# 8º SIMULADO

# R+ PADRÃO AMRIGS

# CLÍNICA MÉDICA

Estratégia MED

## CADERNO DE RESPOSTAS

med.estrategia.com

**01** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti)** Sobre a demência com corpos de Lewy, analise as assertivas a seguir:

I- A fisiopatologia envolve a deposição de proteína beta-amiloide, sobretudo nos lobos occipitais.

II- O tratamento sintomático inicial deve ser feito com neurolépticos, sobretudo a risperidona, em baixas doses.

III- O comprometimento cognitivo costuma envolver precocemente os domínios visuoespacial/visuoperceptual e executivo, podendo ser mais proeminente do que o déficit mnésico.

São corretas:

**A)** Apenas III.

**B)** Apenas II e III.

**C)** Apenas I e II.

**D)** Apenas I e III.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão bastante conceitual sobre demência com corpos de Lewy! Aqui, precisamos lembrar três pontos fundamentais da doença: fisiopatologia, perfil cognitivo e tratamento**.**

A demência com corpos de Lewy faz parte do grupo das sinucleinopatias, sendo caracterizada pelo acúmulo intracelular de α-sinucleína**,** com formação dos corpos de Lewy. Clinicamente, além do declínio cognitivo, devemos lembrar das manifestações características: flutuações cognitivas, alucinações visuais complexas e recorrentes, distúrbio comportamental do sono REM e parkinsonismo**.**

Outro ponto importante é o perfil cognitivo. Diferentemente da doença de Alzheimer típica, na qual o comprometimento da memória episódica costuma ser bastante precoce, na demência com corpos de Lewy podem predominar inicialmente alterações de atenção, função executiva e habilidades visuoperceptuais/visuoespaciais**,** com relativa preservação da memória nas fases iniciais.

Finalmente, hipersensibilidade aos antipsicóticos é uma característica clássica da doença, podendo ocorrer importante piora do parkinsonismo, redução do nível de consciência e até reações graves. Inibidores da acetilcolinesterase, particularmente a rivastigmina, são as opções de escolha para os sintomas cognitivos e mesmo para os neuropsiquiátricos.

Vamos às assertivas.

**I- Incorreta a assertiva.** O principal marcador neuropatológico da demência com corpos de Lewy é o acúmulo de α-sinucleína**,** não de beta-amiloide. É verdade que pode existir copatologia amiloide, sobretudo em pacientes idosos, mas ela não define a doença. Além disso, o acometimento occipital clássico da DCL aparece sobretudo nos estudos funcionais de imagem**,** com redução do metabolismo ou da perfusão occipital, sugerindo a origem estrutural das queixas.

**II- Incorreta a assertiva.** Neurolépticos não constituem o tratamento sintomático inicial da DCL e devem ser utilizados com muita cautela devido à conhecida hipersensibilidade aos antipsicóticos**.** Risperidona, por apresentar importante bloqueio dopaminérgico D2, pode agravar significativamente o parkinsonismo. Quando o tratamento farmacológico dos sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos é necessário, os inibidores da acetilcolinesterase**,** especialmente a rivastigmina, têm a preferência. A donepezila e a galantamina podem ser usadas, considerando-se um efeito de classe, muito embora os estudos tenham sido feitos com a rivastigmina.

**III- Correta a assertiva.** Na demência com corpos de Lewy, alterações de atenção, funções executivas e habilidades visuoespaciais/visuoperceptuais podem aparecer precocemente e ser mais proeminentes do que o déficit de memória episódica, especialmente nas fases iniciais. Um ponto importante é que a doença de Alzheimer pode, eventualmente, apresentar-se com um quadro que se assemelha à

demência por corpúsculos de Lewy. Trata-se da atrofia occipital posterior, uma síndrome neurodegenerativa na qual ocorre comprometimento predominante das regiões posteriores do córtex cerebral, especialmente áreas occipitais e parietais**.** Nessa condição, predominam os déficits do processamento visual cortical, com aparecimento de diferentes formas de agnosia. O paciente pode enxergar o objeto, mas não conseguir reconhecê-lo adequadamente, identificar faces ou interpretar corretamente cenas visuais complexas. Imagine alguém que consegue enxergar adequadamente, contudo, ao ver o rosto de uma pessoa conhecida, não consegue associar aquele rosto à pessoa propriamente dita.

Já na doença de Lewy, são particularmente características as alucinações visuais complexas, recorrentes e bem formadas, muitas vezes envolvendo pessoas ou animais que não estão presentes. Essas alucinações não constituem uma manifestação típica ou central da ACP e, quando muito proeminentes e precoces, devem levantar a possibilidade de doença com corpos de Lewy!

Outra diferença importante é a evolução da memória. A ACP pode começar com relativa preservação da memória episódica, o que inicialmente afasta a apresentação amnéstica típica da doença de Alzheimer. Entretanto, como a maioria dos casos está relacionada à patologia de Alzheimer, déficits de memória tendem a aparecer em algum momento da evolução da doença**,** à medida que o processo neurodegenerativo se dissemina.

Apenas a assertiva III é Correta a alternativa .

**Correta a alternativa A.**

**Gabarito: A**

**02** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti)** Homem, 32 anos, encontra-se internado em unidade de terapia intensiva após traumatismo cranioencefálico grave. No décimo dia de internação, passa a apresentar episódios recorrentes e estereotipados de taquicardia, hipertensão arterial, taquipneia, hipertermia, sudorese profusa e postura extensora dos membros. Os episódios duram cerca de 15 minutos, ocorrem várias vezes ao dia e são frequentemente desencadeados pela aspiração do tubo endotraqueal e pela mudança de decúbito. Entre os episódios, ocorre melhora significativa dos sinais vitais. Eletroencefalograma realizado durante um dos eventos não evidencia atividade ictal. Sobre o quadro descrito, assinale a alternativa correta:

**A)** As presenças de hipertermia e de taquicardia recorrentes tornam a infecção a principal hipótese, e a ocorrência de postura distônica torna improvável uma origem autonômica.

**B)** O quadro decorre habitualmente de descargas epilépticas recorrentes após a lesão cerebral, mesmo que diante de um EEG normal, sendo o tratamento baseado primordialmente no uso de medicamentos anticrise.

**C)** A hiperatividade simpática paroxística é o principal diagnóstico a ser ponderado e o tratamento envolve controle dos gatilhos e medidas farmacológicas individualizadas.

**D)** A hiperatividade simpática paroxística é uma complicação exclusiva do traumatismo cranioencefálico e o levetiracetam é o fármaco de escolha para seu manejo.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, o enunciado é praticamente a descrição clássica da hiperatividade simpática paroxística, também conhecida pela sigla PSH (*paroxysmal sympathetic hyperactivity*).

Essa síndrome pode ocorrer após lesões cerebrais adquiridas graves**,** sendo particularmente associada ao TCE, embora também possa aparecer após hemorragias, encefalopatia hipóxico-isquêmica e outras agressões estruturais ao sistema nervoso central.

O paciente apresenta episódios paroxísticos, recorrentes e estereotipados de hiperatividade autonômica, com taquicardia, hipertensão, taquipneia, hipertermia e sudorese, associados a manifestações motoras, como aumento do tônus e postura distônica. Outro detalhe clássico é que as crises podem ser precipitadas por estímulos aparentemente banais, como aspiração endotraqueal, mobilização no leito, dor ou retenção urinária**.**

A fisiopatologia não é completamente compreendida, mas o modelo mais aceito envolve perda da modulação inibitória descendente após a lesão cerebral, produzindo uma resposta simpática exagerada a estímulos aferentes. A maioria dos casos resolve-se em período de 1 ano e medicações como morfina, gabapentina, benzodiazepínicos e propranolol podem ser úteis no controle das crises.

O critério HSP é baseado nos sintomas principais; taquicardia, taquipneia, hipertensão, presença de distonia, sudorese e elevação da temperatura. Uma pontuação de 0 a 3 é atribuída para cada uma dessas variáveis, conforme a magnitude da alteração. A escala vai até 18 pontos e valores maiores ou iguais a 17 definem a síndrome como provável, ao passo que a pontuação de 8 a 16 define o quadro como possível. Quando abaixo de 8 pontos, o diagnóstico é improvável.

| Parâmetro | 0 pontos | 1 ponto | 2 pontos | 3 pontos |
|---|---|---|---|---|
| Frequência cardíaca (bpm) | <100 | 100–119 | 120–139 | ≥140 |
| Frequência respiratória (irpm) | <18 | 18–23 | 24–29 | ≥30 |
| Pressão arterial sistólica (mmHg) | <140 | 140–159 | 160–179 | ≥180 |
| Temperatura (°C) | <37 | 37–37,9 | 38–38,9 | ≥39 |
| Transpiração | Nenhuma | Leve — pele úmida | Moderada — gotas de suor | Grave — sudorese generalizada profusa |
| Postura durante os episódios | Nenhuma | Leve — aumento do tônus, sem necessidade de tratamento | Moderada — aumento do tônus que requer tratamento | Grave — tônus muito aumentado, refratário ao tratamento |

Vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** Infecção faz parte do diagnóstico diferencial e deve ser investigada, sobretudo diante de hipertermia e taquicardia. Entretanto, a natureza paroxística e estereotipada, a relação com estímulos externos e a associação com postura distônica em um paciente com lesão cerebral grave favorecem fortemente PSH.

**Incorreta a alternativa B.** A PSH não resulta de atividade epiléptica. Embora crises epilépticas façam parte do diagnóstico diferencial, o EEG pode ser utilizado justamente para afastar essa possibilidade. O mecanismo proposto envolve principalmente uma perda da modulação inibitória dos circuitos autonômicos após a lesão cerebral.

**Correta a alternativa C.** A PSH ocorre após lesões cerebrais adquiridas e manifesta-se por episódios paroxísticos de hiperatividade simpática e motora, muitas vezes desencadeados por estímulos externos. O tratamento inclui redução dos gatilhos e, conforme o caso, fármacos como opioides, propranolol, gabapentina, agonistas alfa-2 e benzodiazepínicos.

**Incorreta a alternativa D**. O TCE é uma das causas mais comuns de PSH, mas a síndrome não é exclusiva do trauma. Além disso, levetiracetam não é o tratamento dessa condição.

**Gabarito: C**

**03** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Nefrologia - Prof. Rafael Siqueira)** Um homem de 72 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em uso regular de losartana 100 mg/dia e indapamida 1,5 mg/dia, é levado ao pronto-socorro pela família devido à sonolência progressiva e confusão mental. À admissão, apresentou um episódio de crise convulsiva. A pressão arterial estava 138 × 76 mmHg e a frequência cardíaca 90 bpm. Estava afebril, sonolento e desorientado e sem déficits neurológicos focais. Restante do exame físico sem particularidades. Laboratório: ureia 48 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL, sódio 112 mEq/L, potássio 3,4 mEq/L e glicemia 98 mg/dL. Considerando o quadro apresentado, assinale a alternativa com a conduta imediata CORRETA:

**A)** Suspender a indapamida e administrar solução fisiológica 0,9% em infusão rápida.

**B)** Administrar solução de cloreto de sódio a 3%, com monitorização frequente do sódio sérico.

**C)** Restringir a ingestão hídrica para 800 mL/dia e aguardar correção do sódio após suspensão da indapamida.

**D)** Administrar furosemida intravenosa e iniciar restrição hídrica, visando aumentar a excreção de água livre.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta é uma questão recorrente nas provas. O paciente apresenta hiponatremia grave e sintomática, ou seja, tem sódio 112 mEq/L associado a manifestações neurológicas graves (alteração do nível de consciência e crise convulsiva). A conduta imediata OBRIGATORIAMENTE será administração de cloreto de sódio 3%, 100-150 ml, com o objetivo de elevar o sódio em cerca de 4-6 mEq/l em um intervalo de 2 a 4 horas. A administração pode ser realizada em bólus, até 2 a 3x, seguida da dosagem de sódio. Não temos o objetivo de normalizar o sódio, devido ao risco de síndrome de desmielinização osmótica caso a correção seja excessivamente rápida. Mas qual foi a causa da hiponatremia? A questão traz um paciente EUVOLÊMICO, cujas principais causas são SIADH, hipotireoidismo, insuficiência adrenal, polidipsia primária e medicamentos. Neste caso, o paciente usa indapamida, que é um diurético tiazídico-like sabidamente associado ao risco de hiponatremia, especialmente em pacientes idosos. A medicação deve ser suspensa, não como única medida terapêutica, mas em virtude dos sintomas neurológicos graves apresentados.

**Incorreta a alternativa A.** A solução fisiológica 0,9% pode ser útil para pacientes com hiponatremia hipovolêmica. Apesar do SF 0,9% apresentar 154 mEq/l de sódio, não é suficiente para elevar o sódio mais rapidamente em virtude da gravidade apresentada.

**Correta a alternativa B.** Os sintomas neurológicos graves, na vigência de hiponatremia, determinam a administração de cloreto de sódio 3% para elevação rápida, porém controlada do sódio, sempre com dosagens repetidas do sódio.

**Incorreta a alternativa C.** A restrição hídrica faz parte da abordagem dos pacientes com SIADH sem sintomas neurológicos graves, pois a elevação do sódio ocorre de forma lenta.

**Incorreta a alternativa D.** Furosemida e restrição hídrica podem ser utilizadas em pacientes com hiponatremia HIPERVOLÊMICA. Neste caso, o paciente é EUVOLÊMICO e, devido à hiponatremia grave e sintomática, precisa de solução hipertônica.

**Gabarito: B**

**04** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Nefrologia - Prof. Rafael Siqueira)** Uma mulher de 64 anos, com diagnóstico de doença renal crônica (DRC) estágio 3b, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, comparece à consulta ambulatorial de rotina. Não apresenta queixas clínicas e não apresenta edema ou sinais de congestão ao exame físico. Medicações de uso habitual: losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, dapagliflozina 10 mg/dia e sulfato ferroso 300 mg/dia. Laboratório: hemoglobina 11 g/dL, ureia 52 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL (taxa de filtração glomerular estimada 40 mL/min/1,73 m²), sódio 140 mEq/L, potássio 4,5 mEq/L, glicemia de jejum 111 mg/dL, HbA1c 6,8%, bicarbonato 24 mEq/L e relação albumina/creatinina urinária (RAC) 150 mg/g. Considerando-se as evidências atuais para o tratamento da DRC, qual é a conduta farmacológica mais adequada neste momento?

**A)** Suspender a dapagliflozina e iniciar um agonista do receptor de GLP-1, devido à persistência da albuminúria.

**B)** Manter o tratamento atual e iniciar finerenona, com monitorização do potássio sérico.

**C)** Suspender a losartana e iniciar finerenona em monoterapia para reduzir o risco de hipercalemia.

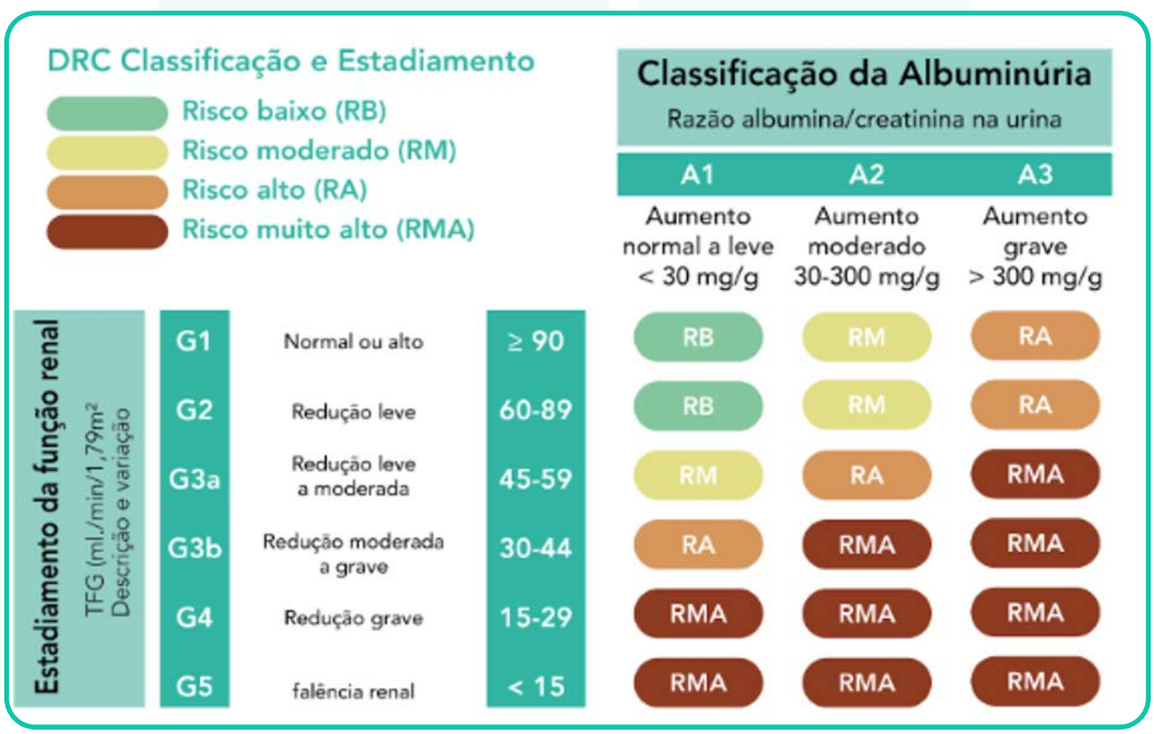
**D)** Aumentar a dose da dapagliflozina para 20 mg/dia com o objetivo de reduzir adicionalmente a albuminúria.

## COMENTÁRIOS:

Observe que a questão traz uma paciente com DRC estágio 3b associada a diabetes tipo 2, com albuminúria persistente (RAC 150 mg/g) apesar do tratamento com bloqueador do sistema renina-angiotensina (losartana, um BRA) e iSGLT2 (dapagliflozina). Nesse cenário, a finerenona, um antagonista seletivo do receptor mineralocorticoide não esteroidal, é a opção terapêutica indicada para reduzir o risco de progressão da DRC e de eventos cardiovasculares. Existe algum cuidado a ser tomado ao iniciar a finerenona? Sim, pois a TFG mínima para início é de 25 ml/min e o potássio deve estar normal. A paciente apresenta TFG 40 mL/min/1,73 m² e potássio 4,5 mEq/L, parâmetros compatíveis com o início do tratamento, desde que seja realizada monitorização do potássio sérico após a introdução.

Vamos aproveitar o momento para fazer duas revisões:

(1) Primeiramente, vamos para revisar a classificação da DRC de acordo com mapa de calor abaixo:



(2) Agora, vamos revisar os pilares do tratamento da DRC, especialmente em pacientes com diabetes *mellitus*:

O tratamento de pacientes com doença renal diabética proteinúrica envolve IECA ou BRA, iSGLT2, finerenona e/ou semaglutida. O objetivo geral é prevenir a progressão da doença renal crônica e reduzir eventos cardiovasculares.

**Os inibidores da ECA ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA)** são recomendados como agentes de primeira linha para pacientes com diabetes, hipertensão e albuminúria A3 (≥300 mg/g de creatinina), devendo ser utilizados até a dose máxima tolerada. Para pacientes com albuminúria moderadamente aumentada, ou seja A2 (30-299 mg/g de creatinina), os IECAs ou BRAs também são recomendados, embora a evidência seja menos robusta.

**Os inibidores do SGLT2** (dapagliflozina e empagliflozina - estudos DAPA-CKD e EMPAKIDNEY) são recomendados para todos os pacientes com diabetes tipo 2 e doença renal crônica com TFGe ≥ 20 mL/min/1,73 m², independentemente do nível de albuminúria, para reduzir a progressão da doença renal e eventos cardiovasculares. Eles devem ser iniciados em pacientes com TFGe ≥ 20 mL/min/1,73 m² e podem ser continuados com segurança até a falência renal, ou seja, entrada em diálise ou transplante renal.

**Os antagonistas não esteroidais dos receptores mineralocorticoides** (finerenona - estudo FIDELIO) demonstraram eficácia em ensaios clínicos para reduzir a progressão da DRC e eventos cardiovasculares em pacientes com doença renal crônica e albuminúria, desde que a TFGe seja ≥ 25 mL/min/1,73 m². Está indicado adicionar finerenona ao regime terapêutico de pacientes com DM2 que apresentam qualquer nível de albuminúria (> 30 mg/g de creatinina) persistente apesar do tratamento padrão atual com medicamentos hipoglicemiantes e anti-hipertensivos, incluindo inibidores do sistema renina-angiotensina em doses máximas toleradas. Os efeitos da finerenona parecem ser aditivos aos dos inibidores de SGLT2 e agonistas do receptor GLP-1, baseado em estudos pré-clínicos. Os níveis de potássio devem ser monitorados ao longo do tratamento. Vale lembrar que o estudo FIND-CKD (2026) ampliou a possibilidade terapêutica da finerenona mesmo em pacientes sem DM, mas até o momento deste comentário, essa indicação ainda não foi incorporada às diretrizes (o que deve acontecer em breve).

**Agonistas do receptor GLP-1** (semaglutida - estudo FLOW) são recomendados para reduzir a progressão da doença renal e o risco cardiovascular em pacientes com diabetes tipo 2 e DRC, particularmente quando os inibidores do SGLT2 e a metformina são insuficientes para atingir as metas glicêmicas ou quando esses medicamentos não podem ser utilizados.

**Incorreta a alternativa A.** A dapagliflozina deve ser mantida, pois os iSGLT2 possuem benefício renal e cardiovascular, independentemente do efeito glicêmico. A persistência da albuminúria não constitui indicação para sua suspensão. Pelo contrário, a sequência de tratamento envolve associação de classes.

**Correta a alternativa B.** A paciente mantém níveis pressóricos adequados com o esquema atual, porém apresenta albuminúria persistentemente elevada (A2). A associação de bloqueio do sistema renina-angiotensina, iSGLT2 e finerenona deve ser utilizada em pacientes com DRC associada à DM2 e à albuminúria persistente, desde que o potássio esteja normal e o TFG maior ou igual a 25 ml/min.

**Incorreta a alternativa C.** A finerenona não deve substituir o bloqueio do SRAA. O benefício encontrado pelos estudos foi de associação, ou seja, finerenona em pacientes que já recebiam tratamento otimizado com IECA ou BRA.

**Incorreta a alternativa D.** A dose de dapagliflozina para proteção renal é de 10 mg/dia.

**Gabarito: B**

**05** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Nefrologia - Prof. Rafael Siqueira)** Um homem de 35 anos, assintomático, realiza exames admissionais que evidenciam o seguinte painel: HBsAg positivo, HBeAg positivo, anti-HBe negativo, anti-HBc total positivo, anti-HBc IgM negativo. Os exames bioquímicos revelam AST e ALT sem alterações. A carga viral (HBV-DNA) é de 25.000.000 UI/mL. Foi realizada uma elastografia hepática, com rigidez de 4,5 kPa (compatível com F0, ausência de fibrose). Baseando-se nos protocolos atuais, qual é a conduta clínica mais apropriada neste momento?

**A)** Observação clínica com monitoramento periódico das aminotransferases, do *status* do HBeAg e da carga viral a cada 6 meses.

**B)** Solicitação de genotipagem do vírus da hepatite B e início de tratamento com alfapeginterferona.

**C)** Início de terapia antiviral combinada com entecavir e tenofovir para promover a soroconversão do HBeAg.

**D)** Início de terapia antiviral com tenofovir ou entecavir, visando a prevenção de cirrose.

## COMENTÁRIOS:

Temos um paciente de 35 anos de idade, portador de hepatite B crônica (evidenciada pelo HBsAg positivo e anti-HBc total positivo com anti-HBc IgM negativo), com importante replicação viral (HBeAg positivo e carga viral elevada). O principal ponto da questão diz respeito à indicação de tratamento.

**RESUMO ESTRATÉGICO**

Pacientes com diagnóstico de hepatite B crônica definida pela presença do **HBsAg por mais de 6 meses** devem ser avaliados quanto a: sorologia, elevação de transaminases, HBV-DNA, presença de coinfecção com HIV ou HCV, história familiar de CHC, presença de fibrose significativa ou cirrose, ou necessidade de tratamento quimioterápico ou imunossupressor.

No tratamento da hepatite B crônica, o desfecho ideal seria a soroconversão do HBsAg para o anti-HBs, com clareamento viral e cura da hepatite B; entretanto, isso acontece em uma minoria dos pacientes. Assim, buscamos desfechos alternativos, como a soroconversão do HBeAg para anti-HBe, redução da carga viral (resposta virológica) e normalização da ALT (resposta bioquímica).

O tratamento tem como objetivo suprimir a replicação viral para, assim, melhorar as transaminases, levar à melhora histológica e evitar a progressão para cirrose, insuficiência hepática e CHC. Além disso, é importante também para interromper a disseminação da doença.

| Critérios de inclusão para tratamento da hepatite B |
|---|
| Pacientes com HBV - **DNA ≥ 2.000 UI/mL** e níveis de **ALT elevado** (≥ 52 U/L para homens e ≥ 37 U/L para mulheres), independentemente do *status* do HBeAG. |
| Presença de HBeAG reagente em indivíduos com idade acima de 30 anos |
| História familiar de carcinoma hepatocelular (CHC) |
| Coinfecção HBV/HIV, HBV/HCV ou HBV/HDV |
| Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculite, nefropatia, poliarterite nodosa e neuropatia periférica |
| Presença de alterações na biópsia hepática que indiquem fibrose significativa (> F2) e/ou atividade (>A2), pela classificação METAVIR |
| Elastografia hepática compatível com fibrose significativa/avançada |
| A presença de uma ou mais características clínicas, radiológicas (USG ou elastografia por RNM) ou endoscópicas compatíveis com doença hepática avançada |
| Em pacientes com estadiamento de fibrose hepática na zona cinzenta (ou limítrofe), obtidos por métodos não invasivos com presença de, pelo menos, um dos critérios clínicos associados a um pior prognóstico da Hepatite B crônica |
| Hepatite B aguda grave (evolução com coagulopatia e icterícia persistentes, por mais de 14 dias, ou encefalopatia hepática). |

**Tenofovir** é um análogo nucleotídeo de administração oral com excelente tolerância e barreira genética, ou seja, há baixo risco de indução de resistência.

As **contraindicações** ao uso do tenofovir desoproxila são **doença renal crônica, osteoporose** e outras doenças do metabolismo ósseo, terapia com didanosina, **cirrose** (contraindicação relativa), além de intolerância ao medicamento.

O **entecavir** é um análogo nucleosídeo que está reservado para os casos com contraindicações ao tenofovir e quando há indicação de profilaxia de reativação em pacientes que serão submetidos à quimioterapia ou à imunossupressão. Assim como o tenofovir, é uma droga de administração oral, muito bem tolerada e com excelente barreira genética.

**DE VOLTA PARA A QUESTÃO**

De acordo com o Ministério da Saúde, a presença do **HBeAg reagente** em um paciente com mais de **30 anos** já é indicativo de tratamento, que pode ser realizado com tenofovir, ou entecavir.

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** Este paciente apresenta indicação de tratamento.

**Incorreta a alternativa B.** Não há indicação de genotipagem antes do início do tratamento.

**Incorreta a alternativa C.** Não há indicação de combinar dois antivirais.

**Correta a alternativa D.** Perfeito, esta é a alternativa adequada.

**Gabarito: D**

**06** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Nefrologia - Prof. Rafael Siqueira)** O manejo inicial da pancreatite aguda é crítico para evitar morbidade e mortalidade, envolvendo decisões rápidas sobre fluidoterapia, nutrição e infecção. Assinale a conduta mais adequada nas primeiras 24 a 48 horas de internação:

**A)** A ressuscitação volêmica intensiva deve ser preferencialmente realizada com solução de ringer lactato em detrimento do soro fisiológico a 0,9%.

**B)** A nutrição parenteral total deve ser instituída de imediato caso o paciente não consiga atingir as metas calóricas via oral no primeiro dia de internação hospitalar.

**C)** O uso profilático de carbapenêmicos endovenosos deve ser iniciado imediatamente se a tomografia demonstrar área de necrose superior a 30%.

**D)** A nutrição enteral deve ser adiada por pelo menos 5 dias, até a normalização dos níveis séricos de amilase e lipase pancreáticas.

## COMENTÁRIOS:

O manejo da pancreatite aguda é tema certo na prova de Residência. Há 3 pontos principais a se saber:

1- Hidratação

2- Dieta

3- Indicação de antibioticoterapia

Vamos revisar:

**RESUMO ESTRATÉGICO**

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 **o Ringer lactato a primeira opção.**

Deve-se atentar também ao **controle álgico**. Todo portador de pancreatite aguda deve receber **analgesia nas primeiras 24 horas da sua internação**. No controle álgico, **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 abaixo:

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 tríade de Charcot: icterícia, febre e dor abdominal) e obstrução do ducto biliar comum.

Vamos analisar as alternativas:

**Correta a alternativa A.** Pelos *guidelines* mais atuais, o ringer lactato é a primeira escolha de hidratação. Diversas metanálises indicam que o uso de ringer, em comparação com soro fisiológico, está associado à menor gravidade, à menor taxa de admissão em UTI e à menor ocorrência de complicações locais.

**Incorreta a alternativa B.** A via de administração de escolha para a dieta é a oral, que deve ser retornada de forma precoce (24 a 48h) conforme a tolerância. Em caso de intolerância, a via preferida é a enteral. A via parenteral é utilizada caso a via enteral não seja tolerada.

**Incorreta a alternativa C.** 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,** não simplesmente na necrose.

**Incorreta a alternativa D.** Os níveis de amilase e lipase não são fatores de prognóstico e não devem ser titulados ou adiar a dieta.

**Gabarito: A**

**07** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Carolina da Silva)** Homem de 68 anos, hipertenso, diabético tipo 2 e portador de doença renal crônica estágio 3b, é cadastrado há dez anos na mesma equipe de Saúde da Família e é atendido sempre pelo mesmo médico, com quem tem boa relação. Nos últimos dois anos, passou a ser acompanhado simultaneamente em ambulatórios de nefrologia, cardiologia, endocrinologia e oftalmologia de um hospital terciário. Comparece à unidade trazendo uma sacola com dez medicamentos, entre os quais, dois anti-hipertensivos da mesma classe farmacológica prescritos por serviços diferentes, e uma solicitação de exames já realizados há dois meses em outro serviço. A equipe não recebeu nenhum relatório de contrarreferência e desconhece as condutas tomadas nos ambulatórios.

Considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde descritos por Barbara Starfield, assinale a alternativa que indica o atributo **essencial** mais comprometido nesta situação:

**A)** Acesso de primeiro contato

**B)** Longitudinalidade

**C)** Coordenação do cuidado

**D)** Orientação comunitária

## COMENTÁRIOS:

A APS e os atributos de Starfield estão entre os conteúdos mais cobrados em provas de Medicina Preventiva. Barbara Starfield dividiu os atributos em essenciais e derivados:

**Essenciais**

**1. Acesso/atenção de primeiro contato** — a APS é a porta de entrada preferencial e o serviço procurado a cada novo problema. Envolve acessibilidade (geográfica, organizacional, financeira) e utilização efetiva.

**2. Longitudinalidade** — relação pessoal duradoura entre a equipe e a pessoa **ao longo do tempo**, independentemente do problema apresentado. É vínculo somado à continuidade da mesma fonte de cuidado.

**3. Integralidade** — a equipe oferta e reconhece o espectro completo de necessidades (promoção, prevenção, cura, reabilitação, paliação), arranjando o que não pode ofertar diretamente.

**4. Coordenação do cuidado** — integração e **síntese da informação** sobre tudo o que acontece com a pessoa nos demais pontos da rede. Exige registro adequado, reconhecimento de informações dos outros serviços e continuidade informacional.

**Derivados:** orientação familiar (a família como unidade de cuidado), orientação comunitária (reconhecimento das necessidades da coletividade, com epidemiologia e participação social) e competência cultural.

O pareamento clássico para não errar: **longitudinalidade = tempo e vínculo; coordenação = informação e rede**.

Para aprofundar melhor no assunto, vamos juntos avaliar as alternativas apresentadas.

**Incorreta a alternativa A.** Não há, no caso, qualquer barreira de acesso. O paciente procura e é atendido na unidade. Se o atributo do primeiro contato estivesse comprometido, ocorreriam dificuldade de conseguir atendimento, horários incompatíveis, barreira geográfica ou uso de outro serviço como porta de entrada.

**Incorreta a alternativa B.** A longitudinalidade está, na verdade, preservada. O enunciado deixa isso explícito ao informar cadastro há dez anos na mesma equipe, com atendimento pelo mesmo médico e boa relação. Este é o distrator mais atraente da questão, e a banca costuma colocar exatamente essa informação no enunciado para testar se o candidato distingue o vínculo (tempo) da coordenação (informação).

**Correta a alternativa C.** A ausência de contrarreferência, o desconhecimento das condutas dos ambulatórios, a duplicidade terapêutica (dois anti-hipertensivos da mesma classe) e a repetição desnecessária de exames configuram falha de coordenação do cuidado: a APS não está exercendo a síntese das informações nem sua função de ordenadora da rede. As intervenções cabíveis incluem conciliação medicamentosa, contato direto com os serviços, uso de prontuário compartilhado, matriciamento e elaboração de um projeto terapêutico singular.

Incorreta a alternativa D. Além de ser atributo **derivado** (não essencial, como pede o enunciado), a orientação comunitária refere-se ao reconhecimento das necessidades de saúde da população do território a partir de dados epidemiológicos e da participação social — algo que o caso não aborda.

**Gabarito: C**

**08 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Carolina da Silva)** Em relação às características, à aplicabilidade e às limitações dos Critérios de Beers, assinale a alternativa INCORRETA:

**A)** Aplicam-se a indivíduos com 65 anos ou mais em contexto ambulatorial, hospitalar e institucional, excetuando-se pacientes em cuidados paliativos ou de fim de vida.

**B)** Trata-se de critérios explícitos, organizados em listas de fármacos e classes, construídos por painel de especialistas a partir de revisão sistemática da literatura.

**C)** Além de listar os medicamentos potencialmente inapropriados, contemplam uma lista de medicamentos que deveriam ter sido prescritos e foram indevidamente omitidos no idoso.

**D)** Contemplam categorias distintas, entre elas interações fármaco-doença, interações fármaco-fármaco e medicamentos que exigem ajuste ou suspensão conforme a função renal.

## COMENTÁRIOS:

Os Critérios de Beers surgiram em 1991, pelas mãos de Mark Beers, inicialmente voltados a Residentes de instituições de longa permanência. Desde 2011, a American Geriatrics Society (AGS) é a responsável pela manutenção e atualização periódica. A última atualização foi em 2023.

Trata-se de uma lista de fármacos e classes cuja relação risco-benefício tende a ser desfavorável em pessoas com 65 anos ou mais. O termo correto é MPI — Medicamento Potencialmente Inapropriado.

Para isso, os fármacos são divididos em 5 categorias :

1. MPIs a serem evitados na maioria dos idosos.
2. MPIs a serem evitados em idosos com determinadas doenças ou síndromes — as interações fármaco-doença.
3. Medicamentos a serem usados com cautela.
4. Interações fármaco-fármaco clinicamente relevantes a serem evitadas.
5. Medicamentos que devem ser evitados ou ter a dose ajustada conforme a função renal.

A idéia não é ser uma proibição nem um instrumento punitivo, e sim uma ferramenta de apoio à decisão que sinaliza quando o julgamento clínico precisa ser exercido com mais cuidado.

Entre as classes e drogas mais cobradas nas provas, estão:

- Benzodiazepínicos (todos, de curta ou longa ação) e “drogas Z” (zolpidem, zopiclona, eszopiclona): evitar em todos os idosos — risco de declínio cognitivo, *delirium*, quedas e fraturas. Exceções pontuais: abstinência alcoólica, convulsão, transtorno de

ansiedade grave refratário, sedação periprocedimento.

- Anticolinérgicos: anti-histamínicos de 1ª geração (difenidramina, hidroxizina, prometazina), antiespasmódicos, antimuscarínicos para bexiga hiperativa (oxibutinina) e antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, nortriptilina em menor grau). Causam confusão, boca seca, constipação, retenção urinária e visão borrada.
- IBPs: evitar uso por mais de 8 semanas, salvo indicação formal (esôfago de Barrett, esofagite erosiva, uso crônico de AINE, estado hipersecretor). Associam-se a *C. difficile*, fratura e perda óssea.
- AINEs: evitar uso crônico — sangramento digestivo, lesão renal, descompensação de IC e de HAS.
- AAS em prevenção primária: na versão 2023, passou de "usar com cautela" para evitar em idosos.
- Sulfonilureias: na atualização de 2023, a recomendação foi ampliada para todas (não apenas as de longa ação), por hipoglicemia grave e prolongada. Glibenclamida é um exemplo clássico.
- Antipsicóticos: evitar para sintomas comportamentais de demência ou *delirium*, salvo falha de medidas não farmacológicas e risco a si ou a terceiros — há aumento de mortalidade e AVC.
- Digoxina: evitar como primeira linha em FA e IC; se usada, não ultrapassar 0,125 mg/dia.
- Interações fármaco-doença de ouro: AINEs na IC e na DRC; verapamil/diltiazem na ICFEr; anticolinérgicos na demência, no *delirium* e na HPB; benzodiazepínicos, drogas Z, antipsicóticos, antidepressivos e opioides em quem tem história de quedas ou fraturas.
- "Usar com cautela" por hiponatremia/SIADH: ISRS, IRSN, tricíclicos, mirtazapina, carbamazepina/oxcarbazepina, diuréticos, antipsicóticos e tramadol. Esse trio (ISRS + tiazídico + tramadol) é um enunciado frequente de idoso com sódio de 125.
- Interações fármaco-fármaco clássicas: opioide + benzodiazepínico; opioide + gabapentinoide; três ou mais fármacos de ação no SNC (risco de queda e fratura); varfarina + AINE/amiodarona/sulfametoxazol-trimetoprima/ciprofloxacino; duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina.
- Função renal: evitar ou ajustar nitrofurantoína (evitar com ClCr < 30), gabapentina, pregabalina, baclofeno, colchicina, espironolactona (< 30), SMZ-TMP, tramadol e os anticoagulantes diretos.

Vamos compreender mais sobre está lista e aplicações através das análises das alternativas.

**Correta a alternativa A.** O público-alvo são idosos com 65 anos ou mais, em qualquer nível de cuidado, com a exceção explícita dos cuidados paliativos e de fim de vida. Nesse cenário, os critérios não se aplicam, porque o objetivo terapêutico muda completamente (conforto sobrepõe-se à prevenção de eventos de longo prazo).

**Correta a alternativa B.** São critérios explícitos (listas pré-definidas, aplicáveis sem necessidade de julgamento clínico individualizado para serem operacionalizados), construídos por painel interdisciplinar da AGS com metodologia de revisão sistemática e graduação de evidência. Contrapõem-se aos critérios implícitos, como o MAI (Medication Appropriateness Index), que dependem do julgamento do avaliador caso a caso.

**Incorreta a alternativa C.** Este é o gabarito. Beers avalia excesso e inadequação de prescrição. Ele não avalia subprescrição. Quem faz isso é o instrumento europeu STOPP/START: o componente STOPP lista prescrições a serem suspensas, e o componente START lista os tratamentos indicados que foram indevidamente omitidos (por exemplo, não anticoagular um idoso com FA e alto risco embólico, ou não prescrever bisfosfonato a quem tem osteoporose estabelecida). Sempre que a banca associar "Beers" com "omissão de prescrição" ou "prescrição em falta", a assertiva está errada.

**Incorreta a alternativa D.** Corresponde às cinco categorias descritas acima.

**Gabarito: C**

**09** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Endocrinologia - Prof. Larissa Costa)** Em relação ao diagnóstico e ao manejo do hipotireoidismo subclínico (HSC), assinale a alternativa correta.

**A)** Em idosos com idade igual ou superior a 80 anos, a presença de HSC com TSH entre 4,5 e 9,9 mU/L é indicação de início de levotiroxina para prevenção de declínio cognitivo.

**B)** Na presença de TSH entre 4,5 e 9,9 mU/L em pacientes com menos de 65 anos, a presença de anticorpo anti-TPO positivo em títulos elevados e/ou doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida justifica a introdução da levotiroxina.

**C)** Em mulheres que planejam engravidar com HSC, o tratamento com levotiroxina deve ser adiado até que o TSH ultrapasse 10 mU/L, a fim de evitar sobretratamento fetal.

**D)** O diagnóstico de hipotireoidismo subclínico é firmado na presença de TSH aumentado e T4L reduzido, a despeito da ausência de sintomas.

## COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, questão que aborda o manejo do Hipotireoidismo Subclínico.

O hipotireoidismo subclínico (HSC) é definido por concentrações elevadas de TSH em face de níveis normais de hormônios tireoidianos. Perceba, então, que o termo subclínico não tem relação com a presença ou ausência de sintomas.

A solicitação do TSH deve ser realizada em indivíduos com suspeita clínica. Na ausência de suspeita, pode ser considerada a realização de *screening* para indivíduos de alto risco de hipotireoidismo, como: portadores de doenças autoimunes, uso de medicações como lítio ou amiodarona, histórico de cirurgia tireoidiana prévia ou radioterapia, hiperprolactinemia, Síndrome de Down ou Turner.

O hipotireoidismo subclínico persistente ou progressivo deve ser diferenciado de causas transitórias de elevação do TSH, as quais podem regredir durante o seguimento, particularmente em pacientes com níveis séricos do TSH ≤ 10 mU/L. O TSH deve ser repetido, inicialmente, em três meses para confirmação de HSC persistente, conforme a diretriz brasileira de 2013 da SBEM.

O tratamento do hipotireoidismo subclínico é bem controverso na literatura. A diretriz brasileira da SBEM, publicada em 2013, sugere que o tratamento do hipotireoidismo subclínico seja considerado se os níveis séricos de TSH permanecerem elevados após três a seis meses da primeira dosagem, nos seguintes casos:

- TSH ≥ 10 mUI/L: Sempre repor levotiroxina*

- TSH entre 4,5-10 mUI/L: Considerar o tratamento para ≤ 65 anos nas seguintes situações:

• Sintomas sugestivos de hipotireoidismo;

• Doença cardiovascular preexistente ou elevado risco cardiovascular (diabetes, dislipidemia, hipertensão, síndrome metabólica);

• Elevado risco de progressão para hipotireoidismo clínico.

• Desejo de gestar

Devemos ter em mente que a elevação do TSH com o envelhecimento é, até certo ponto, fisiológica. O limite superior da normalidade pode chegar a 6 a 8 mUI/L em octogenários saudáveis. O tratamento de idosos com TSH <10 ainda carece de evidência científica de benefício, não sendo capaz de reduzir mortalidade. Além disso, pacientes idosos estão mais sujeitos aos danos do "*over* tratamento" com levotiroxina (fibrilação atrial, osteoporose e fraturas).

**Incorreta a alternativa A.** Não há indicação rotineira de iniciar levotiroxina em indivíduos com > 65 anos, TSH entre 4,5 e 9,9 mUI/L e HSC com o objetivo de prevenir declínio cognitivo. Nos idosos, TSH tende fisiologicamente a aumentar com a idade, e pequenas elevações não necessariamente representam uma condição que trará benefício quando tratada. Além disso, devemos ter cautela com o sobretratamento nessa população, pois a supressão excessiva do TSH pode aumentar o risco de fibrilação atrial e perda de massa óssea.

**Correta a alternativa B.** Em pacientes com menos de 65 anos e TSH entre 4,5 e 9,9 mUI/L, a decisão de iniciar levotiroxina deve ser individualizada. A presença de anticorpos anti-TPO positivos, principalmente quando associados a evidências de tireoidite autoimune, favorece o tratamento, por estar relacionada a maior probabilidade de progressão para hipotireoidismo manifesto. Da mesma forma, a presença de doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida pode pesar a favor da reposição hormonal nessa faixa etária.

**Incorreta a alternativa C.** Mulheres que desejam engravidar e possuem TSH entre 4,5-9,9 mUI/L devem receber o tratamento com levotiroxina.

**Incorreta a alternativa D.** Aqui, temos uma pegadinha conceitual clássica. O diagnóstico de hipotireoidismo subclínico é estabelecido pela presença de TSH elevado com T4 livre normal. Quando encontramos TSH elevado associado a T4L reduzido, estamos diante de hipotireoidismo primário manifesto. A presença ou ausência de sintomas não é o elemento que diferencia essas duas condições.

**Gabarito: B**

**10 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Endocrinologia - Prof. Larissa Costa)** Mulher de 58 anos, assintomática, realiza exames de rotina que revelam cálcio sérico de 10,9 mg/dL (referência: 8,5 a 10,2 mg/dL) e TSH normal. A investigação complementar confirma o diagnóstico de Hiperparatireoidismo Primário (HPTP). A densitometria óssea (DXA) demonstra T-score de -2,1 no colo do fêmur, -1,8 na coluna lombar e -2,7 no rádio distal. A calciúria de 24 horas é de 180 mg/dia e a taxa de filtração glomerular estimada é de 78 mL/min/1,73 m². Considerando os critérios de indicação cirúrgica para HPTP assintomático, a conduta recomendada para esSa paciente é:

**A)** Acompanhamento clínico conservador com dosagens periódicas de cálcio e densitometria óssea anual.

**B)** Tratamento farmacológico com cinacalcete para redução da massa óssea e controle da calcemia.

**C)** Indicação de paratireoidectomia devido à idade inferior a 60 anos e presença de osteopenia.

**D)** Indicação de paratireoidectomia devido ao T-score <-2,5 no rádio distal.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta questão aborda um ponto clássico do hiperparatireoidismo primário (HPTP): quando indicar paratireoidectomia no paciente assintomático. Embora muitos pacientes sejam diagnosticados incidentalmente por hipercalcemia em exames de rotina, a ausência de sintomas não significa necessariamente que a conduta será conservadora. A decisão cirúrgica é baseada em critérios objetivos que procuram identificar pacientes com maior risco de complicações esqueléticas, renais ou relacionadas à própria magnitude da hipercalcemia.

O HPTP caracteriza-se pela secreção excessiva e inapropriada de PTH em relação à concentração de cálcio, sendo a causa mais comum de hipercalcemia ambulatorial. O diagnóstico bioquímico é estabelecido pela presença de hipercalcemia associada a PTH elevado ou inapropriadamente normal, após confirmação da alteração e exclusão dos principais diagnósticos diferenciais. A avaliação inicial deve incluir função renal, 25-OH-vitamina D, avaliação da excreção urinária de cálcio e investigação do comprometimento esquelético.

As principais etiologias de hiperparatireoidismo primário são o adenoma isolado de paratireoide (90% dos casos), a hiperplasia de paratireoides (aproximadamente 10% dos casos) e o carcinoma de paratireoide (< 1% dos casos). Lembre-se de que, na presença de hiperplasia de paratireoides, devemos investigar síndromes neoplásicas, como as neoplasias endócrinas múltiplas tipo 1 e a tipo 2A.

Os critérios para tratamento cirúrgico podem ser lembrados pelo mnemônico CIRO:

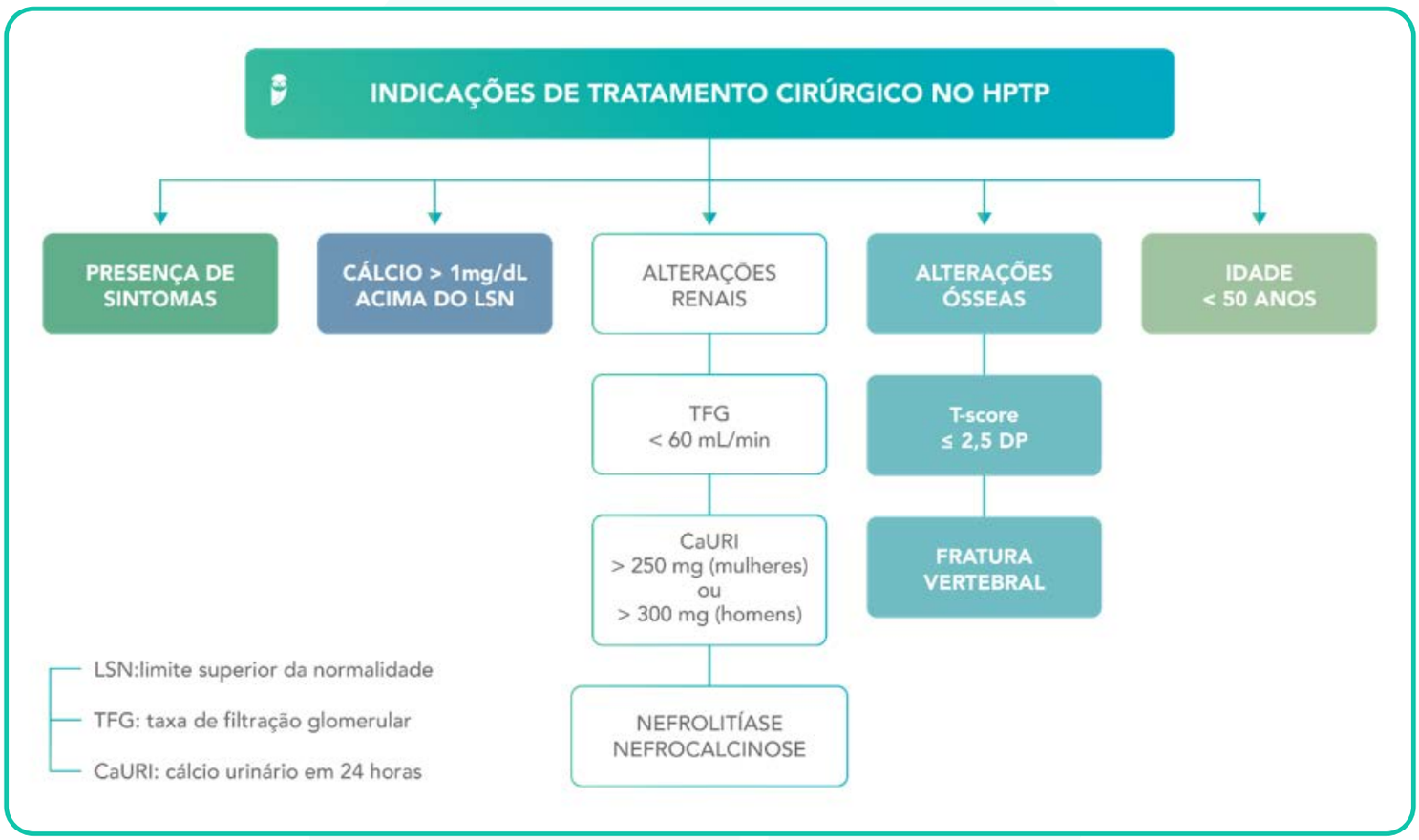
C - Cálcio valor 1 ponto acima do limite de normalidade

I - Idade < 50 anos

R- Renal: nefrolitíase ou nefrocalcinose ou calciúria de 24h > 250mg (mulheres) ou > 300mg (homens) ou TFG < 60mL/min

O - Osteoporose

Além dessas 4 indicações, devemos operar todos os pacientes com sintomas de hipercalcemia.




Após definida a indicação de paratireoidectomia, o próximo passo é a localização anatômica para planejamento cirúrgico, sendo utilizada a cintilografia com sestamibi, cujo radiotraçador permanece na paratireoide (ou nas paratireoides, no caso de hiperplasia) hiperfuncionante, o que possibilita a identificação da lesão.

**Incorreta a alternativa A.** O acompanhamento conservador pode ser realizado no paciente com HPTP assintomático que não apresenta critérios cirúrgicos ou que não deseja/não pode ser submetido ao procedimento. Esta paciente, entretanto, apresenta T-score de −2,7 no rádio distal, preenchendo um critério formal para cirurgia

**Incorreta a alternativa B.** O cinacalcete é um calcimimético que aumenta a sensibilidade do receptor sensor de cálcio (CaSR) ao cálcio extracelular, reduzindo a secreção de PTH e, consequentemente, a calcemia. Entretanto, Estrategista, cuidado com a finalidade dessa medicação: o cinacalcete é utilizado principalmente para controlar a hipercalcemia, não para aumentar a massa óssea. Mais importante ainda, esta paciente possui indicação formal de paratireoidectomia, portanto o tratamento farmacológico não substitui a cirurgia como primeira escolha neste caso.

**Incorreta a alternativa C.** Aqui, temos duas pegadinhas. A primeira: idade inferior a 60 anos não é critério cirúrgico. O ponto de corte recomendado é idade < 50 anos. A segunda: osteopenia também não constitui, isoladamente, indicação de paratireoidectomia. O critério densitométrico é T-score ≤ −2,5 em pelo menos um sítio relevante, caracterizando osteoporose.

**Correta a alternativa D.** Estrategista, este é o ponto central da questão. A presença de T-score ≤ −2,5 em qualquer um dos sítios avaliados constitui critério para paratireoidectomia no HPTP assintomático. O rádio distal é particularmente importante porque representa um sítio predominantemente cortical e, portanto, frequentemente comprometido pelo excesso de PTH. Embora a paciente apresente apenas osteopenia no colo femoral e na coluna lombar, o T-score de −2,7 no rádio distal já é suficiente para indicar cirurgia.

**Gabarito: D**

**11 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Endocrinologia - Prof. Larissa Costa)** Uma mulher de 54 anos, sem histórico de diabetes mellitus, é admitida na enfermaria de clínica médica para o tratamento de uma exacerbação grave de asma brônquica. Na admissão hospitalar, encontra-se eupneica sob oxigenoterapia, hemodinamicamente estável e aceitando dieta oral de forma adequada. A glicemia plasmática colhida na admissão foi de 108 mg/dL. Foi prescrita Prednisona na dose de 40mg/dia por via oral pela manhã, associada a broncodilatadores inalatórios.

Considerando-se as Recomendações da Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD 2026) para o manejo e rastreamento da hiperglicemia hospitalar em pacientes não críticos, qual é a conduta mais adequada em relação à monitorização e ao manejo glicêmico dessa paciente?

**A)** Suspender a monitorização de glicemia capilar durante a internação, uma vez que a paciente não tem histórico de diabetes e a glicemia de admissão foi normal (<140 mg/dL)

**B)** Iniciar monitorização de glicemia capilar ao menos ao acordar e antes do jantar, independentemente da ausência de histórico de diabetes e do valor normal da glicemia inicial.

**C)** Iniciar imediatamente insulinoterapia basal presuntiva em dose fixa de 0,2U/kg, prescrita na admissão para prevenir o surgimento de hiperglicemia por corticoide.

**D)** Solicitar apenas uma nova glicemia plasmática de jejum na manhã seguinte e liberar a monitorização capilar caso o resultado permaneça menor que 140mg/dL.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta questão aborda um cenário muito importante na enfermaria: a hiperglicemia hospitalar induzida por glicocorticoides. O ponto central é perceber que uma glicemia normal na admissão não exclui o risco de hiperglicemia durante a internação quando o paciente inicia uma medicação hiperglicemiante. De acordo com a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o uso de glicocorticoides é considerado fator de risco para alterações glicêmicas e, por isso, modifica a estratégia de monitorização mesmo em indivíduos sem diagnóstico prévio de diabetes.

A SBD recomenda que todo paciente adulto tenha uma glicemia capilar ou plasmática avaliada no momento da admissão hospitalar, independentemente de ter ou não diagnóstico prévio de diabetes. A hiperglicemia hospitalar é definida pela constatação de valores de glicemia capilar ou plasmática superiores a 140 mg/dL. Quando um paciente apresenta dois ou mais episódios em vinte e quatro horas com glicemia acima de 180 mg/dL, o quadro é classificado como hiperglicemia hospitalar persistente.

A HH, independentemente da presença de DM, está associada a piores desfechos, incluindo maiores taxas de mortalidade hospitalar, maior número de admissões em unidades de terapia intensiva e maior tempo de hospitalização.

Nos pacientes sem diabetes e sem fatores de risco, uma glicemia <140 mg/dL geralmente dispensaria monitorização glicêmica subsequente. Entretanto, Estrategista, atenção: essa regra não se aplica à paciente da questão, porque ela está recebendo prednisona, e o uso de

glicocorticoides é explicitamente considerado fator de risco para hiperglicemia hospitalar pela SBD.

Os glicocorticoides provocam hiperglicemia principalmente por aumento da resistência periférica à insulina e aumento da produção hepática de glicose, além de poderem comprometer a capacidade compensatória de secreção de insulina pelas células beta. A magnitude da alteração depende da dose, potência, duração e perfil farmacocinético do corticoide, além da susceptibilidade metabólica individual. Dessa forma, a hiperglicemia pode surgir mesmo em pessoas sem diabetes conhecido.

Um conceito particularmente importante para a prova é o padrão temporal da hiperglicemia induzida por corticoide. Quando utilizamos uma dose única matinal de um glicocorticoide de ação intermediária, como a prednisona, a glicemia pode permanecer relativamente normal pela manhã e aumentar progressivamente ao longo do dia, apresentando maior elevação no período vespertino. Isso explica uma recomendação muito específica e que vale a pena guardar: em pacientes em uso de glicocorticoides, independentemente do diagnóstico prévio de diabetes, recomenda-se realizar glicemias capilares pelo menos ao acordar e antes do jantar.

Perceba também que monitorizar não significa iniciar insulina profilaticamente. A paciente tem glicemia de 108 mg/dL e ainda não apresentou hiperglicemia. Portanto, não há indicação de insulinização simplesmente porque recebeu prednisona. Caso desenvolva hiperglicemia, o tratamento será definido de acordo com o padrão e a magnitude das elevações glicêmicas. Na hiperglicemia induzida por glicocorticoide com predomínio vespertino, a SBD admite o uso de insulina NPH pela manhã, justamente porque seu perfil de ação pode acompanhar o padrão de elevação glicêmica produzido pela prednisona.

**Incorreta a alternativa A.** Embora a paciente não tenha diagnóstico prévio de diabetes e apresente glicemia normal na admissão, de 108 mg/dL, ela possui um importante fator de risco para hiperglicemia hospitalar: o uso de prednisona em dose de 40 mg/dia. Portanto, não devemos aplicar a regra de que uma glicemia < 140 mg/dL dispensa monitorização. A SBD 2026 recomenda especificamente monitorização glicêmica nos pacientes em uso de glicocorticoides, independentemente da presença prévia de diabetes.

**Correta a alternativa B.** Em pacientes em uso de glicocorticoides, independentemente do diagnóstico prévio de diabetes, recomenda-se realizar glicemias capilares ao menos ao acordar e antes do jantar. Essa estratégia é particularmente adequada para a paciente em uso de prednisona pela manhã, pois a hiperglicemia induzida por esse glicocorticoide costuma ser mais pronunciada durante a tarde e o início da noite.

**Incorreta a alternativa C.** Não está indicada insulinoterapia basal profilática simplesmente porque a paciente iniciou glicocorticoide. Ela apresenta glicemia de 108 mg/dL e ainda não desenvolveu hiperglicemia, portanto a conduta inicial é monitorizar. Se surgir hiperglicemia, a insulinoterapia poderá ser instituída e individualizada conforme o padrão glicêmico.

**Incorreta a alternativa D.** Aqui, temos uma pegadinha importante. Solicitar apenas glicemia de jejum é uma estratégia inadequada para rastrear hiperglicemia induzida pela prednisona. Como a prednisona é administrada pela manhã, o paciente pode apresentar glicemia de jejum normal e hiperglicemia significativa no período vespertino. Por isso, a SBD recomenda especificamente a glicemia ao acordar e antes do jantar. Uma glicemia de jejum <140 mg/dL no dia seguinte, isoladamente, não é suficiente para justificar a suspensão da monitorização enquanto persistir o risco relacionado ao glicocorticoide.

**Gabarito: B**

**12** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Endocrinologia - Prof. Larissa Costa)** Um homem de 64 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial há 12 anos, vem à consulta de rotina. Possui antecedente de infarto agudo do miocárdio, há 3 anos, e traz ecocardiograma recente com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 38%, além de história de internação por descompensação de insuficiência cardíaca no último ano. Encontra-se assintomático do ponto de vista cardiovascular (NYHA I). Exames laboratoriais: HbA1c = 8,1%, glicemia de jejum 158 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL (TFG estimada 72mL/min/1,73 m) e relação albumina/creatinina urinária 15 mg/g. Atualmente, está em uso de metformina 2.000mg/dia, sacubitril/valsartana, carvedilol, espironolactona e atorvastatina.

Considerando-se as diretrizes atualizadas para o tratamento do DM2, qual é a conduta farmacológica antidiabética mais indicada a ser associada ao esquema desse paciente?

**A)** Iniciar um inibidor do SGLT2 (iSGLT2), devido à sua indicação de prioridade na redução de hospitalizações por insuficiência cardíaca e progressão de doença renal.

**B)** Iniciar um agonista do receptor de GLP-1 (aGLP-1), por ser a única classe capaz de reduzir a mortalidade por todas as causas em pacientes com fração de ejeção reduzida.

**C)** Aumentar a dose de metformina e associar uma sulfonilureia de segunda geração, visando atingir a meta de HbA1c < 7% com menor custo.

**D)** Prescrever um inibidor da DPP-4 (iDPP4), por apresentar eficácia equivalente aos iSGLT2 no manejo de pacientes com insuficiência cardíaca.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta questão aborda uma mudança fundamental no tratamento moderno do diabetes *mellitus* tipo 2: a escolha do antidiabético não deve ser determinada exclusivamente pelo valor da HbA1c. Na presença de comorbidades cardiorrenais, especialmente doença cardiovascular aterosclerótica, insuficiência cardíaca (IC) ou doença renal crônica (DRC), devemos priorizar medicamentos que tenham benefício comprovado sobre esses desfechos, independentemente de o paciente já utilizar metformina e até mesmo independentemente de a HbA1c estar ou não na meta.

Neste caso, o paciente apresenta doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, pois já sofreu infarto agudo do miocárdio, e apresenta também insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr), com FEVE de 38%. Além disso, a história de internação por descompensação de IC demonstra que não estamos apenas diante de uma alteração ecocardiográfica incidental, mas de uma doença clinicamente estabelecida. É justamente nesse cenário que os inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT2) assumem papel prioritário.

Os iSGLT2 atuam no túbulo proximal renal, inibindo a reabsorção de glicose e sódio e promovendo glicosúria e natriurese. Entretanto, Estrategista, seu benefício na insuficiência cardíaca vai muito além da redução da glicemia. Grandes estudos de desfechos cardiovasculares e, posteriormente, ensaios especificamente desenhados para insuficiência cardíaca demonstraram redução de hospitalização por IC e de eventos cardiovasculares. Esses benefícios também foram observados em indivíduos sem diabetes, reforçando que o efeito cardioprotetor não depende simplesmente da redução da HbA1c

É interessante ressaltar que os aGLP-1 também demonstraram benefícios extraglicêmicos relevantes em grandes ensaios clínicos, especialmente na redução de eventos cardiovasculares e da mortalidade cardiovascular em pacientes de alto risco. Apesar das 2 classes compartilharem esse impacto cardiometabólico, apenas os agonistas de GLP-1 apresentam evidência robusta de eficácia para perda de peso significativa em indivíduos com sobrepeso ou obesidade, sendo a droga de primeira escolha nesses pacientes.

Os iSGLT2 também se tornaram pilares terapêuticos para pacientes com doença renal do diabetes, independentemente do grau de controle glicêmico. Assim, sempre que o paciente apresentar relação albumina/creatinina urinária positiva (≥30mg/g) e/ou TFG reduzida (< 60 ml/min e > 20 ml/min), deve-se priorizar o início de um inibidor de SGLT2. Essa classe demonstrou de forma consistente redução de progressão da doença renal mesmo em faixas mais baixas de função renal, reforçando seu papel central na proteção cardiorrenal no diabetes tipo 2.

Em pacientes com doença renal, TFG > 25 ml/min e relação albumina/creatinina urinária positiva (≥ 100 mg/g), a semaglutida também pode ser considerada para redução de progressão da doença renal, de preferência associada aos inibidores da SGLT-2.

**Correta a alternativa A.** Esta é a melhor conduta para o paciente apresentado. Ele apresenta DM2 associado à ICFEr, com FEVE de 38%, e história de hospitalização por descompensação. Estrategista, o ponto mais importante é perceber que essa indicação independe do controle glicêmico: mesmo que a HbA1c já estivesse na meta, ainda haveria indicação do iSGLT2 em razão da insuficiência cardíaca.

**Incorreta a alternativa B.** Os agonistas do receptor de GLP-1 apresentam importantes benefícios cardiovasculares, especialmente na redução de eventos ateroscleróticos em pacientes com DM2 e doença cardiovascular estabelecida, e poderiam ser considerados posteriormente neste paciente, inclusive em associação a um iSGLT2. Entretanto, eles não são a classe prioritária para o tratamento da ICFEr estabelecida e muito menos são a "única classe capaz de reduzir a mortalidade por todas as causas" nessa população. Diferencie bem os dois cenários: diante de doença aterosclerótica, tanto AR GLP-1 quanto iSGLT2 podem ter papel importante; diante de insuficiência cardíaca estabelecida, o iSGLT2 assume posição prioritária.

**Incorreta a alternativa C.** O paciente já utiliza 2.000 mg/dia de metformina, dose que já se encontra dentro da faixa terapêutica usual, e simplesmente aumentar sua dose não resolveria o principal problema da questão. Uma sulfonilureia poderia reduzir a HbA1c, mas não oferece o benefício cardiovascular e sobre insuficiência cardíaca proporcionado pelos iSGLT2, além de estar associada a maior risco de hipoglicemia e a ganho de peso.

**Incorreta a alternativa D.** Os inibidores da DPP-4 não apresentam eficácia equivalente aos iSGLT2 na insuficiência cardíaca. Em geral, são medicamentos com efeito neutro sobre desfechos cardiovasculares, sem demonstração dos benefícios consistentes sobre hospitalização por IC observados com os iSGLT2. Além disso, existe uma particularidade importante para as provas: no estudo SAVOR-TIMI 53, a saxagliptina esteve associada ao aumento das hospitalizações por insuficiência cardíaca.

**Gabarito: A**

**13** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Hematologia - Prof. Letícia Soares)** Homem de 65 anos de idade, sem comorbidades conhecidas ou uso de medicamentos contínuos, portador de lombalgia crônica em investigação, detecta em exame laboratorial de rotina um aumento de globulinas séricas com inversão de padrão albumina/globulina. Durante propedêutica investigativa, foram solicitados exame de eletroforese sérica e urinária com imunofixação, que detectaram pico monoclonal de subtipo IgG > 3 g/dL. O restante do laboratório apresentava os seguintes achados: Hb: 15, leucócitos: 5700 sem desvio, plaquetas: 250.000, Na: 136, K: 4.1, Cr: 0.9, Ur: 23, Ca: 9.5, albumina: 4. Inventário ósseo realizado através de ressonância magnética não detectou lesões ósseas de caráter lítico ou evidência de lesões expansivas. Realizada biópsia de medula óssea, que evidenciou a presença de 13% de plasmócitos clonais. Considerando o quadro clínico-laboratorial-radiológico apresentado pelo paciente, podemos afirmar que:

**A)** Trata-se de um mieloma múltiplo em atividade, visto que a biópsia de medula óssea evidencia mais de 10% de plasmócitos clonais, devendo ser iniciado tratamento de imediato.

**B)** Trata-se de um paciente com diagnóstico de MGUS (gamopatia monoclonal de significado indeterminado), pois, apesar de apresentar pico monoclonal acima de 3g/dL e biópsia de medula óssea com mais de 10% de plasmócitos monoclonais, ele não se apresenta sintomático.

**C)** Trata-se de um paciente com diagnóstico de mieloma indolente/smoldering mieloma, pois apesar de apresentar pico monoclonal acima de 3g/dL e biópsia de medula óssea com mais de 10% de plasmócitos monoclonais, ele não se apresenta sintomático.

**D)** Trata-se de um paciente com diagnóstico de smoldering mieloma/mieloma indolente e, por apresentar alto risco de progressão para mieloma múltiplo, independentemente dos achados medulares ou da presença de biomarcadores de alta malignidade, ele deve ser tratado.

## COMENTÁRIOS:

Lombalgia em homens idosos, principalmente na presença de anemia de padrão normocítico e normocrômico e aumento de globulinas com inversão de padrão A/G em exames laboratoriais, sempre deve levantar o alerta para pesquisa de Mieloma Múltiplo! Hoje, não basta apenas solicitar a eletroforese de proteínas urinária e sérica, pois a imunofixação associada aumenta a sensibilidade do teste e permite a identificação da classe de proteína monoclonal através do uso de anticorpos direcionados contra as cadeias pesadas (IgG, IgM, IgA) e as cadeias leves (lambda, kappa).

A questão apresentada é interessante para se distinguir alguns conceitos importantes e subdivisões dentro do grupo das gamopatia monoclonais:

1) Mieloma múltiplo: para o diagnóstico, é necessário definir clonalidade na biópsia de medula óssea acima de 10% associada OBRIGATORIAMENTE a 1 ou mais sintomas: hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas (mnemônico CRAB).

2) Smoldering mieloma/mieloma indolente: para o diagnóstico, é necessário o achado de proteína monoclonal sérica > 3 g/dl ou urinária > 500 em 24 hrs associado à plasmocitose medular monoclonal entre 10 a 60%, na AUSÊNCIA de eventos definidores de mieloma (mnemónico CRAB).

3) MGUS (gamopatia monoclonal de significado incerto): para o diagnóstico, é necessária a presença da proteína monoclonal abaixo de 3g/dl, menos de 10% de plasmócitos clonais em medula e ausência de sintomas definidores da doença.

Via de regra, o mieloma indolente e a gamopatia monoclonal de significado incerto exigem acompanhamento clínico, não sendo necessária a instituição de tratamento. O risco de progressão do MGUS é de 1% ao ano, sendo maior em pacientes de alto risco.

Caso o paciente com mieloma indolente apresente biomarcadores de alta malignidade (alta carga tumoral com mais de 60% de plasmócitos na medula,relação de cadeias leves livres séricas ≥ 100 e mais de uma lesão focal em RM), deve ser feito o tratamento. **Incorreta a alternativa A.** O paciente apresenta o critério medular, contudo não é sintomático! E não apresenta os biomarcadores de alta

malignidade, que demandariam tratamento.

**Incorreta a alternativa B.** Para o diagnóstico de MGUS, o paciente deveria apresentar pico monoclonal abaixo de 3g/dL e plasmocitose medular monoclonal abaixo de 10%, sem sintomas associados.

Correta a alternativa C.

**Incorreta a alternativa D.** Em geral, o mieloma indolente deve ser acompanhado, sem indicação de tratamento, porque não há benefício de sobrevida comprovado em tratar esses pacientes. Uma exceção a isso é: caso esse paciente apresente os biomarcadores de alta malignidade.

**Gabarito: C**

**14 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto)** Sobre a 5ª Definição Universal de Infarto do Miocárdio, assinale as assertivas a seguir:

II. O infarto primário é aquele relacionado a qualquer patologia coronariana aguda.

III. O infarto relacionado ao procedimento é aquele que ocorre após um procedimento cardíaco, independentemente do momento.

IV. Os exames de imagem ganharam mais relevância para a confirmação do infarto agudo do miocárdio.

Quais dessas assertivas estão corretas?

**A)** Apenas I e II.

**B)** Apenas I e III.

**C)** Apenas II e III.

**D)** I, II e III.

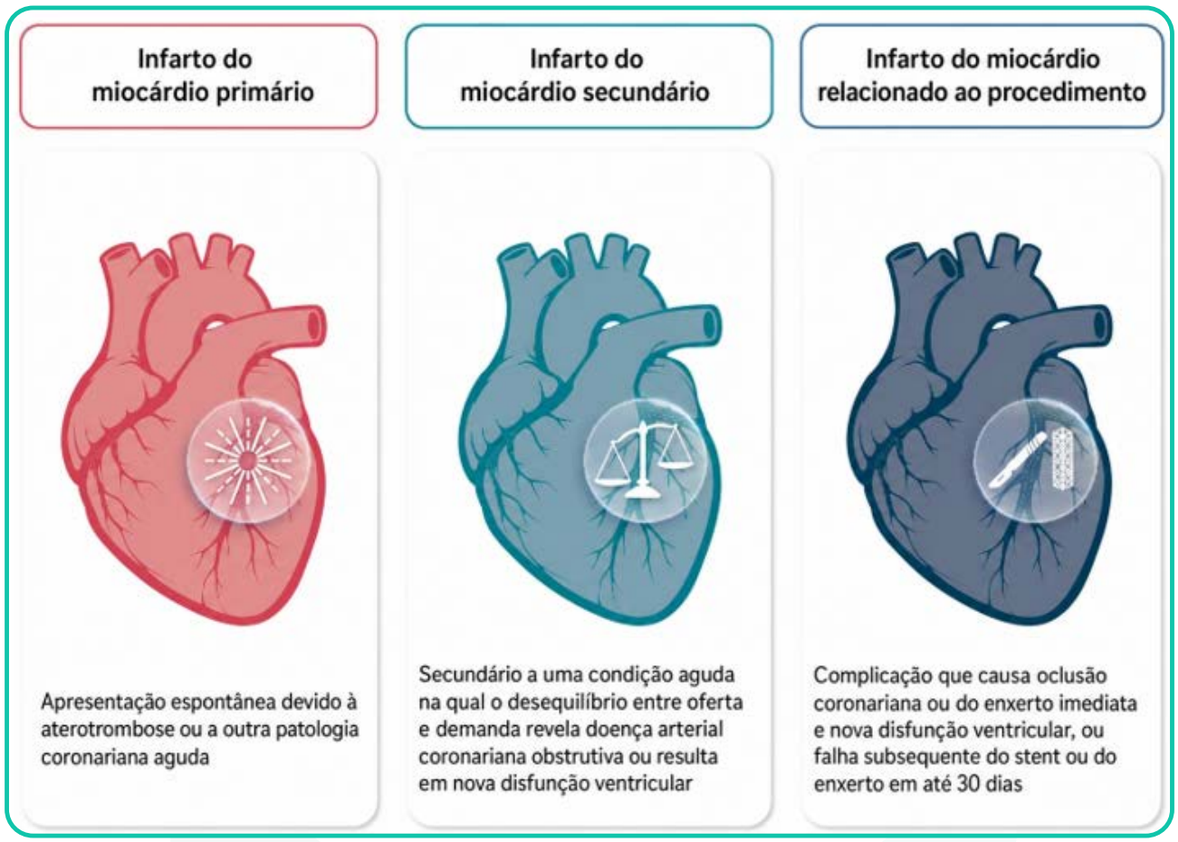
## COMENTÁRIOS:

A 5ª Definição Universal de Infarto do Miocárdio foi apresentada em 2026 e trouxe diversas mudanças. A de maior destaque foi a nova classificação dos tipos de infarto. Os tipos 1, 2, 3, 4 e 5 foram substituídos por três tipos de infarto:

- Infarto primário: relacionado a qualquer patologia coronariana aguda.

- Infarto secundário: relacionado ao desbalanço entre oferta e demanda de oxigênio (antigo infarto tipo 2).

- Infarto relacionado ao procedimento: complicação que causa oclusão coronariana ou do enxerto e nova disfunção ventricular, ou falha do *stent* ou enxerto em até 30 dias após algum procedimento (cateterismo com ou sem angioplastia, intervenção estrutural, ablação, procedimentos minimamente invasivos).




Assertiva I (CORRETA): O **infarto primário** substitui o antigo infarto "tipo 1" e passa a abranger **qualquer patologia coronariana aguda**, não apenas a aterotrombose. Isso inclui aterotrombose, dissecção coronariana espontânea, embolia coronariana, vasoespasmo, além de reestenose, trombose de *stent* ou falência de enxerto ocorridos **após 30 dias** de um procedimento.

Assertiva II (INCORRETA): O erro está na não especificação do momento em que o infarto ocorreu. O **infarto relacionado ao procedimento** é definido como uma **complicação coronariana dentro de 30 dias** após um procedimento cardíaco, resultando em lesão miocárdica aguda. As falências tardias de *stent*/enxerto (>30 dias) são classificadas como infarto primário.

Assertiva III (CORRETA): Para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio é obrigatória a **confirmação de injúria miocárdica aguda** (elevação e/ou queda da troponina cardíaca I ou T, com pelo menos um valor acima do percentil 99). Após, de modo geral, o infarto será classificado como provável ou confirmado com base em alguns critérios:

**- Infarto provável (pelo menos 1 dos seguintes):**

- Sintomas de isquemia;
- Alterações isquêmicas novas ou presumivelmente nova no ECG;
- Ondas Q patológicas.

- **Infarto confirmado** (**pelo menos 1 dos seguintes):**

- Imagem revelando doença coronariana;
- Perda nova de miocárdio viável ou alteração segmentar nova.

**Corretas as assertivas I e III.**

**Gabarito: B**

**15** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto)** Com relação a insuficiência cardíaca e aos biomarcadores natriuréticos (BNP e NT-proBNP), assinale a alternativa correta:

**A)** Os biomarcadores cardíacos possuem valor diagnóstico, mas não prognóstico.

**B)** A terapia fundamental no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida é composta por IECA/BRA ou Sacubitril-valsartana, ivabradina, inibidores da SGLT2 e betabloqueadores.

**C)** A obesidade é uma causa de valores baixos dos biomarcadores cardíacos.

**D)** Os análogos do GLP-1 possuem maior evidência de benefício na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

## COMENTÁRIOS:

O ano de 2026 trouxe diversas novidades em relação à insuficiência cardíaca. Nesta questão, você se atualizará sobre os novos conceitos que foram apresentados. Ela está no modelo que você encontrará na prova da AMRIGS: direta e curta.

**Incorreta a alternativa A.** Os biomarcadores BNP e NT-proBNP possuem tanto o valor diagnóstico quanto o prognóstico bem estabelecidos. Estão entre os preditores mais potentes de mortalidade e morbidade tanto na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr) quanto na IC com frações de ejeção preservada (ICFEp), sendo úteis também para monitoramento do tratamento.

**Incorreta a alternativa B.** A **ivabradina é considerada uma terapia adicional**, não é fundamental. Está indicada na presença de ritmo sinusal e frequência cardíaca acima de 70 bpm mesmo com doses otimizadas de betabloqueadores. **A classe da terapia fundamental que está faltando é dos antagonistas mineralocorticoides!** Portanto, a terapia fundamental na ICFEr, e que provou reduzir a mortalidade, tem quatro pilares:

1. IECA/BRA ou sacubitril-valsartana
2. Betabloqueadores (carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol)
3. Antagonistas mineralocorticóides
4. Inibidores da SGLT2 (empagliflozina ou dapagliflozina)

**Correta a alternativa C.** A obesidade está associada a valores **falsamente baixos** de BNP e NT-proBNP, possivelmente por menor liberação miocárdica e maior depuração pelo tecido adiposo. São fatores que diminuem os níveis dos peptídeos natriuréticos:

- Ancestralidade africana
- Obesidade
- Pericardite constritiva
- IECA/BRA/Sacubitril-valsartana
- Betabloqueadores
- Inibidores da SGLT2
- Antagonistas mineralocorticoides

**Incorreta a alternativa D:** Os análogos do GLP-1 (semaglutida e tirzepatida) têm dados mais robustos na ICFEp associada à obesidade. Atualmente, essa classe é considerada uma terapia adicional nesse tipo de IC. A terapia fundamental da ICFEp é composta por inibidores da SGLT2 (gliflozinas) e antagonistas mineralocorticoides (espironolactona, eplerenona e finerenona).

**Gabarito: C**

**16** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Intensiva - Prof. Vinícius De Luca)** Sobre as medidas de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), analise as assertivas abaixo:

I. A manutenção da cabeceira elevada entre 30° e 45° e a interrupção diária da sedação associada à avaliação diária da possibilidade de extubação fazem parte dos pacotes de medidas de prevenção.

II. A troca rotineira dos circuitos do ventilador a cada 48 horas reduz a incidência de PAV e deve ser realizada em todos os pacientes.

III. A aspiração de secreção subglótica em pacientes com expectativa de ventilação mecânica prolongada reduz a incidência de PAV.

Quais delas estão corretas?

**A)** Apenas I.

**B)** Apenas II.

**C)** Apenas I e III.

**D)** I, II e III.

## COMENTÁRIOS:

Fala, Estrategista! Questão clássica de prevenção de PAV, tema que a AMRIGS adora cobrar no formato de assertivas. A PAV é uma das infecções mais frequentes na terapia intensiva, prolonga a ventilação mecânica e o tempo de internação e aumenta os custos, por isso as medidas de prevenção são organizadas em pacotes, os famosos *bundles*.

A assertiva I traz dois pilares desses pacotes. A cabeceira elevada entre 30° e 45° reduz a aspiração de conteúdo gástrico e de secreções da orofaringe. E a interrupção diária da sedação associada ao teste de respiração espontânea reduz o tempo de ventilação mecânica, e, quanto menos tempo intubado, menor o risco de pneumonia.

A assertiva III também está correta: a aspiração de secreção subglótica por meio de tubos com lúmen dorsal acima do balonete reduz a microaspiração do material acumulado sobre o *cuff* e diminui a incidência de PAV, sendo indicada para pacientes com previsão de ventilação por mais de 48 a 72 horas.

E aí, Estrategista, a assertiva II é a pegadinha! A troca rotineira dos circuitos não reduz PAV. Pelo contrário: manipular o circuito aumenta o risco de contaminação e de condensado chegando à via aérea. A recomendação é trocar apenas quando houver sujidade visível ou mau funcionamento.

Completam os pacotes a higiene oral, a mobilização precoce, o manejo adequado da pressão do balonete e a preferência por ventilação não invasiva, quando indicada, evitando a intubação.

Vamos, então, às alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** A assertiva III também está correta, já que a aspiração subglótica reduz a incidência de PAV nos pacientes com ventilação prolongada.

**Incorreta a alternativa B.** A assertiva II é justamente a falsa: a troca rotineira de circuitos não reduz PAV e deve ser feita apenas quando houver sujidade ou mau funcionamento.

**Correta a alternativa C.** Cabeceira elevada, interrupção diária da sedação com avaliação de extubação e aspiração subglótica são medidas eficazes de prevenção de PAV, pessoal!

**Incorreta a alternativa D.** A troca rotineira dos circuitos não faz parte das medidas de prevenção, pessoal, e pode até aumentar o risco de contaminação.

**Gabarito: C**

**17 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Medicina Intensiva - Prof. Vinícius De Luca)** Relacione a Coluna 1 à Coluna 2, associando os fármacos vasoativos aos respectivos mecanismos de ação predominantes.

Coluna 1:

1. Noradrenalina.

2. Dobutamina.

3. Vasopressina.

4. Milrinona.

Coluna 2:

( ) Agonista de receptores V1 da musculatura lisa vascular, com efeito vasoconstritor independente dos receptores adrenérgicos.

( ) Inibidor da fosfodiesterase 3, com efeito inotrópico positivo e vasodilatador.

( ) Agonista predominante de receptores alfa-1, com ação beta-1 associada.

( ) Agonista predominante de receptores beta-1, com efeito inotrópico positivo.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

**A)** 3 – 4 – 1 – 2.

**B)** 4 – 3 – 2 – 1.

**C)** 3 – 2 – 1 – 4.

**D)** 1 – 4 – 3 – 2.

## COMENTÁRIOS:

Fala, Estrategista! Questão de farmacologia pura, pessoal, no formato de relacionar colunas, bem típico da AMRIGS. E vale a pena dominar esse tema, porque ele é a base da escolha do vasoativo à beira do leito!

Comecemos pela **noradrenalina**, a droga de primeira escolha no choque séptico. Ela age predominantemente em receptores alfa-1, promovendo vasoconstrição e aumento da pressão arterial, mas também tem ação beta-1, o que ajuda a preservar o débito cardíaco. A **vasopressina**, por sua vez, age em receptores V1 da musculatura lisa vascular, com vasoconstrição por uma via totalmente independente dos receptores adrenérgicos. Por isso ela funciona bem como droga associada à noradrenalina, permitindo reduzir a dose desta, e mantém efeito mesmo em cenários de acidose, em que os receptores adrenérgicos não respondem muito bem.

E aí, Estrategista, do lado dos inotrópicos: a **dobutamina** é agonista predominantemente beta-1, aumentando a contratilidade e o débito cardíaco, com algum efeito beta-2 vasodilatador. Já a **milrinona** é inibidora da fosfodiesterase 3: ela aumenta o AMP cíclico intracelular sem depender dos receptores beta, o que a torna interessante em pacientes em uso de betabloqueador. O preço é a vasodilatação importante, com risco de hipotensão, e o acúmulo na insuficiência renal.

Montando a sequência de cima para baixo: V1 é a vasopressina (3), a fosfodiesterase 3 é a milrinona (4), o alfa-1 predominante é a noradrenalina (1) e o beta-1 predominante é a dobutamina (2).

Vamos, então, às alternativas:

**Correta a alternativa A.** Vasopressina (V1), milrinona (fosfodiesterase 3), noradrenalina (alfa-1 com ação beta-1) e dobutamina (beta-1): sequência 3 – 4 – 1 – 2. Nossa resposta, Estrategista!

**Incorreta a alternativa B.** A sequência inverte vasopressina e milrinona e troca noradrenalina e dobutamina entre si.

**Incorreta a alternativa C.** A inibição da fosfodiesterase 3 é o mecanismo da milrinona, não da dobutamina, que é agonista beta-1.

**Incorreta a alternativa D.** O agonismo V1 é exclusivo da vasopressina, pessoal; a noradrenalina age em receptores adrenérgicos.

**Gabarito: A**

**18** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Pneumologia - Prof. Vinícius De Luca)** Sobre o tratamento farmacológico inicial da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) estável, segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), analise as assertivas abaixo:

I. Pacientes do grupo A devem receber um broncodilatador, de curta ou de longa ação, conforme o efeito sobre a dispneia.

II. Pacientes do grupo B devem iniciar a associação de beta-2 agonista de longa ação (LABA) com antimuscarínico de longa ação (LAMA).

III. Pacientes do grupo E com eosinófilos no sangue periférico ≥ 300 células/µL podem iniciar terapia tripla, com LABA, LAMA e corticoide inalatório.

IV. A associação de LABA com corticoide inalatório é a opção preferencial para os pacientes do grupo E com eosinófilos ≥ 300 células/µL.

Quais delas estão corretas?

**A)** Apenas I e II.

**B)** Apenas II e IV.

**C)** Apenas I, II e III.

**D)** I, II, III e IV.

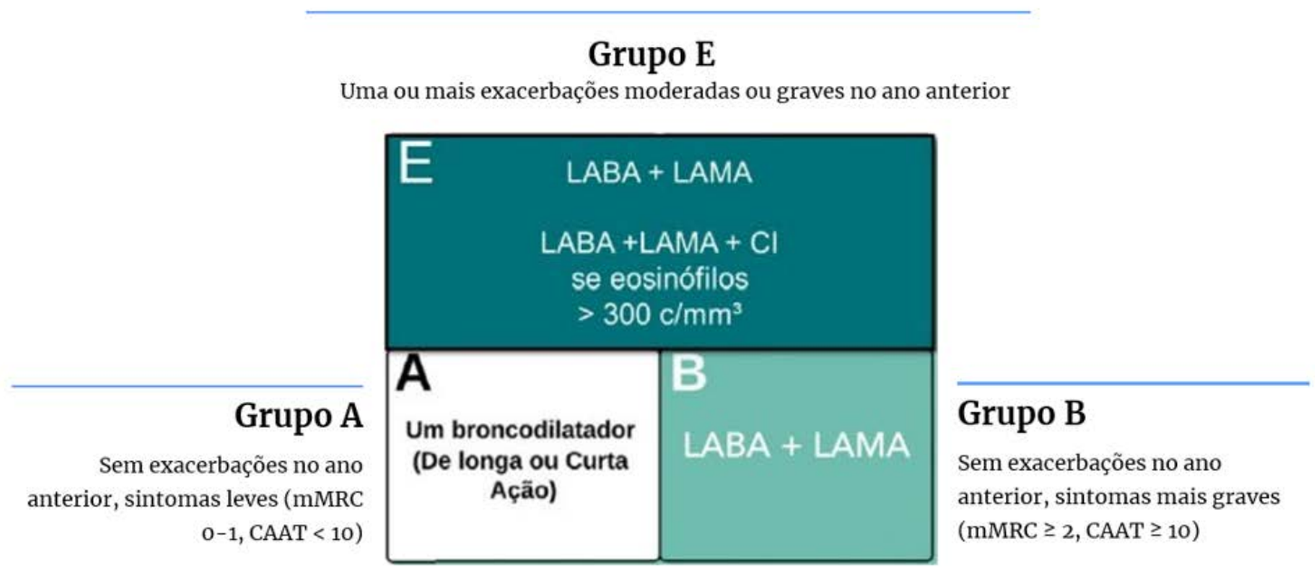
## COMENTÁRIOS:

Fala, Estrategista!

Questão clássica sobre o tratamento inicial da DPOC, pessoal! E, para acertá-la, precisamos ter a classificação **ABE** na ponta da língua.

Estrategista, note que o GOLD separa os pacientes em dois eixos: sintomas e exacerbações. O grupo E, de exacerbador, reúne quem teve duas ou mais exacerbações moderadas ou, pelo menos, uma com internação no último ano, independentemente dos sintomas. Entre os demais, o grupo A tem poucos sintomas, com mMRC 0 a 1 e CAT abaixo de 10, e o grupo B tem mais sintomas, com mMRC maior ou igual a 2 ou CAT maior ou igual a 10.

E o tratamento inicial? No grupo A, um broncodilatador, de curta ou longa ação, sendo o de longa ação preferível quando disponível e acessível, exceto em pacientes com dispneia muito ocasional. No grupo B, a associação LABA com LAMA, que traz mais benefício sobre sintomas e função pulmonar do que a monoterapia. No grupo E, também LABA com LAMA, considerando-se a terapia tripla quando os eosinófilos estiverem maiores ou iguais a 300 células/µL.




Agora, o ponto que a banca adora cobrar: a associação **LABA com corticoide inalatório** não é mais estimulada na DPOC! Se houver indicação de corticoide inalatório, a terapia tripla é superior à associação de LABA com corticoide inalatório. E, claro, o tratamento farmacológico nunca vem sozinho: cessação do tabagismo, vacinação e reabilitação pulmonar fazem parte do pacote.

Vamos, então, às alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** A assertiva III também está correta: no grupo E com eosinófilos ≥ 300 células/µL, a terapia tripla pode ser iniciada.

**Incorreta a alternativa B.** A assertiva IV está incorreta, pessoal: a associação de LABA com corticoide inalatório não é mais estimulada na DPOC.

**Correta a alternativa C.** Grupo A com um broncodilatador, grupo B com LABA e LAMA e grupo E com eosinofilia ≥ 300 células/µL podendo iniciar terapia tripla. Apenas a assertiva IV está incorreta!

**Incorreta a alternativa D.** Quando há indicação de corticoide inalatório na DPOC, a terapia tripla é preferível à associação de LABA com corticoide inalatório.

**Gabarito: C**

**19** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira)** Sobre a doença de Behçet, é correto afirmar que:

**A)** A presença de HLA-B51 apresenta elevada especificidade para a doença e pode ser utilizada como critério diagnóstico na ausência de úlceras orais recorrentes.

**B)** O acometimento vascular caracteriza-se predominantemente por tromboses venosas decorrentes de inflamação da parede vascular, e a imunossupressão constitui componente central do tratamento nestes casos.

**C)** A uveíte anterior aguda isolada é a manifestação ocular mais característica, enquanto o acometimento do segmento posterior é incomum e geralmente não se associa à perda visual.

**D)** Neuropatia periférica é a manifestação neurológica mais frequente.

## COMENTÁRIOS:

A síndrome ou doença de Behçet é uma vasculite sistêmica que envolve artérias e veias de todos os calibres. Inicia-se, em geral, em torno da 2ª e 3ª décadas de vida e é rara em indivíduos com mais de 50 anos. Afeta ambos os sexos igualmente, mas tende a ter pior prognóstico em homens.

As manifestações mucocutâneas são as mais precoces e frequentes, a começar pelas úlceras orais e genitais características da doença. As úlceras orais são dolorosas, geralmente múltiplas, recorrentes e ocorrem com mais frequência na mucosa labial e jugal, língua e palato mole e podem deixar cicatrizes. Já as úlceras genitais são mais frequentes no escroto e nos grandes lábios, apesar de poderem surgir no pênis e nos pequenos lábios. Também são dolorosas e podem deixar cicatrizes, especialmente as maiores. Outras lesões mucocutâneas também podem estar presentes, como o eritema nodoso, lesões pustulosas do tipo pseudofoliculite e acneiformes e a patergia.

Queixas articulares são muito comuns e, geralmente, estão localizadas em grandes articulações de membros inferiores e de caráter oligoarticular e assimétrico. As manifestações oculares são típicas e ocorrem, em média, em 50% dos pacientes com síndrome de Behçet, principalmente em homens jovens, nos quais o comprometimento também costuma ser mais grave. Envolvimento de sistema nervoso central, trato gastrointestinal, eventos tromboembólicos e aneurisma de artéria pulmonar também fazem parte do quadro clínico.

Para destrincharmos melhor alguns desses acometimentos, vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** A sensibilidade do HLA-B51 varia de acordo com a população estudada, sendo maior em países do Mediterrâneo e naqueles que compunham a antiga rota da seda. Já a especificidade é baixa e, unindo esses dois dados, acabamos por ter um exame com valores preditivos positivo e negativo ruins. Assim, apesar de ser um fator de risco sabido, não é utilizado como ferramenta diagnóstica definitiva.

**Correta a alternativa B.** O acometimento vascular do Behçet decorre de processo inflamatório na parede do vaso. Logo, os eventos tromboembólicos vistos tanto na circulação venosa (mais frequentes) quanto arterial são decorrentes de inflamação, não de estado pró-coagulante como visto nas trombofilias, por exemplo. Por isso, o seu tratamento é feito, primariamente, com imunossupressão, envolvendo uso de altas doses de glicocorticoide e drogas, como ciclofosfamida e anti-TNFs, como o infliximabe. A anticoagulação pode ser considerada, em paralelo, e em casos específicos sempre tendo em vista o risco de sangramento desses pacientes.

**Incorreta a alternativa C.** A manifestação oftalmológica mais comum do Behçet é a uveíte que, normalmente, acomete todas as câmaras do olho (panuveíte), sendo bilateral e recidivante. Uveíte anterior isolada é rara. Devido ao acometimento do polo posterior pelo processo inflamatório (incluindo retina e nervo óptico), pode levar à perda visual permanente se não tratada de forma rápida e adequada.

**Incorreta a alternativa D.** Diferentemente de outras vasculites sistêmicas, neuropatia periférica é incomum no Behçet e vemos claro predomínio de manifestações de sistema nervoso central, subdivididas em parenquimatosas, principalmente com comprometimento de tronco encefálico e dos gânglios da base, e não parenquimatosas, como a trombose venosa cerebral gerando hipertensão intracraniana.

**Gabarito: B**

**20 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Rodrigo Campos)** Paciente de 32 anos é levado ao pronto-socorro trazido pelo SAMU após tentativa de suicídio por ingestão de substância desconhecida. Ao exame físico, apresenta-se rebaixado, com miose puntiforme bilateral, sialorreia, broncorreia, diarreia, fasciculações musculares e bradicardia. A provável substância ingerida por ele é:

**A)** Antidepressivo tricíclico.

**B)** Carbamato.

**C)** Benzodiazepínico.

**D)** Anfetamina.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, a questão apresenta um caso de intoxicação aguda por substância e questiona qual é a mais provável. O quadro da paciente apresenta um aumento de secreções, miose, fasciculações e bradicardia, compatíveis com uma ação colinérgica exacerbada. Vamos revisar essa toxíndrome:

A **síndrome colinérgica** é a consequência clínica da inibição da acetilcolinesterase, havendo aumento do tônus colinérgico, devido à hiperestimulação dos receptores muscarínicos e nicotínicos.

Os carbamatos e organofosforados são considerados inibidores enzimáticos, que se ligam à enzima acetilcolinesterase, a qual degrada a acetilcolina na fenda sináptica. Logo, sua **inibição leva a um aumento importante dos níveis de acetilcolina nos receptores pós-sinápticos.** Seu uso é voltado para o controle de pragas em vegetações, atuando sobre a área de superfície exposta desses animais, normalmente por pulverização.

Os **carbamatos** apresentam uma **ligação reversível** com a acetilcolinesterase, atravessam menos intensamente a barreira hematoencefálica e, portanto, causam menos efeitos centrais.

Os **organofosforados** apresentam uma **ligação irreversível**, 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".

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*).

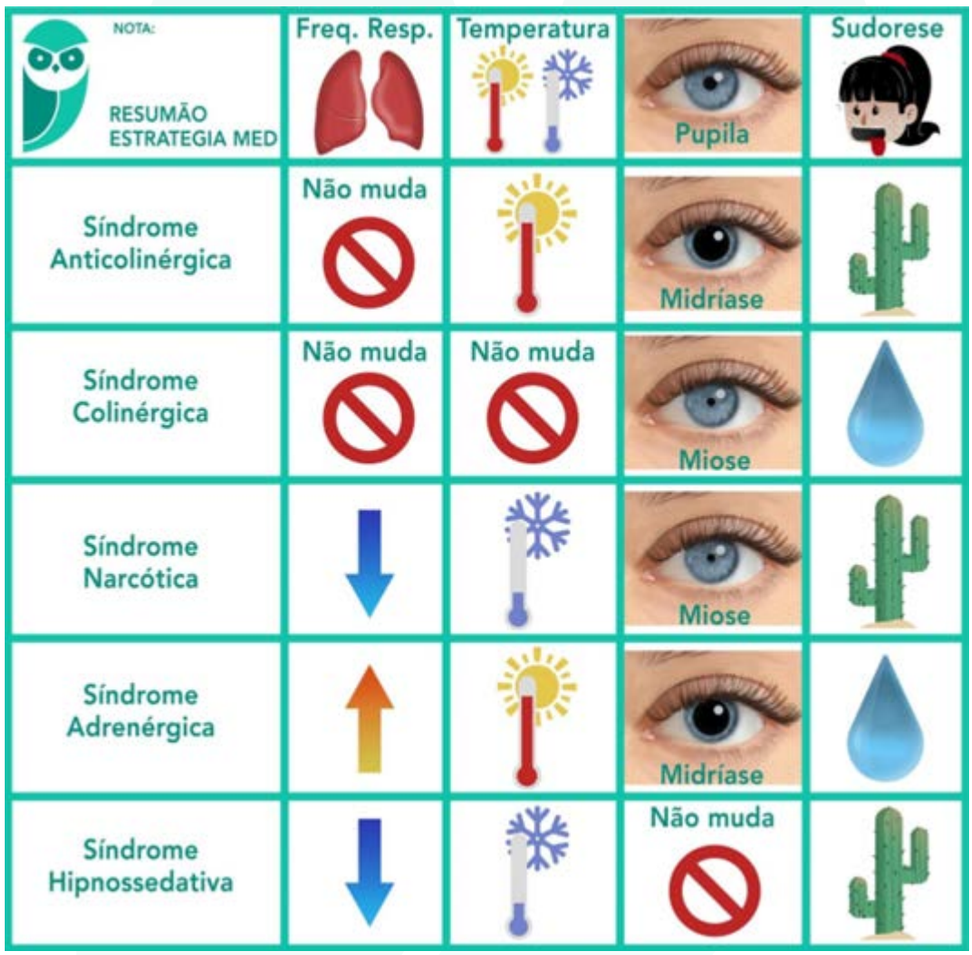
Portanto, na prova, quando houver questões de provável intoxicação exógena com descrição clínica de paciente **"molhado e miótico"**, ou seja, suando, lacrimejando, salivando, urinando, com diarreia e broncorreia, a banca está dizendo que o diagnóstico é de síndrome colinérgica.

O tratamento é realizado com uso de **atropina**, um **anticolinérgico**, tendo como alternativa o uso de **pralidoxima**. A **atropina** reverte apenas efeitos muscarínicos e, não necessariamente, remitirá todos eles, visto que o objetivo de seu emprego é a melhora do *status* respiratório. **Pralidoxima** é uma medicação usada na intoxicação por organofosforados e carbamatos, colaborando no tratamento da síndrome colinérgica, ela **reativa a enzima acetilcolinesterase**.

A seguir, alguns efeitos colinérgicos em cada receptor:

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

Observe a imagem abaixo para ajudar a fixar os efeitos dos principais síndromes de intoxicação exógena:




A partir disso, vamos avaliar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** A intoxicação por antidepressivos tricíclicos é potencialmente letal e pode apresentar uma série de alterações, como na condução cardíaca por bloqueios dos canais de sódio, podendo causar síndrome anticolinérgica e cursando com midríase, taquicardia, elevação da pressão arterial, redução das secreções e face avermelhada, além de efeitos hipotensores e sedação intensa.

**Correta a alternativa B.** Conforme discutido anteriormente, os carbamatos e organofosforados são os principais agentes responsáveis pelas intoxicações exógenas colinérgicas em nosso meio.

**Incorreta a alternativa C. Intoxicação por benzodiazepínicos** pode causar sedação, hiporreflexia, ataxia, hipotensão, bradicardia e, em casos graves, depressão respiratória e coma.

**Incorreta a alternativa D.** A síndrome adrenérgica (SA) é desencadeada por um aumento intenso do tônus simpático adrenérgico, por meio da ação de catecolaminas, especialmente adrenalina, noradrenalina e dopamina, além da monoamina serotonina. Portanto, é considerada uma apresentação da síndrome simpatomimética, podendo cursar com taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese profusa, tendo como principais representantes as anfetaminas e a cocaína.

**Gabarito: B**

**21 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Geriatria - Prof. Ênio Macedo)** Paciente de 84 anos, sexo masculino, procura atendimento em pronto-socorro por rebaixamento de nível de consciência e piora de confusão mental há 3 dias. Ele faz acompanhamento por hipertensão arterial, diabetes e doença de Alzheimer em fase avançada. Nos últimos meses, tem evoluído com dificuldades de realizar as atividades básicas de vida diária, perda de peso, aumento de frequência urinária e incontinência urinária. Está em uso de metformina 2g/dia, dapagliflozina 10 mg/dia, insulina NPH 10 ui bedtime, losartana 100 mg/dia, donepezila 10 mg/dia e memantina 20 mg/dia. Os familiares não auxiliam o paciente na tomada de medicamentos. Ao exame físico, apresenta PA 100/60, FC 105 bpm, SpO2 98%, FR 22 irpm, temperatura 36,4°C, glicemia capilar high, regular estado geral, desidratado 3+, hipocorado 1+, Glasgow 13 (resposta verbal 4 pontos e abertura ocular 3 pontos), desatento, sem déficits neurológicos focais, ausculta cardíaca sem alterações e ausculta pulmonar com estertores bibasais. Exame abdominal e de extremidades sem alterações.

Assinale a alternativa com conduta mais adequada:

**A)** Início imediato de antibioticoterapia empírica.

**B)** Coleta de exame de urina e urocultura.

**C)** Realização de tomografia de crânio sem contraste.

**D)** Coleta de exames laboratoriais com gasometria.

## COMENTÁRIOS:

Trata-se de paciente com síndrome demencial e alteração aguda do estado mental associada à desatenção, o que nos permite realizar o diagnóstico sindrômico de *delirium*. Relembre os critérios diagnósticos dessa condição na figura abaixo:



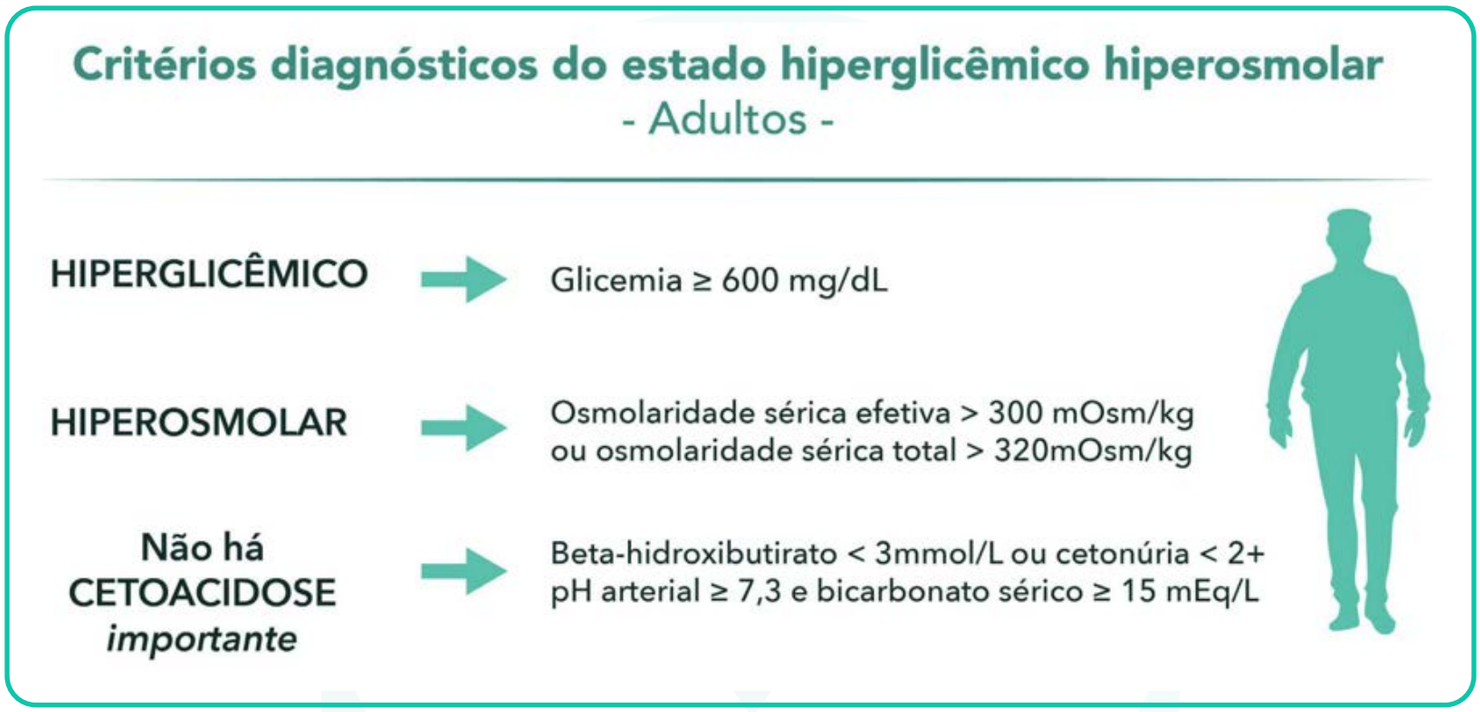

Figura 11 – Critérios diagnósticos de *delirium* (CAM).

Diversos são os fatores precipitantes dessa síndrome, revise-os abaixo:

| Fatores Predisponentes | Fatores Precipitantes |
|---|---|
| Idade avançada | Internação |
| Sexo masculino | Infecções |
| Demência prévia | Introdução ou retirada de medicamentos |
| Déficit sensorial (auditivo, visual ou sensitivo) | Distúrbios hidroeletrolíticos |
| Polifarmácia | Desidratação |
| Baixa escolaridade | Dor |
| Depressão | Abstinência alcoólica |
| Privação de sono | Bexigoma |
| Imobilidade | Constipação |
| Síndrome de fragilidade | IAM |
| Etilismo | AVC* |
| Múltiplas comorbidades | Uremia |
| Hepatopatia crônica | Narcose/Hipoxemia |
| Nefropatia crônica | Cirurgia de grande porte |
| Infecção pelo HIV | Anemia |
| | Hipo/Hipertermia |
| | Descompensações agudas do diabetes |
| | Sondagem vesical |

Na avaliação dos possíveis fatores precipitantes de um *delirium,* é primordial a anamnese clínica detalhada. Nela, identificamos que o paciente tem apresentado perda de peso, frequência urinária e incontinência. Trata-se ainda de paciente com diabetes *mellitus* que administra as próprias medicações, mesmo sendo portador de uma demência avançada. Ou seja, muito provavelmente, esse paciente não tem capacidade cognitiva de realizar a administração adequada dos medicamentos, o que pode levar à descompensação do diabetes. Essa suspeita é confirmada pela presença de glicemia capilar *high* - o que acontece quando a glicemia está tão elevada que o glicosímetro não consegue dar um número, o que geralmente ocorre com glicemias séricas maiores que 500 mg/dL. Lembre-se de que uma das condições que pode decorrer de um diabetes cronicamente descompensado, especialmente em pessoas que podem ter dificuldade de acesso à água (como pessoas com demência), é o estado hiperosmolar hiperglicêmico. Nessa doença, a hiperglicemia é normalmente sintomática, com perda de peso e poliúria (que no paciente idoso pode se manifestar com urgência e incontinência urinária novas), a qual não é compensada pela polidipsia, o que é mais comum em idosos (que usualmente já possuem algum grau de hipodipsia) com limitação de acesso à água. Esses fatores provocam intensa desidratação com alterações neurológicas, como *delirium* e rebaixamento do nível de consciência.

Os critérios diagnósticos do estado hiperosmolar hiperglicêmico são:




**Incorreta a alternativa A.** Esta é uma conduta correta para a suspeita de sepse, no entanto, para essa hipótese ser levantada, precisamos ter uma suspeita de infecção. Apesar de o delirium poder ser precipitado por infecções, estas não são o único fator precipitante, e o quadro clínico do paciente não tem elementos que sugiram diretamente um quadro infeccioso, como febre, disúria ou sintomas respiratórios novos. As alterações urinárias descritas estão ocorrendo há meses, temporalidade que fala contra uma infecção do trato urinário, que tem apresentação aguda. A presença de estertores bibasais podem ser normais em idosos, representando mais comumente a presença de pequenas atelectasias em regiões dependentes do pulmão.

**Incorreta a alternativa B.** Esta é uma conduta correta para a suspeita de infecção do trato urinário. No entanto, as alterações urinárias descritas estão ocorrendo há meses, temporalidade que fala contra uma infecção do trato urinário, que tem apresentação aguda. O mais provável é que essas alterações sejam decorrentes de poliúria por diabetes descompensado, uma vez que temos uma glicemia capilar *high*.

**Incorreta a alternativa C.** A realização de tomografia de crânio em pacientes com *delirium* não é obrigatória inicialmente para todos os pacientes. Ela é recomendada quando há suspeita de patologias intracranianas como precipitantes do *delirium*, quando temos alterações do exame neurológico sugestivas de lesões do sistema nervoso central ou em caso de *delirium* persistente após as medidas clínicas iniciais.

**Correta a alternativa D.** Trata-se de paciente com demência avançada que está sendo responsável pelo manejo dos próprios remédios, fórmula perfeita para dar errado. Ele evolui com sintomas compatíveis com hiperglicemia sintomática, até apresentar alteração do nível de consciência. Na admissão, chamam a atenção, além do *delirium*, a presença de glicemia capilar *high* e a desidratação, sugestivas de um estado hiperosmolar hiperglicêmico.

**Gabarito: D**

**22** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza)** Homem de 68 anos apresenta, há aproximadamente 2 meses, bolhas pruriginosas no tronco e nas extremidades. Ao exame dermatológico, observam-se múltiplas bolhas tensas sobre base eritematosa, algumas escoriações e ausência de lesões em mucosa oral. O sinal de Nikolsky é negativo.

Qual é o diagnóstico mais provável?

**A)** Pênfigo vulgar.

**B)** Penfigoide bolhoso.

**C)** Dermatite herpetiforme.

**D)** Síndrome de Stevens-Johnson.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão bastante característica e que você consegue resolver prestando atenção em três informações do enunciado: paciente idoso, prurido e bolhas tensas.

O penfigoide bolhoso ocorre predominantemente em idosos e costuma começar com prurido intenso e lesões urticariformes, posteriormente, evoluindo com o aparecimento de bolhas tensas. Isso acontece porque a clivagem é subepidérmica. Como o teto da bolha é formado por toda a epiderme, ela é mais resistente e permanece íntegra.

Outro ponto que ajuda bastante é a ausência de acometimento mucoso importante e o sinal de Nikolsky negativo.

**Incorreta a alternativa A.** No pênfigo vulgar, as bolhas são flácidas, porque a clivagem ocorre dentro da epiderme, classicamente em localização suprabasal. Além disso, o acometimento de mucosa oral é muito frequente e o sinal de Nikolsky pode ser positivo.

**Correta a alternativa B.** Paciente idoso + prurido + bolhas tensas + ausência de acometimento mucoso importante é o quadro clássico do penfigoide bolhoso. Histologicamente, encontramos uma bolha subepidérmica, e a imunofluorescência direta demonstra depósito linear de IgG e C3 na membrana basal.

**Incorreta a alternativa C.** A dermatite herpetiforme também é uma doença bolhosa subepidérmica e bastante pruriginosa, mas geralmente apresenta vesículas e pápulas agrupadas, predominando nas superfícies extensoras, principalmente cotovelos, joelhos e região glútea. Tem forte associação com a doença celíaca.

**Incorreta a alternativa D.** A síndrome de Stevens-Johnson é uma reação mucocutânea grave, frequentemente relacionada a medicamentos, caracterizada por dor cutânea, erosões e importante acometimento de mucosas, além de descolamento epidérmico. O sinal de Nikolsky é classicamente positivo!

**Gabarito: B**

**23** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Infectologia - Prof. Thelma Flosi)** A endocardite infecciosa representa um desafio frequente na prática clínica. Em 2023, após aproximadamente 20 anos sem modificações substanciais, os critérios de Duke foram atualizados. Essa revisão buscou aprimorar a acurácia diagnóstica, incorporando avanços nos critérios microbiológicos, de imagem e cirúrgicos. Considerando os critérios de Duke atualizados, assinale a alternativa correta.

**A)** Todos os sinais e sintomas clínicos constituem critérios maiores.

**B)** A glomerulonefrite constitui um critério maior.

**C)** O desenvolvimento de nova regurgitação valvar constitui um critério maior.

**D)** A evidência cirúrgica de endocardite infecciosa não é mais considerada um critério maior.

## COMENTÁRIOS

Olá, alunos do Estratégia Med! Esta é uma questão sobre o diagnóstico da endocardite infecciosa (EI). Os critérios de Duke são amplamente utilizados para auxiliar no diagnóstico da endocardite infecciosa. Eles são divididos em critérios maiores e menores. Em 2023, foram publicados os critérios de Duke atualizados, que incorporaram novos métodos microbiológicos e de imagem, além de um novo critério cirúrgico.

Vamos relembrar os principais critérios após essa atualização:

**Critérios maiores**

- Critério microbiológico

• Hemoculturas positivas para microrganismos típicos de EI, como *Staphylococcus aureus* e estreptococos típicos, em dois ou mais conjuntos de hemoculturas.

• Hemoculturas positivas para microrganismos que raramente causam EI em três ou mais conjuntos de hemoculturas.

• Detecção de *Coxiella burnetii*, de espécies de *Bartonella* ou de *Tropheryma whipplei* por métodos moleculares específicos, além de critérios sorológicos específicos para *C. burnetii* e *Bartonella spp*.

- Critério de imagem

• Evidência de envolvimento cardíaco compatível com EI em exames de imagem, incluindo ecocardiograma transtorácico ou transesofágico, tomografia computadorizada cardíaca e, em situações específicas, 18F-FDG PET/CT.

• O desenvolvimento de nova regurgitação valvar significativa em comparação com exames de imagem prévios também constitui critério maior. A simples modificação ou o aparecimento de um sopro cardíaco, isoladamente, não é suficiente.

- Critério cirúrgico

• Evidência de endocardite infecciosa documentada por inspeção direta durante cirurgia cardíaca, quando não há disponibilidade de confirmação por critério maior histopatológico ou microbiológico subsequente.

**Critérios menores**

• Predisposição: história prévia de EI, presença de prótese valvar ou material intracardíaco, determinadas cardiopatias congênitas e outras condições predisponentes.

• Febre: temperatura ≥ 38°C.

• Fenômenos vasculares: embolia arterial, infarto pulmonar séptico, abscesso cerebral ou esplênico, aneurisma micótico, hemorragia intracraniana, hemorragia conjuntival e lesões de Janeway, entre outros.

• Fenômenos imunológicos: glomerulonefrite, nódulos de Osler, manchas de Roth e fator reumatoide positivo.

• Evidência microbiológica: achados microbiológicos compatíveis com EI que não preencham os requisitos de um critério maior.

• Critério de imagem: atividade metabólica anormal detectada por 18F-FDG PET/CT em determinadas situações envolvendo material protético ou dispositivos intracardíacos que não preencham os requisitos estabelecidos para critério maior.

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** Os achados clínicos, como febre, fenômenos vasculares e fenômenos imunológicos, integram os critérios menores. Portanto, não é correto afirmar que todos os sinais e sintomas clínicos constituem critérios maiores.

**Incorreta a alternativa B.** A glomerulonefrite é classificada como fenômeno imunológico e constitui um critério menor de Duke.

**Correta a alternativa C.** O desenvolvimento de nova regurgitação valvar significativa em comparação com exames de imagem prévios constitui um critério maior de imagem nos critérios de Duke-ISCVID de 2023. É importante destacar que a simples alteração de um sopro cardíaco, sem confirmação por imagem, não é suficiente para preencher esse critério.

**Incorreta a alternativa D.** A atualização de 2023 introduziu um critério maior cirúrgico. A evidência de endocardite infecciosa documentada por inspeção direta durante a cirurgia pode constituir critério maior nas condições estabelecidas pelos critérios de Duke-ISCVID.

**Gabarito: C**

**24 (Estratégia MED 2026 – Inédita – Infectologia - Prof. Thelma Flosi)** Um paciente de 84 anos, do sexo masculino, portador de leucemia mieloide crônica, em tratamento há um ano, apresenta dor em região torácica associada ao surgimento de lesões vesiculares dolorosas sobre base eritematosa, distribuídas nos dermátomos T10 e T11. Considerando-se o quadro clínico e a condição de imunossupressão do paciente, qual é a hipótese diagnóstica mais provável e quais são as precauções indicadas?

**A)** Erisipela, sem necessidade de precauções específicas.

**B)** Reação alérgica, sem necessidade de precauções específicas.

**C)** Infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), com precaução de contato.

**D)** Herpes-zóster, com precauções para aerossóis e contato.

## COMENTÁRIOS

Olá, alunos do Estratégia Med! Esta é uma questão sobre herpes-zóster. A melhor hipótese diagnóstica, neste caso, é a herpes-zóster, decorrente da reativação do vírus varicela-zóster (VZV). O aluno deve pensar nesse diagnóstico diante da presença de dor associada a lesões vesiculares agrupadas sobre base eritematosa, com distribuição dermatomérica.

Na maioria das vezes, o quadro clínico inicia com sintomas prodrômicos, especialmente dor, queimação, hiperestesia ou parestesia na região correspondente ao dermátomo acometido. A dor pode ser contínua ou intermitente e frequentemente precede o aparecimento das lesões cutâneas em alguns dias. Nessa fase, na ausência das lesões características, o quadro pode ser confundido com outras doenças, como síndrome coronariana aguda, colecistite, apendicite ou cólica renal, dependendo da localização da dor.

Posteriormente, surgem vesículas agrupadas sobre base eritematosa, geralmente restritas a um ou dois dermátomos adjacentes. As lesões podem evoluir para pústulas e, eventualmente, apresentar conteúdo hemorrágico. Caracteristicamente, a distribuição é unilateral e não costuma ultrapassar a linha média.

Qualquer região da pele pode ser acometida, mas os dermátomos torácicos estão entre os mais frequentemente envolvidos. Quando há acometimento da divisão oftálmica do nervo trigêmeo, especialmente diante de lesões na ponta ou na lateral do nariz, deve-se considerar a possibilidade de herpes-zóster oftálmico e realizar avaliação oftalmológica.

A incidência de herpes-zóster aumenta significativamente com a idade, em decorrência da redução progressiva da imunidade celular específica contra o VZV. Estados de imunossupressão, incluindo neoplasias hematológicas, transplantes, uso de medicamentos imunossupressores e infecção pelo HIV, também aumentam o risco da doença e de suas complicações.

O tratamento antiviral apresenta maior benefício quando iniciado precocemente, idealmente nas primeiras 72 horas após o aparecimento das lesões. Entretanto, em pacientes imunocomprometidos, na presença de novas lesões ou de complicações, o tratamento pode estar indicado mesmo após esse período. Entre os antivirais utilizados estão aciclovir, valaciclovir e fanciclovir, sendo a escolha da via de administração e do medicamento determinada pela gravidade do quadro e pelo grau de imunossupressão.

Um aspecto fundamental desta questão são as precauções de transmissão. Em pacientes imunocomprometidos com herpes-zóster localizado, são recomendadas precauções para aerossóis e contato até que a disseminação da infecção seja descartada. Caso seja confirmada doença disseminada, essas precauções devem ser mantidas até que todas as lesões estejam secas e em crostas.

**Incorreta a alternativa A.** A erisipela caracteriza-se tipicamente por placa eritematosa, quente, dolorosa e bem delimitada, frequentemente acompanhada de manifestações sistêmicas. A presença de vesículas agrupadas com distribuição dermatomérica favorece fortemente o diagnóstico de herpes-zóster.

**Incorreta a alternativa B.** Reações alérgicas não costumam apresentar o padrão típico de vesículas agrupadas, dolorosas e distribuídas em dermátomos. Além disso, o enunciado não apresenta história de exposição a medicamento, alimento ou outro agente que sugira uma reação de hipersensibilidade.

**Incorreta a alternativa C.** Infecções cutâneas por MRSA podem apresentar diferentes manifestações, como abscessos, furúnculos e celulite, mas a distribuição dermatomérica de vesículas dolorosas não é característica de infecção estafilocócica.

**Correta a alternativa D.** A associação de dor neuropática e vesículas agrupadas sobre base eritematosa, distribuídas em dermátomos, é característica de herpes-zóster. Como o paciente apresenta uma neoplasia hematológica e encontra-se imunocomprometido, devem ser instituídas precauções para aerossóis e contato até que a possibilidade de doença disseminada seja descartada ou até a formação de crostas com o tratamento.

**Gabarito: D**

**25** **(Estratégia MED 2026 – Inédita – Infectologia - Prof. Thelma Flosi)** Paciente do sexo masculino, 22 anos, procura atendimento em uma unidade de saúde com queixa de secreção uretral amarelada associada à dor uretral e disúria. Relata relação sexual recente sem uso de preservativo. Ao exame físico, observa-se corrimento uretral purulento, sem úlceras ou vesículas na região genital. Diante desse quadro, qual é a principal hipótese diagnóstica?

**A)** Uretrite gonocócica.

**B)** Sífilis primária.

**C)** Infecção do trato urinário.

**D)** Herpes genital.

## COMENTÁRIOS

Olá, alunos do Estratégia Med! Esta é uma questão sobre uretrites sexualmente transmissíveis.

O paciente apresenta corrimento uretral purulento associado à dor uretral e disúria após exposição sexual sem preservativo, quadro clínico altamente sugestivo de uretrite infecciosa. Entre os principais agentes etiológicos das uretrites sexualmente transmissíveis estão *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

A uretrite pode manifestar-se por corrimento uretral, disúria, dor ou desconforto uretral e prurido. Classicamente, a uretrite gonocócica apresenta corrimento mais abundante e purulento, enquanto as uretrites não gonocócicas podem apresentar secreção menos volumosa e de aspecto mucoide. Entretanto, as características clínicas do corrimento, isoladamente, não permitem determinar com segurança o agente etiológico.

Quando disponíveis, os testes de amplificação de ácidos nucleicos são os métodos de escolha para investigação de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*. A bacterioscopia com coloração de Gram da secreção uretral também pode auxiliar no diagnóstico da uretrite gonocócica em homens sintomáticos.

Na ausência de métodos diagnósticos que permitam definir imediatamente a etiologia, a abordagem sindrômica deve contemplar os principais agentes responsáveis pelas uretrites, de acordo com as recomendações vigentes.

Além da uretra, *N. gonorrhoeae* pode infectar outros sítios anatômicos, incluindo faringe, reto, colo uterino e conjuntiva. Por isso, a investigação deve considerar as práticas sexuais e os diferentes sítios de exposição.

Vamos analisar as alternativas:

**Correta a alternativa A.** A presença de corrimento uretral purulento associado à disúria e à dor uretral após exposição sexual sem preservativo é altamente sugestiva de uretrite gonocócica causada por *Neisseria gonorrhoeae*.

**Incorreta a alternativa B.** A manifestação clássica da sífilis primária é o cancro duro, caracterizado, em geral, por úlcera genital única, de base limpa, endurecida e habitualmente indolor. O paciente não apresenta úlceras genitais.

**Incorreta a alternativa C.** A infecção do trato urinário pode causar disúria, polaciúria e urgência miccional, mas o corrimento uretral purulento não é uma manifestação típica. Em um homem jovem sexualmente ativo com secreção uretral, uma uretrite sexualmente transmissível deve ser considerada prioritariamente.

**Incorreta a alternativa D.** O herpes genital caracteriza-se tipicamente por vesículas agrupadas e/ou úlceras dolorosas, frequentemente acompanhadas de ardor, prurido ou dor local. A ausência dessas lesões e a presença de corrimento uretral purulento tornam esse diagnóstico menos provável.

**Gabarito: A**




Estratégia MED

# Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com