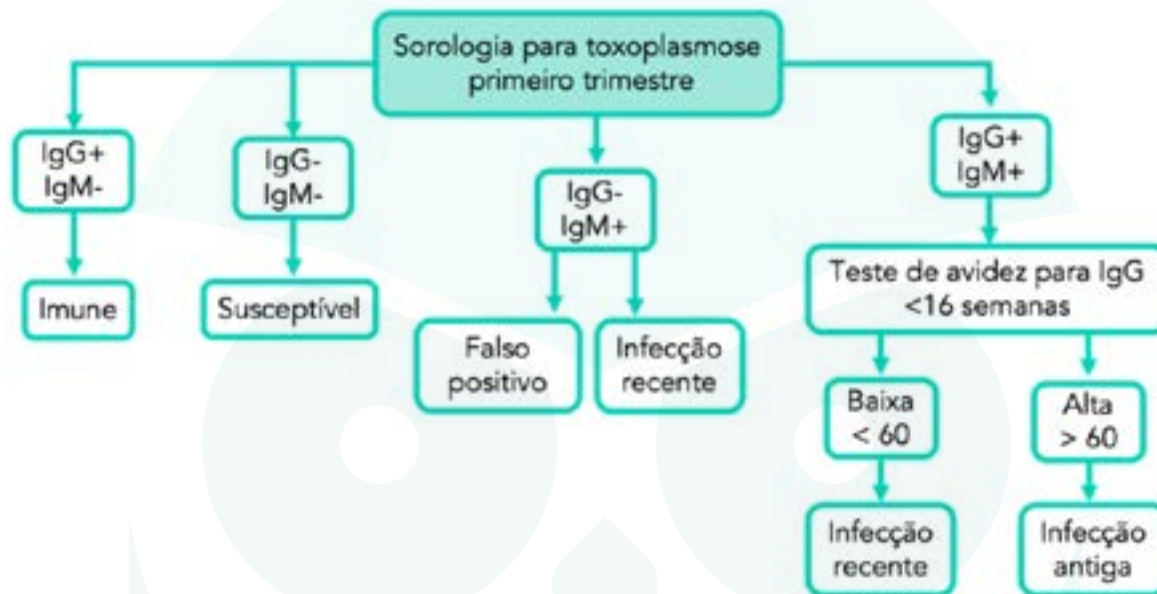
Gestantes suscetíveis têm resultados negativos para os anticorpos IgG e IgM específicos para toxoplasmose, e o acompanhamento deve ser feito com sorologia seriada (1-3 meses) e orientações preventivas.

Se a gestante apresentar IgG positivo e IgM negativo, ela é considerada imune, por isso não precisa repetir a sorologia durante o pré-natal.

Gestantes com anticorpos IgM positivo e IgG negativo podem estar com toxoplasmose aguda ou ser um caso de falso-positivo. Por isso, deve-se iniciar espiramicina e repetir a sorologia em 2 semanas. Caso se mantenha positiva, com IgG também positivo, trata-se de um caso de toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação.

Quando a gestante apresenta IgM e IgG positivos no primeiro trimestre, deve-se iniciar espiramicina e realizar o teste de avides para IgG, a fim de determinar se a infecção é recente (baixa avides) ou tardia (alta avides), uma vez que os títulos de IgM podem permanecer

positivos por até 1 ano, e o de IgG, por vários anos. A capacidade de ligação e avidéz da imunoglobulina aumenta com a maturação da resposta imunológica, por isso avidéz baixa sugere infecção recente (menos de 3 meses), e avidéz alta sugere infecção há mais de 3 meses.



No caso dessa paciente, temos uma infecção antiga pelo resultado da avidéz.

Incorreta a alternativa A, pois a paciente não tem toxoplasmose aguda.

Incorreta a alternativa B, pois não há indicação de amniocentese e, se houvesse, apenas depois de 18 semanas.

Incorreta a alternativa C, pois não há indicação de neuroressonância, exceto se houver alguma dúvida na ultrassonografia.

Correta a alternativa D, pois estamos diante de uma infecção antiga.

Incorreta a alternativa E, pois não há indicação de espiramicina.

Gabarito: D

76 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Com relação à infecção pelo HIV na gestação, assinale a alternativa correta.

- A) A terapia antirretroviral (TARV) somente deve ser iniciada após 12 semanas de gestação.
- B) A testagem para o HIV deve ocorrer apenas no primeiro trimestre e no momento do parto.
- C) Paciente com carga viral detectável e menor do que 1000 cópias/mL deve ter o parto por via cesariana.
- D) Deve-se realizar genotipagem para o HIV, antes do início da TARV.
- E) A presença de teste rápido positivo indica início de TARV e confirmação do diagnóstico com outro exame.

COMENTÁRIOS:

Para o diagnóstico de HIV, devemos sempre fazer dois exames. Podem ser feitas as seguintes combinações para diagnosticar a infecção pelo HIV:

Dois testes rápidos com amostra de sangue (de fabricantes diferentes).

Um teste rápido usando fluido oral e outro teste rápido usando sangue.

Um imunoenensaio de 3ª ou 4ª geração e um teste molecular (carga viral).

Um imunoenensaio de 3ª ou 4ª geração e um *western blot* ou imunoblot rápido.

Se ambos os testes forem positivos, temos um diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV. Se os testes forem discordantes, temos que fazer um 3º teste diferente dos anteriores.

Após confirmação diagnóstica na gestação, devemos solicitar carga viral (CV), contagem de células CD4+, genotipagem e iniciar a terapia antirretroviral (TARV).

A genotipagem é importante para rastrear possível resistência à ação das medicações e deve ser realizada para toda gestante vivendo com HIV. A contagem de células CD4+ deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal e a cada 3 meses em gestante em início de tratamento. Se a gestante já fazia uso de TARV e está com CV indetectável, deve-se dosar somente na primeira consulta e com 34 semanas de gestação, juntamente com a CV-HIV.

A CV-HIV é um dos fatores mais importantes na avaliação do risco de transmissão vertical, por isso auxilia no acompanhamento e na definição da via de parto. A taxa de transmissão vertical é < 1% nas gestantes em uso de TARV com CV-HIV indetectável. A CV-HIV deve ser solicitada durante a gestação nos seguintes momentos:

 Na primeira consulta do pré-natal, ou no diagnóstico de HV na gestação

Quatro semanas após a introdução ou mudança da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento

Na 34ª semana de gestação, para indicação da via de parto.

Todas as gestantes vivendo com HIV devem fazer uso de TARV durante toda a gestação e puerpério. A TARV deve ser iniciada na gestante o mais rápido possível, antes do resultados dos exames LT-CD4, CV-HIV e genotipagem.

O esquema preferencial para gestantes em início de TARV durante a gestação, sem uso prévio de TARV, independentemente da idade gestacional, é feito com dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e um terceiro ARV.

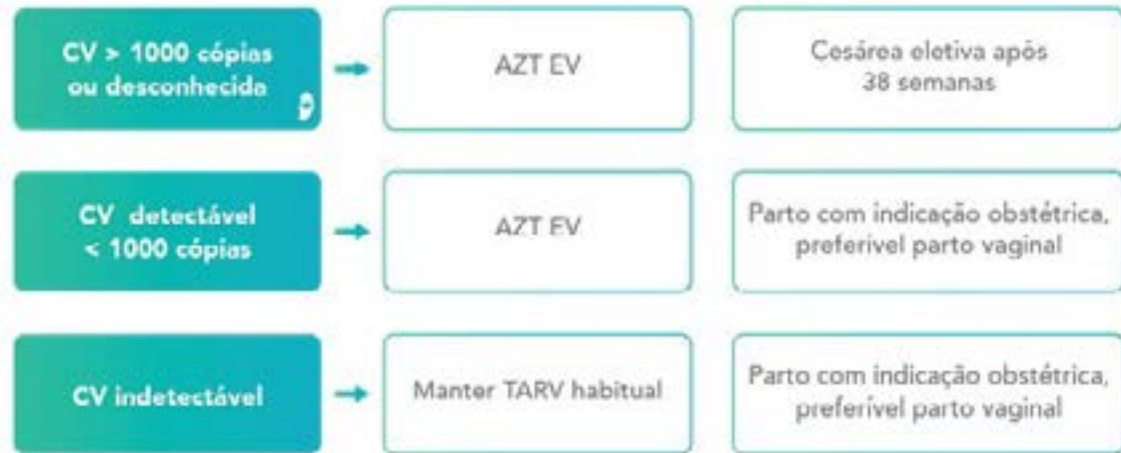
- ITRN: tenofovir e lamivudina – TDF 300mg * 3TC 300 mg

- 3ª ARV preferencial: DTG 50 mg (contraindicação: uso de anticonvulsivantes oxcarbazepina, dofetilida e pilsicainida ou efeitos adversos ou intolerância ao tratamento).

TARV 1ª escolha gestação: TENOFOVIR + LAMIVUDINA + DOLUTEGRAVIR

A indicação da via de parto dependerá da CV detectada na 34ª semana. Indica-se a cesariana eletiva após 38 semanas ou se a gestante entrar em trabalho de parto, nos casos de carga viral maior do que 1000 cópias ou desconhecida. Gestante com carga viral desconhecida ou detectável, independentemente dos valores, deve receber zidovudina endovenosa durante o trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes

da cesariana até a ligadura do cordão umbilical. Gestante com carga viral indetectável, mas com má adesão ao uso de TARV, também deve receber zidovudina endovenosa intraparto.



Incorreta a alternativa A, pois a TARV deve ser iniciada assim que o diagnóstico é confirmado.

Incorreta a alternativa B, pois deve ser realizada no primeiro e no terceiro trimestres, além do parto.

Incorreta a alternativa C, pois nesses casos a via de parto é de indicação obstétrica.

Correta a alternativa D, pois não precisamos esperar o resultado da genotipagem, mas ela deve ser feita antes do início da TARV

Incorreta a alternativa E, pois a TARV deve ser iniciada somente após a confirmação do diagnóstico.

Gabarito: D

77 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Primigesta, idade gestacional cronológica de 6 semanas, deu entrada no PSO com queixa de sangramento vaginal há 4 horas. Refere sangramento vaginal escuro em pequena quantidade, associado a cólica abdominal. Ao exame: estável hemodinamicamente especular: colo uterino sem lesões, pequena quantidade de sangue escuro coletado em fundo de saco posterior. Sem sangramento ativo. TV: colo impérvio. Realizou ultrassonografia com o seguinte achado:



OBS: sem alterações anexiais.

De acordo com o caso apresentado, assinale alternativa que representa um diagnóstico provável.

- A) Mola hidatiforme.
- B) Aborto retido.
- C) Aborto incompleto.
- D) Gestação incipiente.
- E) Gestação ectópica rota.

COMENTÁRIOS

Ao deparar-se com uma gestante com menos de 20 semanas ou na primeira metade da gestação, com queixa de sangramento vaginal, fique atento aos três principais diagnósticos:

ABORTAMENTO

GESTÃO ECTÓPICA

DOENÇA TROFOBLÁSTICA
GESTACIONAL

A principal hipótese diagnóstica diante de um sangramento vaginal da primeira metade é o abortamento e suas variações. O fluxograma abaixo resume como raciocinar essa investigação.

FORMAS CLÍNICAS



No caso dessa paciente, não temos a presença de saco gestacional, portanto as duas principais hipóteses seriam um abortamento completo ou incompleto. Porém, sem termos uma ultrassonografia prévia e um beta hCG quantitativo, não é possível afastar o diagnóstico de uma gestação incipiente.

Para avaliar a evolução de uma gestação inicial, é importante também comparar os **níveis séricos maternos de B-hCG** com a ultrassonografia transvaginal. Quando os níveis séricos de B-hCG estão **entre 1000 e 2000 mUI/ml**, na maioria das vezes, é possível observar **saco gestacional intraútero**. Níveis séricos **acima de 3500 mUI/ml** e ausência de gestação intrauterina indica gestação ectópica ou não evolutiva.

Incorreta a alternativa A, pois não há sinais clínicos ou ultrassonográficos de mola.

Incorreta a alternativa B, pois, em um aborto retido, teríamos que ter um saco gestacional tóxico.

Incorreta a alternativa C, pois o eco endometrial é menor que 15mm.

Correta a alternativa D, pois, dentre as alternativas, é a única que é plausível.

Incorreta a alternativa E, pois não há massas anexiais, líquido livre em cavidade ou sinais de sangramento intracavitário.

Gabarito: D

78 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal e o segundo principal motivo de morte em crianças menores de 5 anos, configurando um grave problema de saúde pública. Sendo assim, as intervenções obstétricas e neonatais que podem reduzir a prematuridade e/ou suas complicações são cada vez mais estudadas, por isso esse tema é de extrema relevância na Obstetrícia. Em relação à prevenção da prematuridade, assinale a alternativa correta.

- A) A avaliação do comprimento do colo para predição de prematuridade deve ser realizada no morfológico de primeiro trimestre.
- B) O valor de corte para colo curto preconizado é de 20 mm.
- C) Pacientes com história clássica de incompetência istmo cervical devem realizar cerclagem de colo uterino após o morfológico de 2º trimestre.
- D) O pessário tem elevada eficácia na prevenção de trabalho de parto prematuro em pacientes com antecedente de prematuridade espontânea.
- E) Pacientes com colo menor do que 25 mm, mesmo sem antecedentes obstétricos, têm indicação de uso de progesterona por via vaginal até 36 semanas de gestação.

COMENTÁRIOS:

As principais medidas para predição e prevenção da prematuridade são: triagem infecciosa de rotina e tratamento das infecções, medida universal do colo uterino e uso de progesterona vaginal nos casos indicados. O teste de fibronectina para predição de prematuridade, assim como a cerclagem uterina e o uso de pessário, tem suas indicações específicas na prevenção da prematuridade.

A ultrassonografia transvaginal para medição do colo uterino é preconizada como conduta universal para prevenção da prematuridade a todas as gestantes entre 19 a 24 semanas, e deve ser realizada juntamente ao ultrassom morfológico do segundo trimestre. Para gestante com história pregressa de parto prematuro, malformações uterinas ou cirurgia de colo uterino (conização ou CAF), deve ser feita uma avaliação seriada do colo uterino com início mais precoce, por volta de 16 semanas, a cada 2 semanas.

O ponto de corte para considerar um colo curto não é consenso na literatura, variando entre 15 a 25mm. Para o Ministério da Saúde, 25 mm é o ponto de corte para colo curto, isto é, colo \leq 25 mm é considerado colo curto.

A progesterona micronizada por **via vaginal** reduz o risco de parto prematuro e a morbidade neonatal em aproximadamente 30% das mulheres com gestação única e história prévia de parto prematuro espontâneo. Além disso, a progesterona também diminui o risco de prematuridade em mulheres sem fatores de risco que apresentam colo curto à avaliação ultrassonográfica transvaginal de rotina.

A progesterona vaginal deve ser oferecida em doses de 100 a 400mg/dia para todas as gestantes entre 16 a 36 6/7 semanas, com um dos seguintes fatores:

- História pregressa de parto prematuro ou perda gestacional > 16 semanas.
- Medida do colo uterino entre 16-24 semanas \leq 25mm.

Incorreta a alternativa A, pois a avaliação deve ocorrer entre 19 e 24 semanas.

Incorreta a alternativa B, pois o valor de corte é de 25mm.

Incorreta a alternativa C, pois nesses casos, a cerclagem deve ser feita após o morfológico de 1º trimestre.

Incorreta a alternativa D, pois os estudos ainda não mostraram vantagens na utilização do pessário em relação ao uso de progesterona, por isso sua utilização ainda é bastante limitada.

Correta a alternativa E, pois essa é uma das indicações clássicas de progesterona na prevenção de prematuridade.

Gabarito: E

79 79. (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante de 7 semanas vem para realizar sua primeira ultrassonografia. A imagem encontra-se abaixo.



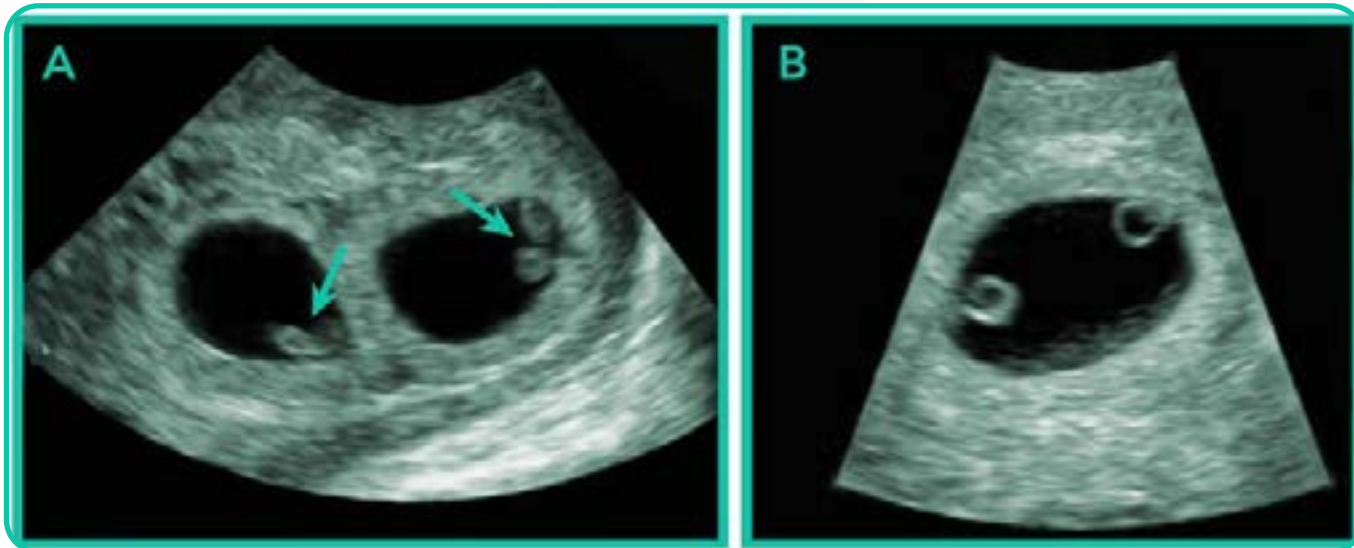
Em relação ao diagnóstico da paciente, o que podemos afirmar?

- A) Trata-se de uma gestação monozigótica.
- B) Com o avançar da gestação, surgirá o sinal do lambda.
- C) Ainda não é possível determinar a corionicidade da gestação.
- D) Podemos afirmar que se trata de uma gestação monoamniótica.
- E) A síndrome de transfusão feto-fetal não é uma complicação nesse tipo de gestação.

COMENTÁRIOS:

O conhecimento da corionicidade nas gestações múltiplas é essencial para o acompanhamento adequado da gravidez, uma vez que as gestações monocoriônicas apresentam risco maior de complicações, como síndrome da transfusão feto-fetal, sequência anemia-policitemia, gêmeo arcádico, envelhecimento de cordão e gêmeos conjugados.

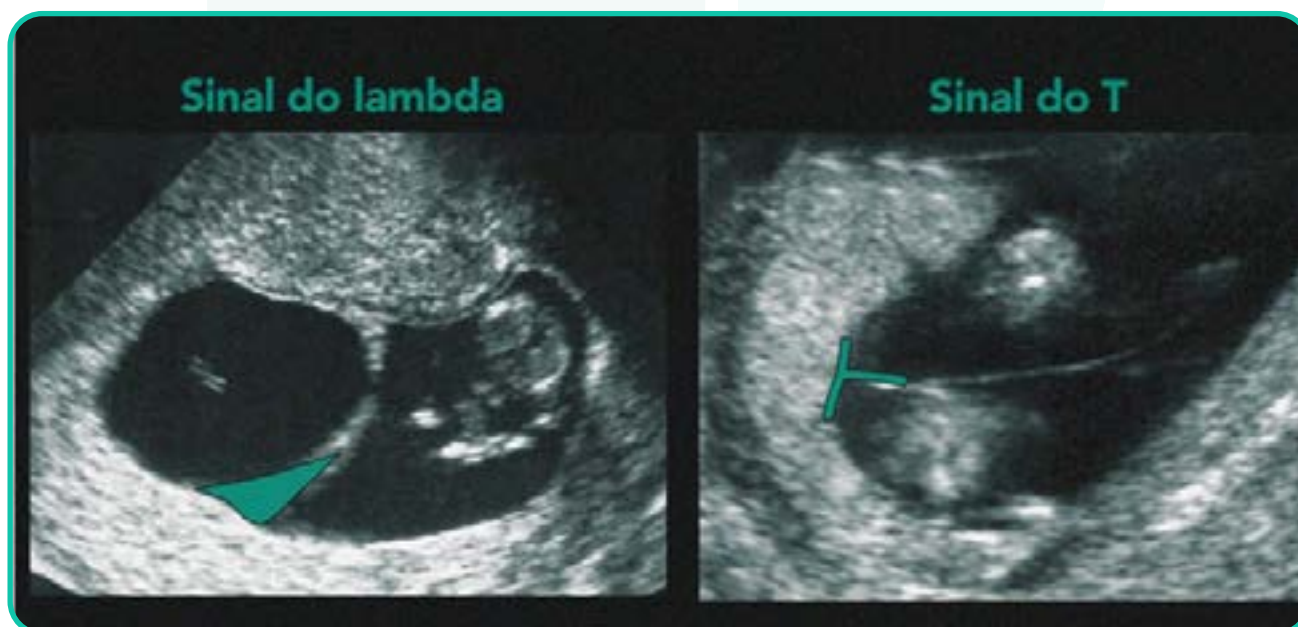
Sendo assim, o método mais efetivo para avaliar amnionicidade e corionicidade é a ultrassonografia do primeiro trimestre (entre 6 e 14 semanas). Entre 6 a 8 semanas, as gestações dicoriônicas apresentam dois sacos gestacionais e um septo espesso entre eles, e as monocoriônicas exibem um saco gestacional com dois embriões. Observe com atenção a figura abaixo, que mostra gestações gemelares de 6 semanas com corionicidades diferentes.



A partir de 9 semanas, já é possível observar o âmnio com maior precisão, podendo definir a amnionicidade pela visualização ou não da membrana amniótica. A corionicidade entre 9 e 14 semanas é determinada pelas características da membrana amniótica:

- Monocoriônica/monoamniótica: não há membrana entre os fetos.
- Monocoriônica/diamniótica: a membrana entre os fetos é fina, formando o sinal do T.
- Dicoriônica/diamniótica: a membrana entre os fetos é espessa, formando o sinal do lambda. Nesse caso, é vista uma projeção triangular do tecido placentário entre as duas membranas coriônicas, conhecido como sinal do lambda ou *Twin Peak*, caracterizando dicorionicidade.

As imagens ultrassonográficas abaixo mostram a presença do sinal do lambda e do sinal do T nas gestações dicoriônicas e monocoriônicas, respectivamente.



Correta a alternativa A, pois estamos diante de uma gestação monocoriônica e obrigatoriamente ela é monozigótica.

Incorreta a alternativa B, pois o sinal do lambda surge em gestações dicoriônicas.

Incorreta a alternativa C, pois a corionicidade está determinada, é monocoriônica.

Incorreta a alternativa D, pois podemos estar diante de uma gestação mono ou diamniótica, não sendo possível afirmar ainda.

Incorreta a alternativa E, pois essa é uma das complicações nas gestações monocoriônicas.

Gabarito: A

80 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Puérpera foi submetida a parto cesáreo por macrosomia. 30 minutos após o término do procedimento, a paciente iniciou quadro de sangramento por via vaginal. Apresenta frequência cardíaca de 96 e pressão arterial de 100x60 mmHg. Diante desse quadro, qual é a conduta a ser realizada?

- A) Realizar reabordagem cirúrgica imediata.
- B) Realizar curetagem uterina.
- C) Iniciar infusão de ácido tranexâmico.
- D) Inserir balão de tamponamento intrauterino.
- E) Apenas manter observação, pois a paciente está estável hemodinamicamente.

COMENTÁRIOS:

A hemorragia pós-parto caracteriza-se clinicamente por sangramento maior que o esperado, que resulta em sinais e sintomas de hipovolemia e instabilidade hemodinâmica.

O protocolo de HPP da OMS 2025 define HPP pelos seguintes critérios:

- Perda sanguínea objetivamente medido ≥ 300 mL com qualquer sinal hemodinâmico anormal (pulso > 100 bpm, índice de choque >1 , pressão arterial sistólica < 100 mmHg ou pressão arterial diastólica <60 mmHg); OU
- Perda sanguínea objetivamente medida de ≥ 500 mL.

O **índice de choque (IC)** é um dos parâmetros clínicos mais usados para diagnosticar a hemorragia pós-parto, pois reflete o estado hemodinâmico da paciente mais precocemente que outros marcadores de forma isolada.

Para o cálculo do IC, divide-se a frequência cardíaca (FC) pela pressão arterial sistólica (PAS). Valores maiores ou iguais a 0,9 sugerem perda sanguínea significativa e valores a partir de 1, isto é, quando a frequência cardíaca é superior à pressão arterial sistólica, sinalizam necessidade de tratamento agressivo, incluindo a possibilidade de transfusão. Pacientes com IC entre 1,3 e 1,7 necessitam de intervenção imediata com transfusão sanguínea maciça (figura abaixo). Portanto, à medida que o índice se eleva, o prognóstico da paciente piora.

No caso dessa paciente, temos um sangramento vaginal com índice de choque de 0,96, indicando perda sanguínea significativa.

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

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



Incorreta a alternativa A, pois as condutas conservadoras são recomendadas nesse momento.

Incorreta a alternativa B, pois a principal causa de hemorragia é atonia.

Correta a alternativa C, pois essa é uma das condutas iniciais.

Incorreta a alternativa D, pois o balão deve ser usado em casos refratários.

Incorreta a alternativa E, pois a paciente tem um índice de choque alterado.

Gabarito: C

MEDICINA PREVENTIVA

81 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) A figura abaixo representa o canal endêmico para dengue na população do fictício de São Benedito do Cerrado, construído com base nos dados dos 5 anos antecedentes. A linha tracejada laranja representa os casos notificados nas semanas epidemiológicas 1 a 20 do ano 2024:

Figura 1 - canal endêmico - dengue - São Benedito do Cerrado



Imagem gerada com ajuda de Claude IA

Eixo Y: casos/semana.

Linha vermelha e azul claro: limites do canal endêmico. Linha azul escuro: média esperada para a região.

Com base na interpretação do canal endêmico, a situação epidemiológica de São Benedito do Cerrado na semana 14-15 de 2024 pode ser classificada como:

- A) endemia.
- B) zona de alerta.
- C) epidemia.
- D) pandemia.
- E) Epizootia.

COMENTÁRIOS:

Vamos lembrar as curvas de epidemias:

Uma curva epidêmica nada mais é do que o comportamento gráfico de uma epidemia. Observe que, quando isso acontece, o traçado do diagrama de controle “muda” de formato, gerando uma espécie de curva em sino.

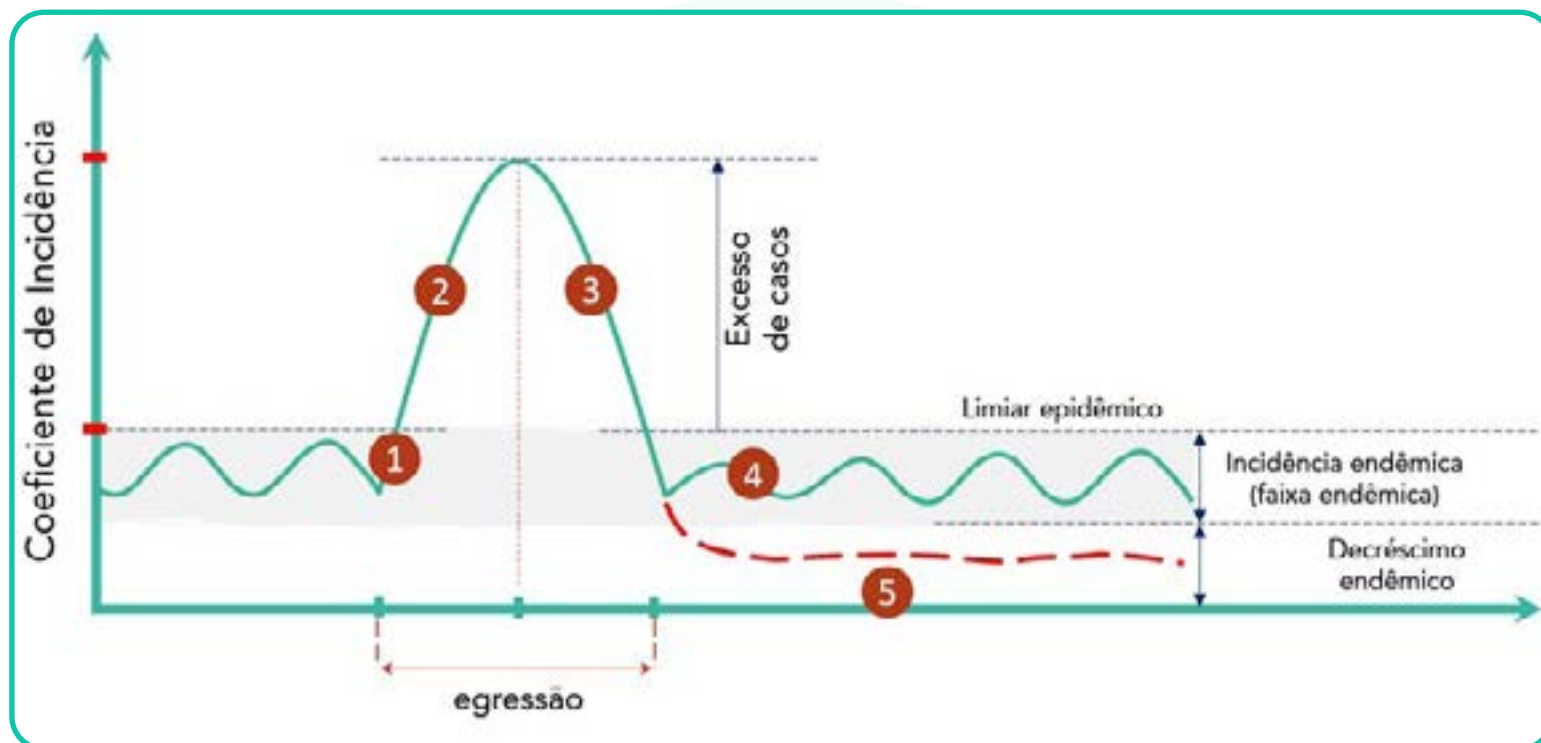


Figura 33 – A curva epidêmica e suas fases. Primeiro, temos um incremento inicial de casos (fase 1), seguido da progressão (fase 2) e da regressão (fase 3, que corresponde à última fase). Após a regressão, a doença pode assumir dois comportamentos: seu coeficiente de incidência pode estabilizar-se no mesmo nível de endemicidade anterior à epidemia (4) ou pode ser que ocorra decréscimo endêmico, que é quando a incidência diminui, saindo da faixa endêmica. Fonte: Estratégia MED.

EPIDEMIA PODE SER DESCRITA DA SEGUINTE FORMA: é todo aumento repentino da **incidência** de uma doença (ou agravo), em um curto espaço de tempo, ultrapassando o número máximo de casos que era esperado para aquela localidade, naquela época do ano. Esse aumento ocorre por um intervalo de tempo **limitado**, retornando à normalidade a seguir. Em outras palavras, é uma variação da incidência que foge ao padrão normal, levando a um excesso de casos.

Atenção aqui! Em janeiro de 2025, o Ministério da Saúde publicou um plano de contingência nacional para dengue, zika e demais arboviroses. O documento traz os estágios de preparação para uma possível epidemia de dengue e demais arboviroses, o que certamente pode aparecer na sua prova!

Observe que existem três cenários antes de a epidemia ser deflagrada:

- *Normalidade.*
- *Mobilização.*
- *Alerta.*

Qual é a diferença entre essas fases?

O cenário de **normalidade** é aquele em que a incidência permanece dentro do canal endêmico em período que não é sazonal. Aqui o risco de epidemia é pequeno.

O cenário de **mobilização** é aquele em que a incidência apresenta variação, ainda não sazonal, porém permanecendo dentro do canal endêmico.

E o cenário de **alerta** é aquele que antecede uma possível epidemia. Nele, há mobilização intensa da vigilância epidemiológica, pois o período sazonal será iniciado e há possibilidade de aumento súbito dos casos.

Se a linha de incidência (representada pela linha azul abaixo) sair do canal endêmico, aí sim teremos uma **epidemia**.

A curva observada (laranja) cruza o limite superior (vermelho tracejado) a partir da SE 12 e permanece acima por ≥ 2 semanas, configurando epidemia. A alternativa B é a armadilha principal — candidatos só sabem o conceito de “zona de alerta” tendem a escolhê-la. A alternativa D usa terminologia real do canal endêmico (“zona de sucesso”), mas invertida.

Incorreta a alternativa A. Uma **endemia** é uma doença que ocorre de forma **habitual** (ou **usual**) em uma determinada região, acometendo a população de forma **contínua** ao longo do tempo. É como se fosse um prato típico daquela localidade. Pode ter variações ao longo do tempo, **mas sem ultrapassar o limite máximo permitido (limiar epidêmico)**. No caso da questão, ultrapassou o limiar epidêmico.

Incorreta a alternativa B. O cenário de **alerta** é aquele que antecede uma possível epidemia. Nele, há mobilização intensa da vigilância epidemiológica, pois o período sazonal será iniciado e há possibilidade de aumento súbito dos casos. Se a linha de incidência sair do canal endêmico, aí sim teremos uma **epidemia**. O enunciado solicita a SE 14, na qual já estamos no período de epidemia, pois já ultrapassou o limiar do canal endêmico.

Correta a alternativa C. O caso apresentado é um aumento repentino da **incidência** de uma doença (ou agravo), em um curto espaço de tempo, ultrapassando o número máximo de casos que era esperado para aquela localidade, naquela época do ano. Esse aumento ocorre por um intervalo de tempo **limitado**, retornando à normalidade a seguir. Em outras palavras, é uma variação da incidência que foge ao padrão normal, levando a um excesso de casos. Portanto, caracteriza-se como uma epidemia.

Incorreta a alternativa D. **PANDEMIA** é toda elevação súbita e inesperada do número de casos de uma doença (ou agravo) que ocorre em uma **área geográfica muito extensa, mas tão extensa que engloba diversas nações**. No caso da questão, temos apenas informação de uma localidade restrita.

Incorreta a alternativa E, Epizootia é quando animal ou grupo de animais encontrados doentes e/ou mortos, incluindo ossadas, sem causa definida, que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos. Portanto, a epizootia é um processo epidêmico que ocorre em animais. No caso da questão, a doença está acontecendo em humanos.

Gabarito: C

82 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) O gráfico a seguir apresenta a pirâmide etária de dois municípios brasileiros fictícios — Palmares do Sul e Serra Funda — com base no censo simulado de 2022. No gráfico, a base representa a menor faixa etária (0-9 anos) e o topo representa pessoas com mais de 70 anos. Ambos pertencem ao mesmo estado e têm população total próxima (≈ 40.000 hab.):



Imagem gerada com ajuda de Claude IA

Comparando os dois municípios, a equipe de vigilância em saúde deve prioritariamente recomendar estratégias diferentes de atenção à saúde. Assinale a afirmativa mais adequada sobre essa diferenciação.

- A) Palmares do Sul apresenta perfil jovem, demandando maior investimento em imunização infantil e pré-natal.
- B) Palmares do Sul possui necessidade de expansão da atenção às doenças crônicas; Serra Funda deve priorizar saúde materno-infantil e prevenção primária.
- C) Ambos os municípios apresentam perfil semelhante de transição epidemiológica, portanto devem adotar as mesmas estratégias de atenção primária.
- D) Serra Funda exige maior investimento em cuidados paliativos e reabilitação.
- E) Não há diferenças entre as cidades.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão aborda a **interpretação de pirâmides etárias** e sua aplicação direta ao planejamento em saúde — um tema que articula transição demográfica, transição epidemiológica e organização da atenção primária.

A **pirâmide etária** é o instrumento visual que traduz a estrutura populacional de um território em termos de distribuição por **sexo e faixa etária**. Sua forma reflete o estágio da **transição demográfica** vivido pela população, e daí decorre, de forma quase inevitável, o perfil de adoecimento e morte predominante — o que se convencionou chamar de **transição epidemiológica** (Omran, 1971).

Existem três formatos clássicos de pirâmide etária que toda banca adora explorar:

1 - Pirâmide expansiva (base larga, topo estreito): característica de populações jovens, com altas taxas de natalidade e fecundidade, mortalidade infantil ainda relevante, expectativa de vida menor. As doenças predominantes são as infectocontagiosas, causas perinatais e desnutrição. As demandas prioritárias de saúde concentram-se na **saúde materno-infantil, imunização, pré-natal, puericultura e prevenção primária de doenças transmissíveis**. Serra Funda, nessa questão, representa esse perfil.

2 - Pirâmide constritiva (base estreita, topo largo — “invertida”): reflete populações envelhecidas, com baixas taxas de fecundidade e natalidade, alta expectativa de vida, predomínio de multimorbidade e dependência funcional. O perfil de adoecimento é dominado pelas

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) — hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, insuficiência cardíaca, DPOC, demências —, além de maior demanda por **reabilitação, cuidados paliativos, saúde mental do idoso e gestão de polifarmácia**. Palmares do Sul, com pirâmide invertida, representa esse perfil.

3 - Pirâmide estacionária (retangular): representa um estágio de estabilização entre nascimentos e mortes.

O conceito fundamental que conecta pirâmide à demanda assistencial é exatamente a **dupla carga de doença**, presente em países e municípios que ainda não completaram a transição — convivendo simultaneamente com doenças infecciosas e DCNT. No entanto, quando os dois municípios têm perfis opostos e bem definidos (como no enunciado), a diferenciação das estratégias é direta:

- **Município com pirâmide jovem (base larga):** o investimento prioritário recai sobre **pré-natal de qualidade, puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, calendário vacinal infantil, planejamento familiar, aleitamento materno** e controle de doenças infecciosas. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB — Portaria GM/MS nº 2.436/2017) reconhece explicitamente a saúde da criança e da mulher como eixos prioritários da ESF.
- **Município com pirâmide envelhecida (base estreita):** o sistema de saúde deve estar estruturado para **linhas de cuidado das DCNT, rastreamento de complicações (retinopatia, nefropatia, neuropatia diabética, hipertrofia ventricular), promoção da atividade física no idoso, prevenção de quedas, saúde bucal do idoso, cuidados paliativos domiciliários** e suporte à família/cuidador. A **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI — Portaria GM/MS nº 2.528/2006)** estabelece a manutenção da capacidade funcional como eixo central — diferentemente da lógica curativista.

Essa questão testa especificamente se o candidato lê corretamente a pirâmide — identificando que município é jovem e qual é envelhecido — e, a partir daí, associa corretamente o perfil demográfico às demandas assistenciais. A alternativa correta é aquela que preserva essa associação sem inverter ou homogeneizar os perfis.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. O enunciado descreve Palmares do Sul com **pirâmide invertida** — base estreita e topo largo — o que configura uma população **envelhecida**, não jovem. As demandas de imunização infantil intensiva e pré-natal de alta cobertura são características de populações com **pirâmide expansiva (base larga)**. Essa alternativa é o distrator perfeito para quem não prestou atenção na descrição do gráfico ou confundiu as formas das pirâmides. É a inversão pura e simples dos perfis.

Correta a alternativa B. Essa alternativa lê corretamente ambas as pirâmides e aplica com precisão a lógica da transição epidemiológica. Palmares do Sul, com pirâmide envelhecida, tem demanda crescente por atenção às **DCNT** — hipertensão, diabetes, DPOC, cardiopatias —, além de reabilitação e suporte ao idoso. Serra Funda, com pirâmide jovem, tem demanda por **saúde materno-infantil, vacinação, pré-natal, puericultura e prevenção primária de doenças infecciosas**. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e a PNAB corroboram essa diferenciação.

Incorreta a alternativa C. O enunciado explicita pirâmides **opostas** nos dois municípios. Afirmar perfis semelhantes contradiz diretamente os dados fornecidos. Além disso, do ponto de vista teórico, mesmo municípios de um mesmo estado e com população total similar podem estar em **estágios muito diferentes de transição demográfica e epidemiológica**, como é o caso no Brasil — fenômeno conhecido como **polarização epidemiológica** (Frenk *et al.*). A homogeneização das estratégias é epidemiologicamente incorreta e ignora o princípio da **equidade** do SUS.

Incorreta a alternativa D. Serra Funda tem **pirâmide expansiva** — base larga, topo estreito — característica de população jovem. Cuidados paliativos e reabilitação de alta complexidade são demandas predominantes em populações **envelhecidas**, com maior prevalência de DCNT em estágio avançado e maior dependência funcional. Essa indicação seria adequada para **Palmares do Sul**, não para Serra Funda. Assim como a alternativa A inverte os perfis por troca de nome, a alternativa D inverte ao atribuir a demanda errada.

Incorreta a alternativa E. Há, sim, diferença na distribuição etária de cada cidade.

Gabarito: B

83 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) O gráfico a seguir apresenta a incidência semanal de casos de uma doença infecciosa no município hipotético de Vila Esperança (população: 120.000 hab.) durante 20 semanas de vigilância sentinela:



Com base na curva epidêmica apresentada e considerando que uma campanha de vacinação foi realizada entre as semanas epidemiológicas 13 e 15, qual é a principal conclusão que a vigilância epidemiológica municipal deve comunicar à gestão?

- A) A campanha de vacinação foi efetiva, pois a 2ª onda apresentou pico inferior ao da 1ª onda.
- B) Não é possível atribuir causalidade à campanha pela ausência de grupo controle e pelo intervalo insuficiente entre a vacinação e o início da 2ª onda.
- C) A 2ª onda configura reemergência da cepa original, indicando falha imunológica completa da população em relação à vacinação.
- D) O município deve suspender novas doses de *booster*, pois a curva demonstra imunidade de rebanho estabelecida na 1ª onda.
- E) Não é possível tirar nenhuma informação do gráfico e que esse tipo de coleta de dados deve ser suspensa.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão aborda a **interpretação de curvas epidêmicas** e os **limites de causalidade em estudos ecológicos e observacionais** — um tema que articula vigilância epidemiológica, epidemiologia analítica e raciocínio causal rigoroso.

A **curva epidêmica** é a representação gráfica da distribuição de casos de um agravo ao longo do tempo, geralmente por semana epidemiológica (SE). Ela é a ferramenta central da vigilância epidemiológica para caracterizar surtos e epidemias, e sua leitura correta exige atenção a alguns elementos fundamentais:

1 - Padrão da curva: permite inferir o modo de transmissão.

1. *Fonte pontual:* pico único e queda abrupta — exposição comum em momento único (ex.: surto alimentar).

2. *Fonte contínua ou propagada:* pico prolongado ou múltiplos picos com ascensão gradual — transmissão pessoa a pessoa ou exposição contínua.

3. *Fonte mista:* combinação dos dois padrões.

2 - Período de incubação: a distância entre a exposição e o pico da curva permite estimar o agente etiológico.

3 - Magnitude: número de casos e taxa de ataque.

4 - Tendência temporal: ascensão, platô, declínio — e se há recorrência (ondas sucessivas).

5 - Contextualização com intervenções: quando há intervenção no período estudado, é tentador atribuir causalmente a queda ou a elevação dos casos à intervenção — mas isso exige cautela epidemiológica rigorosa.

É nesse quinto elemento que reside o núcleo dessa questão. Quando é descrita uma **campanha de vacinação entre as SE 13–15** e pergunta-se o que a vigilância deve comunicar à gestão, ela está testando se o candidato sabe distinguir **associação temporal de causalidade**. Os **critérios de Bradford Hill** para causalidade incluem, entre outros: temporalidade (a causa precede o efeito), força de associação, consistência, especificidade, plausibilidade biológica e — de especial importância aqui — **experimento** (existência de grupo controle). Uma série temporal descritiva, sem grupo comparador, sem controle de variáveis confundidoras (mudança de cepa, sazonalidade, comportamento populacional, subnotificação), **não permite inferência causal**. O que se observa no gráfico é uma **associação ecológica** — a vacinação ocorreu no mesmo período em que a incidência começou a cair e antes de uma segunda onda surgir —, mas associação não é causalidade.

Estrategista, preste atenção aqui! Há um problema de **temporalidade insuficiente**: a 2ª onda iniciou-se já na SE 14, exatamente quando a campanha estava acontecendo. Para que a vacinação proteja contra uma onda subsequente, seria necessário tempo para desenvolvimento da resposta imune humoral e celular — em geral, **2 a 4 semanas após a dose** para resposta plenamente estabelecida. Uma 2ª onda que emerge durante a campanha não pode ser atribuída à proteção vacinal, pois o intervalo imunológico não foi respeitado.

Nessa questão, exige-se que você reconheça dois problemas simultâneos para declarar que a vacinação foi efetiva: a ausência de grupo controle e o intervalo insuficiente entre a vacinação e o início da nova onda. A alternativa correta captura precisamente esses dois limitantes.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. O fato de o pico da 2ª onda (162/100k, SE 16) ser inferior ao da 1ª onda (180/100k, SE 7) é uma observação descritiva válida. No entanto, **inferir efetividade vacinal a partir dessa comparação é epidemiologicamente incorreto**. Inúmeros outros fatores poderiam explicar a menor magnitude da 2ª onda: imunidade adquirida naturalmente na 1ª onda, mudança no comportamento da população, alteração na cepa circulante com menor virulência, subnotificação diferencial, ou simplesmente variação aleatória. Sem grupo controle não vacinado e sem controle das variáveis confundidoras, a atribuição causal à vacina é especulativa. Essa é a alternativa mais sedutora — portanto, a mais perigosa para quem ainda não consolidou o raciocínio epidemiológico.

Correta a alternativa B. Essa alternativa é tecnicamente precisa em dois planos distintos e complementares. No plano **metodológico**, a ausência de grupo controle impede o cálculo de qualquer medida de associação (RR, OR, eficácia vacinal), pois não há como comparar o que ocorreu com o que *teria ocorrido* sem a vacina. No plano **imunológico**, a 2ª onda iniciou-se na SE 14 — exatamente quando a campanha estava sendo concluída —, tempo insuficiente para que a resposta de *booster* estivesse plenamente estabelecida. A vigilância epidemiológica tem o dever funcional, amparado pela **Lei 8.080/1990**, de comunicar resultados com o grau de certeza que os dados permitem, evitando conclusões precipitadas que possam distorcer políticas públicas.

Incorreta a alternativa C. O gráfico fornece apenas dados de incidência por semana epidemiológica. **Não há qualquer informação sobre caracterização virológica ou genômica** — portanto, afirmar que se trata de “reemergência da cepa original” é especulativo e sem base nos dados apresentados. A 2ª onda poderia ser causada por uma variante nova (o que seria mais compatível com o período pós-1ª onda), por declínio da imunidade natural, ou por aumento de suscetíveis por importação de casos. “Falha imunológica completa” é uma afirmação absoluta — e linguagem absoluta em epidemiologia é sinal de alerta para alternativa incorreta.

Incorreta a alternativa D. A **imunidade de rebanho** (ou imunidade coletiva) ocorre quando uma proporção suficiente da população está imune — por infecção natural ou vacinação — de modo que a transmissão sustentada do agente é interrompida. Para a covid-19, essa proporção é estimada entre 60% e 95%, dependendo da cepa e da eficácia da imunidade. A própria existência de uma **2ª onda expressiva** (pico de 162/100k na SE 16) é a evidência mais direta de que a imunidade de rebanho **não foi estabelecida** após a 1ª onda — se fosse, não haveria casos suficientes para sustentar uma nova onda. Suspender *booster* com base nessa interpretação seria uma decisão tecnicamente indefensável e potencialmente danosa à saúde da população.

Incorreta a alternativa E. É importante sabermos como funcionou a propagação da doença, e podemos criar e desfazer hipóteses conforme o gráfico, assim a recomendação de suspender a coleta de dados está incorreta.

Gabarito: B

84 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) O mapa a seguir representa a distribuição de casos notificados de leptospirose no município fictício de Barro Molhado (pop. 45.000 hab.) durante o período chuvoso de 2024. Os pontos vermelhos escuros representam casos confirmados e mais claro representa um caso suspeito; os pontos azuis, prováveis fontes de exposição identificadas pela vigilância:



Imagem criada com ajuda de Claude IA

Diante desse cenário, a equipe de vigilância epidemiológica deve como resposta mais adequada e completa:

- A) iniciar quimioprofilaxia com doxiciclina para toda a população da Vila Várzea.
- B) notificar o caso do Bairro Leste como surto independente e acionar o Ministério da Saúde.
- C) realizar busca ativa de casos na Vila Várzea, investigar o nexos do caso do Bairro Leste e acionar o saneamento para controle das fontes identificadas.
- D) suspender atividades na Vila Várzea e aguardar confirmação laboratorial de todos os casos antes de qualquer intervenção.
- E) Não intervir no local para não causar iatrogenias.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão aborda a **investigação e o controle de surto de leptospirose** — um tema que integra vigilância epidemiológica, análise espacial de casos, ações de saneamento ambiental e quimioprofilaxia seletiva.

A **leptospirose** é uma zoonose de notificação compulsória causada pela bactéria *Leptospira sp*, transmitida principalmente pelo contato com água ou solo contaminados pela urina de roedores. No Brasil, é agravo de notificação compulsória imediata pelo SINAN, com

surtos tipicamente associados ao período chuvoso, alagamentos e condições precárias de saneamento — exatamente o cenário descrito no enunciado.

A **investigação epidemiológica de campo** diante de um *cluster* de casos segue algumas ações, que as bancas cobram:

1 - Confirmar a existência do surto: comparar o número de casos com a linha de base esperada para o período e local.

2 - Caracterizar os casos (pessoa, tempo, lugar): a distribuição espacial apresentada no mapa já aponta um **cluster definido na Vila Várzea**, às margens do Rio Fundo, com prováveis fontes identificadas (esgoto/alagamento) — configurando um surto com hipótese etiológica e fonte bem delimitadas.

3 - Busca ativa de casos: fundamental para capturar casos não notificados espontaneamente, calcular a taxa de ataque real e dimensionar a magnitude do surto. Na leptospirose, especialmente, muitos casos leves ou oligossintomáticos não chegam à atenção médica.

4 - Investigação de casos sem nexos aparente: o caso isolado no Bairro Leste, **sem nexos epidemiológicos com o cluster principal**, exige investigação individualizada — pode representar uma fonte secundária não identificada, um caso importado ou simplesmente exposição diferente. Enquanto não investigado, **não configura surto independente** apenas por sua localização geográfica distinta.

5 - Controle da fonte: identificadas as prováveis fontes (esgoto/alagamento na margem do Rio Fundo), o acionamento dos setores de saneamento e meio ambiente para eliminação ou controle das fontes é ação concomitante e prioritária — sem controle da fonte, novos casos continuarão ocorrendo independentemente do tratamento dos casos já identificados.

6 - Quimioprofilaxia seletiva: a doxiciclina como profilaxia pós-exposição não é recomendada de forma indiscriminada para toda uma população de bairro. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leptospirose/quimioprofilaxia>

O **Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde** e a **Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017** (que consolidou as normas de vigilância epidemiológica) orientam que a investigação de surto deve resultar em **relatório de investigação e medidas de controle simultâneas** — não sequenciais. Aguardar confirmação laboratorial de todos os casos antes de agir viola o princípio da **oportunidade** da intervenção em saúde pública, especialmente em doenças com alta letalidade potencial como a leptospirose.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. A quimioprofilaxia com doxiciclina possui evidência restrita, não sendo indicada para um grupo populacional de forma indiscriminada. Aplicá-la a toda a população de um bairro expõe desnecessariamente indivíduos sem risco real aos efeitos adversos do antibiótico, gera pressão seletiva para resistência bacteriana e não substitui as medidas de controle ambiental da fonte. A Vila Várzea tem aproximadamente uma fração da população de 45.000 habitantes — uma quimioprofilaxia em massa seria desproporcional, sem indicação técnica e potencialmente danosa.

Incorreta a alternativa B. **Surto** é definido como a ocorrência de casos em número superior ao esperado para uma área e período, com nexos epidemiológicos entre si. Um único caso no Bairro Leste, explicitamente descrito como “sem nexos epidemiológicos” com o *cluster* principal, **não preenche os critérios para surto independente**. O acionamento do Ministério da Saúde é indicado para surtos de magnitude ou complexidade que excedam a capacidade de resposta municipal — não para um caso isolado ainda em investigação. A conduta correta é investigar o caso, não o classificar precipitadamente, até porque está como considerado um “caso suspeito”.

Correta a alternativa C. Essa alternativa captura com precisão as três ações prioritárias e concomitantes que a vigilância epidemiológica deve executar. A **busca ativa na Vila Várzea** é necessária para dimensionar o surto real e identificar casos graves precocemente. A **investigação individualizada do caso do Bairro Leste** é tecnicamente correta — um único caso geograficamente isolado, sem nexos epidemiológicos estabelecidos, não configura surto independente e requer investigação antes de qualquer escalada de resposta. O **acionamento do saneamento** para controle das fontes identificadas pelo mapa (esgoto/alagamento na margem do Rio Fundo) é a medida de controle primário — sem ela, o surto se perpetua independentemente das demais ações.

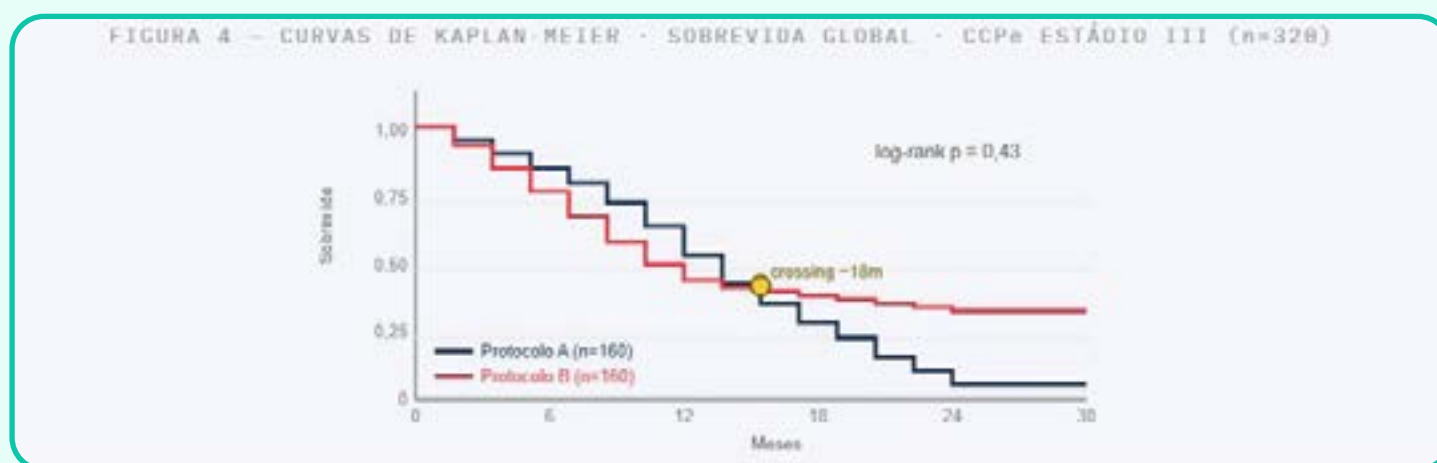
Incorreta a alternativa D. Em saúde pública, a **ausência de confirmação laboratorial não é justificativa para omissão de medidas de**

controle quando há forte suspeita epidemiológica e casos graves em curso. A leptospirose tem janela terapêutica estreita — o tratamento precoce com penicilina ou doxiciclina, iniciado antes do 5º dia de doença, reduz significativamente a mortalidade. Aguardar confirmação laboratorial de *todos* os casos para, então, agir causaria atraso inadmissível em um surto ativo. Além disso, “suspender atividades” é uma medida sem definição operacional clara e sem respaldo nas normas de vigilância para esse agravo.

Incorreta a alternativa E. Não realizar nada seria uma negligência com a responsabilidade sanitária à população.

Gabarito: C

85 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) O gráfico a seguir apresenta curvas de sobrevida de Kaplan-Meier de um ensaio clínico fictício comparando dois protocolos de quimioterapia (Protocolo A vs. Protocolo B) em pacientes com câncer de pulmão de células pequenas (CCPe) estágio III. O desfecho é óbito por qualquer causa:



Mediana de sobrevida: Protocolo A: 14 meses; Protocolo B: 12 meses.

Imagem gerada com auxílio de Claude IA.

Com base na análise das curvas de Kaplan-Meier apresentadas, assinale a afirmação mais adequada.

- A) O Protocolo A é superior ao B, pois apresenta melhor sobrevida nos primeiros 18 meses, período de maior relevância clínica no CCPe estágio III.
- B) O Protocolo A é estatisticamente superior ao B, pois a mediana de sobrevida é maior (14 vs. 12 meses) e deve ser adotado como protocolo padrão.
- C) O cruzamento das curvas viola o pressuposto de riscos proporcionais, limitando a interpretação do log-rank e da mediana como critérios únicos.
- D) O valor de $p = 0,43$ indica que ambos os protocolos têm sobrevida idêntica em todos os pontos do seguimento, tornando qualquer escolha entre eles igualmente válida.
- E) Os resultados provavelmente não são verídicos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão aborda a interpretação de curvas de sobrevida de Kaplan-Meier em ensaio clínico com cruzamento das curvas, cobrando que você identifique as implicações metodológicas desse fenômeno sobre a validade do teste *log-rank*, do modelo de Cox e

do uso isolado da mediana de sobrevida como critério de comparação. QUESTÃO DIFÍCIL! As provas de Residência estão tendendo a cada vez cobrar mais medicina baseada em evidências. Coloquei esse tema para já ver uma vez na vida esse conceito. Mas espera-se que você saiba pelo menos o que significa a curva e como interpretá-la. Sabendo os conceitos gerais, conseguiria ir por eliminação das outras alternativas.

As curvas de Kaplan-Meier são a representação gráfica padrão da função de sobrevida em estudos que avaliam tempo até um evento (óbito, recidiva, progressão de doença). Em cada ponto do eixo X (tempo), a curva mostra a probabilidade estimada de o indivíduo ainda não ter apresentado o desfecho. A comparação entre dois grupos é feita, convencionalmente, pelo **teste log-rank**, que acumula as diferenças observadas *versus* esperadas em cada evento ao longo de todo o seguimento, gerando um valor de p global.

O pressuposto central do teste *log-rank* — e do modelo de **regressão de Cox** — é o de **riscos proporcionais (*proportional hazards*)**. Esse pressuposto afirma que a razão de riscos (*hazard ratio*, HR) entre os dois grupos é **constante ao longo do tempo**. Em termos gráficos de MODO SIMPLIFICADO, curvas que respeitam esse pressuposto **não se cruzam**: uma permanece consistentemente acima (ou abaixo) da outra desde o início até o fim do seguimento. (obs: Isso é **didaticamente útil**, mas **não é rigorosamente verdadeiro**. Curvas podem: se aproximar muito ou até cruzar levemente por variabilidade amostral)

Quando as curvas de Kaplan-Meier se cruzam (o chamado **crossing das curvas**), esse pressuposto é violado. O que isso significa na prática?

1. O teste log-rank torna-se menos adequado como critério único de comparação, pois ele pondera igualmente todos os pontos do tempo e pode ser “anulado” quando uma curva é melhor no início e pior no final (ou vice-versa). O resultado do p-valor passa a depender muito da distribuição dos eventos ao longo do tempo, podendo ser não significativo mesmo quando há diferenças clinicamente importantes em janelas temporais específicas.

2. A mediana de sobrevida isolada é insuficiente. A mediana captura apenas o ponto em que 50% dos pacientes atingiram o desfecho. Se uma curva apresenta maior mediana (p. ex., 22 vs. 16 meses), isso não garante que ela seja superior em todos os horizontes temporais — especialmente se a curva “vencedora” na mediana era inferior nos primeiros meses.

3. A interpretação depende do horizonte temporal priorizado clinicamente. Se o paciente tem perspectiva de sobreviver poucos meses (cuidados paliativos, *performance status* ruim), o protocolo com melhor sobrevida precoce pode ser preferível. Se o objetivo é maximizar a chance de sobrevida longa, o protocolo com maior mediana pode ser favorecido — desde que os pressupostos metodológicos permitam essa conclusão.

Alternativas metodológicas ao *log-rank* quando há cruzamento de curvas incluem: **RMST (*restricted mean survival time*)**, que compara a área sob a curva até um horizonte temporal predefinido; modelos de riscos não proporcionais; e análise estratificada por período.

Nessa questão, o gráfico mostra curvas que se cruzam, com o Protocolo A apresentando melhor sobrevida inicial e o Protocolo B com maior mediana. Esse cenário invalida tanto a conclusão simplista da alternativa A (recorte arbitrário do período) quanto a da alternativa B (uso acrítico da mediana), e o p-valor de 0,43 do *log-rank* deve ser interpretado com cautela — não como evidência de “sobrevidas idênticas”.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. A afirmação comete o erro de **definir arbitrariamente um recorte temporal** (18 meses) e utilizá-lo como critério de superioridade sem justificativa metodológica pré-especificada. O fato de o Protocolo A ser melhor nesse intervalo não implica superioridade global — especialmente quando as curvas se cruzam, sugerindo que o Protocolo B pode ser superior além dos 18 meses. Além disso, a afirmação de que 18 meses é “o período de maior relevância clínica” no CCPe estágio III não foi previamente definido no desenho do estudo nem constitui um padrão universal, não sendo possível afirmar isso “Com base na análise das curvas de Kaplan-Meier apresentadas”.

Incorreta a alternativa B. Essa alternativa exemplifica o **uso acrítico da mediana** na presença de cruzamento de curvas — um dos erros mais cobrados em provas de epidemiologia clínica. A mediana (ponto em que 50% dos pacientes morreram) não descreve o comportamento da curva em outros percentis. Quando as curvas se cruzam, o protocolo com maior mediana pode ter sido inferior na fase inicial do seguimento. Ademais, a afirmação de “superioridade estatística” é incompatível com um p-valor de 0,43, que não alcança o

limiar convencional de significância ($p < 0,05$). A recomendação de “adotar como padrão” sem análise adequada do pressuposto de riscos proporcionais é metodologicamente inaceitável.

Correta a alternativa C. Essa alternativa sintetiza com precisão as implicações do *crossing* das curvas: violação do pressuposto de proporcionalidade dos riscos, invalidação do *log-rank* e da mediana como critérios únicos de comparação e necessidade de contextualizar a decisão clínica ao horizonte temporal relevante para o paciente.

Incorreta a alternativa D. Essa alternativa contém **dois erros conceituais sobrepostos**. Primeiro: o p-valor não mede identidade de efeito — ele mede a probabilidade de se observar uma diferença tão grande ou maior do que a encontrada, assumindo que a hipótese nula é verdadeira. Um $p = 0,43$ indica apenas que não há evidência estatística suficiente para rejeitar a hipótese nula **com o teste aplicado (*log-rank*)** — que, por sua vez, já tem validade comprometida pelo cruzamento das curvas. Segundo: mesmo com p não significativo, as curvas podem diferir substancialmente em subgrupos ou em janelas temporais específicas, o que torna a afirmação de “qualquer escolha igualmente válida” clinicamente equivocada.

Incorreta a alternativa E. Não é possível fazer essa afirmação com os dados disponíveis.

Gabarito: C

86 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) O gráfico a seguir apresenta a cobertura vacinal para tríplice viral (1ª dose) e a incidência de sarampo (por 100.000 hab.) no município fictício de **Bela Vista do Lago** entre 2010 e 2023:



Imagem gerada com ajuda do Claude IA

Legenda: linha azul - cobertura vacinal (eixo esquerdo); linha vermelha incidência (eixo direito)

Analisando o gráfico, qual é a principal conclusão epidemiológica que a vigilância em saúde deve comunicar ao Conselho Municipal de Saúde?

- A) A vacina tríplice viral perdeu eficácia após 2017, pois a cobertura ainda era razoável quando o surto teve início.
- B) O surto de sarampo ocorreu simultaneamente à queda de cobertura vacinal, demonstrando causalidade direta e imediata.
- C) A queda da cobertura vacinal a partir de 2016 levou ao acúmulo de suscetíveis, resultando em surto com defasagem de alguns anos — padrão compatível com a dinâmica de imunidade de rebanho.
- D) A cobertura de 68% em 2023, embora abaixo da meta, é suficiente para manter a imunidade de rebanho para sarampo, pois supera o limiar mínimo de 60%.
- E) É necessário penalizar de forma mais incisiva pessoas pertencentes ao movimento “antivax”.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão aborda a **dinâmica da imunidade de rebanho e a relação entre cobertura vacinal e surtos de doenças imunopreveníveis**, especificamente o sarampo — tema recorrente e de alta relevância nas provas de Residência Médica.

O gráfico apresenta dois fenômenos sobrepostos no tempo: a **queda progressiva da cobertura vacinal da tríplice viral** a partir de 2015 (de ~97% para ~68% em 2023) e o **surgimento de um surto de sarampo entre 2017 e 2022**, com pico de aproximadamente 28 casos/100.000 habitantes. A defasagem de ~3 anos entre o início da queda da cobertura e o início do surto é o dado epidemiológico central que estrutura a questão.

Para compreender esse fenômeno, é indispensável o conceito de **imunidade de rebanho** (*herd immunity*): quando uma proporção suficientemente alta da população está imune (por vacinação ou infecção prévia), os indivíduos suscetíveis ficam “protegidos indiretamente” pela barreira imunológica ao redor deles, a qual reduz a probabilidade de exposição ao agente infeccioso, interrompendo a cadeia de transmissão. Esse limiar varia conforme a transmissibilidade da doença, expressa pelo **número básico de reprodução (R_0)**.

Para o sarampo, o R_0 está entre **12 e 18** — um dos mais altos entre as doenças imunopreveníveis —, o que exige uma cobertura vacinal de **pelo menos 95%** para atingir a imunidade de rebanho. Isso é calculado pela fórmula, essa fórmula fornece uma estimativa teórica sob condições ideais:

$$\text{Limiar de imunidade de rebanho } (p) = 1 - 1/R_0$$

Para $R_0 = 15$: $p = 1 - 1/15 \approx 93\%$ (arredondado para 95% na prática programática, respeitando margem de segurança).

O mecanismo que explica a defasagem observada no gráfico é o **acúmulo de suscetíveis**: quando a cobertura vacinal cai abaixo do limiar crítico, não ocorre surto imediato. Isso acontece porque ainda há uma proporção relevante de imunes na população (os vacinados anteriores). O surto eclode apenas quando a **densidade de suscetíveis acumulados** atinge um limiar crítico para sustentar a transmissão — processo que leva meses a anos, dependendo da velocidade da queda e do tamanho do território. Esse padrão com “*lag*” epidemiológico é clássico na literatura de imunologia de populações e foi observado em surtos reais de sarampo no Brasil (2018–2019) e no mundo.

Do ponto de vista da **Vigilância em Saúde**, os dados precisam ser comunicados ao Conselho Municipal de Saúde não apenas como constatação retroativa, mas como **alerta prospectivo**: uma cobertura de 68% em 2023, com tendência de queda persistente, indica que o município permanece em **situação de risco** para novos surtos, exigindo intensificação das estratégias de vacinação.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A. O gráfico mostra queda de *cobertura*, não de *eficácia* vacinal. Em 2019, quando o surto se iniciou, a cobertura já havia caído para cerca de 75-80% — insuficiente para o sarampo, que exige $\geq 95\%$. A eficácia da vacina permanece elevada (~97% após 2 doses). Confundir cobertura com eficácia é um erro conceitual grave e um distrator clássico nas provas.

Incorreta a alternativa B. O gráfico contradiz diretamente essa afirmação: a queda da cobertura iniciou-se em 2016 e o surto emergiu apenas em 2019 — **~3 anos de defasagem**. Não há simultaneidade. Além disso, afirmar “causalidade direta e imediata” ignora o mecanismo de acúmulo progressivo de suscetíveis.

Correta a alternativa C. Essa alternativa integra corretamente todos os elementos: a **causa** (queda da cobertura), o **mecanismo** (acúmulo de suscetíveis), o **efeito** (surto) e o **padrão temporal** (defasagem de ~3 anos, explicitamente indicada na legenda do gráfico). É a conclusão epidemiológica mais completa e tecnicamente precisa para comunicar ao Conselho Municipal de Saúde.

Incorreta a alternativa D. O limiar de imunidade de rebanho para sarampo é $\geq 95\%$, não 60%. O “limiar mínimo de 60%” não tem respaldo técnico-científico para essa doença e representa uma inversão perigosa dos parâmetros programáticos do **Programa Nacional de Imunizações (PNI/MS)**.

Incorreta a alternativa E. A vigilância em saúde tem o dever de informar os dados coletados. Identificado um problema, devemos mapear a causa do problema. A alternativa comete dois erros sobrepostos: atribui causalidade exclusiva ao movimento antivacina (não

demonstrável pelos dados apresentados — o gráfico mostra queda de cobertura, mas não sua causa) e sugere implicitamente uma resposta punitivista, incompatível com a lógica da Atenção Primária à Saúde. As causas da queda de cobertura vacinal são multifatoriais e incluem hesitação vacinal, barreiras de acesso aos serviços, descontinuidade de insumos, fragilidades na busca ativa e fatores socioeconômicos. A resposta programática adequada envolve intensificação das estratégias do PNI: campanhas de multivacinação, busca ativa de faltosos, capacitação de equipes da ESF, e monitoramento contínuo da cobertura por microárea — não ações punitivas contra indivíduos ou grupos.

Gabarito: C

87 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) O mapa a seguir foi elaborado pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica a partir de dados do SINAN 2023, representando a taxa de incidência de leishmaniose tegumentar americana (LTA) por 100.000 habitantes segundo os estados brasileiros. Os dados são fictícios para fins de avaliação e apresentados em quatro faixas de intensidade:



Valores de incidência: Imagem gerada com auxílio de Claude IA

Com base exclusivamente na análise do mapa de distribuição da LTA no Brasil em 2023, a equipe de vigilância epidemiológica deve prioritariamente:

- A) intensificar as ações de controle vetorial exclusivamente na Região Norte, que é a única macrorregião com incidência em faixa muito alta, dispensando atenção especial às demais regiões.
- B) iniciar campanha de educação em saúde na Região Sul, pois a taxa de 0,8/100k representa risco iminente de expansão para áreas indenes, sendo prioritária a contenção antes do avanço da doença.
- C) investigar a anomalia epidemiológica do Rio de Janeiro (31/100k), cuja taxa é muito superior à média regional do Sudeste e desproporcional ao perfil esperado para o estado — sem negligenciar o controle na Região Norte, onde persiste a maior intensidade de transmissão (AM: 48,2/100k).
- D) reforçar exclusivamente as ações no Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba, que lideram o Nordeste, descontinuando o monitoramento nos estados com taxas abaixo de 5/100k por critério de priorização de recursos escassos.
- E) Não realizar intervenções nem monitoramento, de modo a realizar prevenção quaternária.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão direta de interpretação de mapa e gráfico.

A resposta correta exige leitura integrada de dois elementos do mapa:

- **Padrão esperado (pela análise de dados):** LTA é classicamente mais intensa no Norte e Nordeste.
- **Anomalia no mapa:** RJ com 31/100k — valor muito a média do Sudeste, marcado com círculo tracejado vermelho. Esse dado só existe neste conjunto inédito. Enquanto todos os outros estados do sudeste têm incidência muito baixa, sendo que possuem características muito semelhantes em diversos aspectos: bioma é a mata atlântica, componente urbano importante com megacidades, componente migratório. Assim, ter uma taxa muito aumentada de forma não esperada às regiões adjacentes com características semelhantes é uma anomalia que justifica maior investigação.

A conduta correta combina as duas leituras: investigar a anomalia do RJ sem abandonar o Norte — que tem a maior carga segundo os dados apresentados. Conforme dito na alternativa C.

Incorreta a alternativa A. **Ignora a anomalia do RJ** e o Nordeste com taxas moderadas-altas. Armadilha para quem associa LTA apenas com Amazônia.

Incorreta a alternativa B. A Região Sul tem taxa mínima (0,8/100k); **não há sinal de expansão nos dados do mapa**. A justificativa de contenção preventiva no Sul não está apoiada nos dados apresentados.

Correta a alternativa C: RJ com 31/100k - Esse dado só existe neste conjunto inédito. Enquanto todos os outros estados do sudeste têm incidência muito baixa, sendo que compartilham características epidemiológicas e socioambientais semelhantes em grande parte do território: bioma é a mata atlântica, componente urbano importante com megacidades, componente migratório. Assim, ter uma taxa muito aumentada de forma não esperada às regiões adjacentes com características semelhantes é uma anomalia que justifica maior investigação.

Incorreta a alternativa D. Propõe descontinuar vigilância em estados com taxa < 5/100k — o que viola o princípio de vigilância continuada e ignora que o próprio RJ (Sudeste, 12,6/100k) estaria acima desse limiar. Ademais, os 3 estados citados são os com o “laranja mais claro” indicando uma menor incidência comparado aos outros estados do nordeste que tem laranja escuro.

Incorreta a alternativa E. Não realizar nada seria uma negligência com a responsabilidade sanitária da população.

Gabarito: C

88 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) A tabela a seguir apresenta os dados de uma investigação de surto de doença diarreica aguda em uma escola municipal do município fictício de Capim Verde. Foram avaliados os alimentos consumidos no almoço do dia do surto por todos os alunos presentes:

TABELA - Taxa de Ataque por Alimento Consumido - Surto Escolar - Capim Verde

Alimento	Doentes (comeu)	TA% (comeu)	Doentes (não comeu)	TA% (não comeu)	RR
Frango grelhado	38	42,2%	14	15,6%	2,71
Arroz branco	48	32,0%	4	22,2%	1,44
Feijão carioca	45	30,6%	7	28,0%	1,09
Salada de maionese	44	68,8%	8	8,9%	7,73
Suco de laranja	30	29,1%	22	31,4%	0,93

TA%: taxa de ataque entre os que consumiram o alimento. IC 95% do RR do frango: 0,95-3,85 / arroz branco: 0,80-2,92; feijão carioca 0,74- 1,68; da salada de maionese: 3,89-15,41; suco de laranja 0,89-1,21.

Com base na análise da tabela de ataque por alimento, o veículo mais provável do surto e a conduta imediata mais adequada são, respectivamente:

- A) frango grelhado (RR = 2,71); isolamento dos casos, investigação da cadeia e coleta de amostras do frango para cultura.
- B) frango grelhado e salada de maionese igualmente; não é possível determinar o veículo único, pois ambos têm RR significativo, portanto devem ser retirados simultaneamente.
- C) salada de maionese (RR = 7,73; IC 95%: 3,89-15,41); coleta imediata de amostras do alimento, notificação ao serviço de vigilância sanitária e investigação das condições de preparo e temperatura.
- D) suco de laranja (RR = 0,93); o RR abaixo de 1 indica efeito protetor, sugerindo que a vitamina C pode ter reduzido a gravidade dos casos nos que consumiram o suco.
- E) Nenhuma das anteriores.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão aborda **investigação epidemiológica de surto alimentar** — um dos temas mais cobrados em Medicina Preventiva nas provas de Residência, exigindo domínio da **taxa de ataque (TA)**, do **risco relativo (RR)** e, especialmente, da interpretação do **intervalo de confiança 95% (IC 95%)** como ferramenta decisiva para identificar o veículo do surto.

A investigação de surtos de doença diarreica aguda (DDA) de origem alimentar é uma competência central da Vigilância Epidemiológica. O método clássico utilizado é o **estudo de coorte retrospectivo por alimento**, no qual toda a coorte exposta é rastreada para identificar quem adoeceu após consumir cada alimento.

O que é a Taxa de Ataque (TA)?

A **taxa de ataque** é uma forma especial de incidência utilizada em surtos. Ela mede a **proporção de pessoas que adoecem entre aquelas expostas a um determinado fator de risco** em um período delimitado. Sua fórmula é:

$$TA (\%) = (\text{Número de casos novos} \div \text{Total de expostos}) \times 100$$

Em surtos alimentares, calcula-se a TA para **cada alimento**, separadamente entre quem comeu e quem não comeu. O raciocínio é simples: se um alimento for o veículo do surto, espera-se que a TA entre quem o consumiu seja **muito maior** do que entre quem não o consumiu. A diferença entre essas duas taxas — chamada de **diferença de taxas de ataque** — é uma das métricas mais intuitivas para orientar a suspeita epidemiológica.

O **risco relativo (RR)** formaliza essa comparação:

$$RR = TA (\text{expostos}) \div TA (\text{não expostos})$$

Um RR = 7,73 para a salada de maionese significa que quem consumiu o alimento teve **7,73 vezes mais risco** de adoecer do que quem não consumiu — associação muito expressiva.

Contudo, o RR isolado não é suficiente. O critério para aceitar uma associação como **estatisticamente significativa** é o **IC 95% do RR não incluir o valor 1**. Quando o IC cruza 1 — como ocorre com o frango (IC 95%: 0,95–3,85) — não há evidência estatística suficiente para rejeitar a hipótese nula, independentemente do valor pontual do RR.

Analisando a tabela:

Alimento	TA (comeu)	TA (não comeu)	RR	IC 95%	Interpretação
Frango grelhado	42,2%	15,6%	2,71	0,98–2,71	IC cruza 1 → não significativo
Salada de maionese	68,8%	8,9%	7,73	3,89–15,41	IC acima de 1 → significativo ✓
Feijão carioca	30,6%	28,0%	1,09	—	IC cruza 1 → não significativo
Arroz branco	32,0%	22,2%	1,44	—	IC cruza 1 → não significativo
Suco de laranja	29,1%	31,4%	0,93	—	IC cruza 1 → não significativo

A **salada de maionese** reúne todos os critérios de implicação como veículo: maior TA entre os expostos (68,8%), menor TA entre os não expostos (8,9%), maior RR (7,74) e IC 95% inteiramente acima de 1 — conferindo significância estatística inequívoca. Do ponto de vista biológico, saladas com maionese são altamente suscetíveis à proliferação de *Staphylococcus aureus* e *Salmonella* spp. quando mantidas em temperaturas inadequadas.

A **conduta imediata** diante da identificação do veículo de um surto alimentar envolve:

1. Coleta de amostras do alimento suspeito para análise microbiológica.

2. Notificação ao serviço de Vigilância Sanitária — surtos de DDA de origem alimentar são de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 217/2023) - “Artigo 4º - Para padronização das notificações de surto de síndrome diarreica aguda com quadro sindrômico deve ser utilizado o código CID-10 “A08 Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas”. Desta forma, o código CID-10 “A09 Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível” de interesse estadual será desabilitado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.” https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/publicacoes/dncabril2024_estadual.pdf

3. **Investigação das condições de preparo, armazenamento e temperatura** do alimento.

4. **Retirada do alimento** do cardápio e interdição se necessário.

VAMOS ÀS ALTERNATIVAS!

Incorreta a alternativa A. Embora o frango apresente $RR = 2,71$ e TA elevada entre os que consumiram (42,2%), seu IC 95% é **0,98–2,71**, cruzando o valor 1 — resultado estatisticamente não significativo, compatível com o acaso. Além disso, o isolamento de casos é medida para doenças transmissíveis pessoa a pessoa, não é medida central na abordagem de surtos alimentares, por poder ser transmitida apenas por toxinas nos alimentos.

Incorreta a alternativa B. A premissa é falsa: apenas a salada de maionese possui IC 95% estatisticamente significativo. O frango, como discutido, tem IC que inclui 1. A alternativa confunde **magnitude do RR** com **significância estatística** — erro conceitual grave que a prova explora deliberadamente.

Correta a alternativa C. Reúne todos os critérios: maior RR (7,74), IC 95% inteiramente acima de 1 (3,89–15,41) e maior diferença de taxas de ataque — 68,8% entre os expostos *versus* 8,9% entre os não expostos (diferença de ~60 pontos percentuais). A conduta descrita é precisa e alinhada ao protocolo de investigação de surtos alimentares da Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Incorreta a alternativa D. $RR = 0,93$ com TAs praticamente idênticas (29,1% vs. 31,4%) indica ausência de associação relevante. Sem IC fornecido e com valor tão próximo de 1, não há base para inferir efeito protetor. A justificativa sobre vitamina C é especulativa e não sustentada pelos dados — essa alternativa testa se o candidato sabe distinguir **associação estatística real** de **narrativa biológica plausível, porém infundada**.

Incorreta a alternativa E. A alternativa C está correta.

Gabarito: C

89 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) No que tange às políticas de rastreamento (*screening*) populacional no Brasil, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) fundamentam suas decisões em critérios de magnitude, vulnerabilidade e relação custo-efetividade. Considerando as diretrizes brasileiras vigentes e a infraestrutura do SUS, qual das seguintes estratégias é DISCUTIDA no programa de rastreamento para **não** ser PRIORIZADO como programa de rastreamento de base populacional, com cogitação para ser substituída pela estratégia de diagnóstico precoce?

- A) Rastreamento de câncer de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual.
- B) Rastreamento sistemático de câncer colorretal em adultos assintomáticos acima de 50 anos por meio de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF).
- C) Rastreamento de diabetes *mellitus* tipo 2 em indivíduos com indicação.
- D) Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica em adultos acima de 18 anos durante qualquer contato com o sistema de saúde.
- E) Nenhuma das anteriores.

COMENTÁRIOS:

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e das diretrizes brasileiras de saúde pública, o rastreamento que gera debate sobre a

recomendado de forma populacional sistemática é o:

Câncer colorretal - por que ele é o ponto de debate?

- **Recursos e infraestrutura:** o rastreamento eficaz exige uma rede robusta de exames de sangue oculto nas fezes e, crucialmente, uma alta oferta de **colonoscopias** para confirmar casos positivos. Atualmente, o SUS enfrenta gargalos significativos no acesso a esse exame.
- **Priorização do MS:** o Ministério da Saúde foca seus programas de rastreamento organizado prioritariamente no **câncer de colo de útero** (Papanicolau) e no **câncer de mama**.
- **Rastreamento oportunístico vs. organizado:** enquanto as diretrizes brasileiras recomendam que o médico faça o diagnóstico precoce em pacientes que apresentam sinais de alerta, não existe um convite ativo e sistemático da população de risco, como ocorre em outros países.

Mas, professora, o que fazer quando cair na prova?

Bom, podemos sempre recorrer a recursos, principalmente se o enunciado não evidenciar essa discussão de disponibilidade de colonoscopia para a população nos testes positivos de PSOF. Esse ano, nas provas para 2026, teve uma banca que cobrou pesquisa de sangue oculto nas fezes como o rastreamento que não foi implementado como programa populacional organizado no SUS, em que a alternativa correta era outro rastreamento que é indicado sem ressalvas. Então, se cair na prova, veja com atenção as outras alternativas, não tendo nenhuma outra melhor, assinale o rastreamento de câncer colorretal, até porque, em documentos do Ministério da Saúde, é evidenciada a indicação de rastreamento. É muito raro bancas não indicarem o rastreamento de câncer colorretal, entretanto caiu neste ano de 2026 e quisemos trazer a discussão à tona.

Tabela e trechos a seguir retirados do documento: “Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021 link: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf> “

Quadro 10 - Métodos e características dos exames para o rastreamento do câncer colorretal

Exames de rastreamento	Descrição
Sangue oculto nas fezes guaiaco (g-FOBT)	Identifica a presença de hemoglobina humana e animal, além de ser sensível à peroxidase proveniente de alimentos. Necessita restrição alimentar (carne vermelha e suplementos de vitamina C) nos três dias anteriores à coleta para evitar falsos-positivos
Testes imunoquímicos fecais (FIT)	Utiliza anticorpos para a detecção da hemoglobina humana intacta ou os produtos da sua degradação nas fezes Pode ser qualitativo (para detecção da presença de hemoglobina) ou quantitativo (oferecendo resultado numérico da concentração de hemoglobina). Apresenta maior especificidade em comparação com o g-FOBT
Colonoscopia	Permite a visualização do cólon e do reto. Requer menor frequência no rastreamento O rastreio e a confirmação diagnóstica de casos com resultados positivos podem ser realizados durante o mesmo exame, já que é possível retirar as lesões (pólipos). É necessário preparo intestinal adequado e sedação
Retossigmoidoscopia	Permite visualizar a parte final do intestino grosso, o sigmoide e o reto. Pode ser rígida (mais adequada para o exame retal) ou flexível (atingindo a parte inferior do cólon). Exige preparo, e, se necessário, sedação

Fonte: Adaptado de U.S. Preventive Services Task Force *et al.*, 2016.

Legenda: g-FOBT do inglês *guaiac fecal occult blood test*.

“A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos, em 2021, recomendou o rastreamento em adultos de 50 a 75 anos (recomendação grau A), de 45 e 49 anos (recomendação grau B) e, seletivamente, entre 76 e 85 anos (recomendação grau C), as duas últimas situações baseadas em modelagem. Todos os métodos disponíveis podem ser utilizados, com periodicidades variadas (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al., 2021).”

“A OMS indica o diagnóstico precoce e o rastreamento com sangue oculto de fezes para homens e mulheres de mais de 50 anos, em países que tenham capacidade de realizar confirmação diagnóstica, referência e tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, a publicação no Caderno de Atenção Primária sobre o rastreamento (CAB 29) afirma que o rastreamento dos cânceres de cólon e reto é recomendado para pessoas de 50 a 75 anos, usando sangue oculto de fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia. Entretanto, na ausência de evidências de custo-efetividade e sustentabilidade, orienta-se que sejam priorizadas ações de diagnóstico precoce e abordagem personalizada para situações de alto risco (BRASIL, 2010).”

“A OMS recomenda que, em países que não possuem infraestrutura adequada para adoção do rastreamento populacional, devem-se priorizar o diagnóstico precoce com o reconhecimento dos sinais e sintomas e o tratamento em tempo oportuno.”

Dentro desse contexto, há diversos protocolos de secretarias estaduais de saúde do Brasil indicando o rastreamento de câncer colorretal com PSOF em pessoas assintomáticas, sem nenhum outro fator de risco, além de idade entre 50 e 75 anos.

Comparação com os outros itens:

Condição	Status no SUS
Câncer de colo de útero (Incorreta a alternativa A)	Rastreamento prioritário e bem estabelecido via exame citopatológico.
Câncer colorretal (Correta a alternativa B)	Recomendado para diagnóstico precoce, entretanto o rastreamento populacional organizado no SUS possui limitações de custo-efetividade e infraestrutura. Algumas bancas consideram: - rastreamento de câncer colorretal = correto e recomendado
Diabetes <i>mellitus</i> (Incorreta a alternativa C)	Rastreamento recomendado na Atenção Primária para grupos de risco.
Hipertensão arterial (Incorreta a alternativa D)	Rastreamento universal e rotineiro em todas as consultas de saúde.
Nenhuma das anteriores (Incorreta a alternativa E)	Correta a alternativa B.

Gabarito: B

90 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Lais Parada) Uma nova ferramenta de triagem para depressão maior foi avaliada em uma amostra de 800 pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde do município fictício de Araruba. O padrão-ouro utilizado foi a entrevista clínica estruturada. Os resultados estão na tabela a seguir:

TABELA - Desempenho do Teste de Triagem para Depressão Maior - Araruba (n = 800)

	Depressão (+)	Depressão (-)	Total
Teste (+)	140	60	200
Teste (-)	35	565	600
Total	175	625	800

A equipe de saúde mental deseja saber qual é a probabilidade de um paciente que testou positivo realmente ter depressão maior. Calcule o valor preditivo positivo (VPP) e assinale a alternativa que apresenta o resultado correto e sua interpretação mais adequada para a tomada de decisão clínica:

- A) VPP = 80%; como é superior à sensibilidade, o teste é adequado para rastreamento populacional.
- B) VPP = 70%; em cada 10 pacientes com teste positivo, 3 não têm depressão, o teste isolado não é capaz de dar o diagnóstico, deve-se realizar maior investigação.
- C) VPP = 70%; devido ao valor do VPP, possui baixa capacidade de excluir doença.
- D) VPP = 80%; o teste isolado não é capaz de dar o diagnóstico, deve-se realizar maior investigação.
- E) Nenhuma das anteriores.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão aborda **validade de testes diagnósticos**, com foco no **valor preditivo positivo (VPP)** — uma das métricas mais cobradas em provas de Residência, especialmente porque exige não apenas o cálculo correto, mas a **interpretação clínica adequada** do resultado no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A avaliação de testes diagnósticos e de triagem é tema recorrente e frequentemente mal interpretado nas provas. Para dominá-lo, é preciso entender quatro medidas fundamentais, todas extraídas de uma tabela 2x2:

Montando a tabela 2x2:

	Doença (+)	Doença (-)	Total
Teste (+)	VP = 140	FP = 60	200
Teste (-)	FN = 35	VN = 565	600
Total	175	625	800

Em que: **VP** = verdadeiro positivo, **FP** = falso positivo, **FN** = falso negativo, **VN** = verdadeiro negativo.

As quatro medidas e seus significados:

1. Sensibilidade (S) — “Capacidade de detectar quem tem a doença”

$S = VP \div (VP + FN = \text{todos os doentes}) = 140 \div 175 = 80\%$. Leitura: de cada 100 doentes, o teste identifica 80. Propriedade do teste, **independe da prevalência**.

2. Especificidade (E) — “Capacidade de identificar quem não tem a doença”

$E = VN \div (VN + FP = \text{todos não doentes}) = 565 \div 625 = 90,4\%$. Leitura: de cada 100 sadios, o teste classifica corretamente 90. Também **independe da prevalência**.

3. Valor preditivo positivo (VPP) — “Dado que o teste é positivo, qual a probabilidade de ter a doença?” O VPP depende da prevalência da doença na população — quanto maior a prevalência, maior tende a ser o VPP.

$VPP = VP \div (VP + FP) = 140 \div 200 = 70\%$. Leitura: em cada 10 pacientes com teste positivo, **7 realmente têm depressão e 3 são falsos positivos**.

4. Valor preditivo negativo (VPN) — “Dado que o teste é negativo, qual é a probabilidade de não ter a doença?”

$VPN = VN \div (VN + FN) = 565 \div 600 = 94,2\%$. Leitura: em cada 10 pacientes com teste negativo, **9,4 realmente não têm a doença**.

Implicação clínica do VPP = 70% neste contexto:

Um VPP de 70% significa que **30% dos pacientes com teste positivo são falsos positivos** — não têm depressão maior. Isso é clinicamente relevante: iniciar antidepressivos ou rotular alguém com depressão maior com base apenas nesse rastreio seria inadequado. A conduta correta é usar o teste positivo como **signalizador para investigação confirmatória**, não como diagnóstico definitivo. Esse é o papel clássico de testes de triagem na APS — **sensíveis o suficiente para não perder casos, mas que exigem confirmação antes de conduta terapêutica**.

Incorreta a alternativa A. O cálculo está errado: $VPP = 140 \div 200 = 70\%$, não 80%. O valor 80% corresponde à **sensibilidade** do teste ($140 \div 175$). Além disso, a lógica de comparar VPP com sensibilidade para definir adequação ao rastreamento é conceitualmente equivocada — para rastreamento, o critério relevante é **alta sensibilidade** (não perder casos), não a superioridade do VPP sobre qualquer outra medida.

Correta a alternativa B. Cálculo correto: $140 \div 200 = 70\%$. A interpretação é precisa e clinicamente adequada: 30% de falsos positivos entre os testes positivos impede que o resultado isolado seja usado como diagnóstico definitivo. A conduta correta na APS é usar o rastreio positivo como **signalizador para investigação confirmatória** — por exemplo, com entrevista clínica estruturada (SCID ou equivalente) — antes de qualquer conduta terapêutica.

Incorreta a alternativa C. O cálculo está correto (70%), mas a interpretação comete um erro conceitual grave: **capacidade de excluir doença é função do VPN**, não do VPP. O VPN desse teste é de 94,2% ($565 \div 600$) — ou seja, o teste tem boa capacidade de excluir depressão quando negativo. O VPP responde à pergunta “*quem testou positivo realmente tem a doença?*”, não à pergunta sobre exclusão diagnóstica.

Incorreta a alternativa D. A interpretação clínica está correta — de fato, o teste isolado não diagnostica —, mas o cálculo está errado: $VPP = 70\%$, não 80%. O valor 80% é a sensibilidade do teste. Essa alternativa é um distrator sofisticado: seduz o candidato que raciocina bem sobre a conduta, mas não domina o cálculo, levando-o a marcar uma alternativa com o número errado e a justificativa certa.

Incorreta a alternativa E. A alternativa B está correta.

Gabarito: B

91 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Paulo Dalto) Um homem de 55 anos retorna para sua consulta de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Nega tabagismo e antecedentes de doença cardiovascular conhecida. Não faz uso de medicações. Exame de rotina: LDL-C de 200 mg/dL; glicemia de jejum: 89mg/dL. Exame físico: PA 128/75mmHg; FC: 68 bpm, sem anormalidades no restante dos sistemas avaliados. Seu pai sofreu infarto agudo do miocárdio aos 48 anos. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Orientar dieta e reavaliar perfil lipídico em 3 meses antes de considerar tratamento medicamentoso.
- B) Solicitar dosagem de lipoproteína(a) para definir conduta.
- C) Solicitar teste ergométrico para estratificação antes de iniciar qualquer tratamento.
- D) Iniciar terapia combinada com estatina de alta intensidade e ezetimiba.
- E) Iniciar a monoterapia com estatina de alta intensidade imediatamente.

COMENTÁRIOS:

Para responder a essa questão, é necessário estratificar o risco cardiovascular do paciente. Vamos lá:

1 - LDL \geq 190 mg/dl = ALTO RISCO

2 - História familiar de doença coronariana precoce - parente de 1º grau com evento em idade < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher): é um **fator agravante de risco**. Portanto, o paciente deve ser reestratificado para uma categoria acima, ou seja, RISCO MUITO ALTO.

Pacientes de ALTO ou MUITO ALTO risco devem iniciar o tratamento com **terapia combinada** logo ao diagnóstico, preferencialmente uma **estatina de alta potência** (atorvastatina ou rosuvastatina) associada a **ezetimiba**.



Incorreta a alternativa A: pois o tratamento hipolipemiante combinado deve ser iniciado imediatamente.

Incorreta a alternativa B: uma Lp(a) \geq 50 mg/dl ou \geq 125 mg/dl também é um fator agravante de risco, portanto é interessante que sua dosagem seja realizada. Porém, não será essa informação que mudará o tratamento proposto. Já vimos que o paciente possui um risco muito alto apenas com as informações fornecidas.

Incorreta a alternativa C: pois o teste ergométrico não é necessário para a estratificação de risco.

Correta a alternativa D: pacientes de ALTO ou MUITO ALTO risco devem iniciar o tratamento com **terapia combinada** logo ao diagnóstico, preferencialmente uma **estatina de alta potência** (atorvastatina ou rosuvastatina) associada a **ezetimiba**.

Incorreta a alternativa E: o tratamento inicial deve ser com uma **terapia hipolipemiante combinada (2 drogas)**.

Gabarito: D

92 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Paulo Dalto) Durante uma campanha de promoção de saúde realizada pela prefeitura da cidade, um homem de 43 anos apresentou valores de pressão arterial de 152x88 mmHg. Ele foi encaminhado para a Unidade de Saúde de seu bairro para avaliação. Possui sobrepeso. Nega uso de medicamentos. Esposa refere ronco esporádico em noites após ingestão de álcool, sem pausas respiratórias. Paciente nega sonolência diurna e indisposição para trabalhar. Qual deve ser o próximo passo na avaliação da pressão arterial em consultório?

- A) Solicitar polissonografia.
- B) Checar comprimento e largura do manguito utilizado na medição.
- C) Indicar monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA).
- D) Reavaliar medida de pressão arterial em consulta de retorno.
- E) Solicitar aldosterona e renina plasmáticas.

COMENTÁRIOS:

Questão com pegadinha! Trata-se de um paciente com um fator de risco (sobrepeso) e uma aferição da PA em exame de **TRIAGEM** alterada. Repare que a medição da PA foi realizada fora do consultório, em um programa de promoção de saúde, o que levanta a possibilidade de erro de aferição.

Portanto, o próximo passo na avaliação do consultório é garantir que a pressão arterial seja aferida corretamente, com o aparelho e técnica adequada, para depois prosseguir com a investigação de uma possível hipertensão arterial.

Incorreta a alternativa A: devemos suspeitar de apneia obstrutiva do sono diante de sintomas como **sonolência diurna excessiva, sono não reparador, fadiga inexplicada, ronco alto ou irregular, pausas respiratórias testemunhadas durante o sono, engasgos ou sufocação noturna, noctúria, cefaleia matinal, boca seca ao acordar e despertares frequentes à noite**. A presença de fatores de risco, como **índice de massa corporal elevado (> 30kg/m²), circunferência cervical aumentada (homens > 43 cm; mulheres > 38 cm), hipertensão resistente**, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, diabetes tipo 2, acidente vascular cerebral ou histórico familiar, também aumenta a probabilidade de apneia obstrutiva do sono.

Correta a alternativa B: o próximo passo na avaliação do consultório é garantir que a pressão arterial seja aferida corretamente, com o aparelho e técnica adequadas, para depois prosseguir com a investigação de uma possível hipertensão arterial.

Incorreta a alternativa C: as diretrizes orientam a confirmação ou a exclusão do diagnóstico de hipertensão arterial através de um exame de monitoramento validado: MAPA (preferencial) ou MRPA. Porém, para a realização dessa etapa, é preciso se certificar que a aferição da PA foi realizada corretamente, com aparelho e técnica adequadas.

Incorreta a alternativa D: pois a reavaliação da medida da pressão arterial deve ser realizada logo na primeira consulta.

Incorreta a alternativa E: um dos principais indícios de hipertensão secundária é a presença de hipertensão resistente ou refratária. No caso em questão, nem o diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado. Portanto, a investigação para uma causa secundária de hipertensão é desnecessária.

Gabarito: B

93 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Rodrigo Frezatti) Um paciente de 34 anos está em seguimento regular no PSF e não faz uso de medicações regularmente. Tem antecedente de cirurgia bariátrica há 2 anos, além de ser tabagista e consumir bebidas alcoólicas, sobretudo aos finais de semana. Em uma das avaliações de rotina, refere dificuldade para sentir os pés tocando o chão, afirmando tropeçar quando está de olhos fechados. Ao exame neurológico, apresenta déficit de sensibilidade vibratória distal e sinal de Babinski bilateral. Considerando o mais provável diagnóstico etiológico, que outros achados você espera encontrar?

- A) Dermatite, diarreia e demência
- B) Oftalmoplegia e nistagmo
- C) Anemia hiperocrômica e macrocítica
- D) Tremor e rigidez de membros superiores
- E) Equimose, gengivorragia e hemorragia perifolicular

COMENTÁRIOS:

A questão traz um quadro clínico composto pela associação de déficit de sensibilidade vibratória e síndrome do neurônio motor superior, clássico da degeneração medular combinada subaguda. Essa condição decorre da disfunção do cordão posterior e do trato corticoespinhal lateral na medula espinhal. A principal causa é a deficiência de vitamina B12. O quadro neuromuscular envolve a chamada ataxia sensitiva, classicamente associada ao sinal de Romberg (indicativo de disfunção proprioceptiva). Nessa condição, ao se solicitar que o paciente permaneça de pé com os pés juntos e olhos fechados, ele apresentará desequilíbrio; clinicamente, o paciente costuma se queixar de dificuldade de manter o equilíbrio quando anda no escuro e apresenta uma marcha característica, descrita como talonante, em que anda batendo forte os pés no chão como consequência do déficit de propriocepção. Além do quadro neurológico, esses pacientes podem apresentar anemia macrocítica e hiperocrômica, eventualmente associada à pancitopenia, transtorno do humor e disfunção cognitiva, sendo inclusive, um dos exames solicitados no rastreio de pacientes com síndromes demenciais. O quadro pode ocorrer por déficit de absorção (anemia perniciosa, gastrectomia, ressecção do intestino delgado e gastrite erosiva) e raramente por baixa ingestão, já que a demanda diária dessa vitamina é baixa e a reserva orgânica alta. Na anemia perniciosa, pode haver associação com outras doenças auto-imunes, como vitiligo e tireodopatias.

O diagnóstico envolve a suspeição clínica e a imagem de RNM da coluna pode revelar os achados sugestivos de degeneração do cordão posterior e trato corticoespinhal. Já a avaliação laboratorial pode revelar a deficiência de vitamina B12 (< 150 pg/mL) e elevação de homocisteína e de ácido metilmalônico, especialmente úteis quando a dosagem de vitamina B12 é “duvidosa”, geralmente com valores entre 150 e 220 pg/mL. Destaca-se que a deficiência de ácido fólico pode levar a um quadro clínico semelhante e deve ser considerada no diagnóstico diferencial.

O tratamento envolve a reposição parenteral de vitamina B12, o que pode ser feito de diversas formas. Uma das estratégias envolve uma dose de 1000 mcg por semana até a correção do déficit, seguido de 1000 mcg por mês a partir de então. Uma alternativa, é o uso de uma dose de ataque de 1000 mcg por dia por 7 dias, 1000 mcg por semana por 4 semanas, 1000 mcg a cada 15 dias por 1 mês e, finalmente, 1000 mcg ao mês.

Cabe ressaltar mais um ponto! Após a reposição da vitamina, inicialmente ocorre melhora de eventuais marcadores de hemólise (1 a 2 dias); após, da reticulocitose (3 a 4 dias), então da anemia (1 a 2 semanas), da neutrofilia hipersegmentada e finalmente da leucopenia e trombocitopenia. A melhora neurológica pode demorar até 3 meses para se iniciar e se estender por até 1 ano. Além disso, em indivíduos que demandam reposição contínua (por exemplo, na anemia perniciosa), caso a medicação seja suspensa, os sintomas neurológicos serão os primeiros a recorrer, o que ocorre, em média, após 6 meses.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Essa é a tríade clássica da deficiência de vitamina B3 (niacina) que leva ao quadro de pelagra, caracterizado, entre outros sintomas, pela dermatite de área fotoexposta, déficit cognitivo e diarreia.

Incorreta a alternativa B. A presença de oftalmoplegia com nistagmo, alteração de marcha e confusão mental é característica da deficiência de vitamina B1, situação que não apresenta a associação com déficit de sensibilidade profunda ou sinais de disfunção do neurônio motor superior.

Correta a alternativa C. Exatamente! Na deficiência de vitamina B12, a principal causa de degeneração medular combinada subaguda, é comum a associação com anemia megaloblástica (hipercrômica e macrocítica).

Incorreta a alternativa D. A presença de bradicinesia, associada a rigidez ou tremor, caracteriza uma síndrome parkinsoniana, situação que não se associa a déficit de sensibilidade profunda ou à disfunção do neurônio motor superior.

Incorreta a alternativa E. Tais sintomas não são comuns na deficiência de vitamina B12 e podem ocorrer no quadro clínico conhecido como escorbuto, causado pela deficiência de vitamina C.

Gabarito: C

94 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Diego Ennes) Mulher de 62 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos e hipertensão arterial sistêmica, é acompanhada na Unidade Básica de Saúde (UBS). Em sua última consulta, os exames laboratoriais revelaram creatinina sérica de 1,4 mg/dL (estimativa de taxa de filtração glomerular - TFG de 43 mL/min/1,73m²), proteinúria de 24h de 0,8 g/dia e relação albuminúria/creatinúria (RAC) de 450 mg/g. A paciente está em uso de losartana 50 mg/dia e metformina 850 mg 2x/dia. Considerando o manejo da doença renal crônica (DRC) em paciente diabética na atenção primária, qual das condutas abaixo é a MAIS apropriada para o momento?

- A) Manter a losartana na dose atual, suspender a metformina devido à TFG < 60 mL/min/1,73m² e iniciar dapagliflozina (inibidor de SGLT2).
- B) Suspender a losartana e iniciar um diurético de alça (furosemida) para controle da hipertensão, além de encaminhar para nefrologista imediatamente.
- C) Aumentar a dose da losartana para 100 mg/dia, manter a metformina, e iniciar a espironolactona (antagonista do receptor de mineralocorticoide).
- D) Dobrar a dose da losartana para 100 mg/dia, manter a metformina com redução da dose e considerar o início de um inibidor de SGLT2 (como a dapagliflozina).
- E) Manter a losartana e a metformina na dose atual, solicitar exames a cada 6 meses e focar no controle glicêmico estrito com insulina.

COMENTÁRIOS:

Coruja, caso clássico de manejo da doença renal, antes de o paciente necessitar encaminhamento para nível secundário (especialidade).

A paciente apresenta doença renal crônica (DRC) estágio 3b (TFG entre 30 e 44 mL/min/1,73m²) e albuminúria grave (A3) (RAC acima de 300 mg/g), caracterizada pela proteinúria de 0,8 g/dia e RAC de 450 mg/g. A DRC é secundária ao diabetes mellitus (DM) e à hipertensão arterial sistêmica (HAS).

O manejo da DRC em diabéticos na Atenção Primária (APS) envolve:

- 1 - Bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): IECA ou BRA (como a losartana), que deve ser otimizado para a dose máxima tolerada para o controle da proteinúria.
- 2 - Controle glicêmico: uso de agentes com nefroproteção comprovada, como os inibidores de SGLT2 (iSGLT2) e agonistas de receptor de GLP-1 (aGLP-1).
- 3 - Controle da hipertensão e manejo das comorbidades.
- 4 - Ajuste de medicações conforme a TFG (ex: metformina).

DETALHAMENTO DAS ALTERNATIVAS:

Incorreta a alternativa A. A metformina não precisa ser suspensa para TFG entre 30 e 44 mL/min/1,73m² (DRC 3b), mas a dose deve ser reduzida (dose máxima de 1000 mg/dia). Suspender totalmente não é a conduta ideal. Lembre-se de que não reduzimos a metformina devido à nefrotoxicidade, mas sim por risco de acidose láctica mediante a doença renal. A losartana deve ter sua dose otimizada (aumentada para 100 mg/dia, se tolerada) para maior redução da proteinúria. O iSGLT2 (dapagliflozina) está bem indicado.

Incorreta a alternativa B. A losartana (BRA) é crucial para a nefroproteção e redução da proteinúria nessa paciente, devendo ser mantida e, idealmente, ter sua dose otimizada. Suspender o BRA é contraindicado. Diuréticos de alça são indicados para edema ou hipervolemia refratária, não sendo a primeira escolha para controle da HAS sem esses quadros.

Incorreta a alternativa C. Aumentar a losartana para 100 mg/dia é uma boa medida para otimizar o bloqueio do SRAA e reduzir a proteinúria. No entanto, a metformina deve ter sua dose reduzida em DRC 3b (TFG < 45). O uso de espironolactona (um bloqueador do receptor de mineralocorticoide - ARM), em associação a um BRA, é uma estratégia válida para DRC com proteinúria persistente, mas a primeira linha e a conduta *mais* apropriada no cenário atual da APS é a introdução do iSGLT2, que tem evidências superiores de nefroproteção nesta população.

Correta a alternativa D. Esta é a conduta mais alinhada com as diretrizes atuais para DRC em DM tipo 2:

- a. Otimização do Bloqueio do SRAA: aumentar a losartana de 50 mg para 100 mg/dia, que é a dose máxima e otimiza a redução da proteinúria e o controle pressórico.
- b. Ajuste de metformina: a dose deve ser reduzida (mantida com cautela e limite de dose máxima de 1000 mg/dia para DRC 3B) para evitar o risco de acidose láctica.
- c. Início de iSGLT2: o uso de iSGLT2 (dapagliflozina, empagliflozina etc.) é mandatório e configura a principal intervenção nefroprotetora e cardiovascular nessa paciente diabética com DRC e albuminúria grave (RAC > 300), independentemente do controle glicêmico.

Incorreta a alternativa E. Manter a losartana na dose submáxima e a metformina na dose plena (que é excessiva para TFG 45) não é o ideal. Focar apenas no controle glicêmico estrito sem otimizar a nefroproteção com losartana e iSGLT2 é perder a oportunidade de intervenção.

Gabarito: D

95 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Juan Demolinari) Em um paciente portador de DPOC, que apresenta dispneia progressiva aos esforços, é realizada tomografia computadorizada de tórax, evidenciando o achado mostrado na imagem abaixo:



Considerando o padrão radiológico apresentado, assinale a alternativa incorreta.

- A) Trata-se de um padrão que pode evoluir com pneumotórax espontâneo.
- B) Não é o padrão mais comum encontrado em tabagistas.
- C) O achado é mais frequente nos ápices pulmonares.
- D) É um achado possível em pacientes tabagistas.
- E) É o padrão mais comum na deficiência da enzima alfa-1-antitripsina.

COMENTÁRIOS:

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por limitação persistente ao fluxo aéreo, geralmente associada a uma resposta inflamatória crônica das vias aéreas e do parênquima pulmonar a partículas ou gases nocivos, sendo o tabagismo seu principal fator de risco. Do ponto de vista anatômico e radiológico, o enfisema, uma das manifestações da DPOC, pode ser classificado em diferentes padrões, de acordo com a distribuição das áreas de destruição alveolar: centrolobular (ou centroacinar), panlobular (ou panacinar) e parasseptal (ou distal acinar).

Na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR), esses padrões são mais bem caracterizados. O enfisema centrolobular apresenta-se como múltiplas áreas de baixa atenuação mal definidas, sem paredes visíveis, predominando nos centros dos lóbulos secundários e poupando a região subpleural, com distribuição mais evidente nos lobos superiores e forte associação com tabagismo. O enfisema panlobular, por sua vez, caracteriza-se por redução homogênea da atenuação de todo o lóbulo secundário, com rarefação vascular difusa e aspecto mais uniforme, frequentemente predominando nas bases pulmonares, sendo típico da deficiência de alfa-1-antitripsina. Já o enfisema parasseptal se manifesta por áreas de baixa atenuação bem delimitadas, de localização periférica, adjacentes à pleura e aos septos interlobulares, podendo formar cistos ou bolhas subpleurais.



O enfisema parasseptal, como evidenciado na imagem apresentada na questão, caracteriza-se pela destruição dos alvéolos localizados distalmente ao bronquíolo terminal, com predomínio nas regiões subpleurais e ao longo dos septos interlobulares. Radiologicamente, observa-se a presença de áreas hipotransparentes periféricas, frequentemente justapostas à pleura, podendo formar bolhas subpleurais. Esse padrão tem grande relevância clínica, principalmente por sua associação com pneumotórax espontâneo, especialmente em indivíduos jovens ou tabagistas.

A seguir, um resumo comparativo dos padrões de enfisema:

Tipo de enfisema	Localização predominante	Associação principal
Centrolobular	Lobos superiores	Tabagismo
Panacinar	Lobos inferiores	Deficiência de alfa-1-antitripsina
Parasseptal	Subpleural/apical	Pneumotórax espontâneo

Incorreta a alternativa A, já que o enfisema parasseptal está associado à formação de bolhas subpleurais que podem se romper, levando a pneumotórax espontâneo, sendo essa uma complicação clássica desse padrão.

Incorreta a alternativa B, já que o padrão mais comum em tabagistas é o enfisema centrolobular, e não o parasseptal.

Incorreta a alternativa C, já que o enfisema parasseptal apresenta predomínio em regiões subpleurais e frequentemente nos ápices pulmonares.

Incorreta a alternativa D, já que o enfisema parasseptal pode estar presente em tabagistas, embora não seja o padrão predominante.

Correta a alternativa E, já que o enfisema mais comum na deficiência de alfa-1-antitripsina é o panacinar, e não o parasseptal, tornando essa afirmativa incorreta, conforme solicitado no enunciado. Deve-se suspeitar dessa deficiência especialmente em pacientes mais jovens (geralmente abaixo de 45 anos), com DPOC desproporcional à carga tabágica ou mesmo em não tabagistas, com predomínio de enfisema em bases pulmonares na tomografia, história familiar de doença pulmonar precoce ou doença hepática associada (como cirrose criptogênica), além de casos com piora clínica mais acelerada do que o esperado para o perfil do paciente.

Gabarito: E

96 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Ênio Macedo) Uma mulher de 67 anos procura a unidade básica de saúde. Ela está na menopausa há 17 anos, não faz uso de terapia hormonal e tem antecedente materno de fratura de quadril aos 80 anos após uma queda da própria altura. Relata não praticar atividade física regularmente. Nega tabagismo ou etilismo. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, IMC de 22 kg/m², sem alterações relevantes. Qual deve ser a conduta mais apropriada para a saúde óssea dessa paciente?

- A) Iniciar imediatamente suplementação com cálcio e vitamina D e prescrever bisfosfonato.
- B) Solicitar densitometria óssea de coluna lombar e fêmur proximal.
- C) Solicitar radiografia de coluna toracolombar para rastreamento de fraturas vertebrais.
- D) Reforçar orientações sobre atividade física e dieta rica em cálcio, sem necessidade de exames adicionais.
- E) Solicitar dosagem de PTH e cálcio sérico para investigação de hiperparatireoidismo primário.

COMENTÁRIO:

A paciente apresenta fatores de risco para osteoporose: idade > 65 anos, menopausa, história familiar de fratura osteoporótica e sedentarismo. Segundo as diretrizes brasileiras e internacionais (como da SBD, NOF e USPSTF), a **densitometria óssea (DXA)** é recomendada para **todas as mulheres ≥ 65 anos**, independentemente de outros fatores de risco. Algumas diretrizes recomendam a associação desse exame com a solicitação de radiografia de coluna lombar e torácica, para a identificação de fraturas vertebrais assintomáticas, contudo não devemos usar apenas a radiografia isoladamente como método de rastreamento.

Algumas outras recomendações para o rastreamento de osteoporose são:

Tabela 02 Recomendações para o rastreamento da osteoporose	
ISCD	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres > 65 anos; • Homens > 70 anos; • Mulheres na transição menopausal ou na pós-menopausa com menos de 65 anos e homens entre 50 e 70 anos, na presença de pelo menos um fator de risco para osteoporose, tais como: <ul style="list-style-type: none"> » Baixo peso corporal; » Fratura anterior; » Uso de medicamentos que induzam osteoporose; » Doença ou condição associadas à perda óssea. • Adultos com fratura por fragilidade; • Adultos com comorbidade ou condição associada a baixa massa óssea ou perda óssea; • Adultos em uso de medicamentos associados à baixa massa óssea ou perda óssea; • Qualquer pessoa para a qual se considere a prescrição de terapia farmacológica para osteoporose; • Monitorização do tratamento da osteoporose; • Qualquer pessoa que não esteja recebendo terapia antiosteoporótica e cuja evidência de perda óssea levaria a tratamento.
NOF	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres > 65 anos; • Homens > 70 anos; • Mulheres na transição menopausal ou na pós-menopausa com menos de 65 anos e homens entre 50 e 70 anos, na presença de pelo menos um fator de risco para osteoporose; • Adultos > 50 anos com história de fratura; • Adultos com alguma comorbidade ou em uso de alguma medicação associada à baixa massa óssea.
NOGG	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar a solicitação de densitometria óssea de acordo com o cálculo de risco pela ferramenta FRAX®.

O T-score (principal medida da densitometria mineral óssea) deve ser interpretado da seguinte forma:

Tabela 4	
Categorias de diagnóstico para osteoporose e baixa massa óssea (parâmetros válidos para mulheres na pós-menopausa e homens > 50 anos)	
Categoria	T-score
Normal	≥ -1.0
Baixa massa óssea (osteopenia)	- 1.0 a - 2.5
Osteoporose	≤ -2.5
Osteoporose grave ou estabelecida	≤ -2.5 + fratura por fragilidade

A densitometria é um exame de alta especificidade para identificar pessoas com alto risco de fraturas. Contudo, é um exame de baixa sensibilidade, haja vista que em números absolutos há mais fraturas de fragilidade em pessoas na faixa compatível com osteopenia. Por isso, é encorajada a avaliação do risco de fraturas com a ferramenta FRAX-Brasil, que inclui dados de fatores de risco e densitométricos. Em linhas gerais, essa ferramenta é uma calculadora virtual do risco de fraturas.

O diagnóstico de osteoporose é estabelecido da seguinte forma:

Tabela 07	
Diagnóstico de osteoporose conforme a faixa etária	
População	Critérios diagnósticos
Mulheres na pós menopausa Homens > 50 anos ¹	Fratura por fragilidade OU T-score $\leq -2,5$ em qualquer sítio
Mulheres na pré-menopausa Homens < 50 anos	<ul style="list-style-type: none"> Não há consenso em relação aos critérios diagnósticos de osteoporose nesse grupo populacional; A avaliação diagnóstica deve ponderar o valor do Z-score, a presença de fatores de risco para osteoporose e a história de fraturas por fragilidade.
Crianças e adolescentes ² (< 20 anos)	Fratura vertebral compressiva na ausência de doença local ou trauma de alta energia. OU Z-score ≤ -2 + 2 fraturas de ossos longos antes dos 10 anos OU 3 fraturas de ossos longos antes dos 19 anos

¹2019 ISCD Official Positions – Adult.
²2019 ISCD Official Positions – Pediatric.

As indicações de tratamento com fármacos antirreabsortivos (como bisfosfonatos) ou formadores são:

- T-score < -2,5
- Fratura de fragilidade
- Alto risco de fraturas (pelo FRAX-Brasil).

Para a **maioria** dos pacientes, o tratamento da osteoporose é feito com o quinteto:

1. Prevenção de quedas;
2. Exercícios físicos: preferencialmente resistidos e de equilíbrio;
3. Consumo adequado de cálcio (1.000-1.200 mg/d): o consumo deverá ser preferencialmente feito por meio da dieta, reservando-se

a suplementação somente aos pacientes que não conseguem atingir a ingesta adequada.

4. Manutenção de níveis adequados de vitamina D: a reposição só está indicada em pacientes com 25-OH-Vitamina D < 30.

5. Bisfosfonatos: atenção, pois estão contraindicados em pessoas com taxa de filtração glomerular < 35.

Incorreta a alternativa A. A medicação com bisfosfonatos não deve ser iniciada antes da confirmação do diagnóstico de osteoporose.

Incorreta a alternativa C. A radiografia de coluna toracolombar não deve ser utilizada como método isolado de rastreio, apesar de ser indicada por algumas sociedades para ser utilizada em conjunto com a densitometria.

Incorreta a alternativa D. Embora as medidas de estilo de vida sejam importantes, **a investigação com densitometria é indicada** nessa paciente, uma vez que o diagnóstico de osteoporose modificaria a nossa conduta terapêutica.

Incorreta a alternativa E. A investigação laboratorial só é indicada após a confirmação da osteoporose ou em casos de suspeita clínica de hiperparatireoidismo.

Gabarito: B

97 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Thiago Peixoto) Homem de 62 anos procura atendimento ambulatorial por fadiga progressiva e tontura aos esforços. Refere perda ponderal de aproximadamente 4 kg no período e episódios de desconforto abdominal difuso. Nega hematêmese ou melena. Não faz uso de anti-inflamatórios ou anticoagulantes. Ao exame físico, apresenta palidez cutaneomucosa ++/4+, pressão arterial de 118 × 70 mmHg e frequência cardíaca de 90 bpm. Exames laboratoriais: hemoglobina = 8,8 g/dL; VCM = 70 fL; RDW = 18%; ferritina = 9 ng/mL; ferro sérico = 24 µg/dL; saturação de transferrina = 8%. Diante do caso, a conduta mais adequada é:

- A) iniciar reposição oral de ferro e reavaliar hemograma após três meses.
- B) solicitar colonoscopia.
- C) solicitar eletroforese de hemoglobina.
- D) iniciar reposição de ferro intravenoso e investigar apenas se não houver resposta terapêutica.
- E) solicitar dosagem sérica de vitamina B12.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista! Temos aqui um paciente com 62 anos de idade que apresenta uma síndrome anêmica caracterizada por fadiga e tontura aos esforços associada à perda de peso não intencional e ao desconforto abdominal difuso. Os exames laboratoriais confirmam uma anemia microcítica com RDW aumentado. O diagnóstico de anemia ferropriva é estabelecido pelos níveis baixos de ferritina, ferro baixo e saturação da transferrina reduzida. Diante de um idoso com anemia ferropriva e perda de peso, a principal suspeita é de sangramento crônico e oculto no trato gastrointestinal, tornando obrigatória a investigação endoscópica para descartar neoplasias. Vamos rever o tratamento da anemia ferropriva com foco no tratamento da causa base!

Todos os pacientes com anemia ferropriva e a maioria com deficiência de ferro sem anemia devem ser tratados, independentemente

dos sintomas. A deficiência de ferro não tratada acarreta risco de progressão, incluindo anemia grave com lesão/isquemia de órgãos, a menos que a causa subjacente da deficiência seja tratada e as reservas de ferro sejam repostas.

A ferritina alvo na maioria dos pacientes após a reposição de ferro deve ser de pelo menos 50 ng/mL.

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, nos quais o início da deficiência de ferro é fortemente sugestivo de perda sanguínea por uma malignidade gastrointestinal oculta ou outra lesão hemorrágica.

Quanto à 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.

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.

Vamos analisar as alternativas!

Incorreta a alternativa A. Iniciar a reposição de ferro e apenas aguardar a melhora laboratorial sem investigar a causa é uma conduta errada. Em pacientes com mais de 50 anos e deficiência de ferro, devemos afastar o câncer colorretal ou gástrico o mais rápido possível.

Correta a alternativa B. A solicitação de colonoscopia, preferencialmente acompanhada da endoscopia digestiva alta, é a conduta padrão-ouro para a investigação desse paciente. Pacientes com mais de 50 anos com anemia por deficiência de ferro e sinais de alarme possuem um alto risco de neoplasias do trato gastrointestinal como fonte de sangramento oculto, exigindo avaliação endoscópica.

Incorreta a alternativa C. A eletroforese de hemoglobina é o exame de escolha para o diagnóstico de hemoglobinopatias, como as talassemias. Embora o traço talassêmico também cause uma anemia microcítica, os estoques de ferro são normais ou elevados e o RDW é normal.

Incorreta a alternativa D. A reposição de ferro por via intravenosa pode até ser indicada para pacientes com intolerância severa ao ferro oral, distúrbios de má absorção ou sangramento contínuo não controlado, no entanto, a reposição nunca deve substituir ou postergar a investigação etiológica.

Incorreta a alternativa E. A dosagem de vitamina B12 serve para a investigação de anemias megaloblásticas ou macrocíticas.

Gabarito: B

98 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Thiago Peixoto) Uma equipe da Estratégia de Saúde da Família realiza acompanhamento de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior de São Paulo. Durante consulta de pré-natal, uma gestante de 24 anos, na 20ª semana de gestação, refere fadiga e tonturas aos esforços. Nega sangramentos ou doenças prévias. A gestação evolui sem intercorrências. Ao exame físico, apresenta palidez cutaneomucosa, pressão arterial de 108 × 70 mmHg e frequência cardíaca de 88 bpm. Exames laboratoriais solicitados no pré-natal: hemoglobina = 10,1 g/dL; hematócrito = 31%; VCM = 74 fL; ferritina = 12 ng/mL A paciente relata alimentação irregular e refere baixo consumo de carnes e leguminosas. Durante a consulta, a equipe discute medidas de saúde pública voltadas à prevenção dessa condição na população atendida. Considerando as estratégias recomendadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde e das políticas públicas brasileiras, a medida mais eficaz para prevenir anemia ferropriva na população geral é:

- A) solicitar rastreamento universal de anemia com hemograma anual em adultos assintomáticos.
- B) implementar suplementação universal de ferro para todos os adultos atendidos na unidade.
- C) encaminhar indivíduos com dieta inadequada para acompanhamento em serviços especializados.
- D) promover o consumo de alimentos enriquecidos com ferro, como farinhas fortificadas, conforme política nacional de fortificação.
- E) incentivar apenas suplementação de vitamina B12 na população em idade fértil.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. Questão direta sobre as medidas de saúde pública focadas na prevenção da carência nutricional de ferro na população em geral. Vamos analisar as alternativas!

Incorreta a alternativa A. Solicitar o rastreamento universal de anemia através de hemogramas anuais em adultos assintomáticos que não possuem fatores de risco não é uma conduta recomendada pelas principais diretrizes de medicina preventiva e de saúde pública. O foco da triagem populacional deve estar voltado para os grupos de maior vulnerabilidade, como as próprias gestantes durante o pré-natal.

Incorreta a alternativa B. A suplementação universal de medicamentos à base de ferro para todos os adultos que frequentam a unidade básica de saúde é uma medida inviável, perigosa e sem base em evidências científicas. Fornecer ferro de forma indiscriminada a todos os indivíduos pode causar toxicidade aguda e crônica naqueles que já possuem os seus estoques normais ou doenças genéticas de acúmulo de ferro, como a hemocromatose, além de acarretar custos excessivos ao sistema de saúde.

Incorreta a alternativa C. Embora a orientação e o aconselhamento nutricional para o consumo de carnes e leguminosas sejam muito importantes durante a consulta, encaminhar todos os indivíduos com dieta inadequada para serviços secundários especializados sobrecarregaria o sistema de saúde. A equipe da atenção primária possui total competência para realizar as orientações dietéticas básicas.

Correta a alternativa D. A promoção e a garantia do consumo de alimentos industrializados enriquecidos, exemplificada no Brasil pela adição obrigatória de ferro e ácido fólico nas farinhas de trigo e nas farinhas de milho, representam a política de saúde pública mais abrangente, protetora e eficaz para prevenir a anemia ferropriva em larga escala populacional. Essa estratégia alcança a maioria das pessoas através de alimentos de consumo básico e diário, diminuindo o risco de deficiência nutricional de forma altamente custo-efetiva, inclusive naqueles indivíduos que apresentam o consumo irregular de carnes ou outras fontes naturais do mineral.

Incorreta a alternativa E. Incentivar exclusivamente a suplementação de vitamina B12 em mulheres em idade fértil não gera nenhum efeito na prevenção da deficiência de ferro, que corresponde à principal causa de anemia durante o período da gestação. Além disso, no contexto de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher em idade reprodutiva, a suplementação prioritária universalmente recomendada é a de **ácido fólico** antes e durante o início da gestação, o que visa à prevenção de defeitos na formação do tubo neural do embrião, não o uso isolado da vitamina B12.

Gabarito: D

99 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Sérgio Beduschi) Homem de 42 anos de idade procura a unidade básica de saúde com tosse há cerca de 6 semanas, associada a perda de peso e sudorese noturna. Nega comorbidades.

Realizou-se radiografia de tórax, apresentada a seguir.



Fonte: Shutterstock.com

Considerando que o paciente foi avaliado na **Atenção Primária à Saúde**, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais adequada, segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

- A) Solicitar tomografia de tórax antes de prosseguir a investigação.
- B) Iniciar tratamento empírico imediato com esquema RHZE.
- C) Solicitar teste rápido molecular para tuberculose.
- D) Encaminhar ao serviço hospitalar para investigação.
- E) Solicitar teste tuberculínico e aguardar resultado antes da investigação microbiológica.

COMENTÁRIOS:

A tuberculose pulmonar deve sempre ser considerada em pacientes com tosse prolongada, especialmente quando associada a sintomas sistêmicos como perda de peso e sudorese noturna. Na Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde orienta que todo paciente com tosse por três semanas ou mais seja classificado como sintomático respiratório, o que indica investigação para tuberculose.

O diagnóstico da tuberculose pulmonar é feito pela identificação do *Mycobacterium tuberculosis* no escarro. Atualmente, o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) é o exame recomendado como primeira etapa da investigação, pois apresenta maior sensibilidade do que a baciloscopia e ainda permite detectar resistência à rifampicina. Pode ser realizado com uma única amostra de escarro e fornece resultado em poucas horas.

Agora, vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. A tomografia de tórax pode ajudar na avaliação de lesões pulmonares, mas não é o exame inicial para investigação de tuberculose na Atenção Primária. O primeiro passo é a confirmação microbiológica por exame de escarro.

Incorreta a alternativa B. Não se deve iniciar tratamento empírico imediato para tuberculose sem investigação microbiológica inicial, exceto em situações específicas de alta gravidade ou impossibilidade de coleta de amostras.

Correta a alternativa C. O teste rápido molecular para tuberculose é o método indicado para iniciar a investigação diagnóstica de tuberculose pulmonar. Além de detectar o DNA do *Mycobacterium tuberculosis*, também permite identificar resistência à rifampicina.

Incorreta a alternativa D. O encaminhamento hospitalar não é necessário nesse caso. A investigação inicial da tuberculose deve ser realizada na própria Atenção Primária.

Incorreta a alternativa E. O teste tuberculínico (PPD) avalia a resposta de hipersensibilidade tardia ao antígeno do bacilo, indicando infecção latente, mas não diferencia infecção de doença ativa. Em um paciente com sintomas clínicos e alterações radiológicas, o PPD não é indicado para o diagnóstico; deve-se buscar diretamente a presença do bacilo (doença ativa) no escarro.

Gabarito: C

100 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bruno Souza) Lactente de 1 mês é levado à consulta por apresentar, há algumas semanas, placas eritematosas recobertas por escamas espessas, amareladas e oleosas no couro cabeludo, estendendo-se para sobrancelhas e região retroauricular (VER IMAGEM). As lesões não parecem causar prurido importante e o lactente mantém bom estado geral, sem sinais de infecção secundária.



Em relação ao quadro clínico descrito, qual agente está mais frequentemente associado à fisiopatologia dessa condição?

- A) *Staphylococcus aureus*.
- B) *Candida albicans*.
- C) *Malassezia spp.*
- D) *Streptococcus pyogenes*.
- E) *Propionibacterium acnes*.

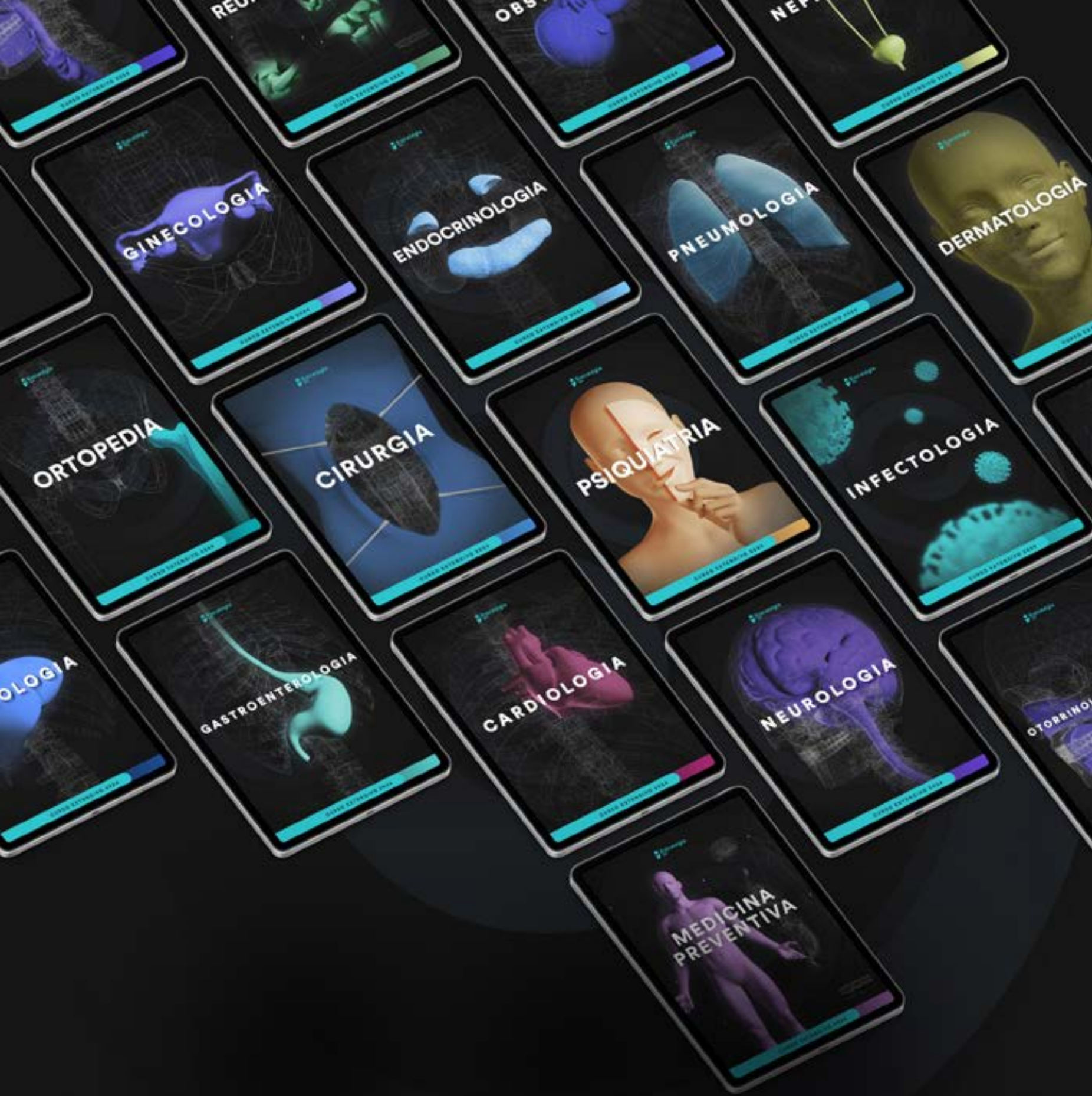
COMENTÁRIOS:

Estrategista, pelo enunciado, dá para fechar o diagnóstico clínico: lactente com placas eritematosas recobertas por escamas amareladas e oleosas no couro cabeludo, com extensão para sobrancelhas e região retroauricular, sem prurido importante e com bom estado geral. Esse padrão é típico de dermatite seborreica do lactente (“crosta láctea”).

A fisiopatologia está relacionada à hiperprodução sebácea transitória nos primeiros meses de vida (influência hormonal materna) e à proliferação de leveduras do gênero *Malassezia* na pele. Dessa forma, está correta a alternativa C.

Os demais agentes não têm relação com dermatite seborreica.

Gabarito: C



med.estrategia.com