



PROVÃO DE BOLSAS

do Estratégia MED

Residência Médica e Revalida

CADERNO DE RESPOSTAS

CLÍNICA MÉDICA

01 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Rodrigo Frezatti - Neurologia) Mulher de 30 anos procura atendimento por queixa de cefaleia. Descreve dor em aperto, unilateral, que piora com esforço, de duração média de 10 horas e associada a náuseas e fotofobia. Diz que apresenta cefaleia desde os 17 anos, com frequência de 3 episódios por mês, principalmente no período perimenstrual. Tem obesidade grau 3 e, de antecedentes pessoais, apresenta quadro de litíase renal e alopecia em seguimento com dermatologista. Deseja iniciar tratamento profilático para migrânea. Das medicações a seguir, qual seria uma opção terapêutica para essa paciente?

- A) Topiramato.
- B) Sumatriptano.
- C) Lamotrigina.
- D) Amitriptilina.

COMENTÁRIOS

Estrategista, para definir a profilaxia adequada, devemos definir o diagnóstico.

Vamos lembrar os critérios para o diagnóstico de migrânea:

O paciente precisa ter apresentado ao menos 5 crises na vida, que durem de 4 a 72 horas e apresentem 2 dos 4 sintomas a seguir:

- Caráter unilateral
- Pulsátil
- Intensidade moderada a grave
- Piora com esforço físico

Além disso, o paciente precisa apresentar náuseas e vômitos **E/OU** foto e fonofobia.

Analisando o enunciado, a paciente apresentada preenche os critérios diagnósticos de migrânea. Certo, e qual é o tratamento?

Existe o tratamento das crises e o tratamento profilático. Na primeira modalidade, utilizamos a medicação para melhorar os sintomas agudamente, sendo importante que o uso do fármaco deve ser indicado de forma precoce, logo após o início da dor. Nos pacientes com náuseas, o uso de antieméticos de forma síncrona estará indicado, uma vez que aumenta a chance de o paciente conseguir ingerir e absorver a medicação por via oral. Além disso, lembro que os triptanos (sumatriptano, rizatriptano, naratriptano) são medicações específicas para o manejo da crise, sobretudo, em crises de forte intensidade. Não são medicamentos profiláticos, servem especificamente para o manejo da crise.

O tratamento profilático objetiva diminuir a frequência das crises, ou mesmo eliminá-las. Estará indicado quando a frequência de crises for superior a 3 episódios por mês ou quando as crises forem de alta morbidade: auras de tronco, uso abusivo de analgésicos ou crises intensas e limitantes. Além dessas indicações, caso seja desejo do paciente, a profilaxia também estará indicada.

São várias as opções de medicamentos, sendo as classes mais comuns:

- Betabloqueadores: propranolol e metoprolol, principalmente.
- Droga antiepilépticas: ácido valproico, topiramato e lamotrigina.
- Antidepressivos: amitriptilina, nortriptilina, duloxetina, venlafaxina.
- Outros: flunarizina, riboflavina, candesartana e, mais recentemente, os inibidores do CGRP (galcanezumabe, erenumab, fremanezumabe)

Em linhas gerais, a escolha do profilático será feita a partir das características clínicas do paciente, pesando-se os efeitos colaterais e eventuais contraindicações.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Apesar de ser um profilático, o topiramato é contraindicado nos pacientes com antecedente de nefrolitíase. Também não é a melhor opção em pacientes com antecedente de glaucoma de ângulo fechado. Na paciente em questão, portanto, não é a melhor alternativa.

Incorreta a alternativa B. O sumatriptano não é uma medicação profilática. É uma estratégia de tratamento das crises de dor apenas.

Correta a alternativa C.

A lamotrigina é um fármaco anticrise com menor nível de evidência na profilaxia da migrânea! Não é primeira escolha, entretanto, é uma alternativa que já foi cobrada em algumas provas de Residência antes. Por ser uma droga com poucos efeitos colaterais e pouca interação com outros fármacos, em alguns pacientes, torna-se uma opção “interessante”.

Incorreta a alternativa D. A amitriptilina não é uma boa opção, já que está associada ao ganho de peso. Além disso, em pacientes com sonolência diurna excessiva, posto que a droga causa sonolência, a medicação também não é a primeira escolha.

02 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Rodrigo Frezatti - Neurologia) Um homem de 80 anos procura atendimento por ter apresentado 1 episódio de amaurose do olho direito, indolor e com duração de cerca de 15 minutos. Tem antecedente de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia e está em uso regular de AAS 100 mg; losartana 50 mg 2 vezes ao dia; metformina 850 mg 3 vezes ao dia e atorvastatina 40 mg. Ao exame físico, PA 150 X 90 mmHg, FC 70 bpm, ritmo regular, está consciente e orientado, sem alterações ao exame neurológico. Hemograma, função hepática, função renal, glicemia e lipidograma estão todos dentro dos limites da normalidade. Foi realizada TC de crânio sem contraste, sem anormalidades. Qual é a principal hipótese diagnóstica e o próximo exame indicado na investigação desse quadro?

- A) Crise epiléptica focal (lobo occipital) e eletroencefalograma.
- B) Descolamento de retina e angiofluoresceína.
- C) Amaurose fugaz e angiotomografia de vasos cervicais.
- D) Neurite óptica e ressonância de encéfalo.

COMENTÁRIOS

Estrategista, essa questão cobra um conceito que já foi tema em provas de Residência em diversas bancas. O quadro clínico é bem específico: perda visual paroxística e indolor, com melhora completa e espontânea. Esse quadro também é conhecido como amaurose fugaz ou cegueira transitória. A importância de conhecer essa condição reside no fato de que a origem do problema, na maioria das vezes, é a oclusão da circulação retiniana, frequentemente causada por doença aterosclerótica da artéria carótida interna ipsilateral. Portanto, em todos os pacientes com essa queixa, é mandatória a realização de estudo dos vasos cervicais, seja com Doppler de carótidas e vertebrais, seja com angiotomografia ou angioressonância. Nos casos de estenose significativa da artéria carótida, a abordagem com endarterectomia ou angioplastia poderá estar indicada.

Apesar do caráter transitório da condição, é possível que não ocorra recanalização da irrigação retiniana, podendo levar à baixa acuidade visual permanente. Além disso, a amaurose fugaz é um indicativo de atero ou, raramente, cardioembolia, ou seja, indica o risco aumentado de evento cerebrovascular, o que pode ser evitado a partir de uma investigação bem indicada.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Uma crise epiléptica focal (lobo occipital) e sem alteração da consciência (perceptiva), de fato, é um diagnóstico diferencial. No entanto, a crise, classicamente, dura poucos minutos e as manifestações apresentadas tendem a ser “positivas”, isto é, caracterizadas pela visualização de pontos luminosos e formas geométricas. A manifestação com escotoma é possível, contudo rara e, certamente, menos comum do que a amaurose fugaz.

Incorreta a alternativa B. O descolamento de retina é um diagnóstico diferencial de perda visual abrupta, contudo não se espera a reversão espontânea dos sintomas.

Correta a alternativa C.

Exatamente. A principal hipótese diagnóstica é de amaurose fugaz, quadro para o qual o estudo dos vasos cervicais está indicado.

Incorreta a alternativa D. A neurite óptica é outro diferencial de perda visual aguda. O quadro, contudo, é doloroso e os sintomas progressivos, sem a expectativa de reversão completa de forma espontânea.

03 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Clarissa Cerqueira - Infectologia) Homem de 46 anos teve diagnóstico de tuberculose pulmonar. Ele reside com a mulher e com dois filhos, de 7 e de 13 anos. A esposa apresenta tosse há mais de 3 semanas. Qual é a conduta inicialmente recomendada?

- A) Prova tuberculínica, teste rápido molecular para tuberculose (TB) e baciloscopia do escarro para todos os contactantes.
- B) Prova tuberculínica, teste rápido molecular para TB e radiografia do tórax para todos os contactantes.
- C) Prova tuberculínica somente para os filhos. Teste rápido molecular para TB e radiografia do tórax para a esposa.
- D) Avaliação clínica, prova tuberculínica e radiografia de tórax para todos os que residem na casa.

COMENTÁRIOS

Temos um paciente com tuberculose (TB) pulmonar que reside com a esposa e mais 2 filhos. O que devemos fazer? Investigar tuberculose latente para todos os contactantes assintomáticos, que são os filhos. E como é feita essa investigação? Com prova tuberculínica para todos. Além disso, como a esposa está sintomática, devemos investigar tuberculose com o TRM-TB e radiografia de tórax. Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque não devemos fazer a prova tuberculínica na esposa, visto que ela está sintomática.

Incorreta a alternativa B, porque os filhos não têm tosse produtiva, logo não há necessidade de realizar teste rápido molecular.

Correta a alternativa C.

Como vimos, essa é a alternativa correta.

Incorreta a alternativa D. Como vimos, a esposa não deve fazer a prova tuberculínica.

04 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Clarissa Cerqueira - Infectologia) Mulher, 29 anos, apresenta febre súbita há 48 horas, associada a artralgia e dor retro-orbitária. No exame da triagem, a paciente apresentava os seguintes sinais vitais: temperatura de 38,2 °C; FC: 93 bpm; PA: 110x80 mmHg; FR: 22 irpm; SaO₂: 98% e tempo de enchimento capilar de 2 s. Negava dor abdominal, náuseas, vômitos, sangramentos ou outras queixas. Ao exame físico, ausência de hipotensão postural, prova do laço negativa. Você fez a hipótese de dengue para a situação clínica acima descrita. Em relação à classificação de dengue e à conduta quanto à solicitação de exames para essa paciente no pronto-socorro, assinale a alternativa correta.

- A) Paciente com dengue tipo A, sem necessidade de coleta de exames nesse momento. Orientar hidratação oral no domicílio e retorno se houver sinais de alarme.
- B) Paciente com dengue tipo A, com necessidade de coleta de exames nesse momento. Realizar hidratação oral venosa no hospital 30 mL/kg/hora até resultado do hemograma.
- C) Paciente com dengue tipo B, com necessidade da coleta de exames. Realizar hidratação venosa no hospital 20 mL/kg/hora até o resultado do hemograma.
- D) Paciente com dengue tipo B, com necessidade de coleta de exames no momento. Realizar hidratação oral assistida no hospital 80 mL/kg/dia (1/3 com solução salina oral e 2/3 com ingestão de líquidos caseiros até o resultado).

COMENTÁRIOS

Temos, aqui, uma paciente com suspeita de dengue e o enunciado pergunta qual é a classificação de risco do paciente. Vamos relembrar os grupos nos casos suspeitos de dengue:

- Grupo A:

- ausência de sinais de alarme.
- sem comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais.

- Grupo B:

- paciente com ausência de sinais de alarme.
- com sangramento espontâneo de pele (petéquias) ou induzido (prova do laço positiva).
- condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades (lactentes que são menores de 2 anos, gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes *mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes).

- Grupo C:

- presença de algum sinal de alarme:
 - dor abdominal intensa e contínua;
 - vômitos persistentes;
 - acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural ou pericárdico);
 - hipotensão postural e/ou lipotimia;
 - hepatomegalia > 2 cm abaixo do rebordo costal;
 - sangramento de mucosa;
 - letargia e/ou irritabilidade;
 - aumento progressivo do hematócrito.

- Grupo D:

- presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos:
- taquicardia;
- extremidades distais frias;
- pulso fraco e filiforme;
- enchimento capilar lento (> 2 segundos);
- pressão arterial convergente (< 20 mmHg);
- taquipneia;
- oligúria (<1,5 mL/Kg/h);
- hipotensão arterial (fase tardia do choque);
- cianose (fase tardia do choque).

Como você pode ver, o paciente tem dengue do grupo A, que não tem nenhum sinal de alarme. Nesses casos, a conduta é orientar cuidados em domicílio com hidratação oral e retorno para seguimento ambulatorial após a febre passar ou se houver sinais de alarme.

Correta a alternativa A.

Como vimos, o paciente é do grupo A e essas orientações estão adequadas.

Incorreta a alternativa B, porque não há indicação de hidratação venosa. Só fazemos essa hidratação EV nos pacientes do grupo C.

Incorreta a alternativa C, porque o paciente não é classificado como grupo B, já que não tem petéquias ou comorbidades.

Incorreta a alternativa D, porque, assim como na alternativa anterior, o paciente não é classificado como do grupo B.

05 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Diego Ennes - Nefrologia) Mulher de 73 anos apresenta-se ao pronto-socorro com quadro de rebaixamento do nível de consciência e edema generalizado. Entre os antecedentes, destaca-se neoplasia de colo uterino avançado. Exame clínico confirmava o rebaixamento de nível de consciência, além de hipertensão arterial e edema de membros inferiores. O exame físico abdominal foi normal.

Exames laboratoriais expressivos foram: creatinina 8,1 mg/dL, ureia 336 mg/dL, potássio sérico 6,8 mEq/L, fósforo 4,9 mg/dL, cálcio 1,20 mmol/L

Exames prévios, 60 dias antes dessa admissão hospitalar, mostravam função renal dentro da normalidade.

Assinale a alternativa que mostra o melhor exame para identificar a provável causa da lesão renal aguda da paciente:

- A) urina tipo I.
- B) fração de excreção de sódio.
- C) ácido úrico.
- D) ultrassonografia do aparelho urinário.

COMENTÁRIOS

RESOLUÇÃO COMENTADA

Coruja, temos um exemplo de uma paciente com lesão renal aguda, certo? O examinador deixa claro que, dois meses antes da admissão, a paciente não apresentava alteração de função renal.

De forma mais específica, a questão contempla o raciocínio diagnóstico etiológico da LRA nos clássicos conceitos de pré-renal, intrínseca e pós-renal.

A LRA de etiologia **pré-renal é secundária a estados de hipoperfusão renal** por perda de fluidos ou alteração hemodinâmica, sendo que o aporte sanguíneo para nutrir o rim é reduzido, o que estimula os sistemas renina-angiotensina-aldosterona e o sistema nervoso simpático. Assim, a resposta natural do órgão é aumentar a reabsorção de água no túbulo renal para restaurar a volemia arterial efetiva. Como o influxo de água para dentro das células é quase sempre acompanhado de sódio, o papel do rim é aumentar a absorção de água e sódio do fluido tubular para o sangue. Dessa maneira, a urina produzida tem uma baixa concentração de sódio, caracterizada por uma fração de excreção de sódio (FE Na) reduzida (< 1%) e concentração urinária de sódio baixa (< 20 mmol/L). Como também há retenção de água, a urina fica mais concentrada, com osmolaridade elevada (> 500 mOsm/L) e aumento da densidade (> 1.020). Além disso, no túbulo contorcido proximal, onde a maior parte da água, sódio e quase todas as outras substâncias são absorvidas, ocorre aumento da reabsorção passiva de ureia. Esse fato tem duas implicações práticas: a fração de excreção de ureia (FE Ur) é reduzida (< 35%) e ocorre um aumento desproporcional da ureia sérica em relação à creatinina sérica, o que gera uma relação ureia/creatinina > 20 (em geral, essa relação é > 40).

A lesão renal aguda (**LRA de etiologia renal (também chamada intrínseca)**) é secundária a alterações que ocorrem primariamente no rim. Elas podem afetar qualquer uma das estruturas renais: vasos, glomérulo e túbulo-interstício.

- Vasos: alterações vasculares podem compreender vasos de grande e de pequeno calibre (microvascular). O protótipo das lesões de grandes vasos são a estenose de artéria renal e a trombose de veia renal. As lesões microvasculares compreendem as microangiopatias trombóticas (MAT) e a embolia por colesterol.

- Glomérulo: as síndromes glomerulares são as representantes das lesões desse compartimento. Elas podem apresentar-se na forma de anormalidade urinária assintomática, síndrome nefrótica, síndrome nefrítica, glomerulonefrite rapidamente progressiva e doenças de cadeia leve.

- Túbulo-interstício: as principais lesões desse compartimento são a nefrite intersticial aguda, necrose tubular aguda e lesões neoplásicas próprias do epitélio renal ou metastáticas. Nesse compartimento, destacamos que a necrose tubular aguda (NTA) é a segunda etiologia mais frequente de LRA – perde apenas para a LRA pré-renal – ou seja, é a principal causa de LRA intrínseca! A NTA é causada por uma lesão prolongada das células tubulares que leva à necrose dessas células por falta de substrato energético (ATP). Ela ocorre em situações de injúria isquêmica – hipoperfusão prolongada (como sepse, choque e desidratação), anemia severa, hipotensão prolongada, estresse cirúrgico com uso de CEC ou clampeamento de vasos – ou após administração de medicamentos nefrotóxicos.

A **LRA pós-renal** é ocasionada por causas de obstrução urinária em qualquer ponto das vias urinárias. As obstruções mais comuns no sexo masculino são relacionadas à hiperplasia prostática e bexiga neurogênica. No sexo feminino, é imperativo lembrar de neoplasia de colo uterino e ovariano com invasão dos óstios ureterais. No caso de nossa paciente, a etiologia mais provável é essa, portanto.

Incorreta a alternativa A: a urina tipo I dificilmente fornecerá uma pista diagnóstica etiológica importante nessa situação. Fora isso, é um exame de grande valor (“biópsia líquida do rim”), pois mostra eventuais cilindros, presença de hematuria, proteinúria etc. Mas, na possibilidade de LRA pós-renal, não temos achados específicos.

Incorreta a alternativa B: a fração de excreção de sódio tem valor útil na diferenciação entre LRA pré-renal e renal.

Incorreta a alternativa C: cuidado aqui, Estrategista! Quando pensamos em lesão renal e ácido úrico, vem à mente a síndrome de lise tumoral, certo? No entanto, não é o caso nessa paciente. Não vemos síndrome de lise tumoral em pacientes com neoplasia de colo uterino. Além disso, o enunciado fornece valores de fósforo e cálcio dentro da normalidade.

Correta a alternativa D:

uma vez que nossa principal suspeita é LRA obstrutiva (pós-renal), um exame de imagem será fundamental e o principal achado a ser pesquisado é de hidronefrose bilateral.

06 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Juan Demolinari - Cardiologia) Paciente de 39 anos, portador de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida devido a uma miocardite viral apresenta-se em consulta ambulatorial em uso de enalapril 40 mg/dia, carvedilol 25 mg 2x ao dia, espironolactona 25 mg ao dia e rivaroxabana 20 mg/dia. Refere apresentar dispneia aos moderados esforços. Ao exame físico, ritmo cardíaco irregular, frequência cardíaca 96 bpm, PA: 130/70 mmHg, ausculta pulmonar normal, sem edemas. Foi realizado um ecocardiograma que mostrou fração de ejeção de 32%. O eletrocardiograma mostra uma fibrilação atrial. Qual é a melhor conduta para o caso?

- A) Acrescentar ivabradina para controle da frequência cardíaca.
- B) Acrescentar furosemida para melhora da dispneia.
- C) Manter o tratamento.
- D) Incluir dapagliflozina à prescrição.

COMENTÁRIO

Sempre que nos propusermos a tratar da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, devemos priorizar as drogas que alteram a mortalidade.

O tripé clássico dessa terapia é composto por: IECA/BRA, betabloqueadores e antagonistas de mineralocorticoide (espironolactona). Entre os betabloqueadores, os que modificam a mortalidade comprovadamente são apenas: carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol. Atenção a uma pegadinha em provas, o tartarato de metoprolol não modifica a mortalidade na IC. Lembre-se do S, só o succinato de metoprolol modifica a mortalidade, o tartarato não.

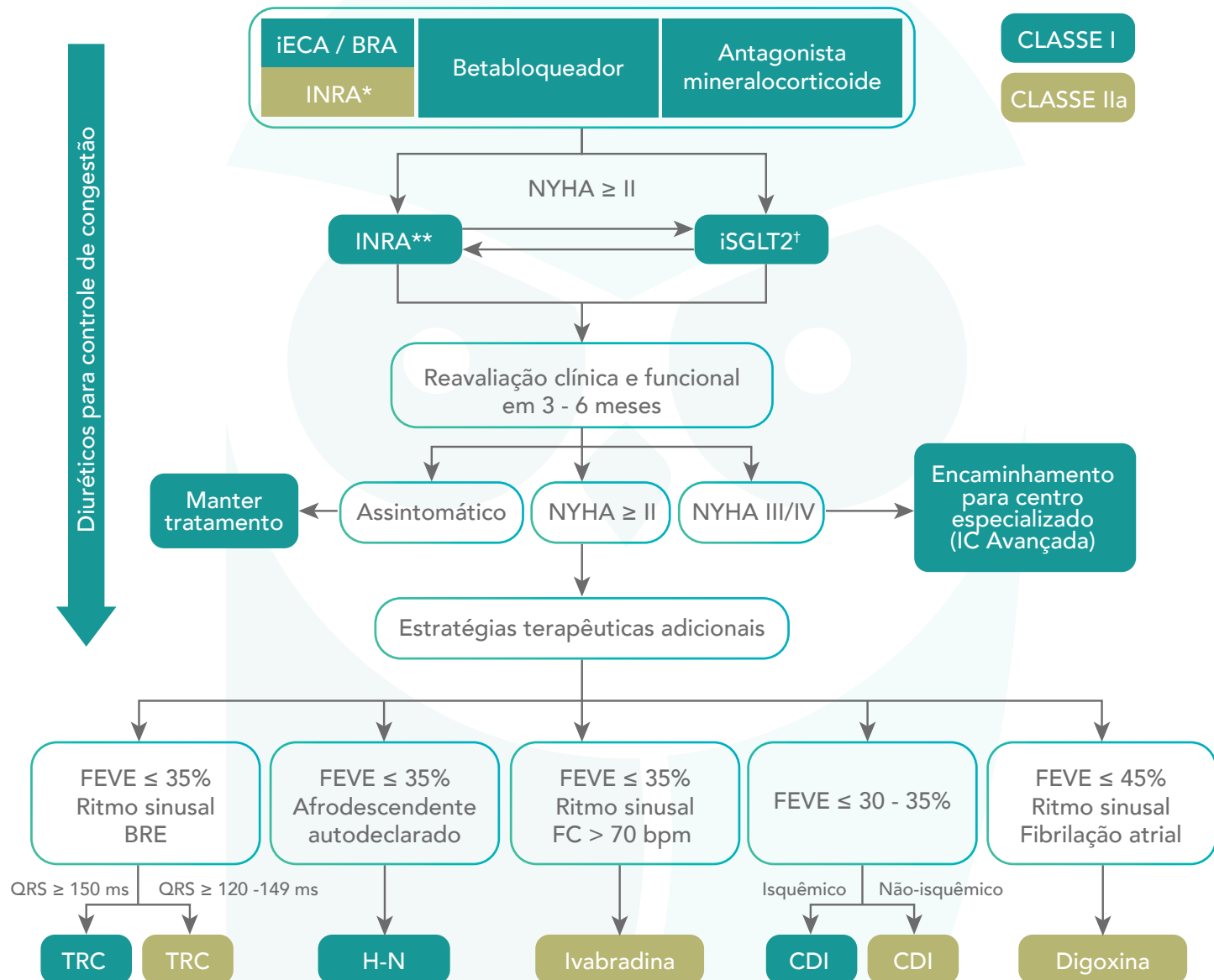
Recentemente, outras drogas foram aprovadas como sendo capazes de modificar a mortalidade nessa doença. Entre elas, o complexo sacubitril/valsartana, um inibidor da neprilisina, pode ser usado em substituição aos IECA/BRA em pacientes que continuem sintomáticos a despeito da terapia tripla. A dapagliflozina e a empagliflozina, inibidores da SGLT2, também se mostraram capazes de reduzir a mortalidade nesse grupo. Já nos pacientes que estão em uso de betabloqueadores em dose máxima e persistam com $FC \geq 70$ bpm, há benefício de mortalidade com o uso de ivabradina (um inibidor do canal IF do nó sinusal).

A associação entre hidralazina e nitrato também é capaz de reduzir a mortalidade em pacientes autodeclarados negros ou em substituição aos IECA/BRA em pacientes que não tolerem essas medicações.

Para melhor controle de sintomas, sem alterar, no entanto, a mortalidade, você pode prescrever diuréticos na menor dose necessária e digitálicos (principalmente se a fração de ejeção for $\leq 45\%$).

Diante de tantas drogas possíveis, uma pergunta paira em nossa mente, após a terapia tripla clássica, qual é a quarta opção a ser iniciada? Com o intuito de responder a essa pergunta, a Diretriz Brasileira de 2021 recomenda que se use sacubitril-valsartana ou os inibidores da SGLT2, conforme mostra o fluxograma a seguir:

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (NYHA II-IV / Estágio C)



*Em lugar do iECA/BRA

** Em substituição a iECA/BRA

† Vide texto para diferenças entre agentes da mesma classe

Marcondes-Braga et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2020; [online].ahead print, PP.0-0

Vamos avaliar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A ivabradina atua no nó sinusal. Portanto, não deve ser usada quando o ritmo é não sinusal, como no caso em questão, em que o ritmo é de fibrilação atrial.

Incorreta a alternativa B. A furosemida não altera a mortalidade, apenas sintomas e hospitalizações. Como o paciente não apresenta sinais de congestão ao exame físico, não faz sentido acrescentar ao esquema.

Incorreta a alternativa C. O paciente continua sintomático (NYHA II). Sendo assim, devemos otimizar o tratamento.

Correta a alternativa D.

A dapagliflozina (inibidor da SGLT2) é uma boa opção de tratamento como quarta droga que altera a mortalidade na IC.

07 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Juan Demolinari - Pneumologia) Ao avaliar uma paciente com queixa de dispneia, tosse, chiado no peito e opressão torácica, você cria a suspeita clínica de asma. Sobre esse tópico, é correto afirmarmos que:

- A) a opressão torácica não é um sintoma esperado da doença.
- B) a espirometria é necessária para se fazer o diagnóstico.
- C) o pilar mais importante no tratamento da doença é o broncodilatador.
- D) o grau de controle e a gravidade da doença nem sempre caminham juntos.

COMENTÁRIO:

Estrategista, a asma é sempre um tema frequente em provas. Devemos ter clareza em relação a alguns conceitos que envolvem essa doença: atenção – controle é diferente de gravidade!

CONTROLE: expressa a intensidade com que as manifestações da asma estão suprimidas pelo tratamento. É variável em dias ou semanas, sendo influenciado pela adesão ao tratamento ou pela exposição a fatores desencadeantes. A doença pode ser classificada em controlada, parcialmente controlada e não controlada. **GRAVIDADE:** refere-se à quantidade de medicamentos necessária para atingir o controle. Reflete uma característica intrínseca da doença, mas pode ser alterada lentamente com o tempo. A doença pode ser classificada em doença leve, moderada e grave.

O controle da asma pode ser mensurado por diversos instrumentos validados e adaptados para o Brasil, incluindo o ACQ (*Asthma Control Questionnaire*), o ACT (*Asthma Control Test*) e a escala de controle da GINA.

A escala da GINA, por ser mais simplificada, é a mais utilizada atualmente (e, conseqüentemente, a mais cobrada em provas!) e classifica a doença em três níveis – asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada –, avaliados em relação às últimas quatro semanas. Os principais parâmetros, assim como o grau de controle de cada um deles, são resumidos na tabela que segue:

Variável clínica	Quando não tenho controle da variável?	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
DEspertar noturno	Qualquer	Nenhum destes	1-2 destes	3-4 destes
Limitação das atividades				
SIntomas diurnos				
Alívio (SABA, apenas)				
	Mais do que duas vezes por semana			
Obs.: sintomas nas últimas 4 semanas; ICS + form SOS não deve ser considerado; SABA pré-exercício não deve ser considerado				

Vamos avaliar nossas alternativas e apontar a correta:

Incorreta a alternativa A. Os sintomas típicos da doença são dispneia, tosse, sibilância e opressão torácica.

Incorreta a alternativa B. A espirometria é útil para avaliar a doença e prever exacerbações futuras. No entanto, não é necessária para o diagnóstico de asma, que pode ser feito pela história clínica e exame físico.

Incorreta a alternativa C. Desde o documento GINA de 2019, o pilar do tratamento da doença é o corticoide inalatório, que está presente desde os quadros leves da doença. No entanto, cabe, aqui, ressaltar que os broncodilatadores são úteis no tratamento e fundamentais nas exacerbações.

Correta a alternativa D.

Como definimos acima, gravidade e controle são conceitos diferentes. Podemos ter uma asma leve não controlada e uma asma grave controlada.

08 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. João Paulo Telles - Endocrinologia) Claudia, 58 anos, apresenta-se ao pronto-socorro devido a mal-estar, fadiga e diarreia importante há 2 dias, após ingesta alcoólica exagerada em festa de aniversário. A paciente tem DM2 e teve dois infartos agudos do miocárdio (último há 3 anos), evoluindo com insuficiência cardíaca de fração de ejeção 35%. Utiliza, como medicações contínuas, AAS 100 mg/dia, atorvastatina 80 mg/dia, metformina 2.500 mg/dia, insulina NPH 12UI *bedtime*, carvedilol 25 mg/dia, enalapril 10 mg/dia, empagliflozina 10 mg/dia e espironolactona 50 mg/dia. À admissão, apresentava-se algo confusa, corada, desidratada 2+/4+, acianótica, anictérica, afebril e taquipneica. FC = 98 bpm, FR = 22 ipm, PA 92x72 mmHg, TEC = 3 s. Restante do exame físico sem alterações dignas de nota. Laboratório inicial: Hb 12, leuco 10.000, plaq 200.000, Na 142, K 4,2, Cl 110, Mg 2,0, glicemia 212, ureia 60, creatinina 1,2. Urina 1: leucócitos 40.000, hemácias 3.000, proteína +, glicose +++, corpos cetônicos +++, nitrito negativo, raras bactérias. Gasometria venosa: pH 7,05, pCO₂ 22, HCO₃ 10, lactato 2,4 mmol/L (valor de referência: 0,5-2,2). O distúrbio ácido-base presente e a conduta para essa paciente ao longo das próximas horas são:

- A) acidose metabólica de ânion *gap* elevado. Hidratação endovenosa (EV) vigorosa, antibiótico EV.
- B) acidose metabólica de ânion *gap* elevado. Hidratação EV vigorosa, insulino terapia EV.
- C) acidose metabólica mista, de ânion *gap* elevado e hiperclorêmica. Hidratação EV vigorosa, insulino terapia EV.
- D) acidose metabólica mista, de ânion *gap* elevado e hiperclorêmica. Hidratação EV vigorosa, antibiótico EV, bicarbonato EV.

COMENTÁRIO

Fala, Estrategista! Questões sobre diabetes **despencam** nas provas. Além disso, como eu ouvi uma vez de um grande amigo e gosto de falar: tema fácil, questão difícil. Ou seja, todo mundo sabe que na primeira hora de uma cetoacidose diabética (CAD) devemos apenas expandir com soro, uma boa prova não vai lhe perguntar isso! Por isso, as provas mais concorridas vão perguntar a você os **detalhes** sobre os assuntos mais prevalentes. Mas você, aluno do Estratégia, vai saber responder!

O que está acontecendo nesse caso? Veja bem, temos uma paciente com DM2, com aterosclerose manifesta e insuficiência cardíaca (IC) de fração de ejeção reduzida, que está recebendo um tratamento medicamentoso catedrático, de livro! Seu clínico, antenado às atualizações, inclusive prescreveu empagliflozina, um inibidor de SGLT-2, que tem mostrado benefícios sólidos em ensaios clínicos com pacientes com IC, de fração reduzida e até preservada. Essa droga tem sido recomendada nos principais *guidelines* internacionais de IC e doença renal crônica, e você deve estar familiarizado com ela, pois tende a cair cada vez mais nas provas.

Após um episódio de ingesta alcoólica exagerada, a paciente inicia mal-estar, fadiga e diarreia. À entrada, apresenta alteração do nível de consciência, desidratação e sinais de choque. “Choque?! Que exagero, a FC não está nem alterada...”. Cuidado! Essa paciente é betabloqueada! Uma frequência de 98 bpm, com uma PA pinçada e uma perfusão limítrofe têm que o preocupar e sinalizar que a paciente está com algum grau de choque.

Mas o ouro mesmo está no laboratório. Ela apresenta acidose metabólica, cetonúria e glicemia de... 212? Não era o que estávamos esperando! Estava pronto para ler 400 e já abrir o “sorção” para tratar essa CAD, né? Mas nossa paciente usa **inibidor de SGLT-2 (iSGLT-2)**, que está associado a um aumento no risco de CAD euglicêmica! Como assim, João? Vamos lá!

A CAD é um estado em que a ausência relativa de insulina e uma alta resistência insulínica levam à diminuição do uso de glicose e ao aumento do uso de ácidos graxos livres pelo fígado em um ambiente de alto predomínio de glucagon, resultando em corpos cetônicos e aumento da produção endógena de glicose. A diferença na CAD euglicêmica do paciente em uso de SGLT-2 é que o *clearance* renal de glicose está muito aumentado devido à glicosúria importante, além de geralmente termos uma deficiência menor de insulina e menos resistência insulínica. Dessa forma, temos as alterações típicas da CAD, porém com glicemia **normal ou pouco elevada**. O tratamento segue as mesmas linhas do tratamento da CAD, e devemos suspender o iSGLT-2 até segunda ordem.

Para responder à questão, porém, além de matar o diagnóstico clínico, você precisava diagnosticar o distúrbio ácido-base. Vamos por partes:

- A paciente tem uma **acidemia** ($\text{pH} = 7,05$) que, no contexto clínico e frente ao bicarbonato baixo, pode ser diagnosticada como **acidose metabólica**;

- Frente a uma acidose metabólica, precisamos ver como está a resposta respiratória. É uma das poucas fórmulas que você precisa decorar na gasometria! pCO_2 esperado = $(1,5 \times \text{bicarbonato}) + 8$, com margem de erro de ± 2 . Nesse caso, temos uma compensação respiratória adequada (pCO_2 esperado = $(1,5 \times \text{BIC} + 8) \pm 2 = (1,5 \times 10 + 8) \pm 2 = 23 \pm 2$, a da paciente está 22).

- Em seguida, calculamos o ânion *gap* para classificar a acidose entre ânion *gap* (AG) elevado e hiperclorêmica. No caso, temos uma acidose metabólica de ânion *gap* elevado ($\text{AG} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{Bic}) = 142 - (110 + 10) = 22$, normal entre 8-12).

- O último passo, e a cereja do bolo da questão, é que, em casos de acidose metabólica com AG elevado, precisamos ver se há **outro distúrbio concomitante**. Eita, agora lascou tudo! Como assim? O AG elevado indica que há ácidos não habituais no sangue. Lembrando que o ácido orgânico libera um H^+ e se torna um ânion, por isso medimos indiretamente o ânion *gap*, para saber se o excesso de H^+ vem desses ácidos não mensuráveis! Mas ter uma acidose de AG elevado não impede de termos também uma acidose hiperclorêmica junto, ou até uma alcalose metabólica junto. É exatamente o que aconteceu com nossa paciente: ela tem os cetoácidos causando uma acidose de AG elevado, mas também teve diarreia importante, levando à perda de bicarbonato e acidose de AG normal (hiperclorêmica).

E como podemos diagnosticar isso? Por meio do **delta/delta (Δ/Δ)**. O $\Delta\text{AG}/\Delta\text{Bicarbonato}$ quantifica se a variação de ânion *gap* é proporcional à variação do bicarbonato. Ou seja, o que temos de acidose (diminuição de bicarbonato) é devido apenas ao AG aumentado, ou tem algo a mais aí?

Calculamos o ΔAG subtraindo o AG encontrado de 12 (valor de normalidade). Calculamos o $\Delta\text{Bicarbonato}$ subtraindo o bicarbonato encontrado de 24 (bicarbonato normal). Em seguida, fazemos a razão entre os dois e vemos se ela está entre 1 e 2, que seria o esperado. Em nosso caso, $\Delta\text{AG} = 22 - 12 = 10$; e o $\Delta\text{Bic} = 24 - 10 = 14$. Logo, o $\Delta/\Delta = 10/14$, que é aproximadamente 0,7.

O que isso significa? Veja, se está **menor do que 1**, significa que o bicarbonato (denominador) variou **mais do que o esperado**. Ou seja, há **mais acidose do que esperaríamos apenas pela variação de AG**. Logo, temos uma acidose hiperclorêmica associada. E o que justifica isso, nesse caso? Como mencionamos, a perda de bicarbonato pela diarreia!

Se você pensou “é bonito demais!”, você é maluco como alguns de nós: considere fortemente fazer Clínica Médica ou áreas clínicas. Se você pensou “nossa, que viagem...”, fique tranquilo, nesse caso, você é uma pessoa normal! Rsr

Depois dessa longa explicação, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. A acidose metabólica nesse caso é mista, e o diagnóstico provável aqui é CAD euglicêmica, não sepse.

Incorreta a alternativa B. Errada devido à acidose mista, e não apenas de AG elevado.

Correta a alternativa C.

O distúrbio, como visto, é acidose metabólica mista, de AG elevado e hiperclorêmica. O diagnóstico é CAD euglicêmica, portanto hidratação vigorosa e insulina são os pilares do tratamento.

Incorreta a alternativa D. O diagnóstico ácido-base está correto, mas o diagnóstico clínico é CAD euglicêmica, não sepse. Como nota, o bicarbonato em cetoacidose é algo controverso, mas, via de regra, é recomendável somente em adultos com $\text{pH} \leq 6,9$.

09 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Fernanda Canedo - Hepatologia) Paciente de 25 anos, sem comorbidades conhecidas, apresenta quadro de mal estar, febre baixa e mialgia há 2 semanas, evoluindo com icterícia. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, icteríco 2+/4+, sem telangiectasias ou eritema palmar, sem *flapping*, abdome flácido, com hepatomegalia dolorosa, sem macicez móvel de decúbito. Realizou os seguintes exames:

anti-HCV	Negativo
HBsAg	Positivo
anti-HBc IgM/anti-HBc IgG	Positivo/Negativo
HBeAg/anti-HBe	Positivo/Negativo
anti-HBs	Negativo
Ferritina	1550 mcg/L
Índice de saturação de transferrina (IST)	42%

Qual é a conduta mais adequada nesse momento?

- A) Solicitar HCV-RNA e HBV-DNA.
- B) Indicar biópsia hepática.
- C) Acompanhamento e sintomáticos.
- D) Encaminhar para realização de sangrias terapêuticas.

COMENTÁRIO:

Querido aluno, marcadores sorológicos de hepatites virais é tema recorrente nas provas! É uma decoreba que vale a pena! Essa questão traz um caso clínico e a resposta está na sorologia.

Hepatite B é causada por vírus de **DNA** e a transmissão é por **via parenteral**, ou seja, por meio do sangue e fluidos corporais. Os principais meios de transmissão são por via sexual, percutânea e perinatal (vertical). A transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados hoje é quase nula, devido às testagens do sangue doado.

A hepatite B apresenta vários marcadores sorológicos que devemos compreender (e decorar!).

HBsAg é o antígeno de superfície e demonstra a presença da proteína viral na circulação sanguínea. Ele marca, portanto, **infecção atual** pelo vírus da hepatite B (HBV). Seu anticorpo (anti-HBsAg ou simplesmente anti-HBs) aparece quando o HBsAg é perdido ou, no caso de imunização, com vacina de vírus inativo, e é o anticorpo capaz de conferir **imunidade**. Então, sua presença é resultado da cura da hepatite B (clareamento viral) ou da vacinação.

O HBeAg é o antígeno que marca **replicação viral** e o anti-HBe é seu anticorpo. Para finalizar, o anti-HBc é o anticorpo que surge quando o indivíduo tem **contato com o vírus selvagem** da hepatite B (e não o vírus inativado da vacina). Pode estar presente na **infecção aguda (IgM)**, na **infecção crônica (IgG)** e como **cicatriz sorológica (quando houve passado de hepatite B)**.

Resumindo...

Marcador	Resumo
HBsAg	Proteína de superfície do vírus da hepatite B, está presente em altos títulos na infecção aguda. É marcador da presença da proteína viral e, se estiver positivo por mais de 6 meses, é indicativo de cronificação da hepatite B.
anti-HBs	Anticorpo produzido contra o HBsAg, indica imunidade contra o vírus. É produzido a partir da exposição ao vírus selvagem (infecção) ou após vacinação com vírus inativo.
HBeAg	Proteína “e” do vírus da hepatite B, sua detecção representa presença de replicação viral. Quando positivo, está associado a uma elevada carga viral circulante.
Anti-HBe	Anticorpo produzido contra o HBeAg. É capaz de controlar de maneira limitada a replicação do vírus por muitos anos, mas não de curar a infecção.
anti-HBc IgM	Anticorpo contra o HBcAg, surge precocemente e é indicativo de infecção aguda pelo HBV.
anti-HBc IgG	Anticorpo contra o HBcAg. Surge durante a fase aguda da infecção e persiste por toda a vida da pessoa que foi infectada. Sua presença indica que a pessoa está ou esteve infectada pelo HBV. O vírus inativo da vacina não induz sua produção.

Vamos lembrar os diferentes perfis sorológicos da hepatite B?

Marcador	Aguda	Crônica Ativa	Crônica Inativa	Cura	Vacinação
HBsAg	+	+	+	-	-
HBeAg	+/-	+	-	-	-
Anti-HBc IgG	-/+	+	+	+	-
Anti-HBc IgM	+	-	-	-	-
anti-HBs	-	-	-	+	+

Em relação à hepatite C, existe apenas um anticorpo, o anti-HCV. Esse anticorpo surge quando o indivíduo tem contato com o vírus da hepatite C (HCV) e **não confere imunidade**, ou seja, uma vez curado da hepatite C, após tratamento ou espontaneamente, o paciente pode ser novamente contaminado, mesmo com anti-HCV positivo.

É um erro comum (que não vamos cometer!) acreditar que anti-HCV positivo é igual ao diagnóstico de hepatite C. Porém, ele marca “apenas” o **contato com o vírus**. O diagnóstico da hepatite C deve ser feito com a dosagem da carga viral (HCV-RNA). Se positiva, aí sim, seremos capazes de dizer que há infecção atual. Esse erro acontece porque a **maior parte dos pacientes que tiveram contato com o HCV vão cronificar (cerca de 80%)**, e apenas uma minoria vai clarear (curar) o vírus espontaneamente.

Portanto, NÃO podemos afirmar que anti-HCV positivo é igual à hepatite C. Essa confirmação se dará apenas após realização da carga viral.

Voltando à questão, o paciente tem um quadro sugestivo de hepatite aguda icterícia. Em relação à sorologia, ele apresenta HBsAg positivo, com anti-HBc IgM e HBeAg positivos, compatível com hepatite B aguda.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: nosso paciente apresenta anti-HCV negativo, sem história que sugira hepatite C aguda, portanto não há indicação de realização de HCV-RNA. Em relação à hepatite B, temos um perfil sorológico compatível com hepatite B aguda replicativa, HBeAg positivo, sem necessidade de complementação com HBV-DNA.

Incorreta a alternativa B: a biópsia hepática é o padrão-ouro para avaliação de fibrose hepática, entretanto, atualmente, indicamos em poucos casos de hepatites virais, especialmente quando há dúvida diagnóstica.

Correta a alternativa C:

estamos diante de um quadro de hepatite B aguda, sem sinais que sugiram gravidade, no momento. Portanto, a conduta é conservadora, com acompanhamento e tratamento sintomático. Essa é nossa alternativa!

Incorreta a alternativa D: apesar de nosso paciente apresentar ferritina elevada, alteração que marca a hemocromatose hereditária, ele apresenta IST normal, abaixo de 45%, o que fala contra esse diagnóstico. Aqui, teremos um conceito interessante. Existem causas de hemocromatose secundária, ou seja, depósito anormal de ferro em consequência de outras doenças hepáticas, e não hereditária. As hepatites virais, além da doença hepática alcoólica e doença hepática gordurosa não alcoólica, são causas comuns, assim como qualquer estado inflamatório. Essa não é a melhor hipótese para o caso!

10 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Taysa Moreira - Reumatologia) Mulher de 68 anos refere diagnóstico de artrite reumatoide há 35 anos e, desde então, realiza seguimento irregular. É avaliada no ambulatório por úlceras crônicas em membro inferior esquerdo. Ao exame físico: artrite de 2 e 3ª metacarpofalangeanas e punhos, bilateralmente, com desvio ulnar dos dedos, nódulo de consistência fibroelástica em cotovelo esquerdo, baço palpável 5 cm abaixo do rebordo costal esquerdo, úlceras dolorosas com base eritematosa e fundo limpo em região de maléolo medial esquerdo. Exames laboratoriais: hemoglobina 9,8 g/dL, leucócitos 1900/mm³, neutrófilos 350/mm³, PCR = 54 mg/dL. Baseado nesses dados, qual é o diagnóstico mais provável para essa paciente?

- A) Síndrome de Sweet.
- B) Eritema nodoso.
- C) Lúpus eritematoso sistêmico.
- D) Síndrome de Felty.

COMENTÁRIO:

Estrategista, algumas questões de provas de residência sobre artrite reumatoide trazem aspectos não habituais da doença e demandam raciocínio mais aprofundado. Vamos aproveitar a oportunidade para praticar.

A AR é uma doença autoimune de caráter inflamatório crônico que acomete, primariamente, a sinóvia, mas também diversos outros órgãos e estruturas. As manifestações extra-articulares ocorrem em até 30 a 40% dos pacientes e estão associadas, entre outros fatores, ao tabagismo e à presença do fator reumatoide e anti-CCP.

Dito isso, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: a síndrome de Sweet é caracterizada pelo surgimento abrupto de pápulas eritematosas, edematosas, localizadas principalmente no tronco superior e na parte proximal de membros superiores. O paciente apresenta sintomas sistêmicos, como febre e astenia, e, frequentemente, há neutrofilia e aumento de PCR e VHS. Tem relação, especialmente, com neoplasias.

Incorreta a alternativa B: o eritema nodoso é a forma mais comum de paniculite. É reconhecido como uma reação de hipersensibilidade tardia a vários estímulos antigênicos. É mais comum nas mulheres entre a segunda e a quarta década de vida. Clinicamente, apresenta-se como vários nódulos eritematosos, dolorosos, bilaterais e simétricos. O local mais comum é a região pré-tibial. Na reumatologia, é descrito principalmente na sarcoidose e doença de Behçet.

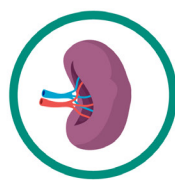
Incorreta a alternativa C: ainda que possível, a superposição de AR e lúpus eritematoso sistêmico (LES) é rara. Além disso, com exceção das citopenias, não há menção a achados clínicos e laboratoriais sugestivos de LES, como fotossensibilidade, *rash* malar, úlceras orais, nefrite, entre outras.

Correta a alternativa D:

a síndrome de Felty é uma complicação hematológica rara, que ocorre em até 1% dos pacientes com AR. Em geral, surge tardiamente durante a evolução clínica, especialmente em pacientes com doença de longa data e em quem o fator reumatoide é positivo. A tríade clássica que compõe a síndrome de Felty é justamente artrite reumatoide, esplenomegalia e neutropenia. Outras citopenias também podem ocorrer, como anemia e plaquetopenia. Para nunca mais esquecer do Felty, grave o mnemônico SANTA:



SÍNDROME DE FELTY



S

ESPLENOMEGALIA



A

ANEMIA



N

NEUTROPENIA



T

TROMBOCITOPENIA



A

ARTRITE REUMATOIDE

CIRURGIA GERAL

11 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Que agente anestésico deve ser evitado ao se realizar uma intubação orotraqueal em pacientes chocados?

- A) Etomidato.
- B) Cetamina.
- C) Propofol.
- D) Succinilcolina.

COMENTÁRIO:

Para possibilitar a intubação orotraqueal, comumente, faz-se uso de um agente hipnótico, um opioide e um bloqueador neuromuscular. A tabela a seguir expõe as principais drogas utilizadas no procedimento de intubação e seus respectivos efeitos colaterais.

Agentes	Vantagens	Efeitos adversos	Quando usar	Quando evitar
Propofol	Broncodilatação Antiemético Diminuição da PIC	Queda do débito cardíaco Hipotensão	Asmáticos Risco de náuseas e vômitos elevado Neurocirurgia	Instabilidade hemodinâmica
Cetamina	Broncodilatação Ativação simpática Analgesia	Aumento do consumo de O ₂ no miocárdio Elevação da PIC Alucinações	Asmáticos Instabilidade hemodinâmica	TCE/neurocirurgia Psiquiátricos Síndromes coronarianas
Etomidato	Estabilidade hemodinâmica	Supressão de cortisol	Instabilidade hemodinâmica	Insuficiência adrenal
Fentanil	Analgesia Supressão de reflexos autonômicos	Bradycardia (doses altas) Rigidez torácica	Frequentemente usado na indução em sequência rápida	Bradycardia
Succinilcolina	Rápido e profundo bloqueio neuromuscular	Elevação do K ⁺ Hipertermia maligna (raro)	Agente de escolha na indução em sequência rápida	Hipercalemia Queimados Acamados
Rocurônio	Adequado bloqueio neuromuscular	Reação alérgica (raro)	Presença de contraindicação para succinilcolina	Histórico de alergia a rocurônio

Visto isso, vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A: o etomidato tem boa performance em pacientes com estabilidade hemodinâmica. Afinal, não agrava a hipotensão. Desse modo, o etomidato é o agente de escolha para a indução de pacientes em choque, apresentando início e término de ação rápidos. Seu efeito adverso mais importante é a supressão adrenal.

Incorreta a alternativa B: a cetamina promove a liberação de catecolaminas, ocasionando um aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e contratilidade miocárdica. Portanto, ela não agrava o quadro de choque, podendo ser utilizada neste contexto.

Correta a alternativa C:

o uso de propofol produz vasodilatação e inibição do inotropismo miocárdico, o que promove hipotensão. Sendo assim, é contraindicado em pacientes com instabilidade hemodinâmica.

Incorreta a alternativa D: a succinilcolina é um bloqueador neuromuscular com início de ação rápido, sendo muito utilizada no contexto de intubação em sequência rápida. Essa droga pode ser utilizada com segurança em pacientes chocados.

Sua maior contraindicação reside nos pacientes com hipercalemia ou em condições que são propícias para seu desenvolvimento, como em pacientes queimados ou vítimas de grandes traumas. Isso se justifica à medida que a succinilcolina promove um grande efluxo de potássio a partir da despolarização da célula muscular, podendo causar hipercalemia grave.

Uma outra contraindicação ao uso dessa droga é a dos pacientes que têm histórico ou predisposição para hipertermia maligna. Afinal, a succinilcolina é considerada uma droga gatilho para essa condição.

12 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Ao utilizar anestésicos locais, não devemos ultrapassar a dose máxima permitida para cada paciente, a fim de evitar o quadro de intoxicação por esses agentes. Nesse contexto, a dose máxima aproximada da lidocaína seria:

- A) 1 mg/kg sem vasoconstritor e 2 mg/kg com vasoconstritor.
- B) 3 mg/kg sem vasoconstritor e 5 mg/kg com vasoconstritor.
- C) 5 mg/kg sem vasoconstritor e 7 mg/kg com vasoconstritor.
- D) 7 mg/kg sem vasoconstritor e 10 mg/kg com vasoconstritor.

COMENTÁRIO:

Questão “decoreba”, mas que aparece nas provas com frequência. Anestésicos locais (AL), em especial a lidocaína, são largamente utilizados na prática clínica e aparecem com recorrência em sua prova. Sendo assim, é importante que você entenda alguns conceitos no que diz respeito a essas drogas.

Quando discutimos a toxicidade dos anestésicos locais, devemos ter em mente que suas maiores repercussões clínicas serão sentidas no sistema nervoso central e sistema cardiovascular. Ela ocorre pelo aumento da concentração plasmática da droga, que, então, agirá em territórios indesejados, bloqueando canais de sódio e prejudicando a transmissão de potenciais de ação. Dessa forma, para diminuir o risco de toxicidade dos AL, a mínima dose capaz de fornecer o efeito anestésico desejado deve ser utilizada. Adicionalmente, também é importante que seja evitada uma dose superior àquela considerada máxima (também chamada de dose tóxica).

A tabela a seguir expõe a dose máxima dos principais anestésicos locais utilizados atualmente: lidocaína, bupivacaína e ropivacaína.

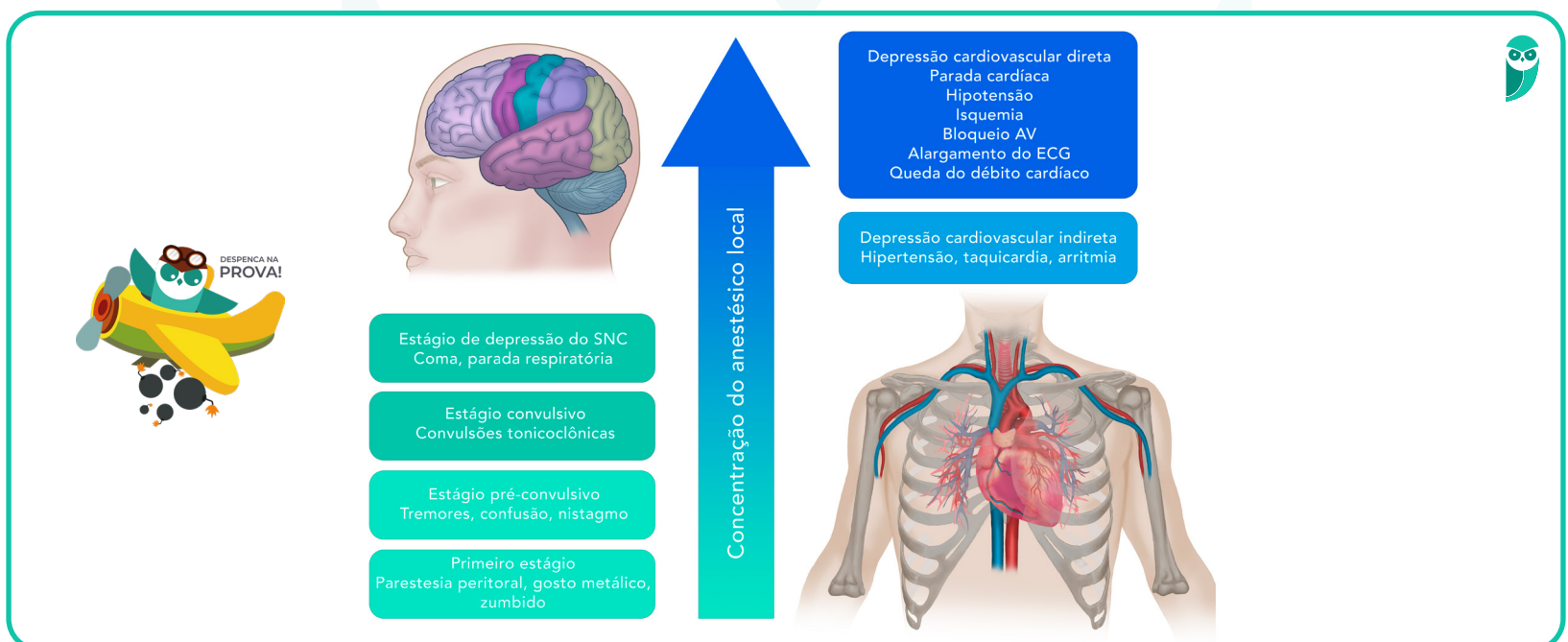
	Dose máxima
Lidocaína	4 a 5 mg/kg 7 mg/kg (com epinefrina)
Bupivacaína	3 mg/kg
Ropivacaína	3 mg/kg

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology 5ª Edição

Os AL ultrapassam facilmente a barreira hematoencefálica e os sintomas neurológicos centrais são precoces na intoxicação. Os primeiros que surgem são discretas alterações sensoriais. Em seguida, surgem sintomas excitatórios (convulsões), devido ao bloqueio de vias inibitórias do SNC. Por fim, surgem os sintomas depressores, que podem levar o paciente a um estado de coma.

No caso do sistema cardiovascular, inicialmente, pode ocorrer elevação transitória da frequência cardíaca e da pressão arterial, em função dos efeitos excitatórios do SNC. Posteriormente, ocorre depressão miocárdica dose dependente, hipotensão e arritmias que podem progredir para colapso cardiovascular e parada cardíaca.

A imagem a seguir reúne os sintomas observados na toxicidade cardiovascular e neurológica dos AL:



A absorção sistêmica dos AL depende da circulação de sangue no local da injeção. Essa é a razão por que a epinefrina é frequentemente associada aos AL, pois, ao causar vasoconstrição, a epinefrina diminui a absorção do AL. O resultado é a diminuição do risco de toxicidade e elevação da dose máxima do AL.

Incorreta a alternativa A: como observado na tabela, os valores dessa alternativa estão incorretos.

Incorreta a alternativa B: como observado na tabela, os valores dessa alternativa estão incorretos.

Correta a alternativa C:

apesar dos valores sofrerem uma leve variação de acordo com a biografia que a banca utiliza, a dose máxima descrita para a lidocaína orbita entre 4-5 mg/kg sem vasoconstritor e 7 mg/kg com o uso de vasoconstritor.

Incorreta a alternativa D: como observado na tabela, os valores dessa alternativa estão incorretos.

13 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Assinale a alternativa que **não** apresenta 3 fatores de risco para trombose venosa profunda.

- A) Hipertensão arterial sistêmica, trombofilia e neoplasia.
- B) Doença inflamatória intestinal, hospitalização, história prévia de TVP.
- C) Síndrome nefrótica, puerpério e idade avançada.
- D) Cirurgia ortopédica, obesidade, uso de anticoncepcionais.

COMENTÁRIO:

Para respondermos a essa questão, devemos lembrar quais são os principais fatores de risco relacionados à trombose venosa profunda. São eles:

Longos períodos de estase venosa, como imobilização ou hospitalização prolongada
Cirurgias e trauma
Obesidade
Neoplasias
Idade acima de 60 anos*
Tabagismo*
Estado gravídico-puerperal
História prévia de TVP
Uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal
História familiar de TVP
Doença inflamatória intestinal
Síndrome nefrótica
Trombocitopenia induzida por heparina (TIH)
Doenças relacionadas ao estado de hipercoagulabilidade: <ul style="list-style-type: none"> • Fator V de Leiden • Deficiência de proteína C e S • Síndrome antifosfolípide • Mutações do gene da protrombina • Deficiência de antitrombina III • Homocistinemia
Tipos sanguíneos A, B e AB

*As bibliografias são conflitantes em relação à associação de TVP ao tabagismo à idade (60 versus 65 anos). No entanto, o *Sabiston Textbook of Surgery*, principal referência para as provas, considera idade acima de 60 anos e tabagismo como fatores de risco.

Como vimos, a hipertensão **não** caracteriza fator de risco para trombose venosa profunda. Portanto, **a alternativa A está incorreta.**

14 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Paciente masculino de 37 anos chega ao pronto atendimento queixando-se de quadro de dor intensa e progressiva em região perianal, incapacitante, há 7 horas, além de sangramento às evacuações há uma semana. Durante a fase de inspeção do exame proctológico, o achado é o seguinte:



Durante o atendimento hospitalar, o paciente recebeu opioides e anti-inflamatórios, sem sucesso para controle da dor. Frente a isso, assinale a alternativa que contém a melhor conduta terapêutica para esse paciente.

- A) Drenagem cirúrgica.
- B) Excisão cirúrgica.
- C) Colonoscopia de urgência.
- D) Tratamento clínico com anti-inflamatórios, analgésicos e banho de assento.

COMENTÁRIO:

A imagem presente no enunciado, além do quadro clínico, é sugestiva de hemorroida externa com mamilos trombosados (note os nódulos arroxeados no canto esquerdo da figura).

Na trombose hemorroidária externa aguda, o paciente apresenta congestão, edema e dor envolvendo o componente externo do plexo hemorroidário. Apenas a inspeção anal, após afastar delicadamente as nádegas, permite o diagnóstico. O toque retal e a anoscopia podem provocar dor intensa e não devem ser realizados na presença dessa complicação.

Na vigência de trombose hemorroidária aguda, caso o paciente se apresente em um período inferior às primeiras 48 horas de evolução do quadro, como no caso em questão, pode ser considerada a **excisão local do mamilo trombosado**. Essa medida é especialmente útil para os pacientes com controle algico inadequado, a despeito da administração de medicações analgésicas.

Para quadros > 48 h de evolução, a conduta quase sempre é conservadora, com banhos de assento com água morna, dieta rica em fibras, analgésicos e anti-inflamatórios. Isso acontece porque, passado o período de 48 h, a reabsorção do coágulo está ocorrendo e os sintomas algicos já apresentaram melhora importante. A remissão completa do quadro é obtida após 7-10 dias.

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: o tratamento preconizado para esse paciente é a excisão cirúrgica. A drenagem cirúrgica é o tratamento para abscesso perineal, não sendo feita nesses casos.

Correta a alternativa B:

essa é a alternativa correta. Na vigência de trombose hemorroidária aguda, caso o paciente se apresente em um período inferior às primeiras 48 horas de evolução do quadro, como no caso em questão, pode ser considerada a **excisão local do mamilo trombosado**. Essa medida é especialmente útil para os pacientes com controle algico inadequado, a despeito da administração de medicações analgésicas.

Incorreta a alternativa C: a colonoscopia deve ser solicitada para investigação de outras causas de sangramento. Nesse caso, a causa do sangramento tem como principal hipótese diagnóstica a doença hemorroidária. Devemos considerar a realização de colonoscopia em pacientes com idade superior a 50 anos, ou, ainda, com sintomas ou padrão de sangramento incompatíveis com a doença hemorroidária.

Incorreta a alternativa D: esse tratamento pode ser considerado para quadros semelhantes com evolução > 48 horas ou para pacientes com tempo de evolução < 48 h, mas com bom controle sintomático.

15 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Paciente negro de 18 anos procura o serviço de cirurgia plástica após ter sido submetido a apendicectomia há 2 anos. Queixa-se de cicatriz elevada, endurecida e avermelhada, respeitando os bordos da incisão. Frente a esse quadro, é correto afirmar que:

- A) o paciente apresenta um quelóide, frequente em pacientes de etnia negra.
- B) se trata de uma cicatriz hipertrófica, e o paciente deve ser tranquilizado, pois ela regredirá espontaneamente com o tempo.
- C) o surgimento desse tipo de cicatriz não tem relação com a tensão excessiva aplicada nas bordas da ferida em cicatrização.
- D) cicatrizes hipertróficas não podem ser prevenidas.

COMENTÁRIO:

Essa é uma questão sobre cicatrização, que exige de você o reconhecimento das diferenças entre cicatriz hipertrófica e quelóide.

Tanto a cicatriz hipertrófica quanto o quelóide representam alteração na cicatrização normal das feridas. Nesse caso, em ambos, há uma deposição excessiva do colágeno na fase proliferativa.

O que o paciente do enunciado apresenta é uma cicatriz hipertrófica, caracterizada pela elevação acima do nível da pele, porém **respeitando as margens da ferida**. Ela costuma ocorrer com maior frequência em áreas de tensão e em região de articulações.

A tabela a seguir compara as diferenças do quelóide vs. cicatriz hipertrófica.

	QUELOIDE	CICATRIZ HIPERTRÓFICA
Incidência	Rara	Frequente
Etnia	Afro-americanos, asiáticos, hispânicos	Sem predileção
Lesão prévia	Sim	Sim
Locais mais acometidos	Pescoço, peito, lobo da orelha, ombros, parte superior do dorso	Sem predileção
Genética	Herança autossômica dominante com penetração incompleta	Não
Momento da apresentação	Intervalo livre de sintomas; pode aparecer anos após a lesão	4 a 6 semanas após a lesão
Sintomas	Dor, prurido, hiperestesia, crescimento além das margens da lesão	Crescimento, um pouco de prurido, respeita as margens da lesão
Regressão	Não	Regride espontaneamente
Contratura	Rara	Frequente
Histologia	Hipocelular, colágeno com fibras grossas e dispostas de forma randômica	Fibras de colágeno com orientação paralela entre si

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: apesar do fato de pacientes em maior risco de queiloide serem melanodérmicos (como negros, asiáticos e hispânicos), o que o paciente do enunciado apresenta não é um queiloide, e sim UMA CICATRIZ HIPERTRÓFICA. A cicatriz hipertrófica não tem predisposição genética e o principal estímulo para seu surgimento é a tensão excessiva da cicatriz.

Incorreta a alternativa B: a cicatriz hipertrófica frequentemente regride espontaneamente com o tempo. Contudo, casos com mais de um ano de evolução são considerados casos refratários, podendo ser necessária a ressecção cirúrgica da cicatriz e confecção de uma nova. No geral, o tratamento mais indicado para as cicatrizes hipertróficas é a terapia por pressão, com bandagem de silicone. Nos casos em que não há melhora completa da cicatriz hipertrófica, também podemos lançar mão da injeção de corticoide na derme papilar.

Correta a alternativa C:

essa alternativa está correta. O principal estímulo para seu surgimento parece ser a tensão excessiva: com ela, há sinalização para a ativação dos fibroblastos, com aumento na deposição do colágeno. Por isso, devemos evitar incisões paralelas às fibras musculares. Afinal, incisões perpendiculares às fibras musculares subjacentes tendem a ser mais planas, mais estreitas e com menor formação de colágeno, portanto com melhor resultado estético.

Incorreta a alternativa D: como vimos, ao contrário do queiloide, a cicatriz hipertrófica pode ser prevenida.

16 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma das principais causas de sintomas do trato inferior (STUI) e patologia frequente entre os indivíduos do sexo masculino. A seu respeito, trata-se de um conceito incorreto:

- A) entre os tratamentos cirúrgicos da HPB, o padrão-ouro é a ressecção endoscópica transuretral.
- B) a combinação de alfa-bloqueadores com antagonistas muscarínicos pode ser considerada em pacientes com sintomas predominantemente irritativos.
- C) as alterações fisiopatológicas da HPB são diretamente reguladas por hormônios androgênicos, em especial a dihidrotestosterona (DHT), logo, a castração de homens idosos inibe o aumento do volume prostático.
- D) a maioria dos homens são assintomáticos e a sintomatologia tem relação direta ao tamanho da próstata.

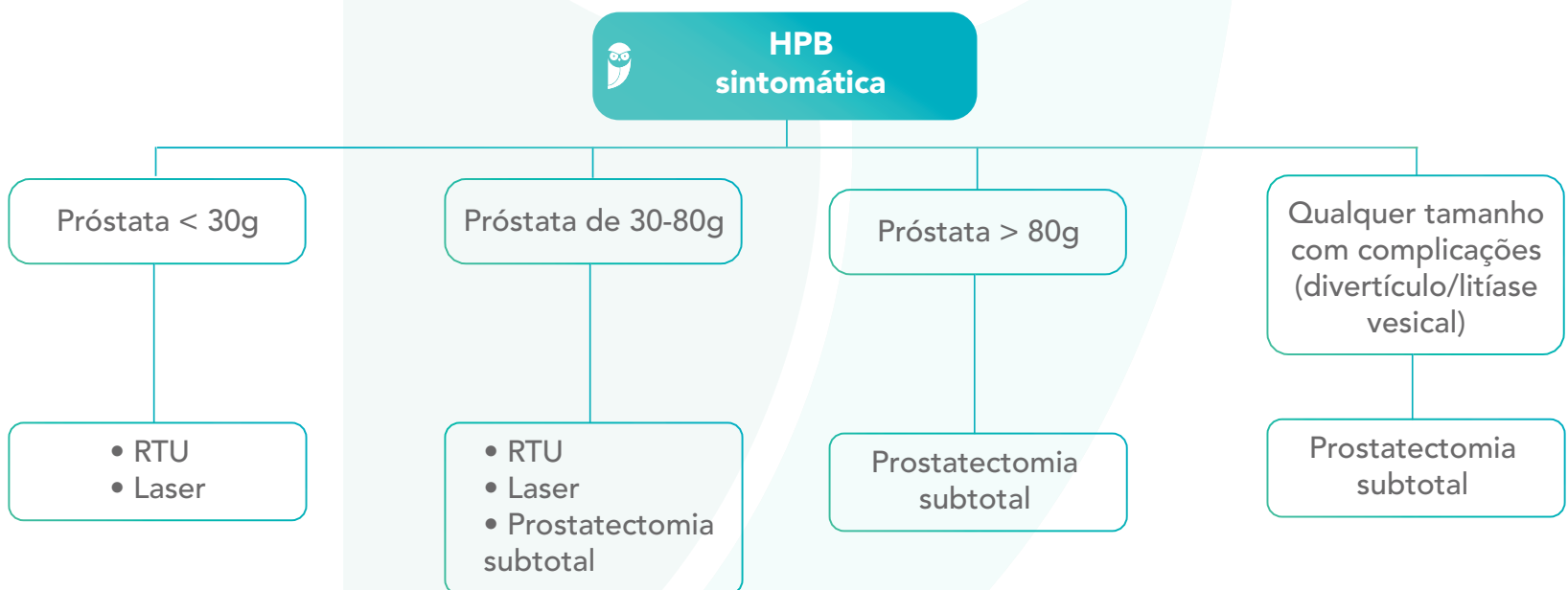
COMENTÁRIO:

Vamos avaliar separadamente cada uma das alternativas a respeito da hiperplasia prostática benigna (HPB).

Correta a alternativa A: a alternativa A está correta.

Entre os tratamentos cirúrgicos, a ressecção endoscópica transuretral (RTU) é considerada o padrão-ouro. No entanto, é importante deixar claro que nem todos os casos de HPB admitem esse tratamento.

Logo a seguir, disponibilizamos um fluxograma para você revisar as modalidades terapêuticas cirúrgicas na HPB, assim como suas respectivas indicações.



Correta a alternativa B: o tratamento combinado com agentes anticolinérgicos (antagonistas muscarínicos) está indicado para pacientes com sintomas predominantemente irritativos, o que inclui a incontinência e urgência miccional.

Vamos aproveitar a oportunidade para relembrarmos as principais combinações terapêuticas e as situações em que usualmente são aplicadas. São elas:

PRINCIPAIS TERAPIAS COMBINADAS

ANTAGONISTA ALFA-1-ADRENÉRGICO + INIBIDOR DA 5-ALFA-REDUTASE	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas graves de HBP (IPSS \geq 20) Ausência de resposta adequada à monoterapia com um antagonista alfa-adrenérgico
ANTAGONISTA ALFA-1-ADRENÉRGICO + AGENTE ANTICOLINÉRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas irritativos (incontinência, urgência) refratários a um antagonista alfa-adrenérgico.
ANTAGONISTA ALFA-1-ADRENÉRGICO + INIBIDOR DA FOSFODIESTERASE-5	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas moderados de HBP e disfunção erétil

Correta a alternativa C: as alterações fisiopatológicas da HPB são decorrentes da proliferação do tecido prostático (hiperplasia) na área circunjacente à uretra. Todo esse processo de hiperplasia tecidual é diretamente regulado por hormônios androgênicos, em especial a dihidrotestosterona (DHT).

O DHT é um derivado da testosterona e, na próstata, ele é produzido por meio da ação da enzima 5-alfa-redutase.

Desse modo, a supressão hormonal androgênica (como ocorre na castração) leva à inibição do aumento do volume prostático.

Incorreta a alternativa D:

boa parte dos pacientes com hiperplasia de próstata são, de fato, assintomáticos, no entanto, sabemos que a intensidade dos sintomas não apresenta uma relação linear com o tamanho da próstata.

Isso acontece pois grandes aumentos de volume que não levam à constrição da uretra (fora da zona de transição) são menos sintomáticos do que pequenos aumentos do volume prostático na região parauretral.

17 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Paciente vítima de colisão moto X anteparo, apresentando dor intensa com crepitação à ausculta em ambos hemitórax. Radiografia de tórax demonstra fratura de 3 arcos costais associados à disjunção costocondral e infiltrado pulmonar bilateral subjacente. A conduta mais adequada é:

- A) fixação cirúrgica dos arcos costais fraturados.
- B) oxigênio sob máscara, analgesia e hidratação criteriosa.
- C) drenagem torácica.
- D) intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

COMENTÁRIO:

Os achados positivos da radiografia incluem fraturas de múltiplos arcos, além de infiltração pulmonar bilateral. Em um contexto de trauma agudo, esses achados provavelmente correspondem a uma contusão pulmonar associada a presença de tórax instável.

Devemos lembrar-nos de que o tórax é classificado como instável quando há fratura óssea associada à disjunção costocondral ou quando há fratura de ao menos 2 arcos costais consecutivos em 2 pontos diferentes. Apesar de não estar descrito no enunciado, um sinal presente nos casos de tórax instável é a respiração paradoxal, que consiste na protrusão do segmento fraturado à expiração e recuo durante a inspiração.

A contusão é consequência direta da lesão traumática do parênquima pulmonar. Em decorrência disso, há edema do parênquima, causado pelo acúmulo de sangue e exsudato, ocasionando prejuízo nas trocas gasosas e hipoxemia, por vezes grave.

Em adultos, a contusão pulmonar está habitualmente associada a fraturas de arcos costais, responsáveis por uma dor torácica intensa que leva à redução dos movimentos ventilatórios, potencializando a hipoxemia. É importante ter em mente que, na história natural da contusão pulmonar, os sintomas podem ter início no momento do trauma ou algumas horas depois, com uma piora progressiva ao longo de horas a dias.

O tratamento da contusão pulmonar consiste em suporte clínico ventilatório, analgesia potente e/ou bloqueio intercostal. Além disso, deve-se evitar a hiperidratação, pois isso pode piorar o edema pulmonar e a hipoxemia.

Nos pacientes com diagnóstico de contusão pulmonar cuja saturação seja inferior a 90% ($PaO_2 < 60$), devemos considerar intubação precoce.

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: a fixação cirúrgica de arcos costais é um procedimento de exceção em traumas de tórax e não está indicado.

Correta a alternativa B:

o tratamento da contusão pulmonar consiste em suporte clínico ventilatório (oferta de oxigênio e/ou ventilação por pressão positiva), além de analgesia potente, hidratação criteriosa e fisioterapia respiratória de início precoce.

Incorreta a alternativa C: a drenagem pleural estaria indicada somente se alguma das condições abaixo estivessem associadas ao tórax instável:

- hemotórax.
- pneumotórax simples.
- pneumotórax aberto.
- pneumotórax hipertensivo.

Incorreta a alternativa D: no contexto de tórax instável e contusão pulmonar, a intubação e ventilação mecânica devem ser consideradas quando existirem sinais de insuficiência respiratória.

18 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Isabella Parente - Gastroenterologia) Você, Residente de Cirurgia Geral, chega para seu primeiro plantão na enfermaria pós-férias e resolve revisar os pacientes internados, afinal amanhã é dia de visita às 6 horas da manhã e você quer impressionar os chefes. No leito 1, encontra-se a senhora JMA, 50 anos, sabidamente portadora de diabetes e litíase biliar. Foi internada há três dias por dor epigástrica aguda com irradiação para dorso associada a náuseas e vômitos. Exames admissionais da paciente revelaram Ht 49%, 17000 leucócitos/mm³, Ur 75 mg/dL Cr: 1,3 mg/dL, TGO 52 U/L (VR < 50 U/L), TGP 64 U/L (VR < 68 U/L), amilase 2120 U/L (VR < 125 U/L). Imediatamente, você fez a hipótese de tratar-se de uma pancreatite aguda por litíase biliar. Resgatou, então, uma tomografia computadorizada em anexo no prontuário físico da paciente e, ao a avaliar, deparou-se com um pâncreas normal, sem aumento ou coleções. Nesse caso, você:

- A) refuta a hipótese de pancreatite aguda e começa a raciocinar em outros diagnósticos para o caso.
- B) mantém a hipótese de pancreatite aguda e classifica a paciente com Balthazar A.
- C) mantém a hipótese de pancreatite aguda e classifica a paciente como Balthazar B.
- D) mantém a hipótese de pancreatite aguda e classifica a paciente como Balthazar E.

COMENTÁRIO:

Estrategista,

Estamos diante de uma paciente do sexo feminino, 50 anos, que apresentou dor epigástrica aguda com irradiação para dorso associada a náuseas e vômitos e cujos exames laboratoriais revelaram expressivo aumento de amilase. Ademais, a paciente é sabidamente portadora de litíase biliar e apresenta uma tomografia de abdome com pâncreas normal. O que é possível concluir sobre o caso?

Incorreta a alternativa A. Para diagnóstico de pancreatite aguda, são necessários dois dos três critérios a seguir:

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

Como a paciente já preenche os critérios 1 e 2, mesmo com tomografia de abdome normal, ela pode ser classificada como portadora de pancreatite aguda.

Correta a alternativa B.

Você lembra-se da classificação de Balthazar? Trata-se de uma classificação prognóstica no contexto da pancreatite aguda que se baseia em achados tomográficos. Vamos revisá-la logo a seguir:

ÍNDICE DE SEVERIDADE POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Critérios de Balthazar

Classificação	Achados tomográficos	Pontuação (A)
A	Pâncreas normal	0 pontos
B	Aumento focal ou difuso do pâncreas	1 ponto
C	Inflamação peripancreática associada a anomalias pancreáticas	2 pontos
D	Coleção líquida em apenas uma localização	3 pontos
E	Duas ou mais coleções líquidas e/ou gás no pâncreas e adjacências	4 pontos

Perceba que o paciente com pancreatite aguda pode ter o pâncreas normal, sendo classificado como Balthazar A. Assim, essa alternativa estaria correta.

Incorreta a alternativa C. Balthazar B é aquele em que temos um aumento focal ou difuso do pâncreas.

Incorreta a alternativa D. Balthazar E é aquele em que temos duas ou mais coleções líquidas e/ou gás no pâncreas e adjacências.

19 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Isabella Parente - Gastroenterologia) Homem, 22 anos, procurou ambulatório de gastroenterologia referindo que, há 6 meses, tem apresentado diarreia com muco e sangue, cerca de 2-3 episódios por dia. Refere perda de 6 kg no período, atualmente com 59 kg. Além disso, refere dores articulares acompanhadas de eventual eritema e edema, principalmente no punho e joelho. Paciente previamente hígido, residente em apartamento na zona urbana, com bom acesso ao sistema de saúde e a boas condições de higiene e sanitária. Foi submetido à colonoscopia que revelou eritema e erosões da mucosa de todo reto e cólon sigmoide, associada à perda do padrão vascular. Qual é o diagnóstico mais provável para o caso?

- A) Retocolite ulcerativa.
- B) Doença de Crohn.
- C) Infecção por ameba.
- D) Infecção bacteriana.

COMENTÁRIO:

Estrategista,

Estamos, aqui, diante de um paciente jovem com diarreia crônica (> 4 semanas) inflamatória, que se associa à perda de peso e ao acometimento articular. Ademais, a colonoscopia, muito bem indicada para o caso, revelou eritema, erosões e perda do padrão vascular acometendo de forma aparentemente contínua o reto e cólon sigmoide. Que diagnóstico justificaria todos estes achados?

Correta a alternativa A.

A retocolite ulcerativa é uma doença inflamatória intestinal que afeta reto e cólon causando diarreia crônica invasiva. Cursa com acometimento inicial do reto, que pode ascender continuamente ao longo do cólon, determinando uma pancolite. O padrão de acometimento colonoscópico apresentado no caso é típico da doença. Ademais, o envolvimento articular pode ser uma das manifestações extraintestinais das doenças inflamatórias intestinais.

Incorreta a alternativa B. A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que afeta qualquer porção do trato gastrointestinal, com preferência pelo íleo terminal, o que pode gerar massa palpável na fossa ilíaca direita (ileíte). Ademais, quanto afeta o intestino, é causa de diarreia crônica com sangue. Avaliação endoscópica nos portadores de doença de Crohn costuma apresentar tipicamente úlceras aftoides, serpiginosas, com envolvimento descontínuo da mucosa.

Incorreta a alternativa C. Embora a amebíase possa gerar disenteria e, inclusive, diarreia crônica, o bom nível socioeconômico e o fato de a paciente apresentar boas condições de higiene e sanitárias falam contra o diagnóstico como principal hipótese.

Incorreta a alternativa D. Algumas infecções bacterianas podem causar disenteria, no entanto são mais comuns no contexto da diarreia aguda. Ademais, costumam ocorrer por meio do consumo de água e alimentos contaminados, em locais de baixo nível socioeconômico, o contrário do que ocorre no caso em questão

20 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. David Nordon - Ortopedia) Marcelo, 52 anos, apresenta dor na região lombar há dois meses e perda de força de membro inferior direito há dois dias. Trabalha como pedreiro e tem histórico de obesidade, pressão alta e diabetes tipo II. Refere que, há cinco dias, caiu sentado da escada enquanto carregava um saco de cimento na cabeça. Ao exame físico, apresenta Lasègue positivo à direita e força motora grau II para dorsiflexão do pé e grau III para flexão plantar. Qual não é um sinal de alarme para esse paciente?

- A) Persistência da dor.
- B) Déficit neurológico.
- C) Obesidade.
- D) Idade.

COMENTÁRIO:

Discussão da questão:

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Conhecimentos sobre lombalgia e seus sinais de alarme.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Sinais de alarme na lombalgia

Os sinais de alarme são fatores que se associam à dor possivelmente maligna e indicam a realização de uma radiografia, especialmente no pronto-socorro, mas, também, no ambulatório.

O melhor mnemônico para se lembrar dos principais sinais de alarme para a prova é: se tem PITTI, DOC, não é piti, em que:

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

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

T: Trauma.

T: Tumor (história ou suspeita).

I: Infecção (história ou suspeita).

D: Déficit neurológico

O: Osteoporose

C: Cauda equina

Discussão das alternativas:

Correta a alternativa A: o paciente apresenta dor há mais de 6 semanas.

Correta a alternativa B: o paciente apresenta perda de força compatível com as raízes L5 e S1.

Incorreta a alternativa C: obesidade não é considerada como sinal de alarme para lombalgia.

Correta a alternativa D: o paciente apresenta mais de 50 anos.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

21 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia) Mulher de 22 anos, procura a UBS referindo ter sido vítima de violência sexual há 3 dias. Refere que ocorreu penetração vaginal com ejaculação. Qual é a conduta recomendada em relação a profilaxia para o HIV nesse caso, de acordo com o Ministério da Saúde?

- A) Não realizar a profilaxia porque já se passaram 3 dias.
- B) Realizar a profilaxia durante 21 dias.
- C) Fazer a profilaxia com AZT, TDF e DTG.
- D) Realizar a profilaxia com TDF + 3TC + DTG

COMENTÁRIOS:

Estrategista, para indicarmos a profilaxia do HIV, devemos pensar nos seguintes critérios:

1. Houve contato com sêmen ou sangue?
2. O tipo de agressão sexual oferece de risco para transmissão do HIV?
3. A agressão ocorreu há menos de 72 horas?
4. A vítima não é HIV positiva?

Se a resposta for "sim" para todas as perguntas acima, está indicada a PEP para o HIV!

O esquema antirretroviral recomendado para a PEP do HIV é:

TDF + 3TC + DTG

A duração da PEP é de 28 dias.

(Fonte: DIAHV/SVS/MS)

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a profilaxia para o HIV pode ser feita até 72 horas após a agressão.

Incorreta a alternativa B, porque a profilaxia para o HIV deve ser feita durante 28 dias.

Incorreta a alternativa C, porque esse esquema não é o preconizado atualmente.

Correta a alternativa D: deve ser feita a profilaxia com o tenofovir, a lamivudina e o dolutegravir.

22 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia) Mulher de 32 anos de idade, G1P1A0, comparece na consulta ginecológica trazendo o resultado de sua última colpocitologia, que apresentou "células atípicas de origem indefinida". A conduta é:

- A) submetê-la à colposcopia.
- B) repetir a citologia em 6 meses.
- C) manter o rastreamento de rotina.
- D) indicar conização.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a conduta frente à alteração da colpocitologia (Papanicolau). A tabela a seguir mostra a diretriz do Ministério da Saúde:

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25-29 anos	Repetir citologia em 12 meses
		>= 30 anos	Repetir citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL/ LIEBG)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		>= 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL/ LIEAG)			Encaminhar para a colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para a colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para a colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para a colposcopia

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

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

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A:

nesses casos, está indicada a realização de colposcopia com biópsia dirigida para confirmar a existência de lesão. Nesses casos, se não for encontrada alteração na colposcopia, é necessário fazer a investigação do canal cervical e até mesmo do endométrio.

Incorreta a alternativa B, porque essa é a conduta indicada para os casos de ASCUS e de lesão de baixo grau.

Incorreta a alternativa C, porque, nesse caso, existe uma suspeita de malignidade e deve-se prosseguir com a investigação diagnóstica por meio da colposcopia.

Incorreta a alternativa D, porque a conização seria indicada após o exame colposcópico se for confirmada uma lesão de alto grau.

23 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia) Mulher, 33 anos de idade, G1P1A0, procura o ginecologista desejando método anticoncepcional. Refere ciclos de menstruação regular. Exame ginecológico sem alterações. Refere ter epilepsia e está tratando com topiramato. Qual é o método anticoncepcional mais indicado para essa paciente?

- A) Pílula anticoncepcional.
- B) Diafragma.
- C) Anel vaginal.
- D) DIU de cobre.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, alguns medicamentos, como os anticonvulsivantes, diminuem a eficácia dos contraceptivos hormonais. Veja uma lista, a seguir, dos medicamentos que diminuem a eficácia dos métodos anticoncepcionais hormonais.

Medicamentos que diminuem a eficácia dos anticoncepcionais		
Anticonvulsivantes	Antibióticos	Antirretrovirais
Fenitoína	Rifampicina	Efavirenz
Carbamazepina	Rifabutina	Ritonavir
Barbitúricos	-	Saquinavir
Primidona	-	Atazanavir
Topiramato	-	Fosamprenavir
Oxycarbamazepina	-	Nelfinavir

Fonte: CDC – Contraception, 2016.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o topiramato pode diminuir a eficácia do contraceptivo combinado.

Incorreta a alternativa B, porque o diafragma apresenta baixa efetividade anticoncepcional.

Incorreta a alternativa C, porque o topiramato pode diminuir a eficácia dos anticoncepcionais orais combinados, incluindo o anel vaginal.

Correta a alternativa D, o DIU de cobre, por não ser hormonal, é a melhor opção anticoncepcional para esse caso.

24 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia) Mulher de 42 anos, nuligesta, uso de preservativo como método contraceptivo, nega comorbidades e antecedentes familiares de neoplasias, comparece ao serviço de ginecologia com quadro de sangramento vaginal importante há 2 meses. Exame físico ginecológico sem alterações. Assinale a alternativa que apresenta os exames complementares indicados para a avaliação:

- A) hemograma completo, coagulograma, TSH, FSH, testosterona e ultrassonografia transvaginal.
- B) hemograma completo, coagulograma, ultrassonografia transvaginal e fator de Von Willebrand
- C) teste de gravidez, hemograma completo, coagulograma e ultrassonografia transvaginal.
- D) teste de gravidez, hemograma completo, coagulograma, ultrassonografia transvaginal e dosagens hormonais.

COMENTÁRIOS:

A investigação diagnóstica do sangramento uterino anormal (SUA) deve seguir os seguintes passos:

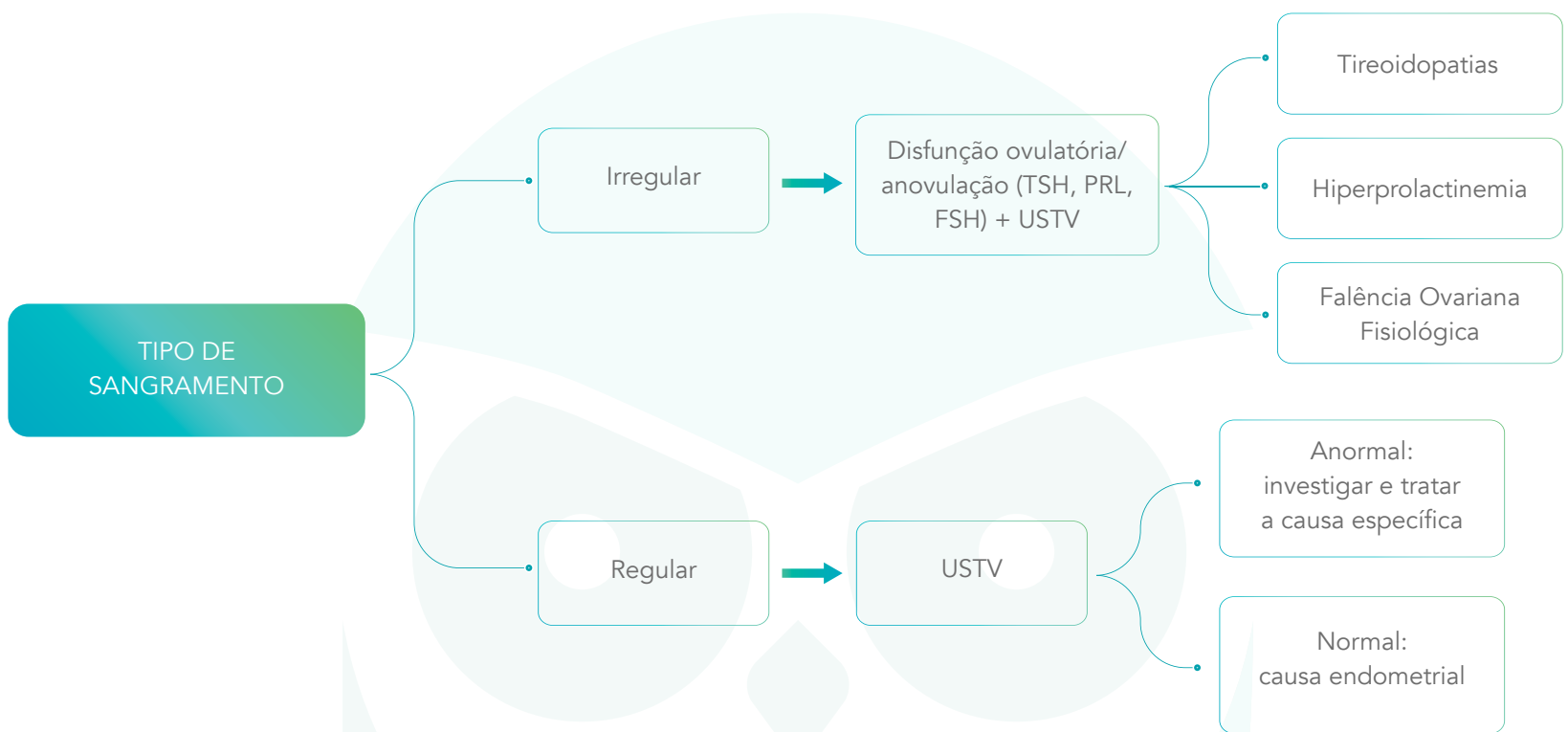
1. anamnese e exame físico;
2. solicitação do teste de gravidez;
3. solicitação de hemograma completo e coagulograma;
4. solicitação de ultrassonografia para avaliar causas estruturais do SUA;
5. solicitar dosagens hormonais se o quadro clínico sugerir endocrinopatia (anovulação ou hiperandrogenismo);
6. se necessário, avaliação secundária com histeroscopia e biópsia do endométrio.

Toda avaliação inicial do SUA deve incluir o beta-HCG, o hemograma completo, o coagulograma e o ultrassom (transvaginal ou pélvico). Com esses exames, é possível definir a causa de sangramento uterino anormal na maioria dos casos.

Em geral, não precisamos solicitar dosagens hormonais na avaliação inicial do SUA. Elas podem ser solicitadas para os casos em que há suspeita de SOP ou até mesmo hiperandrogenismo importante (virilização) com sinais de clitoromegalia, engrossamento da voz, aumento de massa muscular e calvície.

Devemos suspeitar de hiperprolactinemia quando a paciente apresenta irregularidade menstrual ou amenorreia secundária, associada a galactorreia ou em pacientes que estejam tomando medicamentos que possam elevar a prolactina (antidopaminérgicos).

Devemos suspeitar de insuficiência ovariana prematura nas mulheres com irregularidade menstrual e fogachos antes dos 40 anos de idade. Nesses casos, devemos solicitar o FSH. Se suspeitarmos de amenorreia hipotalâmica, devido à desnutrição ou nas atletas, devemos solicitar o LH, FSH e estradiol.



Fonte: J Obstet Gynaecol Can. 2018; 40(5):e391-e415.

As indicações de avaliação endometrial em pacientes com SUA dependem da idade da mulher. Veja a tabela a seguir:

Indicações de avaliação endometrial no SUA	
Idade > 45 anos	
Espessamento endometrial	
Mulheres com fatores de risco para câncer de endométrio	
História de exposição estrogênica sem oposição da progesterona	
Dúvida no diagnóstico	
Idade entre 35 e 45 anos	
Sem melhora com o tratamento medicamentoso	
Suspeita de sangramento anovulatório	
Idade < 35 anos	
Estimulação estrogênica prolongada	

Tabela: indicação de avaliação endometrial no SUA (Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia – ACOG)

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque essa paciente não apresenta quadro de irregularidade menstrual ou fogachos que indiquem a necessidade de dosagens hormonais.

Incorreta a alternativa B, porque devemos sempre solicitar o teste de gravidez na avaliação das pacientes com SUA. Além disso, essa paciente não tem indicação de realização de fator de Von Willebrand, porque não apresenta sintomas de coagulopatia, tais como menorragia desde a menarca ou hematomas inexplicados.

Correta a alternativa C: devemos solicitar teste de gravidez, hemograma completo, coagulograma e ultrassonografia transvaginal.

Incorreta a alternativa D, porque as dosagens hormonais podem ser solicitadas para os casos em que há suspeita de SOP ou até mesmo hiperandrogenismo importante (virilização) com sinais de clitoromegalia, engrossamento da voz, aumento de massa muscular e calvície. Devemos suspeitar de hiperprolactinemia quando a paciente apresenta irregularidade menstrual ou amenorreia secundária, associada à galactorreia.

25 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia) Mulher de 31 anos, nuligesta, procura o serviço de ginecologia para consulta de rotina com resultado de ultrassom mostrando útero de 87 cm³, com nódulo hipoecogênico medindo 1,5 cm, tipo 5 (FIGO), eco endometrial medindo 7 mm e cavidade uterina sem alterações. Refere intervalo entre as menstruações de 30 dias e duração de 5 dias. Qual é a conduta indicada para esse caso?

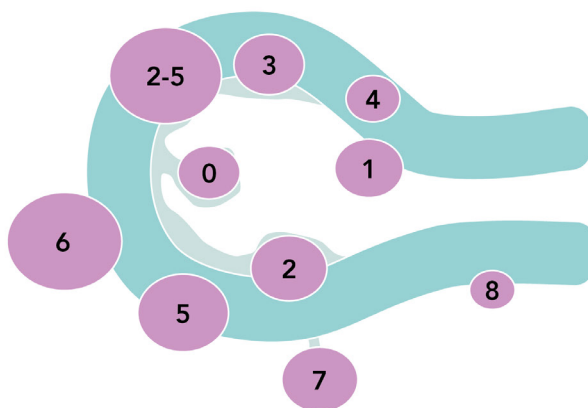
- A) Seguimento.
- B) Medroxiprogesterona.
- C) Diclofenaco de sódio.
- D) Exérese do nódulo.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a classificação dos miomas da FIGO. Veja o esquema abaixo:



CLASSIFICAÇÃO DOS MIOMAS (FIGO)



0	Intracavitário, pediculado
1	Submucoso, <50% intramural
2	Submucoso, ≥50% intramural
3	Intramural, tangenciando o endométrio
4	Intramural
5	Subseroso, ≥50% intramural
6	Subseroso, <50% intramural
7	Subseroso, pediculado
8	Outros (ex. cervical, parasita)

Essa paciente apresenta um mioma subseroso (tipo 5) que está assintomático (ciclos de 30 dias com 5 dias de duração) e não está distorcendo a cavidade endometrial. Sendo assim, a conduta indicada para os casos de miomas assintomáticos é expectante.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: trata-se de uma paciente com mioma assintomático, estando indicado o seguimento.

Incorreta a alternativa B, porque a paciente está assintomática e não tem indicação de tratamento medicamentoso.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente está assintomática e não tem indicação de tratamento medicamentoso.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente está assintomática e não apresenta quadro de infertilidade devido ao mioma. A miomectomia seria indicada para os casos de mioma submucoso ou intramural que provoca abaulamento ou distorção da cavidade uterina, já que esses miomas estão associados a quadros de infertilidade.

26 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) M.S.C, 35 anos, G2 P1C, vem à maternidade com 41 semanas em fase ativa de trabalho de parto. Foi observado bradicardia fetal durante o acompanhamento da vitalidade fetal. Realizado cardiotocografia que mostrou bradicardia sustentada. Logo em seguida apresentou dor abdominal súbita, lancinante e interrupção das contrações. Ao exame físico: FC = 125 bpm, PA = 80 x 40 mmHg, FR = 30 irpm. Atividade uterina ausente. Não foi evidenciado sangramento vaginal. No toque vaginal, não foi possível sentir a apresentação fetal. Qual é o diagnóstico e conduta adequados?

- A) Descolamento prematuro de placenta, amniotomia e cesárea de urgência.
- B) Rotura de aneurisma aórtico, laparotomia de urgência.
- C) Rotura uterina, cesariana de urgência.
- D) Embolia amniótica, anticoagulação plena.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre rotura uterina.

Chamamos de rotura uterina a rotura completa de todas as camadas do útero, incluído a serosa, o que leva a alterações maternas e fetais.

O principal fator de risco para rotura uterina é a presença de cicatriz uterina anterior. Apesar do risco de rotura uterina ser muito baixo na presença de uma ou duas cicatrizes de cesárea transversais, mulheres que não têm cicatriz uterina possuem um risco praticamente inexistente dessa complicação.

As situações que aumentam consideravelmente o risco de rotura uterina são a presença de cicatriz uterina vertical ou fúndica e o histórico de rotura uterina anterior.

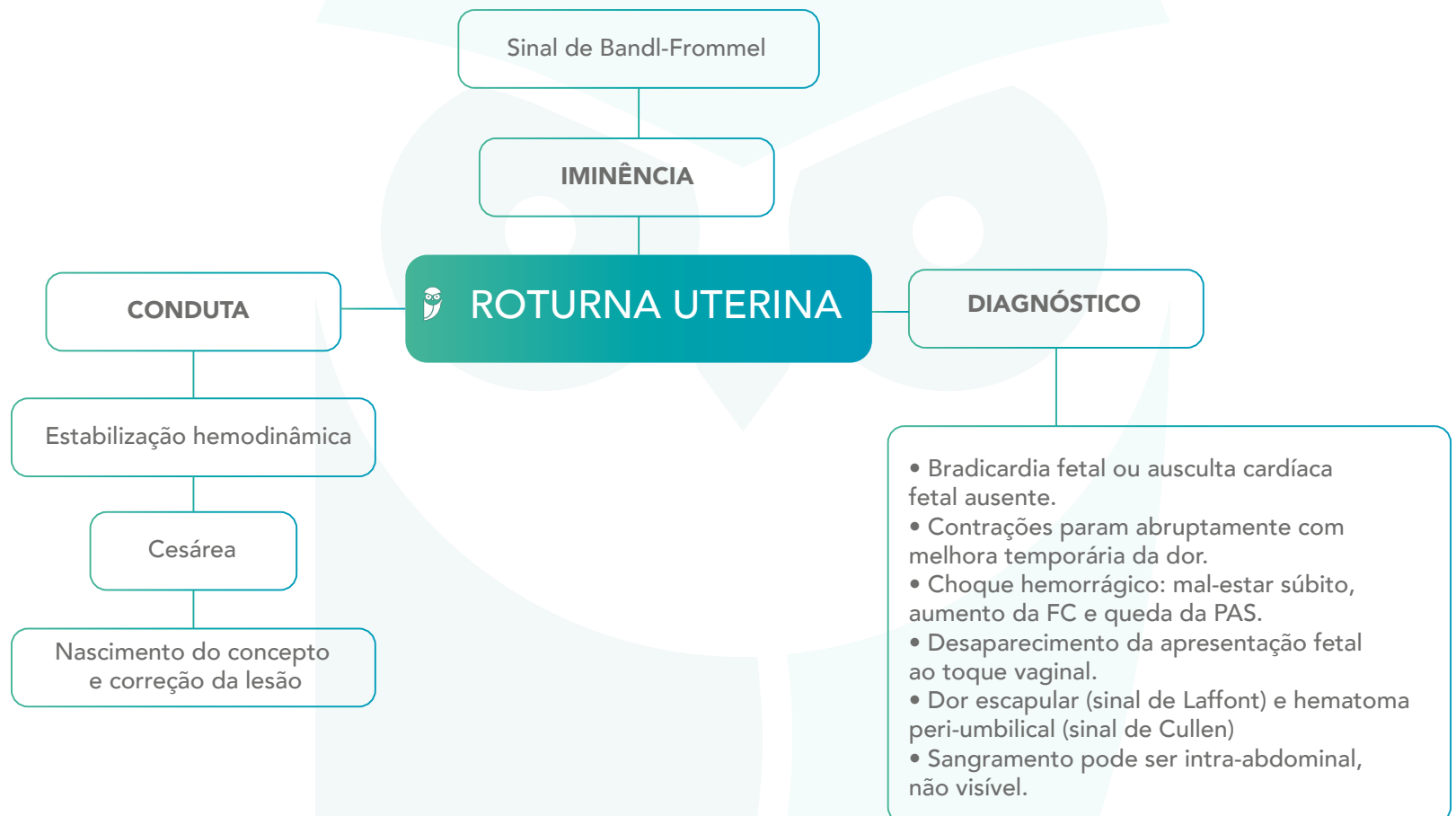
Nesses casos, a tentativa de parto normal está contraindicada e a melhor via de parto é a cesárea.

O diagnóstico de rotura uterina é eminentemente clínico por meio dos sinais e sintomas apresentados pela paciente durante e após a rotura uterina. Os principais sinais e sintomas estão a seguir:

- alteração súbita da vitalidade fetal- bradicardia;
- dor abdominal súbita;
- sangramento vaginal;
- sinal de Bandl-Frommel;

- parada das contrações;
- subida da apresentação fetal;
- sangramento intra-abdominal: sinais de Cullen e Laffont.

Frente a uma suspeita de rotura uterina, a conduta é estabilização hemodinâmica da paciente e cesárea de emergência para nascimento do concepto e correção da lesão. Caso não seja possível a correção da lesão ou a hemorragia não seja controlada, a histerectomia está indicada.



Incorreta a alternativa A: no descolamento prematuro de placenta, não ocorre a parada das contrações e nem a subida da apresentação fetal. Gestantes com esse diagnóstico têm hipertonia uterina (útero lenhoso), sinal característico do descolamento de placenta.

Incorreta a alternativa B: apesar de a rotura de aneurisma aórtico manifestar-se por dor abdominal súbita associada a sinais de choque hemorrágico, como no caso apresentado, essa patologia não causa bradicardia fetal súbita, parada das contrações e subida da apresentação fetal.

Correta a alternativa C:

temos uma gestante em trabalho de parto que apresentou bradicardia fetal súbita associada à dor abdominal forte, parada das contrações, subida da apresentação fetal, hipotensão e taquicardia. Os sinais e sintomas são compatíveis com rotura uterina e a conduta é cesárea de urgência para nascimento do concepto e reparo da lesão uterina.

Incorreta a alternativa D: a embolia amniótica, embora esteja relacionada ao quadro clínico súbito de hipotensão, taquicardia e taquipneia, não leva à bradicardia fetal súbita, dor abdominal súbita, parada das contrações e subida das apresentação fetal.

27 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) F.M.D., 24 anos, 41 semanas e um dia de gestação, G2 P1C, encaminhada para a maternidade para resolução da gestação. Nega intercorrências. Ao exame físico: PA = 110 x 76 mmHg, altura uterina de 36 cm, BCF = 154 bpm, apresentação cefálica, colo dilatado 4 cm, esvaecido 60%, altura da apresentação no plano zero De Lee, colo amolecido e medianizado, dinâmica ausente, bolsa íntegra. Qual é a conduta para esse caso?

- A) Preparo de colo uterino com misoprostol via vaginal a cada seis horas.
- B) Indução do trabalho de parto com ocitocina endovenosa em bomba de infusão.
- C) Amniotomia seguida de ocitocina endovenosa em bólus.
- D) Preparo de colo uterino com sonda Foley.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre indução do parto.

A **condição do colo uterino** é o **principal fator preditor de sucesso na indução** do trabalho de parto. Portanto, para avaliar a melhor estratégia para a indução, é imprescindível avaliar primeiramente as condições do colo uterino.

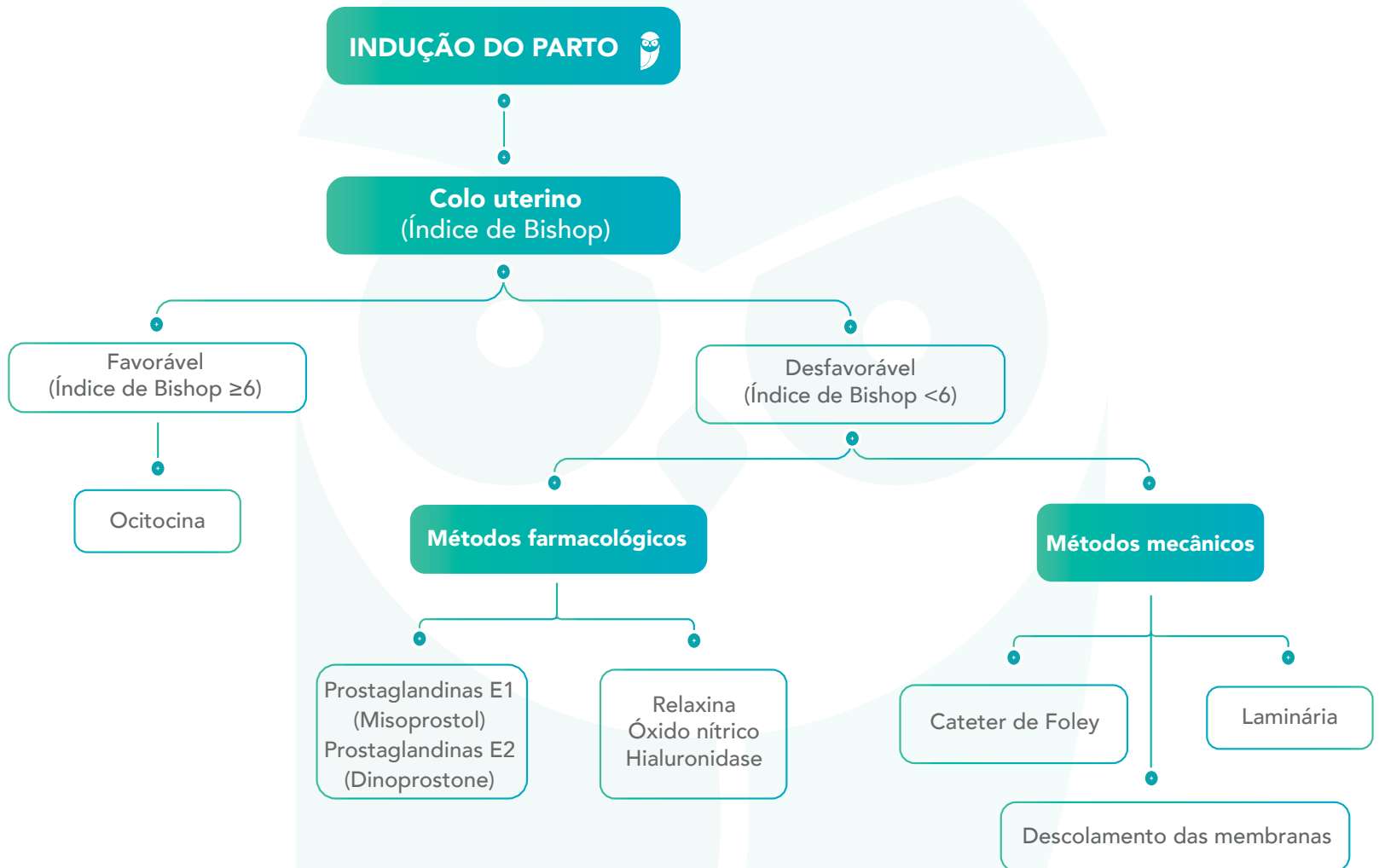
Uma das formas de fazer essa avaliação é por meio do **índice de Bishop**. Esse índice leva em conta aspectos do colo uterino como a **dilatação, o esvaecimento, a consistência e a posição do colo uterino, além da altura da apresentação fetal** (planos de De Lee). A soma da nota de cada parâmetro indica o índice de Bishop, sendo o valor **mínimo zero, e o máximo, 13**. Sendo assim, quanto **maior esse índice, maior a maturação cervical**.

ÍNDICE DE BISHOP				
PARÂMETROS	0	1	2	3
Dilatação	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Esvaecimento	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Consistência	firme	média	amolecida	-
Posição	posterior	medianizada	anterior	-
Altura da apresentação	-3	-2	-1 e 0	+1 e +2

Na prática obstétrica, **índices de Bishop ≥ 6** já são considerados **favoráveis** para a indução do trabalho de parto, quando está acima de 9, aumenta ainda mais as chances de parto vaginal. Caso a indução do trabalho de parto ocorra com um índice de Bishop desfavorável, a probabilidade de o parto vaginal ocorrer é baixa, por isso é importante realizar a maturação cervical para, depois, partir para a indução propriamente dita.

Se o **colo uterino é desfavorável**, isto é, quando o **índice de Bishop é menor do que 6**, primeiro é preciso **realizar a maturação cervical para, depois, induzir as contrações**. Durante a maturação cervical, o colo uterino passa de uma estrutura fechada e grossa para uma estrutura aberta, amolecida e esvaecida, capaz de dilatar com as contrações uterinas.

Quando o **colo uterino se encontra maduro** (Bishop ≥ 6 , de preferência > 9), utiliza-se a **ocitocina para induzir as contrações uterinas** e, dessa forma, a gestante **iniciar o trabalho** de parto. A ocitocina sintética é um análogo idêntico à ocitocina endógena. Essa é a medicação mais efetiva para causar contrações uterinas, por isso é a medicação utilizada para indução do parto.



Incorreta a alternativa A: como o colo uterino está maduro, não é necessário preparar o colo uterino com misoprostol. Nesse caso, o uso de misoprostol está contraindicado, uma vez que a gestante tem uma cesariana anterior.

Correta a alternativa B:

temos uma gestante de 41 semanas que interna para indução do parto. Para avaliar o melhor método de indução é preciso avaliar as condições do colo uterino. O índice de Bishop avalia a maturidade do colo uterino. Essa gestante apresenta índice de Bishop de 9 (Dilatação 2 pontos, esvaecimento 2 pontos, consistência 2 pontos, posição 1 ponto, altura da apresentação 2 pontos), mostrando que o colo uterino está maduro e pode ser iniciada a indução do parto com ocitocina.

Incorreta a alternativa C: a amniotomia não deve ser o método de escolha para indução do parto, mas, sim, a ocitocina. Além disso, a ocitocina para indução deve ser feita em bomba de infusão.

Incorreta a alternativa D: como o colo uterino está maduro, não é necessário utilizar os métodos mecânicos para amadurecimento cervical. Caso o colo uterino não estivesse favorável, os métodos mecânicos, como a sonda de Foley, seriam os métodos de escolha para preparo cervical, uma vez que a gestante apresenta cesárea anterior, o que contraindica o uso de prostaglandinas.

28 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) R.M.S, 32 anos, submetida à cesariana há 5 dias, por desproporção cefalopélvica. Vem à maternidade pois apresenta febre há 1 dia. Ao exame: T = 39 graus, PA = 110 x 80 mmHg, FC = 93 bpm, útero doloroso à palpação, acima da cicatriz umbilical. Especular sem loquiação, toque vaginal com útero doloroso à mobilização. Qual deve ser a conduta para esse caso?

- A) Internação hospitalar, clindamicina e gentamicina endovenosas.
- B) Internação hospitalar, ultrassom transvaginal e analgésico endovenoso.
- C) Observação clínica, cefalexina oral e analgésico endovenoso.
- D) Acompanhamento ambulatorial, cefalexina e analgésico oral.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre infecção puerperal.

Infecção puerperal é a infecção do trato genital feminino que ocorre após o parto. A principal causa de infecção puerperal é a endometrite, que cursa com quadro clínico de febre (temperatura oral maior ou igual a 38 °C por mais de 48 horas após as primeiras 24 horas do parto, nos primeiros dez primeiros dias após o parto), sangramento de odor fétido, útero involuído, amolecido e doloroso a palpação. A esses três últimos sinais, chamamos de tríade de Bumm.

A etiologia da infecção puerperal é polimicrobiana e o principal fator de risco é o parto cesáreo. O tratamento é feito com antibioticoterapia endovenosa de largo espectro por ao menos 48 horas após último episódio de febre.

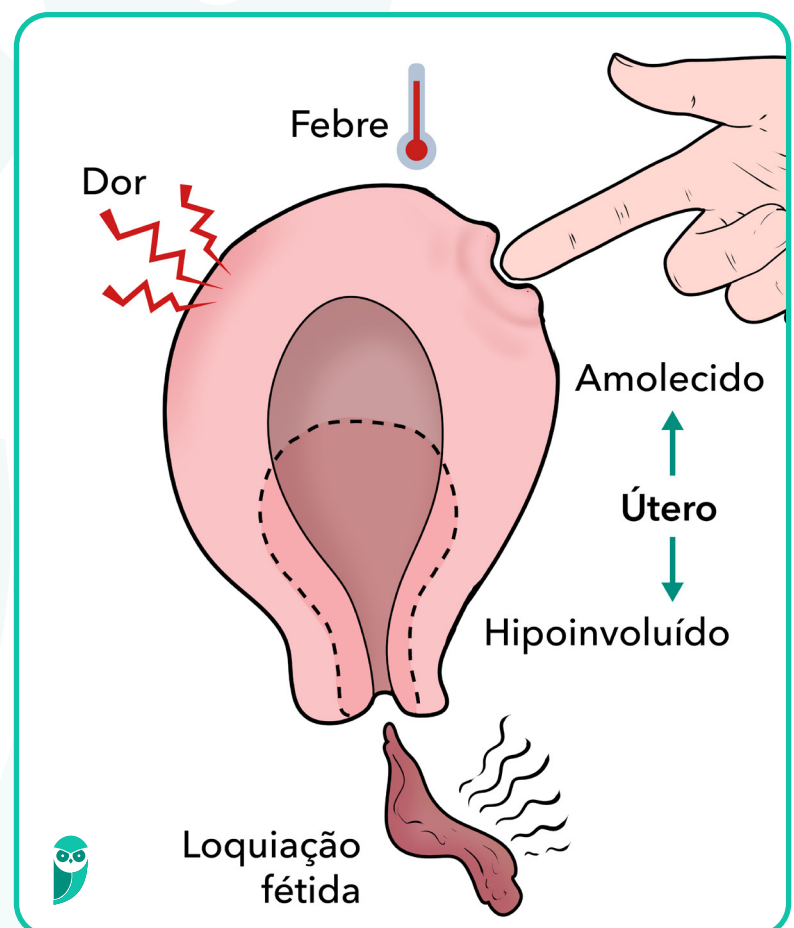
Correta a alternativa A:

temos uma gestante com quadro clínico sugestivo de infecção puerperal, uma vez que ela apresenta 5 dias de puerpério associado a febre, útero doloroso e hipoinvoluído. A conduta nos casos de infecção puerperal é internação hospitalar, antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro (clindamicina e gentamicina).

Incorreta a alternativa B: não é necessário realizar ultrassom para o diagnóstico de infecção puerperal, e a conduta deve incluir antibioticoterapia de amplo espectro.

Incorreta a alternativa C: como o diagnóstico é de infecção puerperal, a conduta deve ser internação hospitalar e antibioticoterapia de amplo espectro.

Incorreta a alternativa D: o diagnóstico de infecção puerperal exige internação hospitalar e antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro até 48 h após cessar a febre.



29 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) A.A.C, 22 anos, primigesta, 32 semanas de gestação, vem ao pronto-socorro com cefaleia e náuseas. Ao exame: edema de face e mãos, PA = 170 x 110 mmHg. AU = 29 cm, BCF = 144 bpm, dinâmica uterina ausente e boa movimentação fetal. Foi solicitada a transferência da gestante para Maternidade de Referência e administrado sulfato de magnésio (dose de ataque). Após 20 minutos, a ambulância para a transferência chegou e a paciente mantém PA = 160 x 110 mmHg. A conduta nesse momento é:

- A) prescrever nifedipina, 10 mg, via oral e transferir a gestante.
- B) repetir a dose de ataque de sulfato de magnésio e transferir a gestante.
- C) suspender a transferência até que a PA se estabilize.
- D) prescrever metildopa 500 mg, via oral e transferir a gestante.

COMENTÁRIOS:

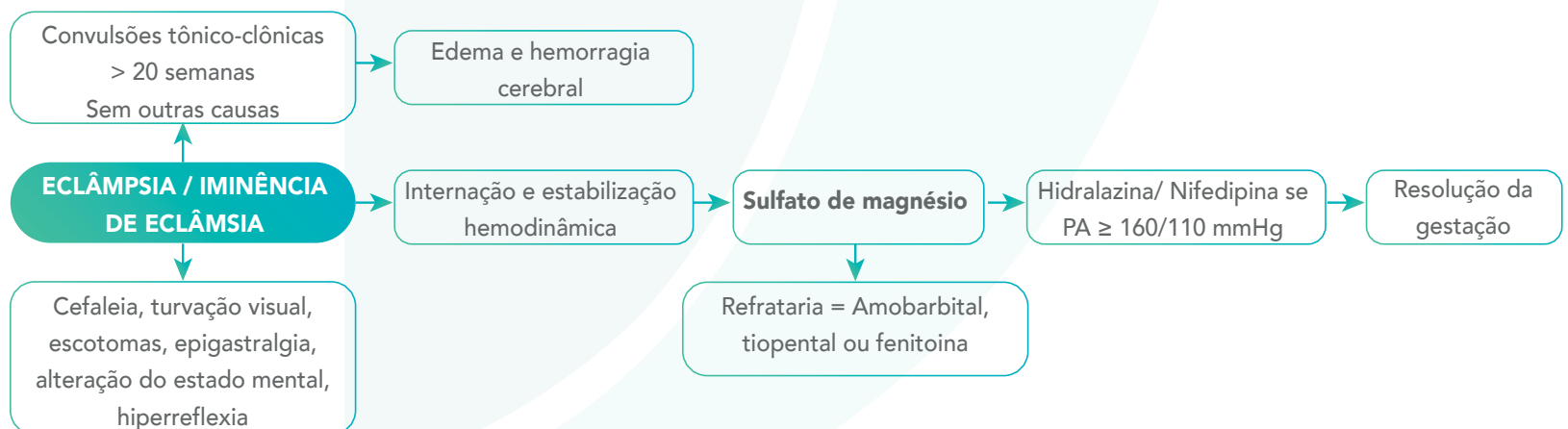
O que o examinador quer saber: sobre a conduta na iminência de eclâmpsia.

Chamamos de iminência de eclâmpsia os sinais clínicos que precedem a eclâmpsia, são eles: **cefaleia frontal ou occipital persistente, turvação visual, escotomas, fotofobia, alteração do estado mental e hiperreflexia**. Em alguns casos, a eclâmpsia pode ocorrer mesmo antes do diagnóstico da pré-eclâmpsia.

A conduta diante de um quadro de iminência de eclâmpsia é estabilizar hemodinamicamente a paciente e aplicar **sulfato de magnésio** a fim de prevenir convulsões. O sulfato de magnésio é a medicação de escolha na prevenção das convulsões nos casos de pré-eclâmpsia, iminência de eclâmpsia e durante a eclâmpsia.

Além disso, deve-se controlar a hipertensão arterial grave (a partir de 160 x 110 mmHg) para prevenir falência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico. O objetivo do uso do anti-hipertensivo é manter a PA entre 140-150/90-100 mmHg. As medicações de escolha para o controle da hipertensão arterial grave na gestação são a hidralazina endovenosa ou a nifedipina oral, por último o nitroprussiato de sódio (somente em casos de hipertensão grave refratária).

A conduta obstétrica nos casos de iminência de eclâmpsia é a resolução da gestação após estabilização da paciente e aplicação do sulfato de magnésio.



Correta a alternativa A:

temos uma gestante com iminência de eclâmpsia (cefaleia, náuseas e hipertensão arterial grave), cuja conduta deve ser a administração de sulfato de magnésio para evitar episódios convulsivos. Além disso, deve-se administrar anti-hipertensivo para o controle da hipertensão arterial grave se a PA se mantiver > ou = a 160/110 mmHg. Como, nesse caso, foi administrada dose de ataque de sulfato de magnésio e a PA manteve-se acima de 160/110 mmHg, a conduta é administrar hidralazina endovenosa ou nifedipina oral para controle da hipertensão arterial grave.

Incorreta a alternativa B: como a gestante não apresentou convulsão, não é necessária nova dose de ataque.

Incorreta a alternativa C: a transferência não deve ser suspensa por conta da PA, pois a gestante deve ir para a maternidade de referência o mais rápido possível.

Incorreta a alternativa D: a metildopa deve ser utilizada para controle da hipertensão arterial não grave (PA < 160/110 mmHg).

30 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) L.B.N, Gestante 39 semanas, G2P1N, portadora de HIV há 2 anos, com seguimento adequado em uso de terapia antirretroviral (TARV) com carga viral indetectável na 34ª semana. Queixa de perda de líquido há 2 horas e contrações. Ao exame: 5 cm de dilatação, esvaecimento de 80%, com saída de líquido claro com grumos, apresentação cefálica, BCF = 145 bpm. A conduta para esse caso é:

- A) aguardar o parto vaginal, manter a TARV, não administrar AZT endovenoso.
- B) aguardar o parto vaginal e administrar AZT endovenoso, pelo menos três horas antes do parto até o clampeamento do cordão.
- C) realizar parto cesariana e administrar AZT endovenoso, pelo menos três horas antes do parto até o clampeamento do cordão.
- D) realizar parto cesariana, manter a TARV e não administrar AZT endovenoso.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta no parto de gestantes com HIV

A CV-HIV é um dos fatores mais importantes na avaliação do risco de transmissão vertical, por isso auxilia no acompanhamento e na definição da via de parto. A taxa de transmissão vertical é < 1% nas gestantes em uso de TARV com CV-HIV indetectável.

A indicação da via de parto dependerá da CV detectada na 34ª semana:

CV com 34 semanas	Conduta no parto
CV > 1000 cópias ou desconhecida	AZT EV + cesárea eletiva após 38 semanas
CV detectável < 1000 cópias	AZT EV + parto com indicação obstétrica, de preferência parto vaginal
CV indetectável	Manter TARV habitual + parto com indicação obstétrica, de preferência parto vaginal

Nos casos em que a cesárea for indicada (ou seja, CV > 1000 cópias/mL), iniciamos a infusão 3 horas antes do parto.

Algumas outras medidas de prevenção no intraparto são:

- não realizar procedimentos invasivos, como amniotomia, cordocentese ou monitorização fetal invasiva.
- evitar parto instrumentalizado: fórcepe ou vácuo-extrator.
- ligadura do cordão umbilical imediata ao parto.
- manter membrana amniótica íntegra no parto cesárea (parto empelicado).
- banhar o recém-nascido em água corrente.

A amamentação está contraindicada para todas as puérperas vivendo com HIV. Deve-se inibir farmacologicamente a lactação com cabergolina 1 mg dose única, administrado antes da alta hospitalar.

Correta a alternativa A:

como a gestante faz uso de TARV e está com carga viral indetectável com 34 semanas, não é necessário utilizar AZT e pode-se aguardar o parto vaginal.

Incorreta a alternativa B: como a carga viral é indetectável, não há necessidade de administrar AZT endovenoso, deve-se manter a TARV habitual.

Incorreta a alternativa C: como a gestante faz uso de TARV e está com carga viral indetectável, é permitido o parto vaginal e não é necessário o uso de AZT endovenoso.

Incorreta a alternativa D: como a gestante faz uso de TARV e está com carga viral indetectável, é permitido o parto vaginal.

PEDIATRIA

31 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Um lactente de 18 meses apresenta febre há 3 dias, tosse produtiva e prostração. Ao exame, ele encontra-se toxemiado, afebril, com FC: 124 bpm, FR: 55 irpm, oximetria: 96% em ar ambiente, ausculta pulmonar com estertores finos e tiragem subcostal. Qual é o tratamento mais apropriado para o paciente?

- A) Amoxicilina 50 mg/kg/dia.
- B) Azitromicina 10 mg/kg/dia.
- C) Ceftriaxone 100 mg/kg/dia.
- D) Penicilina cristalina 200.000 UI/kg/dia.

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista,

Vamos resumir os dados principais do enunciado:

- lactente de 18 meses;
- sintomas respiratórios;
- febre e toxemia;
- taquipneia;
- estertores finos;
- presença de tiragem subcostal.

O diagnóstico de pneumonia em crianças menores de 5 anos de idade é baseado em dados clínicos. A frequência respiratória (FR) é um parâmetro muito sensível para o diagnóstico da pneumonia nessa idade.

Quando temos um paciente com sintomas respiratórios e taquipneia, o diagnóstico de pneumonia pode ser estabelecido.

Vamos lembrar os valores de FR que determinam a taquipneia?

- Até 2 meses: FR \geq 60 irpm
- De 2 meses a menos de 12 meses: FR \geq 50 irpm
- De 12 meses a 5 anos: FR \geq 50 irpm

Agora, vamos aprender a classificar as pneumonias de acordo com sua gravidade.

O AIDIPI classifica a pneumonia de acordo com a presença de taquipneia, retração subcostal, estridor em repouso e sinais de perigo, observe:

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<p>Um dos seguintes sinais: Qualquer sinal de perigo*(veja logo mais) Tiragem subcostal Estridor em repouso</p>	<p>PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE</p>	<p>Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado Tratar a criança para evitar hipoglicemia Referir urgentemente ao hospital Oxigênio, se disponível</p>
<p>Respiração rápida</p>	<p>PNEUMONIA</p>	<p>Dar um antibiótico recomendado durante sete dias Aliviar a tosse com medidas caseiras Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente Marcar retorno em dois dias</p>
<p>Nenhum dos sinais acima</p>	<p>NÃO É PNEUMONIA</p>	<p>Aliviar a tosse com medidas caseiras Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente Seguimento em cinco dias, caso não melhore Se tosse há mais de 14 dias, realizar investigação</p>

Os sinais de perigo são:

- sensório alterado: irritabilidade ou letargia;
- recusa de líquidos;
- vômitos incoercíveis;
- convulsões.

No caso apresentado, temos um lactente com sintomas respiratórios e presença de tiragem subcostal. Isso indica PNEUMONIA GRAVE, que necessita de internação.

Crianças com pneumonia grave ou doença muito grave, necessitam de tratamento com antibiótico endovenoso em regime de internação hospitalar.

Como sabemos, o principal agente das pneumonias bacterianas típicas em todas as faixas etárias, excetuando o período neonatal, é o *Streptococcus pneumoniae* ou pneumococo. Ele é sensível à amoxicilina quando o tratamento de escolha é ambulatorial. Em casos que necessitam de tratamento internado, os antibióticos a serem escolhidos são a penicilina cristalina (150.000 a 200.000 UI/kg/dia) ou ampicilina 200 mg/kg/dia.

Nesse caso, há indicação de internação, devido à presença de retração (ou tiragem subcostal).

Vamos analisar juntos as alternativas:

Incorreta a alternativa A, a amoxicilina é um antibiótico que pode ser utilizado para o tratamento **ambulatorial** da pneumonia típica.

Incorreta a alternativa B, a azitromicina é um macrolídeo que é apropriado para o tratamento de pneumonias atípicas, que são mais comuns em crianças acima dos 5 anos de idade.

Incorreta a alternativa C, o ceftriaxone é um antibiótico de amplo espectro que deve ser reservado para casos refratários ao tratamento com penicilina ou para crianças internadas em que se suspeita de um germe intra-hospitalar como fator causador da pneumonia.

Correta a alternativa D, porque indicou o tratamento apropriado para o caso.

32 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Uma criança de 7 anos de idade tem diagnóstico de asma e recebe corticoide inalatório em dose baixa diariamente. Nas últimas quatro semanas apresentou tosse noturna, necessidade de uso de beta-2-agonista inalatório de curta ação (SABA) 3 vezes por semana e desconforto respiratório durante as aulas de educação física. Diante do caso hipotético e considerando que o uso do dispositivo está adequado e que o controle ambiental foi instituído, indique o tratamento de manutenção mais apropriado para a criança:

- A) beta-2-agonista de longa ação (LABA) e montelucaste oral.
- B) corticoide oral em dias alternados.
- C) dose baixa de CI + LABA.
- D) aumentar a dose de corticoide inalatória para dose média e associar LABA.

COMENTÁRIOS:

Olá, Coruja,

Os **principais objetivos** do tratamento da Asma são:

- alcançar um bom controle dos sintomas;
- minimizar os fatores de risco de asma fatal, exacerbação de asma e o remodelamento pulmonar (prevenção da limitação crônica ao fluxo aéreo);
- minimizar os efeitos adversos dos medicamentos;
- permitir que o paciente realize atividades corriqueiras.

Durante o tratamento ambulatorial, devemos avaliar o paciente a cada três meses. Nessas avaliações, devemos observar os sintomas das últimas quatro semanas, da seguinte forma:

Precisamos avaliar 4 sintomas nas últimas quatro semanas, observe:

Instrumento/itens	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
Sintomas diurnos > 2x/semana	Nenhum item	1-2 itens	3-4 itens
Despertares noturnos por asma			
Medicação de resgate > 2x/semana			
Limitação das atividades por asma			

De acordo com a presença dos sintomas acima, vamos classificar nosso paciente de acordo com a pontuação:

- zero: asma controlada;
- 1 a 2 pontos: asma parcialmente controlada;
- 3 a 4 pontos: asma não controlada.

Antes de modificarmos a medicação de controle de nosso paciente, devemos garantir que o uso dos dispositivos inalatórios está sendo realizado da forma correta, ver se a adesão ao tratamento é adequada, avaliar o controle ambiental e certificar-nos de que o diagnóstico é correto.

Assim, voltando a nosso paciente, vemos que ele pontua nos seguintes sintomas:

- sintomas noturnos;
- uso de SABA três vezes por semana;
- limitação das atividades.

A pontuação resultou 3 e o paciente apresenta asma não controlada.

Agora, vamos aprender como é a escala de tratamento da asma de crianças de 6 a 11 anos, observe a figura a seguir:



Etapa 1: usar CI (dose baixa) sempre que utilizar o SABA.

Etapa 2: dose baixa de CI.

Etapa 3: dose baixa de CI + LABA ou dose média de CI ou terapia MART (com dose muito baixa de CI).

Etapa 4: dose média de CI + LABA ou terapia MART (com dose baixa de CI) e referenciar ao especialista.

Etapa 5: encaminhar para fenotipagem, dose alta de CI + LABA, considerar anti-IgE.

Nosso paciente encontra-se na etapa 2 de tratamento (corticoide inalatório em baixa dose). Como a asma é não controlada, devemos subir para a etapa 3, que consiste nas seguintes opções:

- dose baixa de CI + LABA (SABA quando necessário) OU
- dose média de CI (SABA quando necessário) OU
- dose muito baixa de CI-formoterol como manutenção e resgate (MART)
- outras opções: dose baixa de CI + antileucotrieno diariamente (SABA quando necessário).

Um detalhe importante: em 2021, o GINA introduziu a terapia MART para crianças de 6 a 11 anos. Ela consiste em utilizar inicialmente uma dose muito baixa de corticoide inalatório associada ao formoterol e essa mesma associação deve ser utilizada como medicação de alívio.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, todas as etapas terapêuticas de controle da asma envolvem o uso do corticoide inalatório, não se deve utilizar o LABA isoladamente.

Incorreta a alternativa B, o corticoide oral está relacionado a um alto índice de efeitos colaterais, é preferível o uso de corticoide inalatório como medicação de manutenção.

Correta a alternativa C, essa é uma opção adequada para o paciente.

Incorreta a alternativa D, essa opção faz parte da etapa 4 de tratamento.

33 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Uma adolescente de 11 anos de idade comparece à consulta de rotina. Sua mãe refere que a dieta da criança inclui salgadinhos diariamente, doces e bebidas açucaradas. A criança não tem hábito de ingerir frutas e verduras. O exame físico revela IMC no escore Z +3,2, estatura no escore Z+1,9, circunferência abdominal acima do percentil 90. Observa-se a presença de manchas aveludadas e escuras em axilas e região cervical. A medida de pressão arterial da criança revelou 133 x 86 mmHg. Os exames laboratoriais revelaram perfil lipídico normal e resistência insulínica. Diante do caso hipotético e considerando o diagnóstico da síndrome metabólica em crianças, é correto afirmar que:

- A) o diagnóstico de síndrome metabólica pode ser estabelecido diante dos dados apresentados.
- B) não é possível fazer o diagnóstico de síndrome metabólica em menores de 14 anos.
- C) a síndrome metabólica se relaciona ao risco iminente de insuficiência renal.
- D) o achado de hipertensão arterial em crianças é irrelevante para o diagnóstico de síndrome metabólica.

COMENTÁRIOS:

A obesidade exógena é, atualmente, um problema de saúde pública e relaciona-se a várias complicações potencialmente graves durante a infância que evoluem para a vida adulta. Os dois principais pilares da obesidade na infância são:

- padrão alimentar inadequado;
- sedentarismo.

A *acantose nigricans* caracteriza-se por manchas escuras resultantes de hiperqueratose e hiperpigmentação de aspecto áspero, verrucoso e, por vezes, aveludado que predominam em dobras e pregas da região do pescoço, axilas e virilha, podendo também afetar os pés, lábios e mãos. Esse sinal está associado ao hiperinsulinismo.

A síndrome metabólica está relacionada ao surgimento da doença aterosclerótica em idade jovem e seu diagnóstico é bem estabelecido para adolescentes acima de 16 anos, pois baseia-se nos mesmos critérios utilizados para os adultos.

Em crianças de 10 a 16 anos, o diagnóstico é realizado de acordo com o quadro a seguir:

Critérios diagnósticos da IDF para crianças entre 10-16 anos
Para diagnóstico: circunferência abdominal \geq percentil 90 + 2 critérios

Glicose	≥ 100 mg/dL
Triglicérides	≥ 150 mg/dL
HDL-colesterol	< 40 mg/dL
Pressão arterial	PAS > 130 mmHg ou PAD > 85 mmHg

Agora, vamos resumir os dados do enunciado. A adolescente do enunciado apresenta:

- IMC $>$ escore Z +3: diagnóstico de obesidade grave;
- circunferência abdominal acima do percentil 90;
- presença de *acantose nigricans*;
- hipertensão arterial;
- perfil lipídico normal;
- sinais laboratoriais de hiperinsulinismo.

Assim, podemos determinar o diagnóstico de síndrome metabólica para essa adolescente.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A,

diante dos dados fornecidos, o diagnóstico de síndrome metabólica pode ser estabelecido.

Incorreta a alternativa B, o diagnóstico pode ser estabelecido de acordo com o quadro apresentado acima.

Incorreta a alternativa C, a síndrome metabólica está relacionada ao risco cardiovascular.

Incorreta a alternativa D, os valores elevados de pressão arterial consistem em um dos critérios diagnósticos de síndrome metabólica.

34 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Os benefícios do aleitamento materno ao binômio mãe-filho são inúmeros. Entre as alternativas a seguir, indique um sinal de pega inadequada durante a amamentação:

- A) queixo tocando a mama.
- B) mais aréola visível abaixo do que acima da boca do bebê.
- C) boca do bebê bem aberta.
- D) lábio inferior virado para fora.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista,

A maior parte dos problemas relacionados à amamentação é decorrente da técnica inadequada de mamadas. Observe o quadro a seguir, que indica a técnica adequada de mamadas:

ADEQUAÇÃO DA MAMADA	
Pontos-chave do posicionamento adequado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo 2. Corpo do bebê próximo ao da mãe 3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido) 4. Bebê bem apoiado
Pontos-chave da pega adequada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mais aréola visível acima da boca do bebê 2. Boca bem aberta 3. Lábio inferior virado para fora 4. Queixo tocando a mama
Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bochechas do bebê encovadas a cada sucção 2. Ruídos da língua 3. Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada 4. Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama 5. Dor na amamentação

Agora, podemos analisar as alternativas:

Corretas as alternativas A, C, D: são sinais de pega adequada.

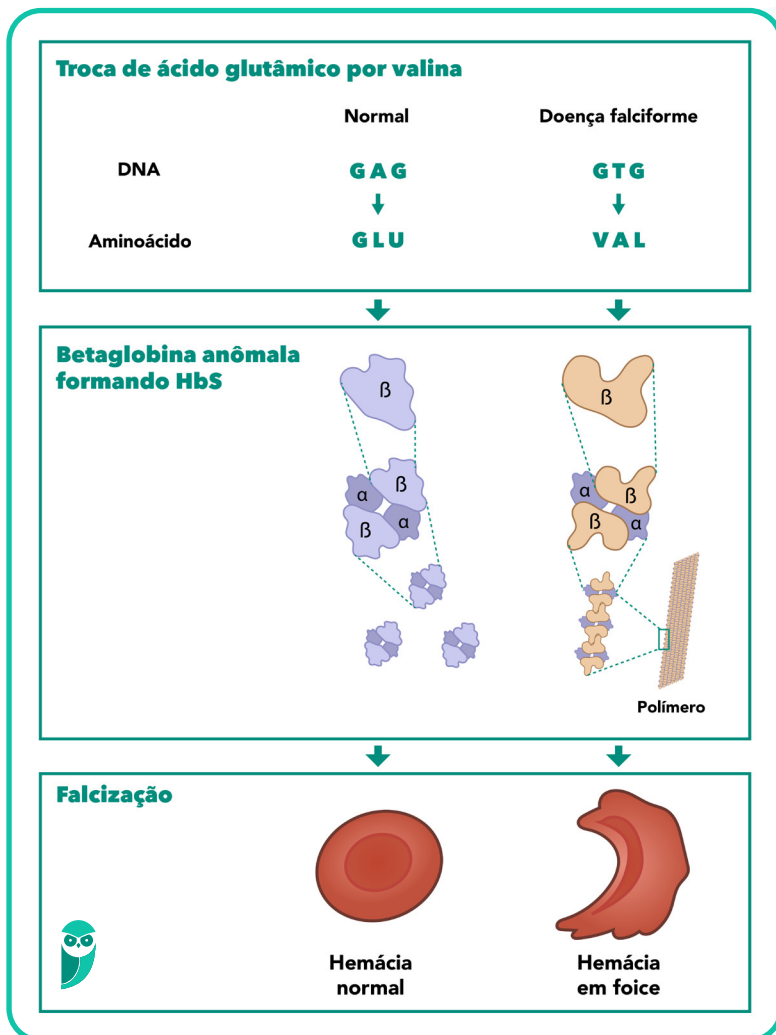
Incorreta a alternativa B, o correto é: mais aréola visível acima do que abaixo da boca do bebê.

35 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Rubens Zaltron - Hematologia) Anemia falciforme, ou hemoglobinopatia SS, é uma hemoglobinopatia qualitativa congênita, isto é, uma doença hereditária causada pela presença de uma hemoglobina anômala. Em crianças portadoras dessa doença, que intercorrência está associada à queda importante da hemoglobina, reticulócitos reduzidos, sem aumento significativo do baço?

- A) Aplasia de medula secundária a infecção por infecção por parvovírus B19.
- B) Sequestro esplênico.
- C) Anemia carencial, com deficiência de ferro.
- D) Crise de hiper-hemólise.

COMENTÁRIOS:

A anemia falciforme, ou hemoglobinopatia SS, é uma hemoglobinopatia qualitativa congênita, isto é, uma doença hereditária causada pela presença de uma hemoglobina anômala. Nessa condição, uma mutação de troca do ácido glutâmico pela valina como sexto aminoácido na cadeia da betaglobina gera a hemoglobina anômala HbS, com tendência particular a polimerizar-se em situações de desoxigenação e desidratação. A polimerização da HbS altera a estrutura conformacional das hemácias, no processo de falcização, em que estas perdem o formato bicôncavo habitual e tomam uma forma de meia lua, tornando-se o que conhecemos por drepanócitos ou hemácias em foice.



Por serem menos deformáveis do que os eritrócitos normais, as hemácias em foice acabam por obstruir a microcirculação de diversos órgãos quando de sua passagem pela microvasculatura, ocasionando eventos vaso-oclusivos, a principal característica da hemoglobinopatia SS e seu principal fator de morbi-mortalidade. Além disso, acompanha-se um quadro de hemólise crônica, também decorrente da menor deformabilidade dos drepanócitos. Assim, o paciente com doença SS é portador de anemia crônica, sendo adaptado fisiologicamente a níveis basais de hemoglobina menores, em geral entre 9 e 10 g/dL. Algumas situações podem piorar a anemia do paciente falcêmico, principalmente o sequestro esplênico, a crise hiper-hemolítica e a crise aplástica.

Vamos às alternativas.

Correta a alternativa A.

Certa a resposta! A crise aplástica deriva especialmente

da infecção pelo parvovírus B19 ou eritrovírus B19, que possui especial tropismo pelas células precursoras hematopoiéticas, levando a sua destruição. Como o paciente falcêmico está em estado hemolítico crônico, a parada temporária da eritropoiese decorrente dessa infecção leva a uma piora súbita de seus níveis de hemoglobina. A terapia é basicamente de suporte, já que são quadros autolimitados. Características que ajudam a diferenciá-la

especialmente do sequestro esplênico é a ausência de esplenomegalia, já que o aumento de tamanho do baço é característica definidora da crise de sequestração esplênica.

Incorreta a alternativa B. A crise de sequestração esplênica incide principalmente em crianças até 5 anos de idade, em que ocorre aprisionamento de hemácias na circulação do baço, causando piora súbita de anemia associada a esplenomegalia de rápida instalação, podendo evoluir para choque hipovolêmico. É um quadro grave com mortalidade alta de cerca de 10%, sendo a segunda maior causa de morte em crianças falcêmicas, superada apenas pela sepse por germes encapsulados. Deve ser tratada com hidratação endovenosa e transfusão de concentrado de hemácias. Após a resolução do episódio agudo, a esplenectomia profilática pode ser realizada para prevenção de recorrência.

Incorreta a alternativa C. A anemia ferropriva também causa anemia com reticulócitos reduzidos e sem aumento de baço. Entretanto, não está associada diretamente à doença falciforme (apesar da ocorrência em concomitância em muitos casos).

Incorreta a alternativa D. A crise hiper-hemolítica ocorre após eventos transfusionais, sendo um quadro de ampla hemólise desencadeado por alguma transfusão sanguínea, cursando com queda de níveis de hemoglobina e piora da icterícia. O tratamento consiste em suporte clínico e transfusional.

36 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Criança de 2 anos dá entrada na unidade de pronto atendimento com história de febre, vômitos e diarreia há 48 horas. A criança está em mal estado geral, comatosa, com mucosas muito secas e lentificação do tempo de enchimento capilar. Considerando o peso de 12 quilos, qual deverá ser a prescrição da fluidoterapia de expansão e de manutenção isotônica?

- A) 360 mL de soro fisiológico 0,9%; 1200 mL de soro glicosado 5% + 52 mL de NaCl 20% + 12 mL de KCl 19,1%
- B) 240 mL de soro fisiológico 0,9%; 2400 mL de soro glicosado 5% + 24 mL de NaCl 20% + 12 mL de KCl 19,1%
- C) 240 mL de soro fisiológico 0,9%; 1100 mL de soro glicosado 5% + 44 mL de NaCl 20% + 11 mL de KCl 19,1%
- D) 360 mL de soro fisiológico 0,9%; 1000 mL de soro glicosado 5% + 40 mL de NaCl 20% + 10 mL de KCl 19,1%

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. A fim de guiar os profissionais de saúde do país, o Ministério da Saúde elaborou uma cartilha com orientações quanto ao manejo do paciente com diarreia aguda. Nela, preconiza-se o tratamento do doente com diarreia aguda por meio de três planos denominados PLANOS A, B e C. Para facilitar a adequada escolha do plano de tratamento, o paciente deverá ser alocado em uma das três colunas a seguir, conforme dados do exame físico.

Ela divide os pacientes em hidratados, com algum grau de desidratação ou desidratados graves.

Observe:

ETAPAS	Sem desidratação	Desidratação (se tiver 2 ou mais dos abaixo)	Desidratação grave (se tiver pelo 2 ou mais dos abaixo ou pelo menos 1 dos com *)
OBSERVE:			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, letárgico, hipotônico *
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber *
EXPLORE:			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece em mais de 2 segundos
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente *
TRATE:	Use o PLANO A	Use o PLANO B	Use o PLANO C

Agora, para não precisarmos decorar, vou facilitar para você!

Quando não temos desidratação, os sinais e sintomas são todos normais. Na desidratação grave, o examinador traz letargia, sinais de choque hipovolêmico, má perfusão periférica ou usa a palavra “muito”. O que estiver no meio desses extremos é considerado como desidratação apenas.

No caso em questão, temos uma criança desidratada grave, o indicado é o plano C (dica mental: “Corre que está grave!”).

Nele, o tratamento é baseado em expansão volêmica endovenosa. A solução preconizada é o soro fisiológico 0,9% e deve correr em 30 minutos nos seguintes volumes:

- 10 mL/kg para neonatos e cardiopatas.
- 20 mL/kg para menores de 5 anos.
- 30 mL/kg para maiores de 5 anos.

No caso de uma criança de 2 anos e 12 quilos, a expansão será feita com 240 mL de soro fisiológico 0,9%.

Após a expansão inicial, a criança deverá ser internada por, no mínimo, 24 horas e utilizar a solução de manutenção.

Para chegarmos à prescrição correta, a primeira coisa a ser feita é determinar a necessidade hídrica diária por meio da regra de Holliday-Segar.

TABELA – REGRA DE HOLLIDAY-SEGAR

Até 10 kg	100 x peso
De 10 a 20 kg	1000 + 50 x peso que excede 10 quilos
Maior de 20 kg	1500 + 20 x peso que excede 20 quilos

Como o peso é 12 kg, fazemos $1000 + 50 \times 2$, portanto a necessidade hídrica diária é de 1100 mL. Para infundir esse volume, utilizamos o soro glicosado 5% como escolha.

A solução torna-se isotônica ao acrescentarmos sódio a 20%. Com isso, temos a solução padrão isotônica, que é dada pela fórmula a seguir.

SORO GLICOSADO 5% 1000 mL + NaCl 20% 40 mL + KCl 19,1% 10 mL

A partir dela, chegamos na prescrição diária por meio da regra de três.

- Quanto ao sódio.

Se, em 1000 mL, temos 40 mL de NaCl 20%, para 1100 mL, temos:

$$1000 \text{ ----- } 40$$

$$1100 \text{ ----- } x$$

$$X = 44 \text{ mL de NaCl } 20\%$$

- Quanto ao potássio

Se, em 1000 mL, temos 10 mL de KCl 19,1%, para 1100 mL, temos:

$$1000 \text{ ----- } 10$$

$$1100 \text{ ----- } x$$

$$X = 11 \text{ mL de NaCl } 20\%$$

A prescrição correta é: diária é de 240 mL de SF 0,9% para expansão, seguida de 1100 mL de SG 5% + 44 mL de NaCl 20% + 11 mL de KCl 19,1%

Correta a alternativa C.

37 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Lactente de 1 mês é trazido ao consultório, pois a mãe está muito preocupada com sua evacuação. Ela refere que ele evacua aproximadamente 8 vezes ao dia fezes líquidas e esverdeadas, geralmente após a mamada. Antes de evacuar, chora, espreme-se e fica vermelho. Está em aleitamento materno exclusivo e ganhando em média 28 g ao dia. Qual é a melhor conduta no momento?

- A) Expectante.
- B) Orientar dieta isenta de proteína do leite de vaca para a mãe.
- C) Iniciar fórmula com proteína extensamente hidrolisada para o RN.
- D) Solicitar enema contrastado.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. A primeira coisa que devemos saber para resolver essa questão é que as fezes consideradas normais para os lactentes amamentados exclusivamente ao seio são líquidas ou semilíquidas, de coloração amarelada a esverdeada.

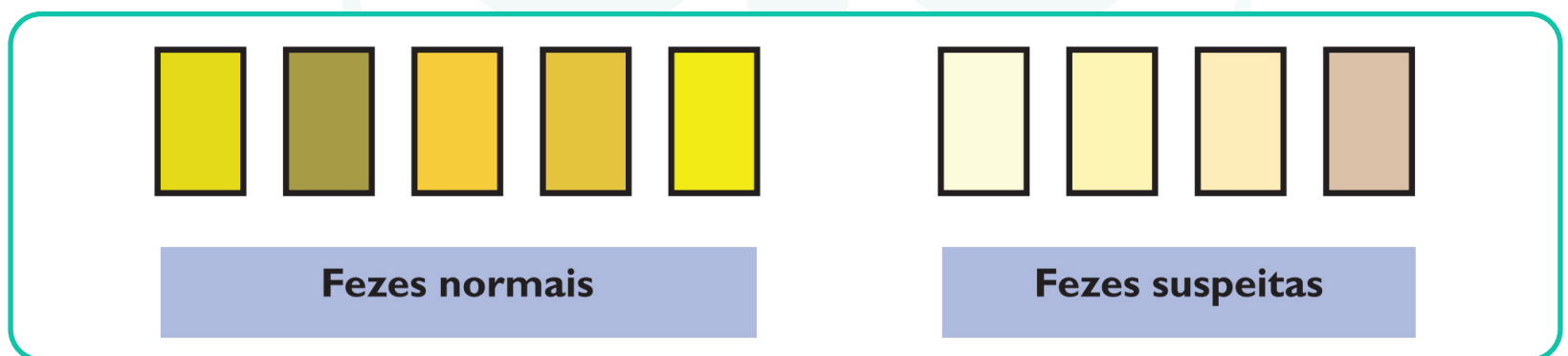


Figura: características das fezes do lactente em aleitamento materno exclusivo. Fonte: Caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde.

Segundo, os bebês possuem um reflexo chamado gastrocólico, que faz com que o intestino funcione ao se alimentar. Bebês pequenos podem mamar 8 vezes ao dia e evacuar após cada mamada.

Terceira, o ganho de peso diário no primeiro trimestre é de 25 a 30 gramas ao dia.

Por fim, é normal que o bebê pequeno apresente o que chamamos de disquesia do lactente. Ela ocorre, pois, pela imaturidade neurológica, há um descompasso entre a vontade de evacuar e o relaxamento de esfíncter. Nesse caso, o bebê espreme-se, fica vermelho, irritado, chora, faz fúrias de dor, que alivia ao evacuar. Importante! As fezes apresentam características normais.

Dito tudo isso, você deve ter percebido que o bebê do enunciado apresenta fezes de aparência normal, ganho de peso adequado, reflexo gastrocólico e disquesia. Não há nada com o que se preocupar, o pediatra deve orientar os pais e adotar a conduta expectante.

Correta a alternativa A.

Incorreta a alternativa B: a dieta materna deve ser feita na suspeita de alergia à proteína do leite de vaca. Esses casos geralmente trazem sinais sistêmicos de alergia, como broncoespasmo, angioedema, urticária e anafilaxia; ou sinais gastrointestinais, principalmente as fezes com raias de sangue. Algumas crianças podem ter prejuízo no ganho de peso. Esse diagnóstico não é compatível com o quadro clínico.

Incorreta a alternativa C: a introdução de fórmula extensamente hidrolisada também ocorre na alergia à proteína do leite de vaca, em bebês que precisam de complemento com fórmula infantil.

Incorreta a alternativa D: não há necessidade de exames de imagem.

38 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Uma criança de 6 meses é trazida para a UBS a fim de aplicar as vacinas próprias da idade. A mãe refere estar receosa quanto a essa vacinação, já que a criança apresentou crise convulsiva febril 24 horas após a aplicação da vacina dos 4 meses. Frente a esse relato, qual é a orientação correta nesse momento?

- A) Vacinar com todas as vacinas indicadas para a idade, pois a chance de recorrência dos eventos adversos é muito pequena.
- B) Administrar antitérmico antes da aplicação das vacinas e manter a medicação de horário para casa.
- C) Administrar apenas a vacina contra pólio inativada e encaminhá-la para o CRIE a fim de aplicar o restante das vacinas.
- D) Encaminhá-la ao CRIE para aplicar todas as vacinas, com supervisão médica e observação clínica por, no mínimo, 6 horas.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. A primeira coisa é identificar as vacinas aplicadas aos 4 e 6 meses na criança de acordo com o Programa Nacional de Imunizações. Observe o calendário pediátrico.

VACINAS	Ao nascer	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	9 meses	12 meses	1 ano	4 a 6 anos
BCG	Dose única									
Hepatite B	Dose única									
Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Hepatite B, Haemophilus influenzae tipo B)		1ª dose (2ª dose da Hepatite B)		2ª dose (3ª dose da Hepatite B)		3ª dose (4ª dose da Hepatite B)				
Pólio inativada (VIP/Salk)		1ª dose		2ª dose		3ª dose				
Rotavírus		1ª dose		2ª dose						
Pneumocócica 10-valente		1ª dose		2ª dose				Reforço		
Meningocócica C			1ª dose		2ª dose			Reforço		
Febre amarela							1ª dose			Reforço (4 anos)

Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola)									1ª dose		
Tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola, varicela)										2ª dose sarampo, caxumba e rubéola 1ª dose varicela	
DTP (difteria, tétano, coqueluche)										Reforço	Reforço
Pólio oral (VOP/ Sabin)										Reforço	Reforço
Hepatite A										Dose única	
Varicela isolada											2ª dose varicela

Aos 4 meses, ela aplicou: pentavalente, pólio inativada, rotavírus e pneumocócica 10- valente.

Aos 6 meses, ela deverá aplicar: pentavalente e pólio inativada.

Agora, entre as vacinas dos 4 meses, qual é a que mais causa eventos adversos, entre eles, a crise convulsiva? A pentavalente.

O componente pertussis de células inteiras (Pw), da vacina DTPw, presente na pentavalente (DTPw + *H. influenzae B* + Hepatite B) além das reações adversas leves, apresenta 4 situações que você precisa conhecer, pois são bastante cobradas em provas.

1. Febre e choro persistentes: é caracterizado por irritabilidade após algumas horas da aplicação da vacina. O choro é inconsolável e a febre persiste mesmo com administração de medicamentos. Apesar de ser um evento dramático e preocupante para a maioria dos pais, é benigno e autolimitado a algumas horas. Não contraindica doses subsequentes da vacina.
2. Episódio hipotônico-hiporresponsivo: ocorre em até 48 horas após a vacina e caracteriza-se por hipotonia muscular, pouca responsividade a estímulos externos, cianose e palidez. Também é benigno e autolimitado, porém contraindica a vacinação com DTPw e indica a DTPa (acelular) em doses subsequentes.
3. Convulsões tônico-clônicas generalizadas: ocorrem em até 72 horas após a vacina e podem, ou não, estar acompanhadas de febre. Contraindica a vacinação com DTPw e indica a DTPa em doses subsequentes.
4. Encefalopatia pós-vacinal: ocorre em até 7 dias e caracteriza-se por paralisias motoras, deficiências sensitivas e crises convulsivas focais ou generalizadas. Contraindica a aplicação do componente pertussis, então indica-se o uso de DT.

Resumindo...

SITUAÇÃO	INDICAÇÃO
Febre ou choro persistentes.	Não contraindica a vacinação
Episódio hipotônico-hiporresponsivo até 48 h após.	Utilizar a vacina DTPa em doses subsequentes.
Crise convulsiva até 72 h após.	Utilizar a vacina DTPa em doses subsequentes.
Encefalopatia até 7 dias após.	Utilizar a vacina DT em doses subsequentes.

As demais, geralmente, apresentam eventos adversos leves e não há contraindicação para doses subsequentes.

Sendo assim, essa criança irá aplicar isoladamente a DTPa, a *Haemophilus influenzae B*, hepatite B e pólio inativada.

Na Unidade de Saúde, ela poderá aplicar a pólio inativada e a hepatite B. Já as demais estão presentes apenas no CRIE, que é o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, o qual aplica vacinas para pacientes especiais, como os citados acima.

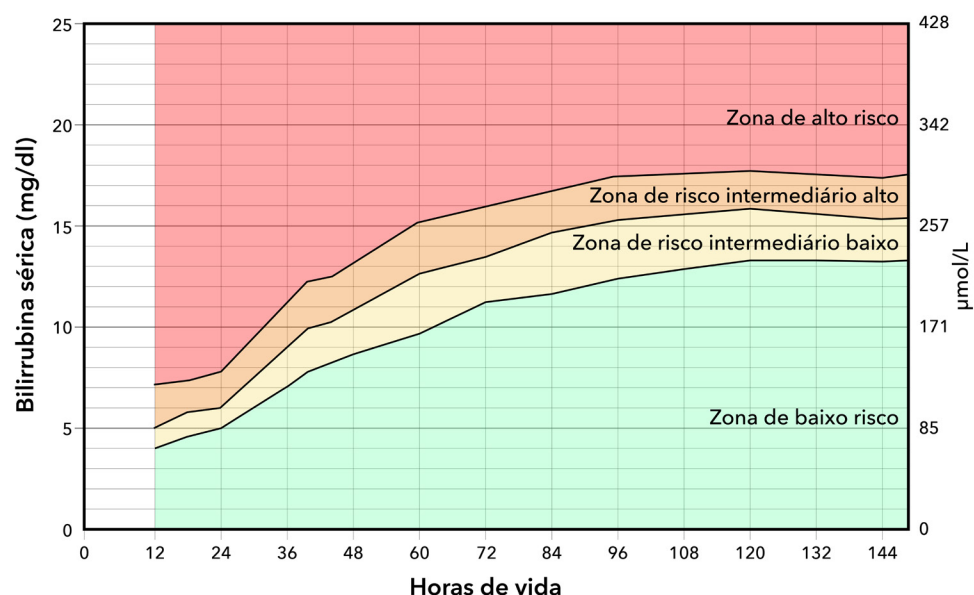
Correta a alternativa C.

Incorreta a alternativa A: apesar da chance de recorrência ser pequena mesmo, a indicação é trocar a DTPw pela DTPa.

Incorreta a alternativa B: os antitérmicos profiláticos são contraindicados para as vacinas, com exceção da vacina meningocócica B.

Incorreta a alternativa D: algumas vacinas podem ser feitas na Unidade de Saúde, não há indicação de manter a criança em observação. Quando há essa indicação, o tempo é de meia hora após a aplicação.

39 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Você avalia um recém-nascido antes da alta hospitalar, com 48 horas de vida, e percebe que ele apresenta icterícia até o umbigo. Em seu histórico, nasceu a termo, pesando 3500 g, APGAR 9/10, está em aleitamento materno exclusivo, sem queixas. Seu peso atual é de 3290 g e os exames coletados mostravam bilirrubina total 10,1 mg/dL, bilirrubina indireta 9,8 mg/dL, tipagem sanguínea O positivo. A tipagem materna é A positivo. Avaliando o caso e seguindo o nomograma de Bhutani (abaixo), qual deverá ser a conduta?



- A) Suspender a alta e iniciar fototerapia.
- B) Suspender a alta, mantê-lo em observação e re coletar as bilirrubinas dentro de 12 a 24 horas.
- C) Suspender a alta, reavaliar as mamadas e iniciar fórmula infantil, se necessário.
- D) Manter a alta e reavaliá-lo em até 72 horas.

COMENTÁRIOS:

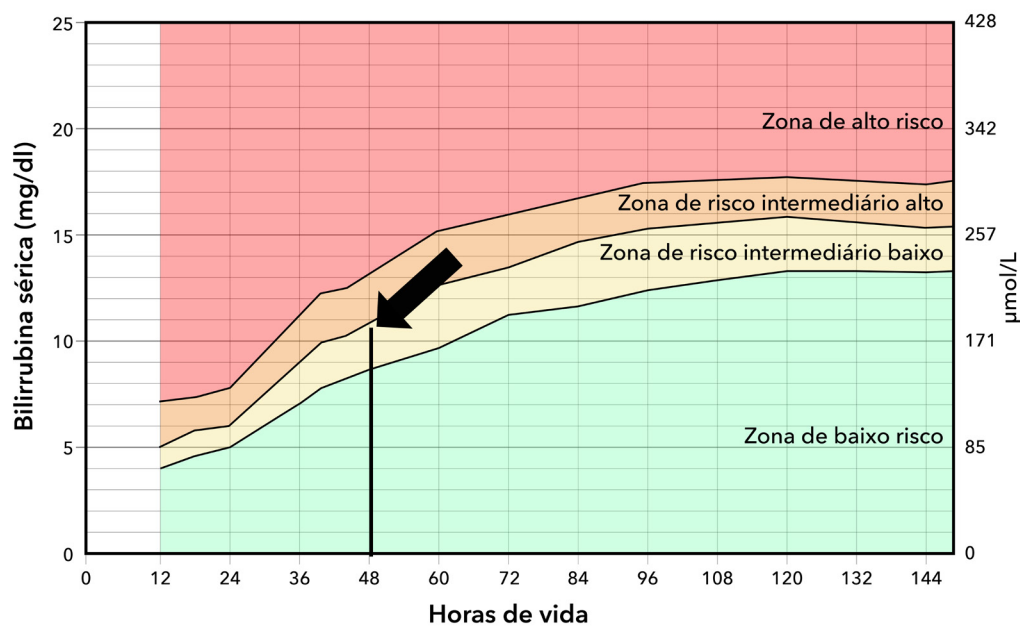
Olá, Estrategista.

Primeiro, vamos avaliar o caso. Temos um neonato com icterícia zona 2, às custas da bilirrubina indireta, com 48 horas de vida, sem dificuldade na amamentação. Sua perda de peso foi de 6%, considerada normal, pois está entre 5 e 10%. O tipo sanguíneo materno é A positivo, que não gera incompatibilidade Rh nem ABO. O caso encaminha-se para uma icterícia fisiológica... Vamos relembra as características de uma icterícia patológica?

- Icterícia precoce, antes de 24 horas de vida.
- Elevação da bilirrubina sérica em nível acima do fisiológico (12 – 13 mg/dL nos termos)
- Aumento dos níveis séricos de bilirrubina, acima de 0,2 mg/dL/hora.
- Manifestações de doença associada, como hipotonia, letargia, instabilidade clínica ou térmica.
- Icterícia persistente após 8 dias, em termos, ou 14 dias, em pré-termos.
- Aumento da bilirrubina às custas da fração direta.

Certo, sabemos que a grande maioria das anemias fisiológicas não precisam de tratamento específico, podem ser acompanhadas ambulatorialmente, com reavaliação em até 72 horas. Essa seria uma maneira de resolver a questão.

A outra forma é utilizando o nomograma fornecido, vamos colocar o resultado da bilirrubina total no gráfico.



De acordo a divisão de zonas, temos:

- RN na zona de alto risco (percentil maior do que 95): iniciar fototerapia.
- RN na zona de risco intermediário alto (percentil entre 75 e 95): considerar fototerapia de acordo com a idade gestacional e repetir a dosagem de bilirrubina em 12 a 24 horas.
- RN na zona de risco intermediário baixo e baixo risco (percentil menor do que 75): alta hospitalar e reavaliação em até 72 horas.

Portanto, a conduta indicada é mesmo alta hospitalar e reavaliação em 72 horas.

Correta a alternativa D.

Incorreta a alternativa A: não há necessidade de o manter internado nem de iniciar fototerapia.

Incorreta a alternativa B: não há necessidade de o manter internado.

Incorreta a alternativa C: não há necessidade de o manter internado e nem de iniciar fórmula infantil.

40 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Diógenes Paiva - Otorrinolaringologia) Rafael é um lactente de 1 ano que deu entrada no pronto-socorro com relato de dispneia e ruído à inspiração. A mãe relata que iniciou quadro de obstrução nasal, coriza e secreção espessa há 4 dias de cor amarelada, associada a febre de 38 graus, tosse e rouquidão. Ao exame: orofaringe com hiperemia e gotejamento pós nasal, rinoscopia com hiperemia mucosa e secreção amarelada, temp. 38 graus, Sat O₂ 95%, AP: MV + com roncos de transmissão e levemente diminuído, apresenta estridor inspiratório ao choro e durante movimentações sem apresentar os sintomas em repouso sem retração intercostal. Nega episódios prévios.

Em relação a esse caso, assinale a alternativa que indica os prováveis diagnóstico e tratamento.

- A) Rinossinusite bacteriana aguda, com indicação de amoxicilina 90 mg/kg/dia, lavagem nasal com solução salina, prednisona e antitérmico.
- B) Laringomalácia, com indicação de lavagem nasal com solução salina, nebulização com salbutamol, prednisona e encaminhar para avaliação especializada.
- C) Laringite viral leve, lavagem nasal com solução salina, dexametasona via oral, antitérmico e alta após observação no pronto socorro por 4 a 6 horas.
- D) Bronquiolite viral, nebulização com salbutamol, prednisona, lavagem com soro e antitérmico.

COMENTÁRIOS:

A laringite viral (crupe) é uma patologia frequente nas provas de pediatria em várias bancas do Brasil.

A maioria das laringotraqueobronquites é causada pelo vírus *Parainfluenzae*, sendo mais frequente no **outono e no inverno**.

Como a maioria da etiologia é viral, apesar do tropismo específico de cada vírus por cada órgão acometido, é frequente vermos como início do quadro sintomas comuns a várias infecções virais das vias aéreas superiores, como **febre baixa, tosse discreta e coriza hialina**.

Mas os sintomas que caracterizam a laringite viral e estarão descritos em conjunto na maioria dos enunciados são:

- **rouquidão/disfonia;**
- **tosse rouca/ladrante/ou “de cachorro”;**
- **estridor/ruído inspiratório.**

A **tosse** tende a ser **intensa**, e a disfonia pode não se manifestar apenas na fala, mas também por meio de um **“choro rouco”**.

A laringite viral apresenta uma classificação clínica que irá auxiliar na propedêutica a ser escolhida, sendo classificada de acordo com a tabela a seguir:



CLASSIFICAÇÃO DA LARINGITE VIRAL (CRUPE)

GRAU	ESTRIDOR EM REPOUSO	TIRAGEM INTERCOSTAL	SATURAÇÃO DO O ₂	ANSIEDADE E ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA
LEVE	Ausente (pode manifestar-se aos esforços)	Ausente	> 95%	Ausente
MODERADA	Presente	Presente (+2/+4)	Já apresenta queda, mas fica > 90%	Ausente
GRAVE	Presente	Presente (+4/+4)	< 88 a 85%	Presente

A maioria das crianças com laringite viral **NÃO** apresenta sintomas intensos, que levem à obstrução progressiva das vias aéreas.

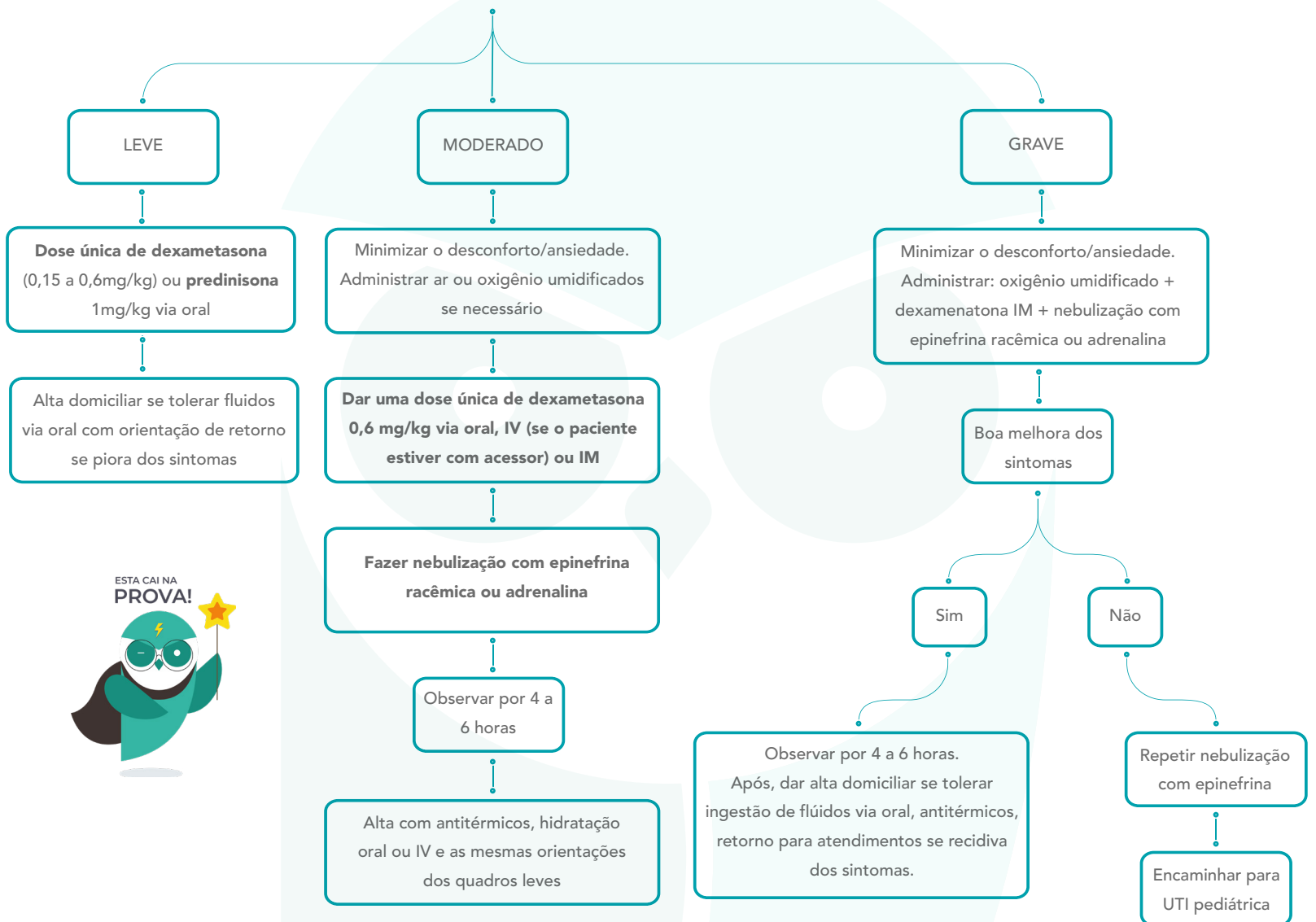
A apresentação mais comum na prática clínica é a **forma leve, sem necessidade de internação hospitalar.**

Diferente de outras IVAS, o crupe apresenta **resolução de sintomas em um tempo curto**, sendo geralmente 3 dias necessários para sua resolução.

O diagnóstico deve ser **realizado com base na suspeita clínica**, sem a obrigatoriedade de outros exames complementares para instituição da terapêutica adequada.

O tratamento deve ser realizado baseando-se na classificação descrita anteriormente, orientada pela presença e intensidade dos sinais e sintomas clínicos.

DIAGNÓSTICO DE LARINGITE VIRAL (CRUPE)



Nesse caso, temos uma criança com saturação de O2 dentro da normalidade, que só apresenta estridor durante a movimentação, associado aos sintomas nasais e à disfonia, caracterizando um quadro de laringite viral leve.

Conforme o fluxograma apresentado acima, temos indicação dexametasona via oral associado e observação no pronto-socorro com alta domiciliar se tolerar flúidos, fazendo **correta a alternativa C.**

Incorreta a alternativa A. Para o diagnóstico de rinossinusite bacteriana aguda, seria necessária a persistência dos sintomas nasais descritos por mais de 12 dias, piora após o 5º dia ou piora após melhora. O aspecto amarelado da secreção de forma isolada não é suficiente para definir esse diagnóstico.

Incorreta a alternativa B. A laringomalácia é a principal causa congênita de estridor, podendo ter seus sintomas piorados ou desencadeados por IVAS. Porém, nosso paciente tem 1 ano de idade e não apresenta sintomas prévios, sendo, nas provas, essa patologia associada a estridor logo após o nascimento ou nos primeiros meses, de forma intermitente.

Incorreta a alternativa D. Na bronquiolite viral, temos dispneia e tosse mas com sibilos à ausculta pulmonar, achado esse não identificado no exame físico.

MEDICINA PREVENTIVA

41 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Thales Thaumaturgo - Psiquiatria) Paciente de 46 anos de idade, agricultor, é levado por familiares para a emergência após ser encontrado desacordado em um galpão próximo à plantação onde trabalha. Durante a avaliação, o paciente encontra-se confuso, desorientado em tempo e espaço e suas vestes estão úmidas. Observa-se uma respiração ruidosa, espasmos musculares e miose. Diante desse cenário, quais são: o provável diagnóstico e o antídoto a ser administrado?

- A) Intoxicação por carbamato – administrar naloxona.
- B) Intoxicação por organofosforado – administrar atropina.
- C) Intoxicação por tricíclico – administrar pralidoxima.
- D) Intoxicação por organofosforado – administrar n-acetilcisteína.

COMENTÁRIOS:

A síndrome colinérgica, também conhecida como síndrome anticolinesterásica, é causada pela inibição da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina. Os principais tóxicos envolvidos são os carbamatos e os organofosforados, comumente encontrados em agrotóxicos. Com o acúmulo da acetilcolina, ocorre o aumento do tônus colinérgico no sistema nervoso central, no periférico e no autônomo, devido à hiperestimulação dos receptores muscarínicos e nicotínicos.

Essa toxíndrome pode causar sintomas como miose, broncorreia, sialorreia, diarreia, agitação psicomotora, cefaleia, tonturas, convulsões e rebaixamento do nível de consciência.

O tratamento é feito com o uso de atropina endovenosa. Pralidoxima, uma reativadora da acetilcolinesterase, é uma droga de alternativa no tratamento.

Incorreta a alternativa A: paciente do meio rural, exposto a tóxicos como organofosforados e carbamatos (presentes em agrotóxicos), que desenvolve miose e fica “molhado”, ou seja, evolui com sialorreia, sudorese e broncorreia, tem um quadro compatível com síndrome colinérgica causada por carbamatos e organofosforados. Contudo, a naloxona é o tratamento da intoxicação por opioide.

Correta a alternativa B: como vimos acima, o tratamento de escolha é com atropina, uma droga de ação anticolinérgica.

Incorreta a alternativa C: antidepressivos tricíclicos causam a síndrome anticolinérgica, com sintomas opostos a esses, como taquicardia, diminuição das secreções corporais, constipação intestinal, retenção urinária e midríase. O tratamento pode ser realizado com bicarbonato e benzodiazepínicos.

Incorreta a alternativa D: a hipótese está correta, mas a N-acetilcisteína é o antídoto para as intoxicações por paracetamol, para evitar a lesão hepática.

42 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bruno Souza - Dermatologia) Paciente do sexo feminino comparece à Unidade Básica de Saúde queixando-se de mancha pruriginosa no braço (ver imagem). Ela refere que essa mancha já apareceu outras vezes no mesmo local e sumiu depois de alguns dias. Pensando no diagnóstico, assinale a alternativa correta.

- A) Devemos prescrever cetoconazol tópico para o tratamento da *tinea corporis*.
- B) O tratamento é realizado com prednisona em doses imunossupressoras por tempo prolongado.
- C) Aciclovir ou valaciclovir podem ser utilizados.
- D) Descobrir o medicamento causador dessa condição é essencial para que não haja novos surtos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos uma placa arredondada com centro eritematovioláceo e borda mais pálida. Essa fotografia é típica da erupção fixa à droga. A história de outros surtos no mesmo local corrobora esse diagnóstico. A erupção fixa à droga (eritema pigmentar fixo) é uma farmacodermia que surge sempre que o paciente toma a medicação causadora (geralmente um antiinflamatório ou analgésico).

Incorreta a alternativa A. Na *tinea corporis*, temos uma placa anular com borda eritematosa e descamativa e clareamento na região central.

Incorreta a alternativa B. O tratamento é evitar a droga causadora.

Incorreta a alternativa C. Não confunda o eritema pigmentar fixo com eritema polimorfo. No caso do eritema polimorfo, temos várias lesões em alvo pelo corpo, principalmente nas extremidades e mucosas. O eritema polimorfo é causado por herpes e podemos utilizar antivirais.

Correta a alternativa D.

Realmente, precisamos descobrir qual é a medicação causadora e orientar o paciente a não a utilizar mais.



Fonte: Shutterstock.

43 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Juan Demolinari - Cardiologia) Durante uma consulta de rotina, um paciente de 43 anos apresenta níveis pressóricos de 148/72 mmHg. Diante desse quadro, é correto afirmar que:

- A) devido à baixa idade do paciente, não podemos suspeitar de hipertensão sistólica isolada.
- B) devemos recomendar mudanças do estilo de vida e retorno em 6 meses.
- C) dependendo do risco cardiovascular do paciente, podemos prescrever tratamento medicamentoso para hipertensão nessa mesma consulta.
- D) deve ser um quadro de hipertensão mascarada.

COMENTÁRIO

A questão apresenta um paciente jovem, que está apresentando elevação dos níveis pressóricos na consulta médica. Podemos afirmar que esse paciente é hipertenso?

Para isso, devemos analisar o risco cardiovascular e os níveis pressóricos. Pacientes que apresentem **PA ≥ 180/100 ou PA ≥ 140/90 com alto risco** cardiovascular receberão o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em apenas uma visita ao consultório.

Os demais pacientes com medida de PA alterada deverão comparecer em uma segunda visita para que o diagnóstico seja feito, como ilustram os algoritmos a seguir:



A classificação da hipertensão em estágios segue os valores a seguir:

Classificação	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Pré-hipertensão	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Classificação da pressão arterial pela VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão da SBC de 2020.

O risco cardiovascular do paciente será determinado seguindo a tabela a seguir, adaptada da VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS estágio 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Sem fator de risco	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1-2 fatores de risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
\geq 3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

LOA: lesão de órgão alvo; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes *mellitus*; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A hipertensão sistólica isolada é mais comum nos idosos. No entanto, para seu diagnóstico, basta que a PAS seja \geq 140 e a PAD $<$ 90 mmHg.

Incorreta a alternativa B. Antes de estabelecermos a conduta, é necessário que tenhamos certeza do diagnóstico.

Correta a alternativa C.

Caso o paciente tenha alto risco cardiovascular, o diagnóstico de hipertensão será feito nessa mesma consulta e o tratamento medicamentoso deve ser iniciado.

Incorreta a alternativa D. A hipertensão mascarada é configurada quando a medida em consultório é NORMAL e, fora dele, é alterada.

Considere o enunciado a seguir para as 03 questões que se seguem.

Luana é a única médica da cidade de Tapuarã, um município brasileiro que é classificado como “rural remoto” pelo IBGE. Ela atua na Unidade Básica da região e, como não existem outros serviços de saúde na localidade, é comum que os habitantes procurem a UBS para resolver todas as urgências e emergências que surgem.

A cidade apresenta uma população com baixo nível socioeconômico e tem a agricultura familiar como sua principal atividade econômica. Entre as festas populares, destacam-se as festas juninas, quando os habitantes constroem barraquinhas na praça principal e se reúnem para comer carne de sol, paçoca e canjica.

Justamente no mês de junho, em uma manhã de segunda-feira, Luana atendeu Dona Deolinda, uma simpática senhora de 65 anos que compareceu na unidade sem hora marcada.

— Dona Deolinda, o que houve para a senhora aparecer tão cedo aqui e sem hora marcada?

— Ah, dôtora Luana! É que eu não tô bem... eu vim aqui para a senhora me ver! Eu ando sentindo umas coisas esquisitas...

— Coisas esquisitas? Como o quê?

— Olha, dôtora, eu num sei explicar direito... mas eu sinto meus buchos mexendo, eles estão revirando aqui dentro, e sai tudo no vaso, líquido, bem líquido...

— Isso significa o quê? A senhora está com diarreia?

— É diarreia, sim, senhora! Mas isso nem incomoda tanto, é bom que limpa tudo por dentro! O que tá me dando gastura é essa coisa mexendo muito aqui dentro! Minha vizinha disse que é a mãe do corpo. Aí eu vim aqui para a senhora tirar!

Durante o exame físico, Luana percebe que Dona Deolina está com abdômen distendido e hipertimpânico. Além disso, verifica, no prontuário, as anotações do médico anterior:

“Paciente relata que foi em um gastroenterologista na capital, que informou que ela não pode tomar leite e derivados. No entanto, não sabe dizer precisamente qual foi seu diagnóstico”.

Ao questionar a paciente sobre a alimentação, Dona Deolina informa que vem comendo muita canjica.

— Dona Deolinda, o problema é que a senhora não pode comer nada que tenha lactose! E essa canjica que vocês fazem por aqui é cheia de leite!

— Mas e a mãe do corpo? A senhora não vai tirar?

— Mãe do corpo? Eu não tenho ideia do que é isso, mas certamente é mais uma das crendices que vocês inventam por aqui e que só atrapalham os tratamentos! O que tem que tirar da senhora é o leite! Vou encaminhá-la para o gastroenterologista novamente para ver o que ele pode fazer pela senhora!

— Dôtora, mas esse doutor eu já fui e é muito longe! É lá na capital! A senhora não pode resolver isso para mim?

— Dona Deolinda, infelizmente não tem esse profissional aqui na cidade e, se foi ele quem mandou a senhora parar de tomar leite, ele é quem tem que lhe orientar. Eu não tenho nada a ver com isso. A regulação deve marcar a consulta para a senhora daqui a uns 30 dias e vai ser na capital! Até lá, programe-se para não faltar, hein!

Considerando o diálogo anterior, responda às perguntas 44, 45 e 46.

44 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Considerando a fala da médica Luana, que atributo da atenção primária à saúde claramente deixou de ser contemplado no texto acima?

- A) Acesso.
- B) Longitudinalidade.
- C) Orientação comunitária.
- D) Competência cultural.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

Estamos diante de um diálogo bem hostil entre a única médica da unidade básica de saúde e sua paciente, onde Luana erra, inclusive, o nome da paciente. O enunciado deseja saber que atributo da APS **NÃO** foi contemplado na fala da médica.

O primeiro ponto fundamental é você entender quais são esses atributos. Temos 4 essenciais e 3 derivados, a saber:

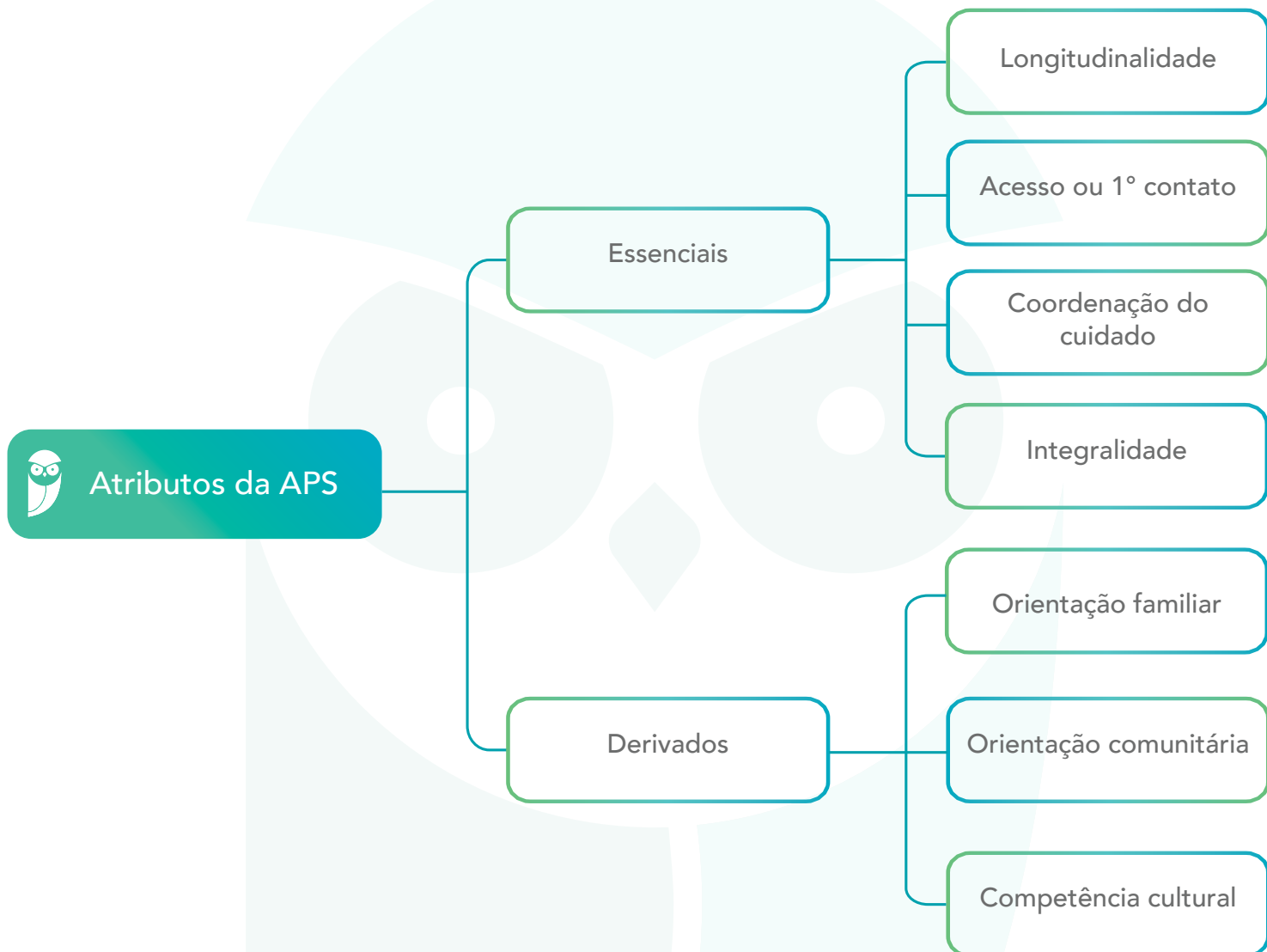


Figura – Atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde por Bárbara Starfield.

O segundo ponto fundamental é observarmos o contexto em que o diálogo se desenvolveu. Observe que Dona Deolinda apresenta uma ideia sobre o que está acontecendo com ela, acreditando que tem a “mãe do corpo”. Trata-se de uma crendice popular que tenta explicar os movimentos intestinais, principalmente aqueles associados à hipermotilidade, flatulência e diarreia.

Segundo essa crendice, tais movimentos seriam originados por um ser vivo que se desenvolve paralelamente ao feto durante a gestação de uma mulher. Após o nascimento da criança, esse ser vivo permanece no organismo e inicia uma saga em busca do bebê que já não se encontra mais na barriga da ex-gestante, produzindo assim a sensação de que algo está “mexendo” por dentro.

Diante de crenças e hábitos populares, é imprescindível que o médico apresente o que chamamos de “competência cultural”, que nada mais é do que respeitar a cultura de uma determinada localidade, procurando entendê-la e sem entrar em confronto direto com ela. Por isso, o médico que atua na atenção primária à saúde precisa conhecer hábitos, crenças e dialetos.

Portanto:

Incorreta a alternativa A. O **acesso** significa a capacidade da atenção primária à saúde em absorver a demanda que chega até ela, facilitando a entrada no sistema de saúde. O atributo do acesso foi respeitado, já que a paciente não apresentava consulta agendada e, mesmo assim, foi atendida.

Incorreta a alternativa B, porque a **longitudinalidade** é a capacidade de acompanhamento da população ou do indivíduo ao longo do tempo. Observe que a médica acessou os registros anteriores sobre a paciente e, a partir disso, foi possível observar que Dona Deolina apresentava algum problema relacionado à digestão de leite e derivados, ainda que não se soubesse precisamente qual era o diagnóstico. De forma geral, saiba que os registros médicos evidenciam a longitudinalidade e a continuidade do cuidado.

Incorreta a alternativa C. A **orientação comunitária** é a capacidade de entender a estrutura da comunidade, com seus equipamentos sociais e suas relações. Em outras palavras, compreender como a comunidade está organizada, entendendo se existem locais para lazer, se existe alguma associação de moradores, parques, shoppings, entre outros. O texto não evidencia a falta de orientação comunitária, e sim a falta de competência cultural, já que a médica não se interessou em saber sobre o que seria a mãe do corpo, bem como descredibilizou a crença da paciente.

Correta a alternativa D, sem ressalvas.

45 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bárbara D'Alegria – Medicina Preventiva) O texto menciona que Luana é a única médica de um serviço de saúde com grande pressão assistencial, já que não existem outros serviços na região e a comunidade utiliza a UBS para todos os casos de urgência e emergência. Considerando que a rispidez de Luana com a paciente é fruto de uma sobrecarga de trabalho, em que nível de prevenção se enquadrariam as ações de saúde justamente para evitar o burnout médico?

- A) Prevenção primordial.
- B) Prevenção secundária.
- C) Prevenção quaternária.
- D) Prevenção quinquenária.

COMENTÁRIOS:

Comentário: Bárbara D'Alegria

Estrategista,

Existem 6 níveis de prevenção em saúde que podem ser cobrados nas provas de Residência Médica ou do REVALIDA, a saber:

- **Prevenção primária:** constitui-se de ações de saúde realizadas ainda no período pré-patogênico da doença, isto é, atua antes da incidência da enfermidade, justamente impedindo que ela se instale. Existem dois tipos de prevenção primária: a **promoção em saúde** e a **proteção específica da saúde**. Na primeira, como o próprio nome sugere, promovemos ou melhoramos o estado de saúde do indivíduo. Isso geralmente é feito por meio do incentivo à atividade física e à alimentação saudável. Paralelamente, temos a proteção específica da saúde, que protegerá o indivíduo especificamente contra uma determinada doença. Como exemplo, podemos citar as imunizações, que protegem o indivíduo contra uma enfermidade específica.
- **Prevenção primordial:** em termos bem didáticos, podemos dizer que a prevenção primordial seria uma espécie de prevenção primária aplicada a toda a população, **mas com o intuito de diminuir ou eliminar algum fator de risco**. Por exemplo, o processo de iodação do sal visando a prevenção do bócio endêmico, bem como a fluoretação da água de abastecimento de uma cidade, ou a instalação de academias públicas, são ações em que toda a comunidade tem benefício, porque reduzimos as prevalências de fatores de risco para uma determinada doença. Não conseguiremos quantificar individualmente o quanto cada um se beneficiou (afinal, você não está aferindo individualmente o quanto cada um consumiu de iodo ou flúor, ou o quanto fez de atividade física), mas você sabe que fatores de risco como deficiência de iodo ou flúor ou sedentarismo foram reduzidos naquela região, trazendo um benefício coletivo.

- **Prevenção secundária:** embora as ações de saúde empregadas para evitar a incidência da doença sejam muito eficazes, a verdade é que nem sempre conseguimos a evitar. Porém, mesmo quando a enfermidade já existe (ou seja, mesmo quando o período patogênico inicia), ainda assim é possível estabelecer ações de prevenção. Por exemplo, se um indivíduo já está doente, o ideal é que o diagnóstico e o tratamento sejam feitos precocemente, justamente para limitar o dano causado pela enfermidade, impedindo, assim, que o paciente evolua para as complicações. É o que acontece quando tratamos um indivíduo hipertenso, retardando a progressão da doença para complicações cardiovasculares, como acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca. Ou, ainda, quando rastreamento uma mulher para câncer de mama e um nódulo maligno é descoberto, permitindo o tratamento precoce e retardando a evolução para complicações, incluindo o óbito.
- **Prevenção terciária:** quando a doença continua em sua progressão ao ponto de gerar complicações ou perdas de função, isto é, ao ponto de gerar **incapacidade funcional**, ainda assim podemos atuar com prevenção em saúde, dessa vez em nível terciário. Por exemplo, suponha que um paciente hipertenso tenha evoluído com acidente vascular encefálico (AVE) e, agora, apresenta hemiparesia à esquerda. Observe que ele apresenta uma perda parcial da função motora. Nesse sentido, ele pode fazer fisioterapia ou reabilitação motora para recuperar essa incapacidade. Portanto, a prevenção terciária é aquela que atua na recuperação (total ou parcial) de incapacidades.
- **Prevenção quaternária:** nesse nível de prevenção em saúde, evitamos a iatrogenia ao avaliarmos se o paciente realmente precisa de um determinado medicamento ou exame complementar. Caso nossa conclusão seja a de que a intervenção **NÃO** é necessária, deixaremos de fazê-la – é o famoso *primum non nocere* ou primeiro não fazer mal. Portanto, a prevenção quaternária evita a iatrogenia ao atuarmos **no paciente**, uma vez que avaliamos especificamente para entender se ele realmente precisa ou não daquela intervenção.
- **Prevenção quinquenária:** esse nível também é responsável por evitar a iatrogenia, mas, ao invés de atuarmos no paciente, atuaremos na equipe de saúde. Por exemplo, sabemos que a profissão médica está naturalmente sob um intenso estresse emocional, bem como apresenta elevada carga horária de trabalho. Isso favorece o desgaste físico e emocional da equipe e dos médicos, que podem tomar uma decisão equivocada por conta do excesso de trabalho e estresse.

Agora que você conhece os níveis de prevenção em saúde, vamos analisar a questão. Observe que o enunciado fala justamente sobre evitar o *burnout* médico por meio de ações em saúde. Nesse sentido, estamos falando de prevenção quinquenária.

Existem diversas ações que podem ser efetuadas de forma a evitar a sobrecarga médica. No caso de Luana, tais ações exigiriam até mesmo a participação da secretaria municipal de saúde, que precisa aumentar o número de médicos da cidade, bem como aumentar os serviços de saúde da região.

Portanto:

Incorretas as alternativas A, B e C, conforme já explicado anteriormente.

Correta a alternativa D, sem ressalvas.

46 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bárbara D'Alegria – Medicina Preventiva) O texto informa que o município de Tapuarã é do tipo rural remoto e que a população tem baixo nível socioeconômico, o que evidencia que Dona Deolina apresentará dificuldades para comparecer na consulta com o gastroenterologista. Nesse sentido, assinale a assertiva que demonstra qual deveria ter sido a conduta de Luana diante do problema apresentado:

- A)** Luana deveria ter agendado uma teleconsulta com o gastroenterologista da capital, uma vez que a telemedicina se encontra regulamentada no país e a única exigência é que a paciente tenha um telefone celular com internet 5G em casa ou um computador com internet banda larga.

- B) Luana agiu de forma correta, pois, se o gastroenterologista fez o diagnóstico, é ele quem deve orientar a paciente.
- C) Luana deveria ter entrado em contato com o serviço de gastroenterologia que atendeu a paciente para obter maiores informações sobre o diagnóstico, o que permitiria determinar os próximos passos, exercendo, assim, a coordenação do cuidado.
- D) Luana deveria ter proibido Dona Deolina de frequentar as festas juninas, deixando claro que a paciente está colocando sua saúde em risco e que não terá mais a obrigação de atender caso ela não cumpra as ordens médicas.

COMENTÁRIOS:

Comentário: Bárbara D'Alegria.

Estrategista,

Veja que o examinador deseja saber qual deveria ter sido a conduta de Luana perante o problema de dona Deolina. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. De fato, a regulamentação da telemedicina no Brasil favorece o acesso à saúde em regiões remotas do país. O projeto UBS digital, que vem sendo implementado pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo justamente fazer com que a população de locais longínquos consiga atendimento médico sem que precise se deslocar por longas distâncias. No entanto, nesse primeiro momento, é preciso que o paciente se desloque até a UBS, de onde será realizada a chamada para o médico em outra cidade, por meio de uma plataforma específica. Portanto, não será por meio do celular da paciente em sua própria residência. Além disso, se a paciente pertence a uma população de baixo nível socioeconômico, é pouco provável que ela tenha acesso à tecnologia, como smartphones e computadores, ou que saiba os utilizar.

Incorreta a alternativa B. Luana é a médica coordenadora do cuidado e precisa olhar a paciente com integralidade, responsabilizando-se pelos problemas apresentados. Se Luana apresentar dúvidas em relação ao diagnóstico, ou até mesmo insegurança em relação ao manejo de algum problema específico, ela pode e deve encaminhar a paciente. No entanto, ela deve manter-se informada sobre os diagnósticos e tratamentos que a paciente realizará em outro ponto de atenção à saúde.

Correta a alternativa C, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa D. De fato, segundo nosso código de ética médica, um médico pode deixar de atender um paciente que não deseje, desde que isso não prejudique o paciente:

“Capítulo I, princípios fundamentais, VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.

No entanto, o médico não pode ameaçar o paciente afirmando que não prestará atendimento caso ele não cumpra determinações médicas. No caso de Luana, ela não pode deixar de atender dona Deolina, uma vez que ela é a única médica da região.

Considere o texto a seguir para as perguntas 47 e 48:

Beatriz, 30 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde para uma consulta de rotina com a enfermeira Mariana. Durante o exame físico, Mariana verifica que a paciente apresenta peso e estatura respectivamente iguais a 78,9 kg e 1,65 m, o que resulta em um IMC de 29 kg/m².

— *Beatriz, estou vendo aqui que seu IMC, que é o Índice de Massa Corporal, está compatível com sobrepeso. E está no limite superior. Mais um pouco e você entrará na faixa da obesidade.*

— *Sim, enfermeira Mariana, eu engordei muito nos últimos meses por conta de todos os problemas que lhe relatei, e eu já desconfiava desse diagnóstico.*

— *Certo. O que você acha de marcarmos uma consulta com a médica aqui de nossa equipe? É importante que você seja avaliada por ela, até mesmo para entender se existem outras comorbidades, bem como para estabelecer um plano de tratamento.*

— *Tudo bem, pode marcar, sim.*

— *Enquanto você aguarda a consulta, eu já posso o orientar em relação às mudanças de estilo de vida, como alimentação e atividade física. O que acha?*

— *Gostaria, sim, de receber essas orientações. Como viajarei amanhã, ainda não poderei as implementar, mas, na semana que vem, assim que eu retornar, eu dou início às mudanças necessárias.*

47 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bárbara D'Alegria – Medicina Preventiva) Tomando como base os estágios de mudança de comportamento do modelo transteórico, em que estágio motivacional se encontra Beatriz em relação ao sobrepeso?

- A) Contemplação, pois a paciente entende que tem um problema, mas ainda não consegue efetuar as ações necessárias para resolvê-lo.
- B) Pré-contemplação, pois a paciente identifica o problema e toma as ações necessárias para resolvê-lo.
- C) Preparação, pois a paciente identifica o problema e prepara-se para a mudança nas próximas quatro semanas.
- D) Preparação, pois a paciente identifica o problema e prepara-se para a mudança nos próximos seis meses.

COMENTÁRIOS:

Comentário: Bárbara D'Alegria.

Referência bibliográfica:

1. DIAS, RB e ALVES, L. Capítulo 75: Estratégias comportamentais e de motivação para mudanças de hábitos de vida voltados para a saúde. In: *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*, organizado por Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes e Lêda Chaves Dias. Editora Atheneu, 2ª edição, 2019.

Estrategista,

O enunciado apresenta Beatriz, uma paciente jovem que acabou de ser informada sobre o estado de sobrepeso. O enunciado deseja saber em que fase de motivação a paciente se encontra em relação à resolução do problema.

Para encontrarmos o gabarito, o primeiro ponto fundamental é você compreender que existem cinco estágios bem definidos para a mudança de comportamento (modelo transteórico de Prochaska e DiClemente). São eles (Dias RB e Alves L, 2019):

- pré-contemplação: o paciente simplesmente não quer mudar. Ele não acredita que tem um problema, tampouco considera uma mudança de comportamento.
- contemplação: ele admite o problema, embora ainda seja ambivalente em relação a ele (isto é, ainda não está pronto para implementar as mudanças), embora admita que possa apresentar eventual mudança nos próximos 6 meses.
- preparação: o paciente está decidido a mudar o comportamento. A expectativa é de que a mudança se inicie nos próximos 30 dias ou 4 semanas.

- ação: o paciente muda o comportamento de forma propriamente dita, investindo energia e tempo na mudança.
- manutenção: é a fase em que o paciente dá continuidade à mudança estabelecida, que ocorreu há 6 meses.

Ao longo do diálogo, é possível perceber que Beatriz já reconhece o problema e que compreende a necessidade de o resolver. Embora ela não consiga implementar as medidas necessárias de forma imediata, ela informa que está **preparada** para estabelecer a mudança na próxima semana, isto é, em um período inferior a 4 semanas. Portanto, ela encontra-se na **fase de preparação**.

Portanto:

Incorreta a alternativa A. A fase da contemplação é aquela em que o paciente entende o problema, mas ainda se encontra em posição ambivalente, isto é, ainda não possui uma data para implementar as mudanças necessárias.

Incorreta a alternativa B. Na pré-contemplação, o paciente ainda não considera que exista um problema a ser resolvido.

Correta a alternativa C, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa D, pois a fase de preparação tem como expectativa o início da ação nas próximas quatro semanas.

48 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bárbara D'Alegria – Medicina Preventiva) Considerando que Mariana é enfermeira de uma equipe de atenção primária (eAP), qual é a composição mínima esperada para esse tipo de equipe?

- A) A equipe deve ser formada por Mariana, um profissional médico e mais um agente comunitário de saúde.
- B) A equipe deve ser formada por Mariana, um profissional médico, um agente comunitário de saúde e um profissional técnico ou auxiliar de enfermagem.
- C) A equipe deve ser formada por Mariana e um profissional médico.
- D) A equipe deve ser formada por Mariana e obrigatoriamente um profissional médico especialista em Medicina de Família e Comunidade.

COMENTÁRIOS:

Comentário: Bárbara D'Alegria

Estrategista,

Esse é um tipo de questão que pode ser uma casca de banana para o candidato mais desatento. Observe que o enunciado fala em equipe de atenção primária (eAP). É comum a confusão desse tipo de equipe com a eSF, que é a tradicional equipe de saúde da família.

Mas qual é a diferença entre elas?

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cuja última versão é de 2017, as equipes de Saúde da Família (eSF) são o formato preferencial de equipe dentro da Atenção Primária à Saúde. Em sua composição, devemos ter:

- (1) o médico;
- (2) o enfermeiro;
- (3) o agente comunitário de saúde;
- (4) o agente de endemias;
- (5) auxiliar e/ou técnico de enfermagem e a equipe de saúde bucal, formada pelo (6) dentista; e
- (7) o auxiliar e/ou técnico de saúde bucal.

É preferível que o médico seja um médico de família e comunidade, bem como que o enfermeiro e o dentista tenham formação em Saúde da Família.

Ainda, se não for possível a composição da equipe com todos esses profissionais, a equipe deve ter, no mínimo:

- (1) o médico;
- (2) o enfermeiro;
- (3) o agente comunitário de saúde; e
- (4) o técnico de enfermagem.

A carga horária de trabalho deve ser de 40 horas e os profissionais só podem estar vinculados a uma equipe.

Paralelamente, temos as Equipes de Atenção Primária, que foram instituídas por meio da Portaria nº2.539 de 26 de setembro de 2019.

Com a necessidade de expansão da APS, as equipes de Atenção Primária (eAP) foram criadas para atender às características e necessidades de cada município **e devem ser compostas, no mínimo, por médicos e enfermeiros, ambos preferencialmente especialistas, respectivamente, em Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família.**

Observe, portanto, que a formação é “mais enxuta” quando comparada à da eSF, o que permite então a formação de mais equipes de forma mais rápida.



EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

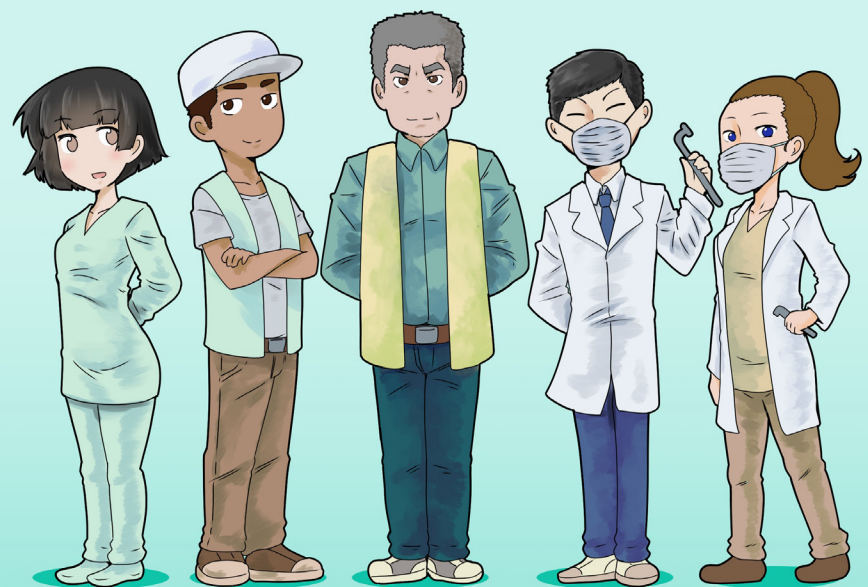
Médico enfermeiro



Médico

Enfermeiro

Composição não obrigatória



Auxiliar e/ou técnico de enfermagem

Agente comunitário de saúde

Agente de combate às endemias

Cirurgião-dentista

Auxiliar ou técnico em saúde bucal

Figura – Composição da equipe de atenção primária (eAP) mostrando que a equipe mínima deve ser formada pelo médico e o enfermeiro.

Além disso, as eAP podem funcionar em duas modalidades: a modalidade I compreende a carga horária de 20 horas para o profissional, e a modalidade II compreende a carga horária de 30 horas. Além disso, o profissional vinculado a uma eAP pode trabalhar em outra eAP, não existindo o conflito de duplicidade como nas eSF.

Pois bem! Agora que você conheceu a diferença entre eSF e eAP, ficou fácil encontrar o gabarito! Como o enunciado se refere a uma eAP, a equipe mínima deve ser composta apenas por médico e enfermeiro.

Portanto:

Incorreta a alternativa A. Observe que essa alternativa ficou “no meio do caminho” entre a composição mínima da eAP e da eSF. Se retirarmos o agente comunitário, teremos a composição mínima da eAP, mas, se acrescentarmos o técnico ou auxiliar de enfermagem, teremos a composição mínima da eSF.

Incorreta a alternativa B. Essa é a composição mínima da eSF.

Correta a alternativa C, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa D. De fato, a equipe mínima é composta por um enfermeiro e um médico, mas não existe a obrigatoriedade de o médico ser um especialista em Medicina de Família e Comunidade. O termo utilizado na legislação é “preferencialmente”.

49 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Thiago é um médico de família e comunidade muito preocupado com as possíveis iatrogenias decorrentes de sua prática clínica. Ele atende Luciana, uma mulher de 39 anos que está muito preocupada com sua saúde, já que uma de suas melhores amigas faleceu recentemente devido a um câncer de mama. A paciente está muito nervosa e solicita um pedido de mamografia para Thiago, dizendo ter muito medo de não ser diagnosticada precocemente. Considerando a medicina centrada na pessoa, os conceitos fundamentais de testes diagnósticos e as recomendações do Instituto Nacional do Câncer em relação ao rastreamento da neoplasia mamária, o médico deve:

- A) solicitar a mamografia, porque, segundo a medicina centrada na pessoa, a realização do exame trará benefícios emocionais para a paciente.
- B) não solicitar a mamografia, uma vez que a probabilidade pré-teste da doença é baixa, o que aumenta o risco de falso-negativo.
- C) não solicitar a mamografia, uma vez que a prevalência da doença ainda é baixa na idade de Luciana, o que diminui o risco de falso-positivo.
- D) não solicitar a mamografia devido ao aumento da probabilidade de falso-positivo.

COMENTÁRIOS:

Comentário: Bárbara D’Alegria

Estrategista,

O primeiro ponto fundamental para resolvermos essa questão é lembrarmos que os **rastreamentos são exames realizados em populações assintomáticas**, o que permite a detecção precoce da enfermidade e a modificação da história natural da doença.

No entanto, o principal problema dos rastreamentos reside no fato de que o paciente está assintomático. Essa ausência de sintomas **diminui a probabilidade de doença (probabilidade pré-teste)** e aumenta a probabilidade de “saúde” - aliás, a probabilidade pré-teste de uma enfermidade sempre é maior em sintomáticos do que assintomáticos.

Pois bem! Se a probabilidade pré-teste de uma doença é baixa, isso significa que o risco de falso-positivo aumenta, o que resulta em um baixo valor preditivo positivo. Ou seja, se o resultado do exame vier positivo, teremos que submeter o paciente a uma cascata diagnóstica para confirmar a doença, o que pode resultar em iatrogenia.

Por isso, para contornarmos esse problema da baixa probabilidade pré-teste em assintomáticos, é de praxe realizarmos os exames apenas em indivíduos que já estão na faixa etária em que a prevalência da doença começa a aumentar. Por exemplo, embora o câncer de mama possa se desenvolver em mulheres jovens, apenas mulheres na faixa etária em que a doença é mais prevalente realizarão o exame, pois isso aumenta a probabilidade pré-teste, apesar de estarem assintomáticas.

É por isso que o INCA determina que apenas as mulheres entre 50 e 69 anos devem realizar a mamografia, uma vez que é nessa faixa etária que encontramos a maior prevalência da doença. Caso o exame seja realizado em mulheres mais jovens, a probabilidade pré-teste cairá, o que aumentará o risco de falso-positivo e iatrogenias.

Um adendo: diversas sociedades médicas, como a Sociedade Brasileira de Mastologia e o Colégio Brasileiro de Radiologia, recomendam o início do rastreamento do câncer de mama aos 40 anos. No entanto, o INCA ainda recomenda o início do rastreamento a partir dos 50 anos.

Portanto:

Incorreta a alternativa A. O médico deve abordar os medos da paciente e orientá-la em relação aos prós e contras de cada procedimento, mas não deve solicitar um exame com potencial prejuízo apenas para conforto emocional.

Incorreta a alternativa B. É justamente o oposto: cenários de baixa probabilidade pré-teste costumam apresentar baixo risco de falso-negativo. Por isso, se um exame de rastreamento vier negativo, é provável que aquele resultado realmente seja verdadeiro.

Incorreta a alternativa C. A baixa probabilidade pré-teste aumenta o risco de falso-positivo, diminuindo assim o valor preditivo positivo. Dessa forma, um resultado positivo tem elevada probabilidade de ser falso, podendo acarretar iatrogenias caso o paciente seja submetido a novos exames ou até mesmo seja submetido diretamente ao tratamento.

Correta a alternativa D, sem ressalvas.

50 - (Estratégia MED 2022 - Inédita - Prof. Bárbara D'Alegria – Medicina Preventiva) Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou que a varíola dos macacos, também conhecida como *monkeypox*, é uma “emergência de saúde pública de interesse internacional”. Segundo o diretor geral da organização, é possível que o vírus responsável pela doença tenha sofrido uma mutação que aumentou sua transmissibilidade, resultando, assim, no aumento do número de casos em diversos países. No entanto, ainda não se observou o aumento concomitante de casos graves ou fatais, o que evidencia que o vírus manteve sua:

- A) virulência.
- B) imunogenicidade.
- C) patogenicidade.
- D) poder invasivo.

COMENTÁRIOS:

Comentário: Bárbara D'Alegria

Referências bibliográficas:

1. ROUQUAYROL, MZ; VERA, FMF; TÁVORA, LGF. Aspectos Epidemiológicos das Doenças Transmissíveis – capítulo 11. In: Rouquayrol MZ e Gurgel M. Epidemiologia & Saúde – 8ª edição. Editora Medbook, 2017.
2. ILINSKAYA, Anna N.; DOBROVLSKAIA, Marina A. Understanding the immunogenicity and antigenicity of nanomaterials: Past, present and future. Toxicology and Applied Pharmacology 299: 70–77, 2016. doi:10.1016/j.taap.2016.01.005.

Estrategista,

Estamos saindo de uma pandemia de covid-19 e, embora ainda não tenha sido decretada pandemia de **monkeypox**, estamos caminhando para isso. Fato é que as bancas de Residência Médica e de Revalidação gostam de “aproveitar” assuntos dessa natureza para cobrar as famosas propriedades dos agentes etiológicos. Nesse sentido, saiba que existem 7 propriedades fundamentais:

(1) Infectividade e (2) dose infectante: a infectividade “*é a capacidade de certos organismos de penetrar e se desenvolver ou multiplicar no novo hospedeiro, ocasionando infecção*” (ROUQUAYROL *et al.*, 2017). Portanto, é a característica que determina a probabilidade de o indivíduo ter a infecção a partir do contato com o bioagente. Além disso, por mais que o agente etiológico tenha condições de infectar o hospedeiro, é necessária uma dose mínima para que a infecção possa ser estabelecida. Nesse sentido, dose infectante é a “*quantidade do agente etiológico necessária para iniciar uma infecção*” (ROUQUAYROL *et al.*, 2017).

(3) Patogenicidade: “*é a qualidade do agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do ser humano ou outros animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados*” (ROUQUAYROL *et al.*, 2017). Portanto, é a capacidade de o microrganismo produzir a doença propriamente dita. Quanto maior for a patogenicidade de um determinado bioagente, mais **casos sintomáticos** surgirão entre os infectados.

(4) Virulência: essa propriedade informa a “*capacidade do bioagente em produzir casos graves ou fatais*” (ROUQUAYROL *et al.*, 2017). Dessa forma, quanto maior for a virulência do bioagente, maiores serão os coeficientes de gravidade e de letalidade da infecção.

(5) Poder invasivo: o poder invasivo “*consiste na capacidade que tem o parasito de se difundir, através de tecidos, órgãos e sistemas anatomofisiológicos do hospedeiro*” (ROUQUAYROL *et al.*, 2017). Portanto, dependendo da invasibilidade do agente etiológico, teremos infecções limitadas a alguns órgãos ou infecções sistêmicas.

(6) Imunogenicidade: a imunogenicidade, também conhecida como poder imunogênico, “*é a capacidade que o agente infeccioso tem de produzir imunidade no hospedeiro*” (ROUQUAYROL *et al.*, 2017). É importante não confundir com **(7) antigenicidade**, que seria a capacidade do bioagente se ligar aos anticorpos, desencadeando uma resposta imune específica (ILINSKAYA; DOBROVLSKAIA, 2017). Veja, portanto, que estamos falando apenas sobre imunidade humoral. Fique atento, porque as definições de imunogenicidade e antigenicidade podem variar segundo a literatura utilizada. A definição de imunogenicidade está de acordo com o que afirma Maria Zélia Rouquayrol, que é uma das principais referências para as provas de Residência Médica e Revalidação do diploma médico.

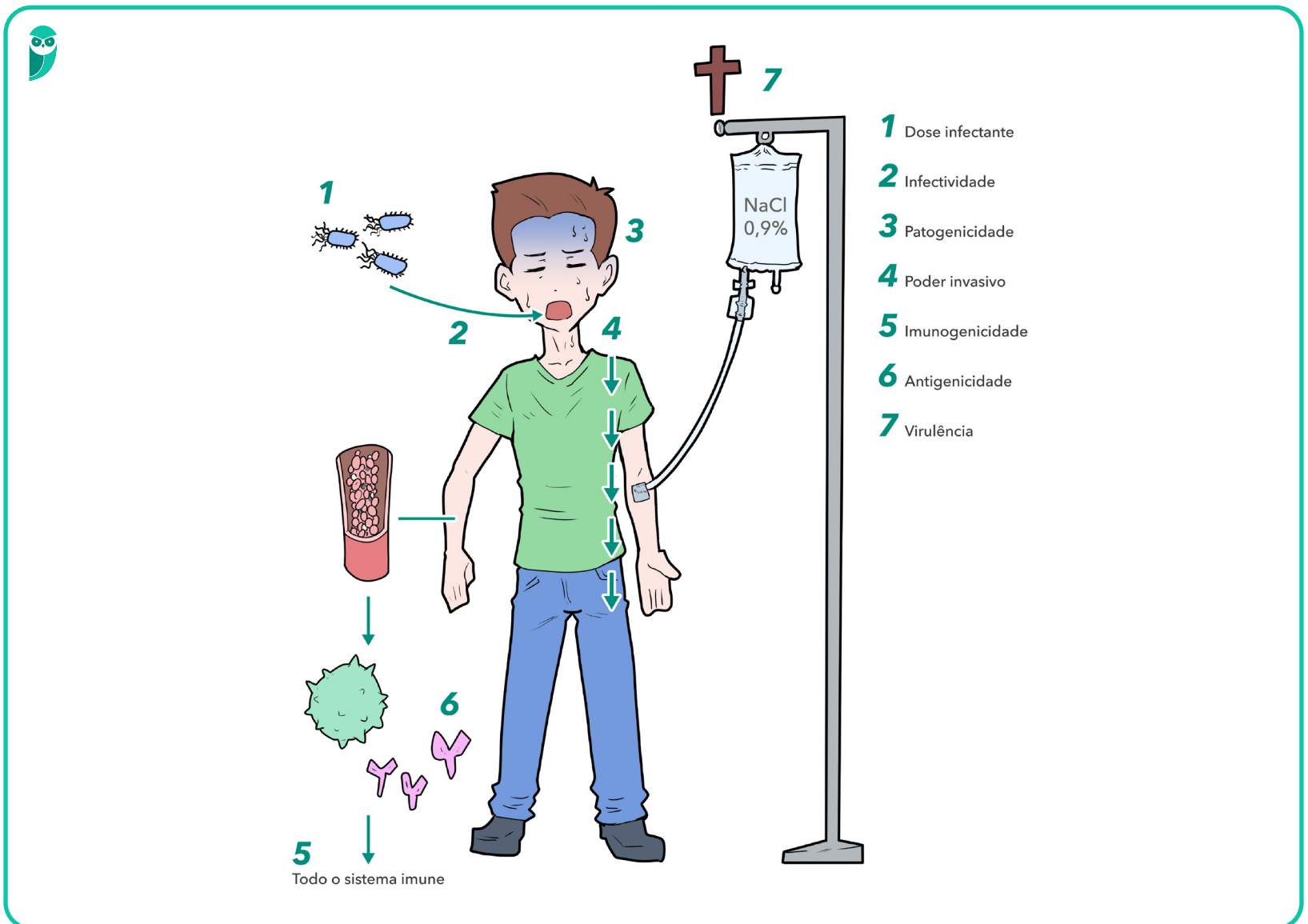


Figura – Propriedades dos bioagentes.

Observe que o enunciado fala que não houve um aumento no número de casos graves ou fatais, o que significa que houve a manutenção da **virulência**. Portanto:

Correta a alternativa A, sem ressalvas.

Incorretas as alternativas B, C e D, conforme explicado acima.



VEJA O RANKING





Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com