

ÚLTIMO
SIMULADO
RESIDÊNCIA MÉDICA 
2022

O PRINCIPAL
SIMULADO DO ANO!
CONCORRA A PRÊMIOS.

CADERNO DE RESPOSTAS

CLÍNICA MÉDICA

01 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Sérgio Beduschi Filho – Infectologia) Assinale a alternativa correta sobre a indicação de antibioticoprofilaxia para uma artroplastia primária de quadril (com implante de prótese).

- A) Por se tratar de uma cirurgia limpa, não há indicação de antibioticoprofilaxia.
- B) O antibiótico profilático deve ser administrado imediatamente após o início do procedimento cirúrgico.
- C) Caso seja prescrita profilaxia com cefazolina, uma nova dose deve ser realizada se a duração do procedimento ultrapassar quatro horas.
- D) A cirurgia deve ser classificada como limpa-contaminada.
- E) Clindamicina deve ser o antibiótico de escolha para antibioticoprofilaxia.

COMENTÁRIO:

Esse é um tema que já caiu mais de uma vez em provas do ENARE. A antibioticoprofilaxia consiste na administração de antimicrobiano com o objetivo de evitar infecção em sítio cirúrgico.

Como regra geral, a antibioticoprofilaxia é recomendada quando há risco elevado de infecção (como em cirurgias potencialmente contaminadas ou contaminadas), ou em cirurgias limpas, quando a infecção pode trazer consequências graves (cirurgias com próteses ou cirurgias cardíacas, por exemplo).

Incorreta a alternativa A. Apesar de ser uma cirurgia limpa, há sim indicação de antibioticoprofilaxia, já que será implantada uma prótese.

Incorreta a alternativa B. Para que seja eficaz, o antimicrobiano profilático deve ter nível tecidual no momento da incisão cirúrgica. Para isso, deve ser administrado antes do início do procedimento, preferencialmente 60 minutos antes.

Correta a alternativa C.

A redose (ou repique da dose) é indicada sempre que a duração do procedimento cirúrgico exceda em duas vezes o tempo de meia-vida do antimicrobiano ou quando há sangramento excessivo. A meia-vida da cefazolina é de 1,2 a 2,2 horas, sendo recomendada a redose a cada quatro horas de procedimento.

Incorreta a alternativa D. A artroplastia primária de quadril é um procedimento limpo. Vamos revisar a classificação cirúrgica de acordo com o potencial de contaminação:

- Limpa é a cirurgia que ocorre em tecidos sem sinais de inflamação, sem contato com trato respiratório, gastrointestinal, genital e urinário.
- Potencialmente contaminada (também conhecida como limpa-contaminada) é aquela em que o sítio cirúrgico envolve trato respiratório, genital, gastrointestinal ou urinário em condições controladas, sem sinais de infecção e sem contaminação acidental.
- Contaminada é a cirurgia com quebra importante de técnica asséptica ou grande contaminação do trato gastrointestinal. Também pode ser assim classificado o procedimento onde há tecido inflamatório agudo, sem presença de pus ou ferida acidental recente.
- Infectada é a cirurgia que ocorre com processo infeccioso já estabelecido ou com ferida traumática antiga e com a presença de corpo estranho ou tecido desvitalizado.

Incorreta a alternativa E. Para cirurgias limpas, o antibiótico mais utilizado e recomendado como primeira escolha é a cefazolina. Clindamicina é considerado um antibiótico alternativo para pacientes alérgicos à penicilina.

02 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Sérgio Beduschi Filho – Infectologia) Qual das alternativas abaixo sobre a campanha “Surviving Sepsis” está correta?

- A) Todo paciente com suspeita de sepse deve receber terapia antimicrobiana na primeira hora do atendimento.
- B) Em caso de necessidade de vasopressor para tratamento do choque, a norepinefrina pode ser infundida em acesso venoso periférico, enquanto não há acesso venoso profundo estabelecido.
- C) O uso de solução colóide é preferencial para a reposição volêmica inicial, quando comparada às soluções cristalóides.
- D) Corticosteroide só é indicado para pacientes com choque séptico refratário à ressuscitação volêmica e ao uso de vasopressor.
- E) Vasopressina é o vasopressor de primeira escolha para o tratamento do choque séptico.

COMENTÁRIO:

Em 2021, a campanha “Surviving Sepsis” atualizou suas diretrizes para o manejo da sepse. Leia os comentários abaixo para revisar as principais alterações.

Incorreta a alternativa A. Veja, a seguir, o resumo da orientação atualizada sobre o uso de antibióticos:

Antibioticoterapia		
	Com Choque	Sem Choque
Sepse definida ou provável	ATB imediatamente (< 1 hora)	ATB imediatamente (< 1 hora)
Sepse possível	ATB imediatamente (< 1 hora)	Avaliação rápida de causas infecciosas e não infecciosas. Se persistir hipótese de sepse: ATB (< 3 horas)

Note que a terapia antimicrobiana pode ser adiada por até três horas a partir do início do atendimento, quando o paciente está estável e há dúvidas sobre a etiologia do quadro clínico. Nesse curto período, o paciente deve ser investigado sobre as possíveis causas infecciosas e não infecciosas.

Correta a alternativa B.

Se houver necessidade de vasopressor, o medicamento pode ser infundido inicialmente em acesso venoso periférico. Assim que possível, um acesso venoso profundo deve ser estabelecido para infusão com maior segurança. Essa é uma nova recomendação, presente na atualização de 2021.

Incorreta a alternativa C. O manejo da hipotensão em um paciente séptico deve sempre ser iniciado com hidratação parenteral. A recomendação do consenso “Surviving Sepsis” é a prescrição de ressuscitação volêmica com 30mL/kg nas primeiras três horas. O uso de cristalóide é preferível ao de colóide. Dentre os cristalóides, o balanceado (como ringer lactato) é recomendado como primeira linha.

Incorreta a alternativa D. Na atualização de 2021, corticosteroide passa a ser recomendado a partir do momento em que é necessário o uso de vasopressor para manejo da hipotensão.

Incorreta a alternativa E. Para pacientes com choque séptico, norepinefrina (noradrenalina) é o vasopressor de primeira escolha para manter pressão arterial média de 65 mmHg. Em caso de hipotensão persistente, adicionar vasopressina. Para pacientes com choque séptico e disfunção cardíaca com hipoperfusão persistente, é recomendado adicionar dobutamina à norepinefrina ou trocar vasopressor por epinefrina (adrenalina).

03 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Maria Tereza Guerra – Endocrinologia) Uma paciente de 11 anos de idade, dá entrada no serviço de emergência com quadro de queda do estado geral, náuseas, vômitos e dor abdominal difusa. A mãe relata que, na última semana, a paciente vem apresentando perda de peso, aumento da ingestão hídrica e noctúria. Ao exame físico, a paciente mostrava-se sonolenta, com mucosas secas e olhos encovados, afebril, PA 80x60 mmHg, FC 117 bpm, ausculta cardiopulmonar sem alterações e abdômen difusamente doloroso sem sinais sugestivos de irritação peritoneal. Considerando a principal suspeita diagnóstica, que distúrbio ácido-básico você espera encontrar na gasometria arterial?

- A) Acidose respiratória
- B) Acidose metabólica com ânion gap elevado
- C) Alcalose respiratória
- D) Alcalose metabólica
- E) Acidose metabólica com ânion gap normal

COMENTÁRIO:

O enunciado descreve um caso clássico de abertura de quadro de diabetes *mellitus* tipo 1 com uma complicação hiperglicêmica muito “querida” das provas de Residência Médica: a cetoacidose diabética (CAD).

Clinicamente, a CAD manifesta-se com: sinais e sintomas sugestivos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso), desidratação, taquicardia, taquipneia, hálito cetônico, náusea e/ou vômitos, dor abdominal, visão embaçada, confusão, sonolência, diminuição do nível de consciência e, eventualmente, perda de consciência (coma).

Para que você perceba qual é o distúrbio ácido-básico característico da CAD, precisamos lembrar qual é a sua fisiopatogenia. É já começaremos por reforçar uma máxima essencial para esse entendimento:

“O evento fisiopatogênico primordial para o desenvolvimento da CAD é a deficiência de insulina”.

Ou seja, a glicemia elevada é apenas uma consequência do real problema, não é a gênese do problema em si.

Vamos dividir as explicações fisiopatogênicas que se seguem em dois tópicos: hiperglicemia e acidose metabólica.

Justificando a hiperglicemia no paciente com CAD

Após a alimentação, os níveis glicêmicos aumentam e esse evento induz a secreção pancreática de insulina. A insulina, por sua vez, desempenha as seguintes funções:

- Inibição da secreção de hormônios contrarreguladores, tais como:
 - glucagon;
 - catecolaminas;
 - cortisol;
 - hormônio do crescimento (GH).
- Aumento da captação de glicose pelo músculo esquelético e pelo tecido adiposo.

Apesar de haver glicose no plasma, essa glicose não consegue entrar nas células devido à falta de insulina, ou seja, há um estado de hiperglicemia plasmática e hipoglicemia celular. Em um estado de insuficiência insulínica, a secreção dos hormônios contrarreguladores fica desinibida no intuito de criar fontes alternativas de energia para a manutenção das funções celulares.

Os hormônios contrarreguladores desempenham ações hiperglicêmicas dentro do metabolismo glicídico:

- O glucagon é um indutor da produção hepática de glicose pelo estímulo às reações de glicogenólise e gliconeogênese.
- A epinefrina estimula a glicogenólise e a gliconeogênese e prejudica a utilização periférica de glicose pelos tecidos insulinosensíveis (tecidos muscular e adiposo). Além disso, inibe a secreção de insulina e estimula a secreção de glucagon.
- O cortisol e o GH atuam sinergicamente com os outros hormônios contrarreguladores, estimulando a produção hepática de glicose e reduzindo sua utilização nos tecidos periféricos.

Para além de suas ações hiperglicemiantes, os quatro hormônios contrarreguladores ainda favorecem o desenvolvimento de um fenômeno que perpetua e dificulta a resolução da hiperglicemia: a resistência periférica à ação da insulina.

Não para por aí! Além de causar uma desinibição na secreção dos hormônios contrarreguladores, a insuficiência insulínica promove proteólise e redução da síntese proteica. Ou seja, os aminoácidos ficarão quase que completamente disponíveis para serem utilizados como substrato no processo de gliconeogênese hepática.

FISIOPATOGENIA DA CETOACIDOSE DIABÉTICA

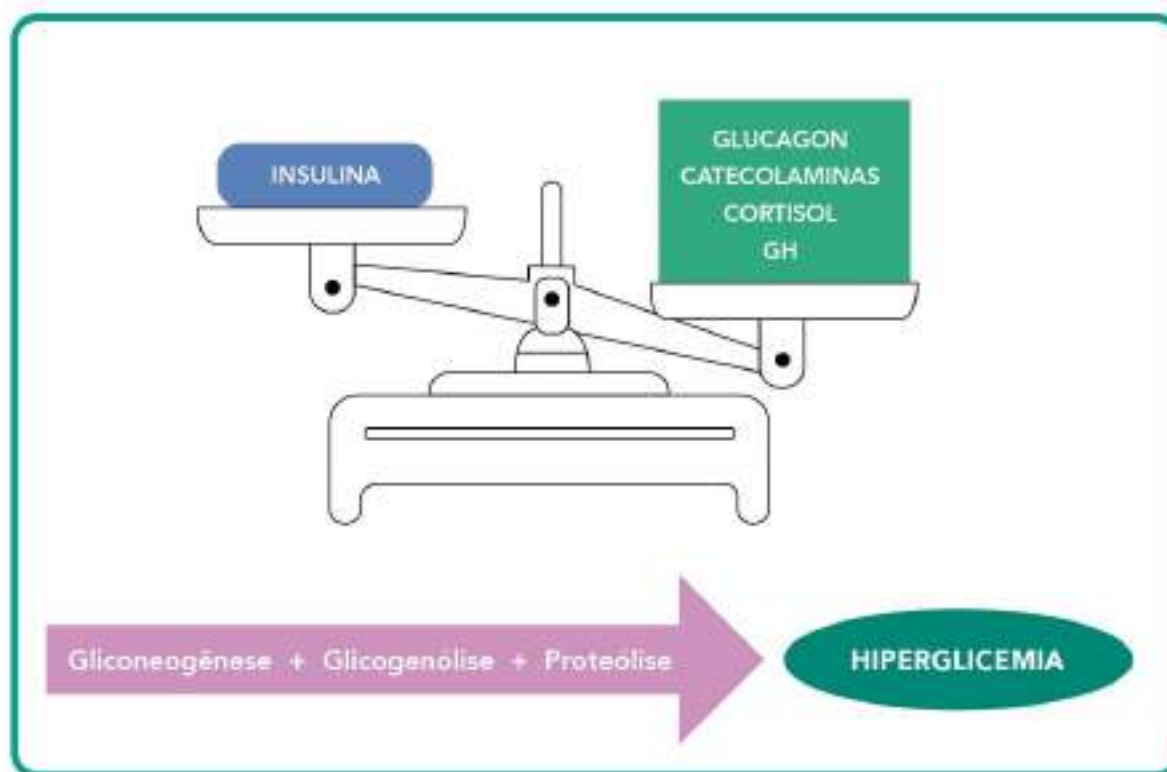


Figura 01: a insuficiência insulínica faz com que a secreção dos hormônios contrarreguladores fique desinibida, o que vai culminar nas reações de gliconeogênese, glicogenólise e proteólise. Esses eventos justificam a hiperglicemia característica da CAD.

Justificando a cetoacidose metabólica no paciente com CAD

A insulina é um hormônio anabólico e os hormônios contrarreguladores são catabólicos. No tecido adiposo, esse conceito manifesta-se da seguinte forma: a insulina desencadeia a desfosforilação da lipase hormônio-sensível e ativa a acetilcoenzima A (acetil-CoA). Essas alterações serão traduzidas em inibição da lipólise e estímulo à lipogênese. Portanto, se não há insulina suficiente, a lipólise fica desinibida e a lipogênese prejudicada. Além disso, a epinefrina é um potente ativador da lipase hormônio-sensível.

Como consequência da lipólise, haverá um aumento dos níveis séricos de ácidos graxos livres de cadeia longa (AGL). O estado de insuficiência insulínica, somado ao aumento dos níveis séricos de glucagon, induz a redução da síntese de malonil-CoA (enzima hepática responsável pela supressão da oxidação dos AGL). Portanto, além de chegar mais AGL ao fígado, haverá um aumento da oxidação dos AGLs, que resultará na produção de cetoácidos (ácido β -hidroxibutírico e ácido acetoacético) e triglicerídeos (pela associação de AGL com glicerol).

O ácido β -hidroxibutírico e ácido acetoacético são ácidos fortes e encontram-se dissociados no pH fisiológico do sangue. Inicialmente, os íons H^+ resultantes dessa dissociação serão tamponados pelo bicarbonato. Entretanto, com a manutenção do quadro, o bicarbonato vai tornar-se insuficiente para tamponar a produção de cetoácidos. Nesse ponto, teremos a instalação de uma acidose metabólica com ânion gap elevado (devido ao acúmulo de cetoácidos).

FISIOPATOGENIA DA CETOACIDOSE DIABÉTICA

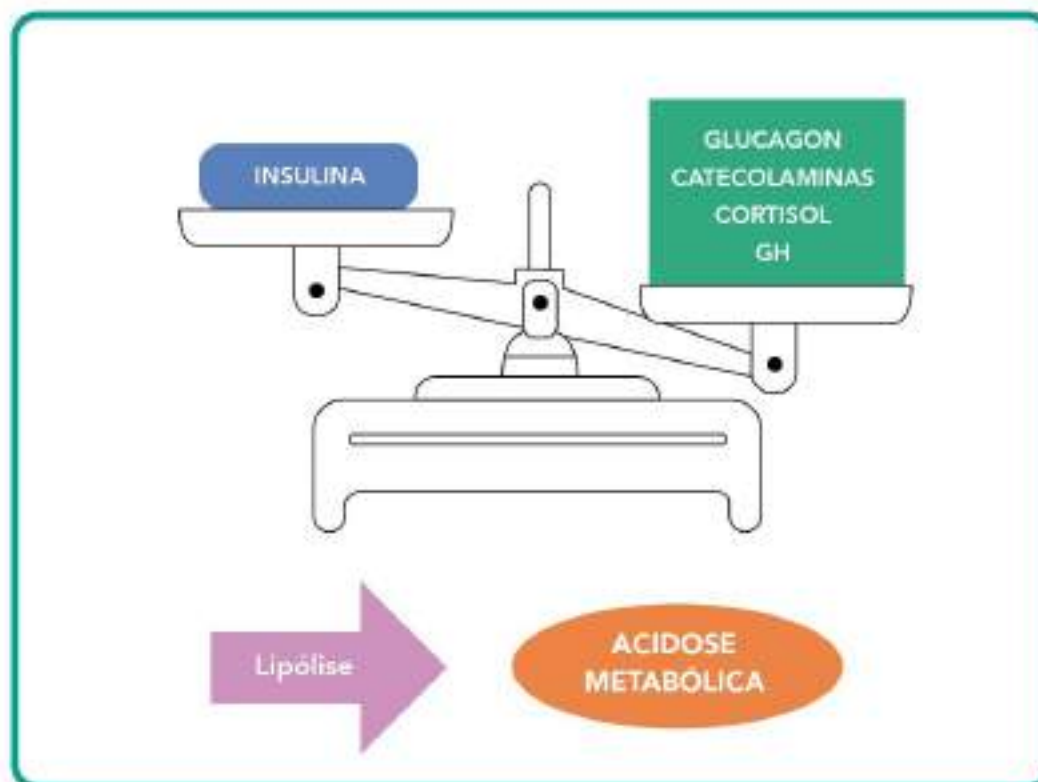


Figura 02: a insuficiência insulínica faz com que a secreção dos hormônios contrarreguladores fique desinibida, o que resultará em aumento da lipólise e da produção de AGLs. Concomitante a isso, ocorre aumento na oxidação dos AGLs e produção de cetoácidos. Esses eventos justificam a acidose metabólica característica da CAD.

Vamos relembrar a fórmula do ânion gap para explicar alguns conceitos:

$$\text{Ânion gap} = \text{cátions medidos} - \text{ânions medidos}$$

$$\text{Ânion gap} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$$

Para manter a eletroneutralidade do sangue, as cargas positivas devem ser iguais às cargas negativas. O ânion gap é a diferença entre as cargas positivas medidas (Na^+) e as cargas negativas medidas (cloreto e bicarbonato). Os cetoácidos são cargas positivas não aferidas que consomem bicarbonato, por isso o ânion gap encontra-se aumentado. As acidoses metabólicas com ânion gap normal caracterizam-se por perda de bicarbonato e retenção de cloreto, portanto a hiperclorêmia faz com que o ânion gap permaneça normal. Parece confuso? Vamos ilustrar esse conceito para que você tenha uma “visão espacial” do ânion gap:



INTERPRETAÇÃO DO ÂNION GAP

GRÁFICO A

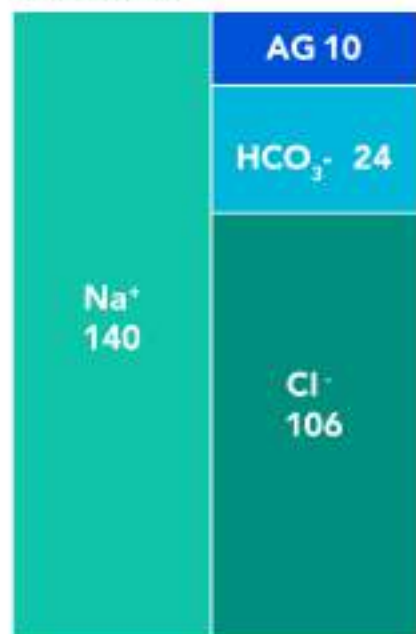


GRÁFICO B

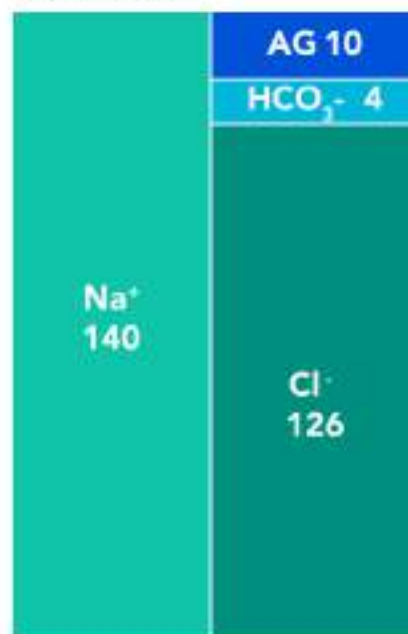


GRÁFICO C

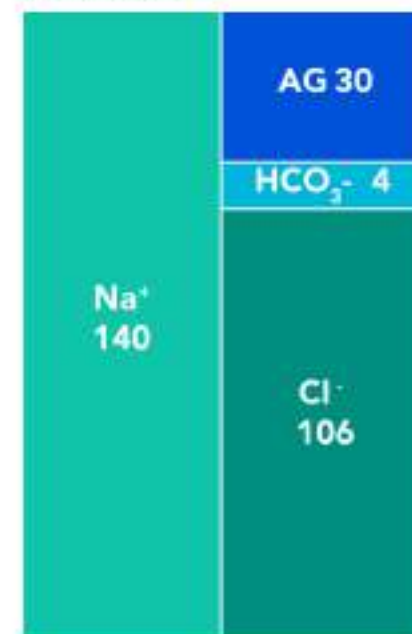


Figura 03: o "gráfico A" exprime uma situação de homeostase, enquanto os outros dois ilustram situações de cetoacidose metabólica (representada pelo bicarbonato reduzido). No "gráfico B", observamos uma cetoacidose metabólica com ânion gap normal (ou acidose metabólica hiperclorêmica). Já, no "gráfico C", observamos uma cetoacidose metabólica com ânion gap elevado (característica da CAD).

Incorreta a alternativa A: conforme comentário geral.

Correta a alternativa B:

os cetoácidos são cargas positivas não aferidas que consomem bicarbonato e, por isso, o paciente com CAD tem uma acidose metabólica com ânion gap elevado.

Incorreta a alternativa C: conforme comentário geral.

Incorreta a alternativa D: conforme comentário geral.

Incorreta a alternativa E: conforme comentário geral.

04 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Rodrigo Frezatti – Neurologia) Paciente de 30 anos queixa-se de cefaleia recorrente, intensa, com duração média de 2 horas e que ocorre cerca de quatro vezes ao dia. A dor ocorre sempre do lado direito e é tão intensa que apresenta profunda inquietação, não conseguindo ficar sentado. Não se queixa de náuseas, vômitos, foto ou fonofobia. No ano anterior teve sintomas semelhantes, à época, com duração total das crises de cerca de 3 meses. Já estava há 6 meses sem novos episódios. Sobre o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa correta.

- A) O tratamento inicial deve ser feito com indometacina.
- B) A ausência de sintomas trigêmino-autonômicos exclui a hipótese de cefaleia em salvas.
- C) O tratamento profilático dessa condição deve ser feito com administração de oxigênio em máscara de alto fluxo.
- D) A prednisona é uma alternativa de tratamento profilático nessa condição.
- E) Apesar dos achados atípicos, o diagnóstico mais provável é o de migrânea.

COMENTÁRIO:

Vamos aos dados:

- Homem de 30 anos
- Cefaleia em periorbital direita de forte intensidade
- Duração de 2 horas
- 4 episódios ao dia

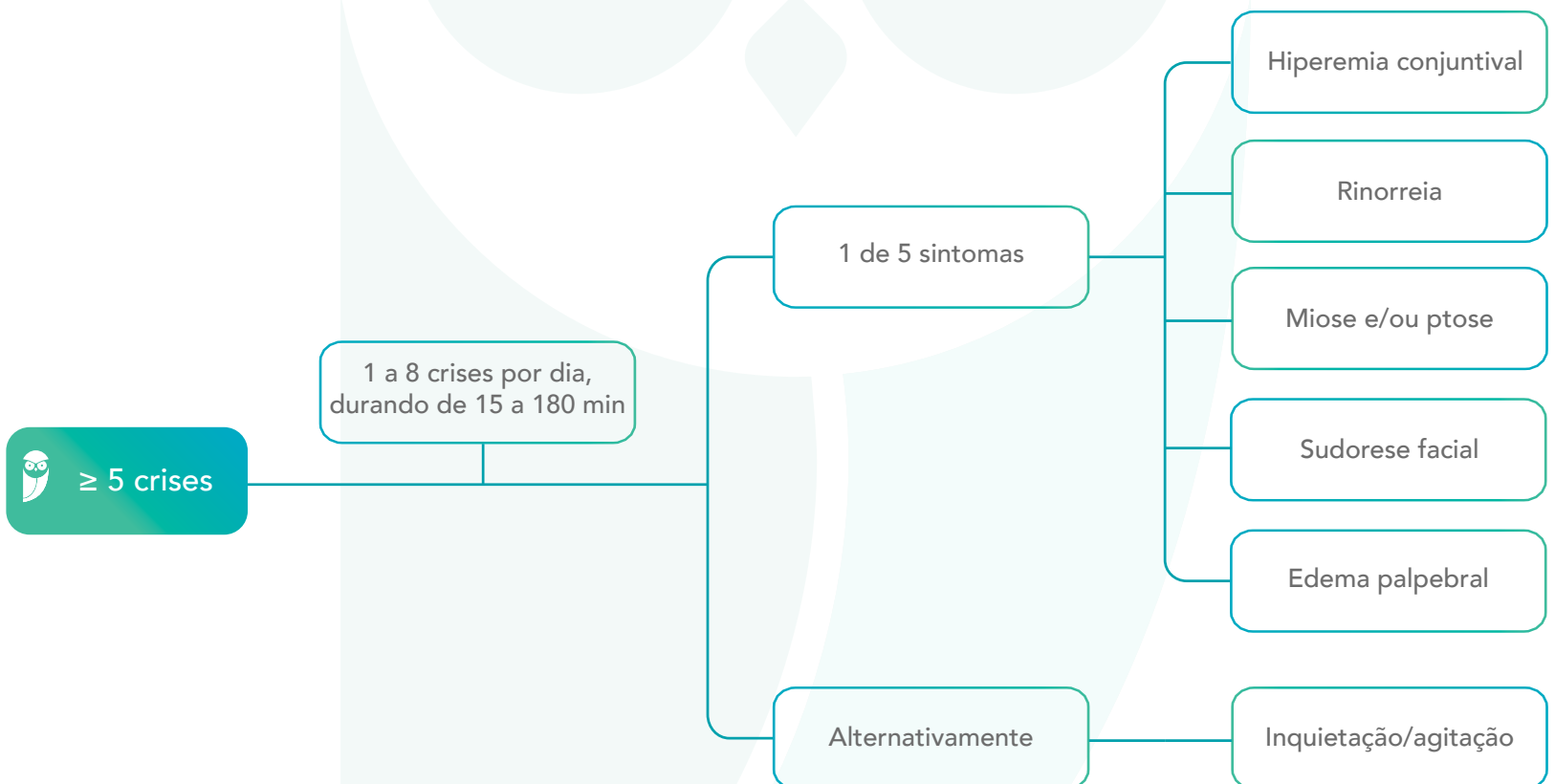
A ausência de sinais trigêmino-autonômicos podem ter afastado-o do diagnóstico de cefaleia em salvas, contudo essa é a principal hipótese diagnóstica para o quadro apresentado!

A cefaleia em salvas é uma doença que está inserida no grupo das cefaleias trigêmino-autonômicas. Nesse grupo, além da cefaleia em salvas, temos a hemicrânia paroxística, a hemicrânia contínua e as cefaleias de curta duração: SUNCT (“*Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing*”) SUNA (“*Short-lasting unilateral neuralgiform headache with autonomic symptoms*”). Trata-se de um grupo de doenças caracterizado por episódios de dor unilateral e associados a sinais de ativação do sistema trigêmino-autonômico. As manifestações possíveis são: lacrimejamento e/ou vermelhidão ocular, ptose e/ou miose, edema palpebral, alteração de sudorese, sensação de plenitude auricular e coriza e ou congestão nasal. Os aspectos epidemiológicos e as características das crises, como frequência e duração de dor, definirão a diferenciação entre as doenças desse grupo, conforme descrito na tabela abaixo. O diagnóstico adequado é essencial, pois o tratamento é diferente em cada uma dessas condições.

	Cefaleia em salvas	Hemicrânia paroxística	Hemicrânia contínua	SUNCT/SUNA	Neuralgia do trigêmeo
M:F*	3:1	1:1	1:3	5:1	F>M
Duração	15-180 min	2-30 min	Na crise: 2-30 min	5-250 seg	<5 seg
Frequência	1-8/dia	3-30/dia	1-40/dia	1-30/hora	Várias
Tratamento Agudo	Oxigênio	Indometacina	Indometacina	Sem resposta	Opioide
Profilaxia	Verapamil/ Lítio	Indometacina	Indometacina	Lamotrigina	Carbamazepina

*M: Masculino/F: Feminino

No entanto, apesar da associação clássica com sintomas trigêmino-autonômicos, é possível o diagnóstico de cefaleia em salvas mesmo na ausência desses sintomas. Veja a seguir:



Ressalto ainda que, nessa doença, é comum a predominância no sexo masculino e que ocorra um período de crises recorrentes (semanas a meses), o período em “salvas”, seguindo-se um período livre de crises de meses a anos, assim como descrito no enunciado.

Em relação ao tratamento, nas crises, as melhores opções são:

- **Oxigenoterapia** por meio de máscara não reinalante de 12 a 15 L/min com o paciente sentado. Continuar por 15 minutos, mesmo que a dor melhore antes, o que geralmente ocorre em 5 minutos.
- **Triptanos não enterais:** sumatriptano subcutâneo, sumatriptano intranasal (mais lento para atingir melhora de dor). Em algumas séries, o zolmitriptano intranasal. É uma alternativa, menos disponível e eficaz do que o oxigênio.

Já o tratamento profilático é feito com verapamil, prednisona e lítio.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. O diagnóstico mais provável é de cefaleia em salvas, não de hemicrania paroxística. Nessa segunda situação, ocorre predominância no sexo feminino, as crises duram entre 2 e 30 minutos e respondem bem ao tratamento com indometacina.

Incorreta a alternativa B. Como podemos ver no fluxograma acima, na ausência de sintomas trigêmino-autônômicos, o diagnóstico de cefaleia em salvas ainda pode ser definido, desde que o paciente apresente inquietação/agitação nos episódios de dor.

Incorreta a alternativa C. O tratamento das crises é feito, preferencialmente, com oxigênio (máscara reinalante 12 a 15 L/min). No entanto, essa estratégia deve ser reservada ao manejo das crises, não é um tratamento profilático.

Correta a alternativa D.

Exatamente. Junto do verapamil (na maioria dos fluxogramas, a primeira escolha) e do lítio, a prednisona é uma estratégia de profilaxia.

Incorreta a alternativa E. O paciente não preenche os critérios clássicos de migrânea. Vamos relembrar 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 abaixo:

- 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.

05 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Rodrigo Frezatti – Neurologia) Sobre o estado confusional agudo, assinale a alternativa correta:

- A) Demência, sexo masculino e idade avançada são fatores precipitantes dessa condição.
- B) Um AVC nunca se apresenta, agudamente, com quadro confusional, portanto não é um diagnóstico diferencial dessa condição.
- C) Em todos os pacientes com *delirium*, o uso de neuroléptico está indicado no manejo sintomático, no entanto, não é tratamento da causa do problema.
- D) O exame de neuroimagem e a punção liquórica fazem parte da avaliação inicial desses pacientes.
- E) Excepcionalmente, em casos selecionados, o manejo sintomático poderá ser feito com benzodiazepínicos.

COMENTÁRIO:

Tópico frequente em questões de Neurologia!

O estado confusional agudo (*delirium*), como o próprio nome diz, é uma alteração aguda do estado mental e seu diagnóstico é feito clinicamente, a partir dos critérios da ferramenta CAM-ICU, que define que, para o diagnóstico, o paciente precisa apresentar a instalação aguda de confusão mental, associada à desatenção e, ao menos, mais um destes dois sintomas: pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência.

Cerca de 15% dos pacientes em PS e 20% dos internados apresentam essa complicação. Idade, sexo masculino, antecedente de declínio cognitivo, privação de sono e depressão são fatores predisponentes para o quadro, ao passo que infecções, hipo/hipernatremia, uso de benzodiazepínicos, alguns antibióticos como quinolonas e cefepime, disfunção renal e outros fatores que alterem a homeostase são causas.

O tratamento depende da correta identificação da causa e o manejo sintomático, nos pacientes com *delirium* hiperativo, além de ajustes ambientais, envolve o uso de neuroléptico (haloperidol, risperidona, quetiapina). Contudo, em pacientes em abstinência alcoólica, ou portadores de síndromes parkinsonianas, ou mesmo com quadro clínico de intoxicação pelo uso de neuroléptico (síndrome neuroléptica maligna, parkinsonismo medicamentoso), a droga de escolha, caso seja necessário o manejo comportamental, é o benzodiazepínico.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Tais situações são fatores predisponentes (aumentam a probabilidade de *delirium*), contudo, não precipitantes (causa imediata) de *delirium*.

Incorreta a alternativa B. Embora seja incomum, um AVC, sobretudo o de circulação posterior, pode se apresentar com síndrome confusional aguda. O maior exemplo é a oclusão do topo da artéria basilar que cursa com síndrome confusional aguda e cegueira bilateral.

Incorreta a alternativa C. De fato, o neuroléptico é um tratamento sintomático, não da causa do problema, contudo só está indicado em casos de *delirium* hiperativo (risco de auto ou heteroagressão), não em todos os casos.

Incorreta a alternativa D. Tais exames só estarão indicados em casos selecionados. Em casos com diagnóstico clínico de *delirium* e ausência de sinais de alerta para meningite ou lesão estrutural cerebral, esses exames não serão necessários.

Correta a alternativa E.

O uso de benzodiazepínico pode ser fator precipitante de um *delirium*! No entanto, principalmente em pacientes com síndrome parkinsoniana prévia e *delirium* hiperativo, caso o manejo sintomático seja necessário, como o neuroléptico está contraindicado (pois piora o parkinsonismo), o benzodiazepínico será a medicação de escolha.

06 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Taysa Moreira – Reumatologia) Sobre a fibromialgia, é correto afirmar:

- A) O principal mecanismo de dor envolvido em sua fisiopatologia é o nociceptivo.
- B) Distúrbios do sono, quando presentes, ocorrem devido à associação com depressão.
- C) A pesquisa dos pontos dolorosos segue como critério classificatório.
- D) Atividade física aeróbica e higiene do sono devem ser recomendadas a todos os pacientes.
- E) Opioides, como tramadol, morfina e metadona, apresentam bom nível de evidência para o seu tratamento.

COMENTÁRIO:

Estrategista, a fibromialgia é o protótipo da síndrome dolorosa crônica e decorre de alterações nos mecanismos de processamento da dor, especialmente no nível do sistema nervoso central. Seu sintoma cardinal é a dor difusa, mas queixas como fadiga e sono não reparador são extremamente comuns. Outras manifestações, como distúrbios do humor, parestesias, rigidez e queixas cognitivas, também são frequentes.

Como não apresenta caráter inflamatório ou etiologia autoimune, não está associada a nenhuma alteração em exames de laboratório ou de imagem e o exame físico dos pacientes mostra apenas dor à palpação de músculos e articulações, especialmente nos chamados *tender points*, ou pontos dolorosos.

Dito isso, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: o principal mecanismo envolvido na fisiopatologia da fibromialgia é a dor de origem nociplástica, definida de acordo com os guidelines mais recentes como “dor que surge de uma nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara, ou ameaça, de lesão tecidual real provocando a ativação de nociceptores periféricos, ou evidência de doença ou lesão no sistema somatossensitivo que cause a dor.” No caso dessa condição, temos alterações nos mecanismos de processamento da dor envolvendo sensibilizações periférica e, principalmente, central. A dor nociceptiva inicia após o contato com algum estímulo nocivo, como inflamação, queda ou queimadura, devido à ativação de receptores presentes nas terminações nervosas livres de fibras aferentes na pele e outros tecidos: os nociceptores.

Incorreta a alternativa B: o sono não reparador é peça-chave no quadro clínico da fibromialgia e descrito em cerca de 70 a 80% dos pacientes. As queixas são as mais diversas, como insônias inicial (dificuldade para pegar no sono), intermediária (dificuldade em manter o sono) e terminal (despertar precoce), além de sonolência diurna. Estudos envolvendo eletroencefalograma e polissonografia desses pacientes mostram a intrusão de ondas alfa, associadas à vigília, em meio a ondas delta, típicas dos estágios profundos do sono. Ainda que a depressão curse com distúrbios do sono e esteja associada à fibromialgia em boa parte dos pacientes, a própria fisiopatologia dessa síndrome dolorosa justifica-os.

Incorreta a alternativa C: a presença de, pelo menos, 11 dos 18 *tender points* é obrigatória segundo os primeiros critérios para fibromialgia lançados em 1990, mas não consta nos mais atuais feitos em 2010/2011 e 2016.

Correta a alternativa D: a medida de maior impacto no seu tratamento é a prática de atividade física, especialmente aeróbica. Diversos estudos já comprovaram que exercícios regulares melhoram a dor, a fadiga, o sono e o humor. Práticas envolvendo higiene do sono também devem ser orientadas a todos os pacientes.

Incorreta a alternativa E: entre os opioides, o único que demonstrou benefício no tratamento da fibromialgia foi o tramadol, devido a sua ação como inibidor seletivo da recaptção de serotonina e noraepinefrina, semelhante ao que encontramos na duloxetina, por exemplo.

07 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Juan Demolinari Ferreira – Cardiologia) A respeito da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, que tratamento inicial é o mais adequado?

- A) Ramipril, ivabradina e carvedilol.
- B) Sacubitril-valsartana, carvedilol e espironolactona.
- C) Hidralazina e nitrato, carvedilol e enalapril.
- D) Ramipril, sacubitril-valsartana e carvedilol.
- E) Enalapril, digoxina e carvedilol.

COMENTÁRIO

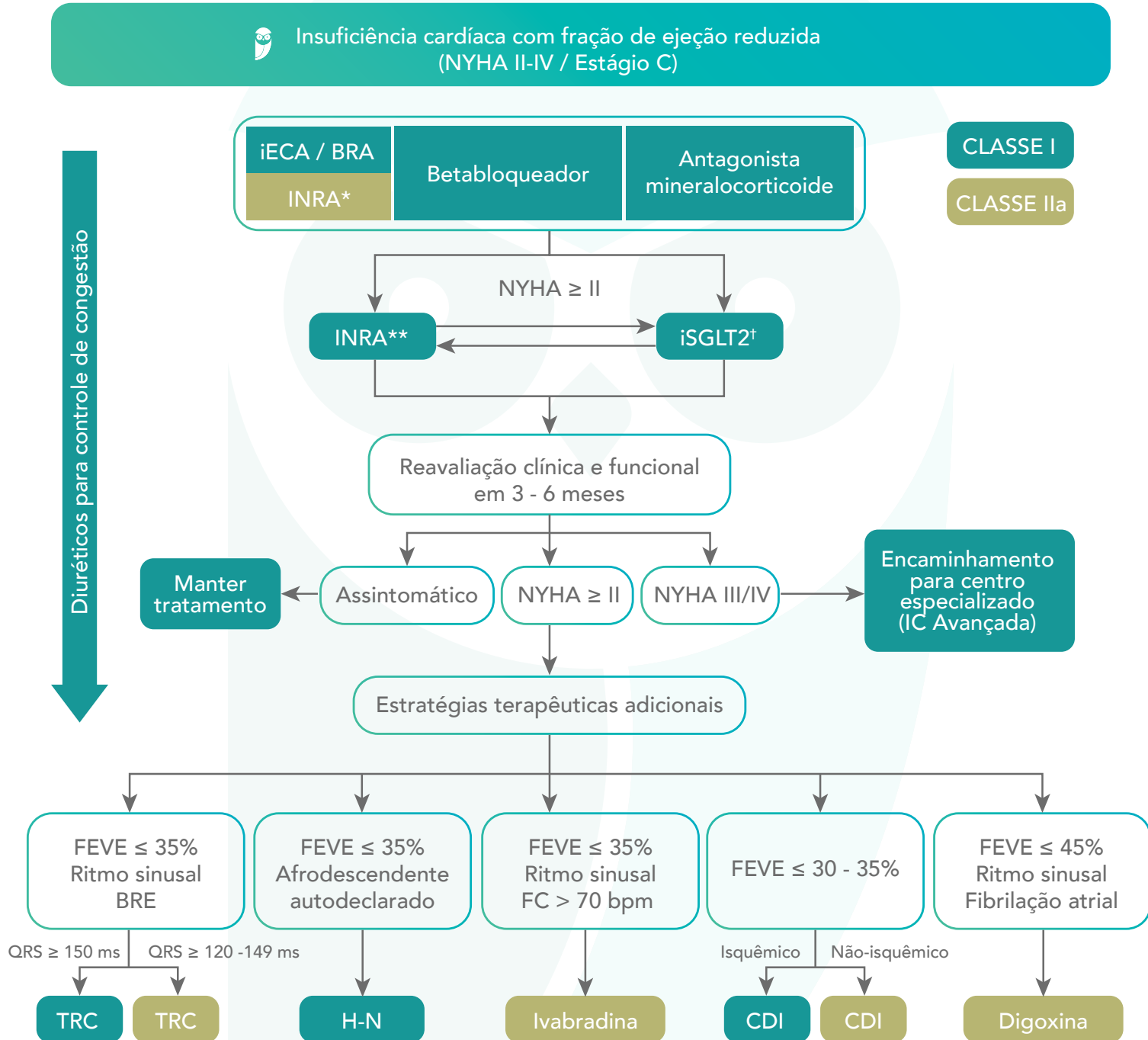
Sempre que iniciarmos o tratamento da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, devemos priorizar as drogas que alteram a mortalidade.

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 estejam 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 ou se usa sacubitril-valsartana ou se usa os inibidores da SGLT2, conforme mostra o fluxograma abaixo:



*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

Ao iniciarmos o tratamento, devemos considerar que o betabloqueador pode piorar as descompensações nas fases iniciais. Sendo assim, seu início só está indicado em pacientes sem sinais de congestão.

Se não houver contraindicações, a terapia começa com IECA e betabloqueador e, depois, acrescenta-se a espironolactona. A diretriz também permite, com menor nível de evidência, que usemos sacubitril-valsartana, betabloqueador e espironolactona inicialmente.

Incorreta a alternativa A. Ramipril é um IECA – correto. Carvedilol é um betabloqueador – correto. No entanto, a ivabradina só está indicada em pacientes que não tolerem betabloqueadores (BB) ou que mantenham frequência cardíaca > 70 bpm a despeito do uso de BB em doses máximas.

Correta a alternativa B. A terapia inicial com sacubitril-valsartana é permitida pela Diretriz.

Incorreta a alternativa C. O uso de hidralazina e nitrato é reservado para pacientes refratários ou para aqueles que não tolerem IECA ou BRA (insuficiência renal ou hipercalemia).

Incorreta a alternativa D. A associação de um IECA (ramipril) com sacubitril-valsartana é contraindicada pelo risco de angioedema.

Incorreta a alternativa E. A digoxina é reservada para os pacientes refratários.

08 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Fernanda Canedo – Hepatologia) Uma mulher de 45 anos procurou o Banco de Sangue para doação, sendo realizados os seguintes exames de triagem: HBsAg positivo, anti-HBc total positivo, anti-HCV negativo. Visando o esclarecimento diagnóstico, devemos solicitar:

- A) HBeAg.
- B) HCV-RNA.
- C) Biópsia hepática.
- D) Ultrassonografia de abdome.
- E) Elastografia hepática.

COMENTÁRIOS:

Querido aluno, marcadores sorológicos de hepatites virais é um tema muito frequente nas provas! É uma decoreba que vale a pena! Essa questão vai permitir que possamos revisar conceitos importantes!

Hepatite B é causada por vírus de **DNA** e sua transmissão é por **via parenteral**, ou seja, através 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 (não com 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 relembrar 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	-	-	-	+	+

O vírus da hepatite C (HCV) é um vírus de **RNA** com **transmissão parenteral**. Ele foi identificado em 1989 e, desde então, o risco de transmissão através da transfusão de sangue e hemoderivados caiu muito e hoje é irrisório.

A transmissão ainda pode acontecer por meio do **uso de drogas injetáveis e inalatórias** e esse é o principal fator de risco para novas infecções pelo HCV nos últimos 20 anos. A transmissão sexual e vertical é descrita, porém parece não ser muito frequente, é estimada em cerca de 3-10%.

Hepatite aguda sintomática é rara, acontecendo em até 20% dos casos, sendo mais comum identificar o vírus já em sua fase crônica.

Em relação à sorologia, 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 infecção deve ser feito com a dosagem da carga viral (HCV-RNA).**

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 infecção atual pelo HCV. Essa confirmação se dará apenas após realização da carga viral.

Analise este quadro que resume os achados possíveis em relação aos marcadores da hepatite C.

Anti-HCV negativo/ HCV-RNA negativo	Nunca teve contato com o HCV
Anti-HCV negativo/ HCV-RNA positivo	Hepatite C aguda ou incapacidade de produzir anticorpos*
Anti-HCV positivo/ HCV-RNA positivo	Hepatite C aguda ou crônica
Anti-HCV positivo/ HCV-RNA negativo	Hepatite C curada ou falso positivo

*A incapacidade de produzir anticorpos pode acontecer em pacientes imunodeprimidos ou em indivíduos em diálise.

Nossa paciente apresenta sorologia com HBsAg e anti-HBc total positivos, além de anti-HCV negativo. Qual é o provável diagnóstico da nossa paciente? Provavelmente, ela tem hepatite B crônica e nunca teve contato com o vírus da hepatite C.

Qual é o próximo passo? Para definir o status da hepatite B, precisamos saber como é o perfil do HBeAg.

Vamos analisar as alternativas.

Correta a alternativa A:

como vimos, é fundamental saber se a paciente tem hepatite B em fase de replicação ou não. Isso vai ser, inclusive, fundamental para definir sobre o tratamento. Portanto, o próximo passo seria solicitar o HBeAg.

Além disso, devemos avaliar as transaminases e, em caso de HBeAg negativo, faz-se necessário solicitar o HBV-DNA.

Incorreta a alternativa B: como vimos acima, o anti-HCV marca contato prévio com o vírus da hepatite C. Nossa paciente tem anti-HCV negativo e não temos alta suspeição de uma hepatite aguda pelo vírus C ou outra situação em que possa existir infecção pelo HCV com anti-HCV negativo.

Incorreta a alternativa C: a biópsia hepática é o exame padrão-ouro para avaliação e estadiamento da inflamação e da fibrose no paciente com doença hepática, entre elas, a hepatite B e C. Atualmente, a biópsia tem sido reservada para casos de dúvida diagnóstica e indicamos, na maioria das vezes, métodos não invasivos para avaliação de fibrose.

Incorreta a alternativa D: a ultrassonografia deve ser realizada para avaliar se há alterações morfofototexturais hepáticas, mas não seria o exame inicial.

Incorreta a alternativa E: a elastografia hepática é um método não invasivo de avaliação de fibrose hepática. Tem indicação no acompanhamento do paciente com alguma doença hepática crônica, mas não tem papel no diagnóstico etiológico e não é o próximo passo no nosso caso.

09 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Juan Demolinari Ferreira – Pneumologia) A respeito do uso de ventilação não invasiva, você considera que não deva ser indicada na seguinte situação:

- A) DPOC exacerbado.
- B) Pós-extubação em UTI.
- C) Pré-oxigenação em intubações.
- D) Parada cardiorrespiratória por síndrome coronariana.
- E) Síndrome do desconforto respiratório do adulto.

COMENTÁRIO:

Estrategista, estamos diante de uma questão conceitual acerca da Ventilação Mecânica Não Invasiva.

Antes de darmos sequência, vamos recordar quais são os principais modos ventilatórios não invasivos? Veja a tabela que segue, extraída e adaptada de acordo com a III Diretriz Brasileira de Ventilação Mecânica (2013):

Modos ventilatórios Não invasivos	
MODOS	DESCRIÇÃO
CPAP	Pressão constante na via aérea. Ventilação espontânea (isoladamente, não gera ventilação).
BIPAP	Dois níveis de pressão (IPAP: pressão inspiratória e EPAP: pressão expiratória positiva). Ciclagem a fluxo, é capaz de gerar ventilação.

Adaptado III Diretriz Brasileira de Ventilação Mecânica, 2013.

CPAP: *Continue Positive Airway Pressure* (Pressão Positiva Contínua na Via aérea).

BIPAP: *Biphasic Intermittent Positive Airway Pressure* (Ventilação com Pressão Positiva Bifásica).

A Ventilação Mecânica (VM) pode substituir de maneira total ou parcial a ventilação espontânea e está indicada em diversas ocasiões. Entretanto, pode ser utilizada de maneira não invasiva (VNI), por meio de uma interface externa, geralmente uma máscara facial.

O uso de VNI deve ser monitorado por profissional da saúde à beira-leito de 0,5 a 2 horas. Para ser considerado com sucesso, deve ser observada diminuição da frequência respiratória, aumento do Volume Corrente (VC), melhora do nível de consciência, diminuição ou cessação de uso de musculatura acessória, aumento da PaO₂ e/ou da SpO₂ e diminuição da PaCO₂ sem distensão abdominal significativa.

Quando não há sucesso, recomenda-se imediata Intubação Orotraqueal (IOT) e ventilação invasiva. Espera-se sucesso na população hipercápnica com o uso da VNI em aproximadamente 75% dos casos, ao passo que, nos hipoxêmicos, 50%.

De posse de tais conhecimentos, vamos avaliar as alternativas abaixo e identificar uma situação em que a VNI está contraindicada, mas não sem antes checar a tabela abaixo, também extraída da Diretriz Brasileira (2013).

Contraindicações à ventilação não invasiva (VNI)
ABSOLUTAS (SEMPRE EVITAR)
Necessidade de Intubação Orotraqueal (IOT) de emergência
Parada cardíaca ou respiratória
RELATIVAS (ANALISAR RISCO X BENEFÍCIO)
Incapacidade de cooperar, proteger vias aéreas ou secreções abundantes
Rebaixamento do nível de consciência (exceto acidose hipercápnica em DPOC)
Falências orgânicas não respiratórias (encefalopatia, taqui ou bradiarritmias, hemorragia digestiva, instabilidade hemodinâmica)
Cirurgia facial ou neurológica
Trauma ou deformidade facial
Alto risco de aspiração
Obstrução de vias aéreas superiores
Anastomose de esôfago recente

Adaptado III Diretriz Brasileira de Ventilação Mecânica, 2013.

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Incorreta a alternativa A. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada é uma indicação no contexto da acidemia respiratória, quando na vigência de exacerbação.

Incorreta a alternativa B. A VNI deve ser utilizada visando encurtar a duração da ventilação invasiva (ação facilitadora da retirada da VM), reduzir a mortalidade, diminuir as taxas de pneumonia associadas à ventilação mecânica (PAV), gerando menos dias internação de UTI e hospitalar na população de pacientes DPOC hipercápnico. Usar VNI imediatamente após a extubação nos pacientes de risco (tabela abaixo) para evitar Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) e reintubação (ação profilática).

Pacientes considerados em risco de falha de extubação que poderão se beneficiar do uso de VNI IMEDIATO pós-extubação

Hipercapnia
Insuficiência cardíaca congestiva
Tosse ineficaz ou secreção retida em via aérea
Mais que um fracasso no teste de respiração espontânea
Mais do que uma comorbidade
Obstrução das vias aéreas superiores
Idade > 65 anos
Tempo de ventilação mecânica >72 horas
Paciente portador de doenças neuromusculares
Pacientes obesos

Adaptado III Diretriz Brasileira de Ventilação Mecânica, 2013.

VNI: Ventilação Não Invasiva.

Incorreta a alternativa C. Nas intubações elegíveis à sequência atrasada, a VNI é uma boa técnica de pré-oxigenação.

Correta a alternativa D. A parada cardiorrespiratória é uma contraindicação absoluta à VNI.

Incorreta a alternativa E. Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), também chamada de Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) leve é uma das indicações de VNI, desde que o paciente esteja em leito de terapia intensiva e com a devida monitorização.

10 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Diego Ennes – Nefrologia) Em um paciente com edema de membros inferiores, proteinúria de 6 gramas e hipoalbuminemia, assinale a alternativa que representa a alternativa correta sobre essa síndrome.

- A) O paciente com síndrome nefrótica costuma cursar com dislipidemia, embora o triglicérides tenha tendência a ser normal.
- B) Glomerulonefrite difusa aguda é a principal etiologia, em todas as faixas etárias.
- C) Em alguns casos, a etiologia de síndrome nefrótica pode ser feita sem a necessidade de biópsia renal, por meio de marcadores séricos.
- D) Nefropatia por IgA apresenta-se dessa forma na maioria dos casos.
- E) Nefrite lúpica não se apresenta dessa forma.

COMENTÁRIO:

RESOLUÇÃO COMENTADA

Estrategista, você se lembra de qual síndrome estou falando, não é?

A síndrome nefrótica é uma manifestação típica de doença glomerular que é caracterizada pela perda de proteínas em grande quantidade na urina. A tríade clássica consiste nos seguintes elementos:

- Proteinúria > 3,5 g/dia em adultos ou > 50 mg/kg/dia em crianças;
- Hipoalbuminemia < 3,5 g/dL;
- Edema.

Vamos analisar as alternativas para compreender os erros e procurar a correta.

Incorreta a alternativa A: a dislipidemia é tão frequente na síndrome nefrótica que alguns autores já a consideram como parte dos critérios diagnósticos. Os pacientes nefróticos (exceto os portadores de doença por lesões mínimas) têm um risco de doença coronariana cinco vezes maior em relação à população geral, certamente, em parte, pelas alterações dos níveis séricos de colesterol.

Quanto aos mecanismos propostos, especula-se que os principais sejam:

- Aumento da síntese hepática de lipoproteínas: a hipoalbuminemia estimula o aumento da produção hepática de proteínas de maneira geral, incluindo as lipoproteínas, em especial LDL, IDL e VLDL.
- Aumento da excreção urinária de HDL.
- Redução da atividade periférica da lipase lipoproteica.

O perfil lipídico exibido por pacientes nefróticos é denominado de dislipidemia mista e reconhecidamente tem elevado potencial aterogênico: altos níveis de LDL e triglicérides associados a baixos níveis séricos de HDL.

Incorreta a alternativa B: a glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE), também conhecida como glomerulonefrite difusa aguda (GNDA), é a principal causa de síndrome NEFRÍTICA em nosso meio. Lembre-se dessa síndrome, Coruja:

Hematúria glomerular + edema + hipertensão arterial sistêmica

Correta a alternativa C. Mas, professor, não precisamos biopsiar TODA a síndrome nefrótica em paciente adulto? Cuidado, Coruja!

Apesar de a biópsia renal ser o padrão-ouro para o diagnóstico, as principais referências em glomerulopatias sinalizam a possibilidade de um diagnóstico de nefropatia MEMBRANOSA de forma não invasiva, baseado em um quadro clínico sugestivo e **elevados títulos de anti-PLA2r**.

Incorreta a alternativa D: A forma mais comum de manifestação clínica é marcada pelo aparecimento súbito de hematúria macroscópica, normalmente após algum gatilho, sendo os principais: infecção de vias aéreas superiores ou realização de exercícios físicos (lembre-se desse termo: **HEMATÚRIA SINOFARINGÍTICA**). O prognóstico nesse tipo de apresentação é usualmente favorável. Deve-se ressaltar que a hematúria surge durante o quadro ou poucos dias (2 a 3) após a faringite, um dado que auxilia na sua diferenciação em relação à GNPE.

Incorreta a alternativa E: O acometimento renal no Lúpus Eritematoso Sistêmico está presente em até 60% dos pacientes durante a evolução da doença e tem o compartimento glomerular como o mais afetado. Pode englobar todas as síndromes glomerulares – inclusive síndrome nefrótica, sobretudo na nefrite lúpica classe V – e apresentar graus diferentes de gravidade e prognóstico.

Pense em nefrite lúpica quando deparar com uma nefrite em uma mulher em idade fértil apresentando sinais e sintomas de lúpus

CIRURGIA GERAL

11 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Renatha Paiva – Cirurgia) Em relação ao trauma urológico, assinale a alternativa incorreta:

- A) O trauma renal é o único capaz de levar à instabilidade hemodinâmica.
- B) Hematúria maciça está presente no trauma renal grau V.
- C) A presença de hematúria microscópica e PA < 90 mmHg em algum momento após o trauma é indicação de tomografia de abdome para avaliar lesão renal.
- D) Atrofia renal e hipertensão arterial são complicações tardias do trauma renal.
- E) Lesão ureteral distal completa tem indicação de reimplante ureterovesical.

COMENTÁRIOS

Correta a alternativa A: quando falamos de trauma urológico, estamos abrangendo lesões do rim, ureter, bexiga, uretra e genitália externa. O rim é o órgão mais acometido do trato geniturinário superior e a maioria das lesões, 80% delas, são decorrentes de traumas contusos. O trauma renal pode causar lesões no parênquima renal ou nos principais vasos renais, causando sangramento e/ou lesões no sistema coletor com extravasamento de urina. **O rim é o único órgão do sistema geniturinário que, se lesionado, é capaz de levar à instabilidade hemodinâmica.**

Incorreta a alternativa B:

Até 1/3 das lesões por desaceleração, que podem causar lesão do pedículo renal ou lesão da junção ureteropélvica e trombose da artéria renal, podem não apresentar nenhum grau de hematúria, por isso, a gravidade da lesão renal não tem relação com o grau de hematúria.

Correta a alternativa C: O exame de escolha para o diagnóstico e estadiamento da lesão renal é a tomografia computadorizada com contraste endovenoso (fase arterial, venosa e excretora tardia para avaliar estruturas urinárias coletoras).

Vamos lembrar as indicações de tomografia de abdome e pelve, contrastada, na suspeita de trauma renal contuso:

- **Adulto com trauma abdominal contuso:** hematúria macroscópica ou hematúria microscópica (≥ 5 hemácias / cga*) e PA < 90 mmHg em algum momento após o trauma
- **Trauma com alto índice de suspeita de lesão renal:** Trauma direto no dorso/flancos, múltiplas lesões abdominais, equimoses no dorso/flancos, lesões por desaceleração (acidentes de trânsito em alta velocidade e quedas de altura), fratura de arcos costais inferiores e posteriores.
- **Crianças:** hematúria macro ou microscópica (OBS: a American Urological Association endossa o uso dos mesmos critérios de imagem para suspeita de lesão renal em crianças e adultos, no entanto, ela observa que as crianças podem não manifestar hipotensão com lesão renal com tanta frequência quanto os adultos).

*cga: campo de grande aumento

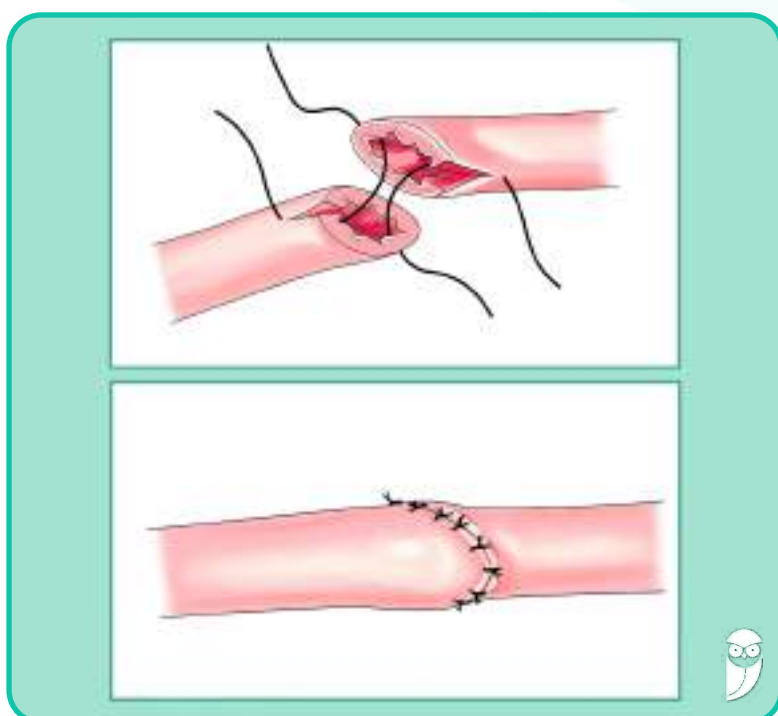
Dessa forma, paciente adulto com hematúria microscópica com PAS < 90 mmHg após o trauma, indica a realização de tomografia.

Correta a alternativa D: Atrofia renal e hipertensão arterial (por uma lesão vascular), e hidronefrose (por uma estenose do sistema coletor) são complicações tardias do trauma renal.

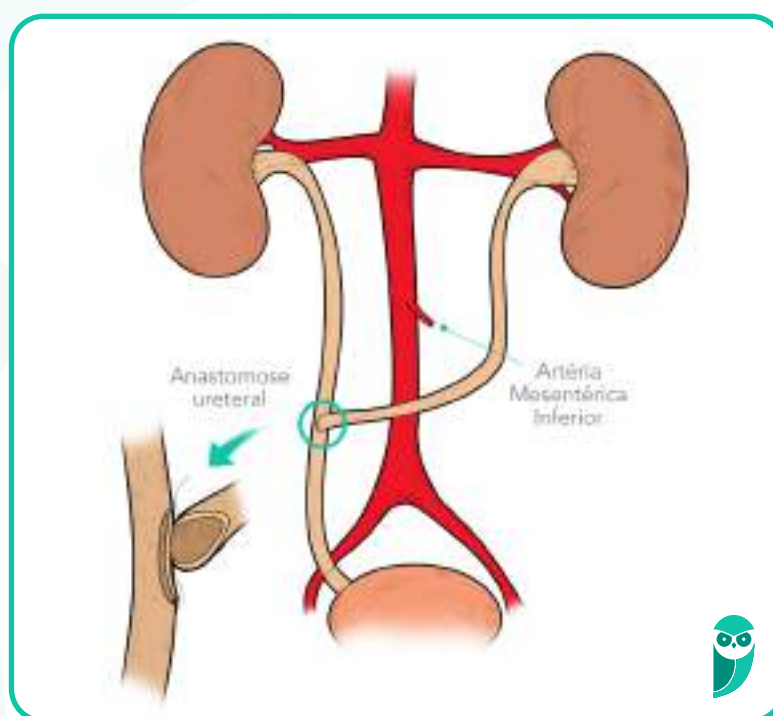
Correta a alternativa E: As lesões ureterais agudas, identificadas na laparotomia exploradora indicada por lesões concomitantes, devem ser preferencialmente reparadas cirurgicamente para evitar complicações futuras (urinoma, fístula, obstrução ureteral e falência renal). Exceção é feita na cirurgia de controle de danos, com lesões concomitantes graves que limitam o tempo permitido. Veja as condutas cirúrgicas diante de uma lesão ureteral:

- **Lesão ureteral contusa ou parcial (incompleta):** o *stent* ureteral comunica a pelve renal com a bexiga urinária (cateter de duplo J). É uma estratégia profilática capaz de reduzir edema progressivo, oclusão e isquemia.
- **Lesão ureteral completa:** a reconstrução ureteral deve ser realizada no momento da laparotomia inicial, se possível. As opções cirúrgicas, a **depender da localização da lesão**, incluem a reaproximação primária, ureteroureterostomia e reimplante ureteral, sempre colocando um cateter ureteral.
- **Lesões de ureter proximal e médio:** podem ser tratadas usando fechamento primário ou ureteroureterostomia espatulada. Também é descrita anastomose com o ureter contralateral, chamada de transuretero-uretero anastomose.

URETEROURETEROSTOMIA

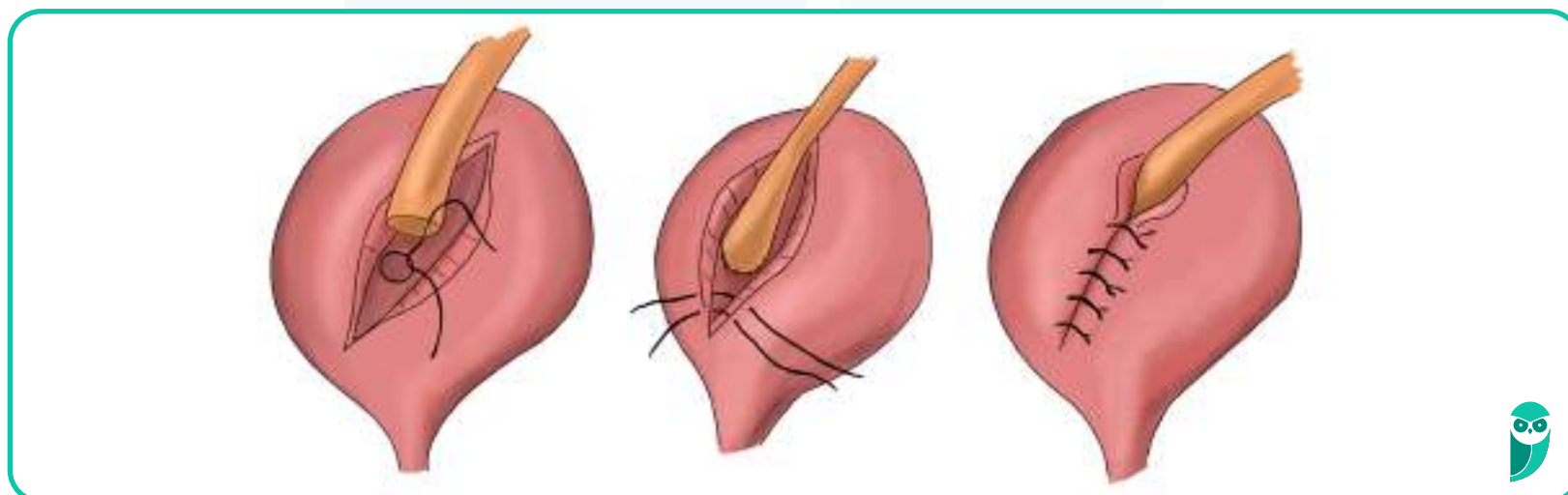


TRANSURETERO-URETERO ANASTOMOSE



- **Lesões do ureter distal (distais aos vasos ilíacos):** recomenda-se o reimplante ureterovesical.

REIMPLANTE URETEROVESICAL



12 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Renatha Paiva – Cirurgia) Em relação às hérnias da parede abdominal, assinale a alternativa correta:

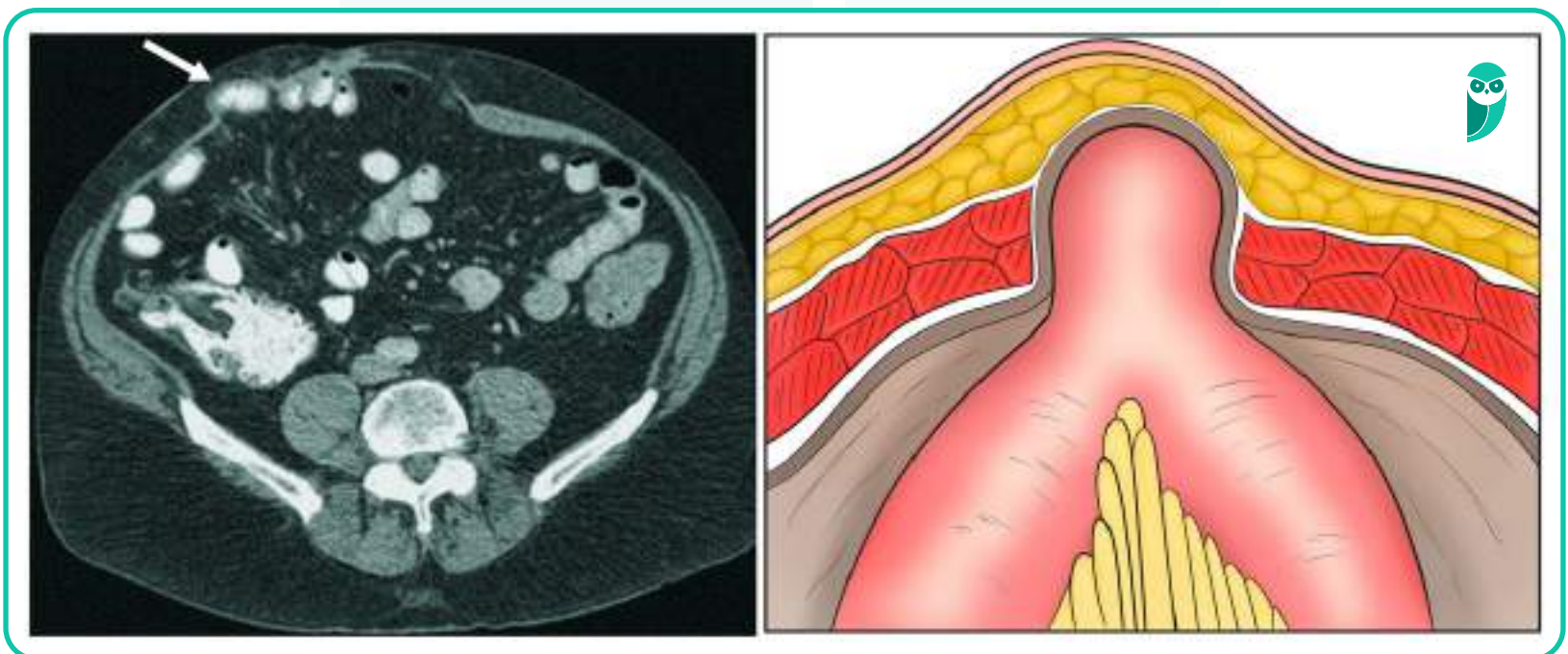
- A) Na hérnia de Amyand há encarceramento do apêndice cecal em uma hérnia femoral.
- B) Na hérnia de Richter, temos o encarceramento do divertículo de Meckel.
- C) A técnica de Lichtenstein é considerada a técnica padrão-ouro para correção das hérnias inguinais, diretas e indiretas, e femorais não complicadas.
- D) A técnica laparoscópica TAAP corrige tanto as hérnias inguinais quanto femorais.
- E) A presença de ascite é contraindicação absoluta à correção de hérnia inguinal por laparoscopia.

COMENTÁRIOS

Incorreta a alternativa A. A hérnia inguinal que contém um apêndice em seu saco herniário, inflamado ou não, recebe o nome de hérnia de Amyand, em homenagem ao cirurgião francês Claudius Amyand, que, em 1735, descreveu a presença de um apêndice perfurado dentro do saco herniário de uma criança que foi submetida a uma apendicectomia com sucesso.

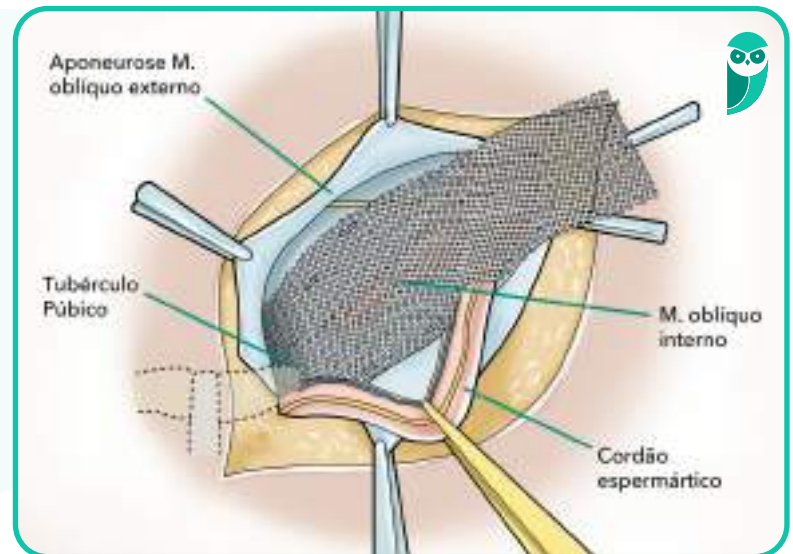
A Hérnia de Garengot é um subtipo raro de hérnia femoral que apresenta um apêndice cecal no interior do saco herniário. Recebe o nome em homenagem a René-Jacques Croissant de Garengot, que a descreveu em 1731.

Incorreta a alternativa B. A hérnia de Richter é definida pelo encarceramento de apenas a borda antimesentérica de uma alça intestinal para o saco herniário. Ela pode formar-se em qualquer lugar que o defeito da parede abdominal seja grande o suficiente para o intestino entrar, porém pequeno o suficiente para impedir a herniação de um segmento inteiro do intestino. O local mais comum da hérnia Richter é o canal femoral (36 a 88%), sendo que o segmento mais comumente acometido é o íleo distal.



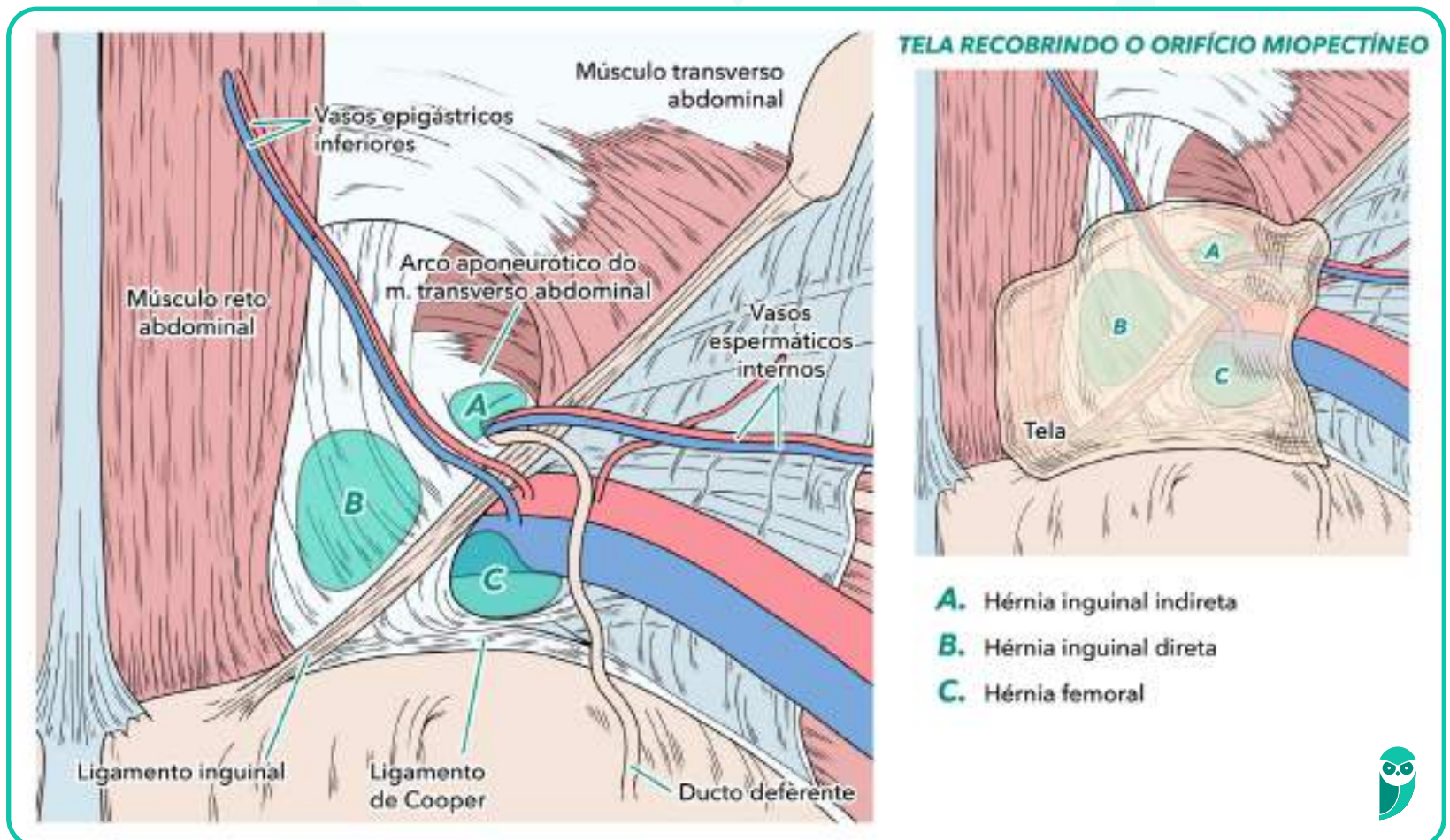
A hérnia de Littre é caracterizada pela presença de um divertículo de Meckel no interior do saco herniário. Os locais anatômicos da hérnia de Littre podem ser inguinais (50%), femorais (20%) ou umbilicais (20%).

Incorreta a alternativa C. A hernioplastia à Lichtenstein corrige simultaneamente o defeito da parede posterior (componente das hérnias inguinais diretas) e a dilatação do anel inguinal interno (componente das hérnias inguinais indiretas), com baixos índices de recidiva herniária, em torno de 1%. Nessa técnica, considerada padrão-ouro para a correção de hérnias inguinais, fixamos uma tela no tubérculo púbico e no ligamento inguinal. Não corrige hérnias femorais.



Correta a alternativa D.

A hernioplastia laparoscópica utiliza o conceito de “*tension-free*”, ou seja, utiliza tela para seu reparo. A tela deve recobrir o orifício miopectíneo, descrito por Fruchaud em 1956, que seria uma área de fraqueza da região inguinal que daria origem a todas as hérnias da região, tanto inguinal quanto femoral.



Incorreta a alternativa E. São contraindicações **relativas** ao reparo laparoscópico:

- Incapacidade de tolerar a anestesia geral
- Cirurgia pélvica prévia

- Hérnia inguinal estrangulada ou encarcerada
- Grande hérnia escrotal
- **Ascite**
- Infecção ativa

13 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Renatha Paiva – Cirurgia) Em relação às doenças orificiais, assinale a alternativa correta:

- A) Paciente com abscesso perianal sem ponto de flutuação deve ser tratado somente com antibioticoterapia.
- B) O tratamento de escolha para doença hemorroidária grau IV é a ligadura elástica.
- C) Consideramos fissura anal crônica quando os sintomas duram mais de 4 semanas.
- D) 90% das fissuras anais estão localizadas na linha média anterior do canal anal.
- E) Segundo a regra de Goodsall-Salmon, fístulas com aberturas externas posteriores, tendem a seguir geralmente um curso curvilíneo até a cripta na linha média posterior.

COMENTÁRIOS

Incorreta a alternativa A: O tratamento primário do abscesso anorretal é a drenagem cirúrgica. Uma vez diagnosticados, todos os abscessos perianais e perirretais devem ser drenados prontamente. A falta de flutuação não deve ser motivo para adiar o tratamento. Os antibióticos sozinhos são ineficazes no tratamento da infecção perianal ou perirretal, mas podem ser úteis em alguns cenários, em associação à drenagem, como na presença de celulite ou fasciíte, para os pacientes que se encontram imunocomprometidos por qualquer motivo (incluindo a SIDA, diabetes ou imunossupressão medicamentosa), aqueles que manifestam sintomas sistêmicos.

Incorreta a alternativa B. Primeiramente, vamos relembrar a classificação da doença hemorroidária:

Tabela 1: Classificação da doença hemorroidária interna

Grau I	Não sofrem prolapso, localizando-se sempre acima da linha pectínea. O principal sintoma é o sangramento, geralmente gotejamento ou até esguicho de sangue no vaso sanitário.
Grau II	Sofrem prolapso para fora do canal anal aos esforços, mas reduzem-se espontaneamente.
Grau III	Sofrem prolapso para fora do canal anal aos esforços, necessitando de redução digital.
Grau IV	Sofrem prolapso para fora do canal anal, que não pode ser reduzido.

Todos os pacientes com doença hemorroidária devem fazer o tratamento clínico com medidas higieno-dietéticas (melhorar a higiene local com banhos de assento e alterar os hábitos dietéticos para obter fezes menos endurecidas e evitar o esforço evacuatório, por exemplo, aumentar a ingestão de fibras para 25 a 30 gramas por dia, beber mais líquidos e modificar as preferências alimentares, evitando alimentos constipantes e ingerindo verduras, legumes e cereais em maior quantidade).

A ligadura elástica é um procedimento simples e efetivo para o tratamento das hemorroidas, podendo ser realizado em consultório médico, sem sedação ou anestesia, utilizando apenas um anuscópio. Está melhor indicada para sangramento persistente das hemorroidas internas graus I e II (embora também seja ocasionalmente indicada para alguns pacientes com hemorroidas grau III).

Hemorroidas grau III e IV têm, como tratamento de escolha, a cirurgia, ou seja, a hemorroidectomia.

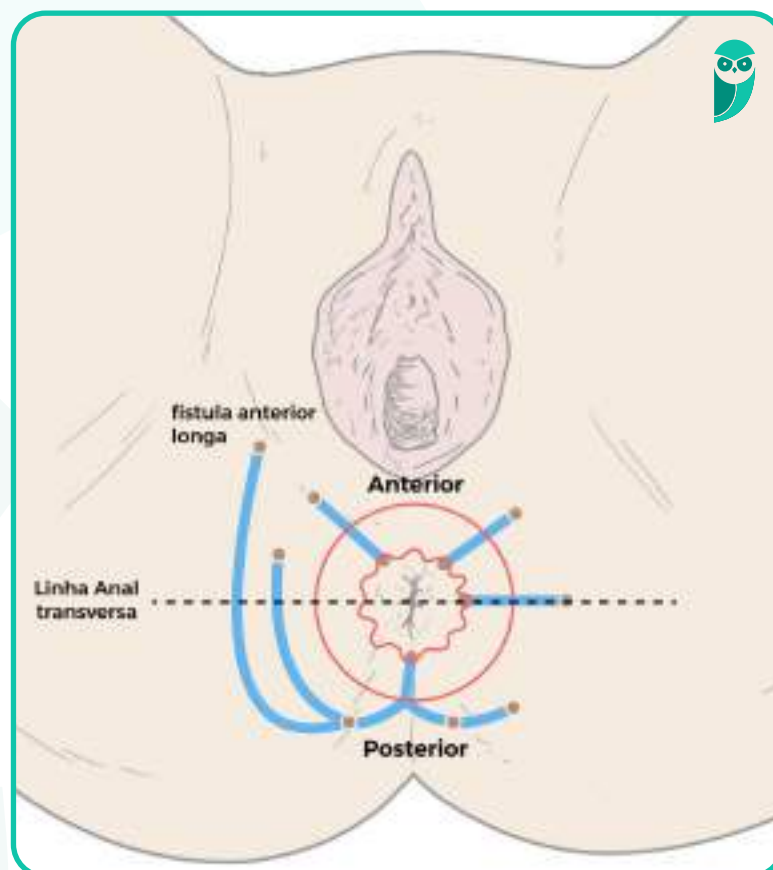
Incorreta a alternativa C. As fissuras agudas são, na maioria das vezes, superficiais e sem alterações secundárias; além disso, como o próprio nome indica, costumam se resolver em até 6 a 8 semanas. **As fissuras crônicas persistem por período superior a 6 a 8 semanas** e podem apresentar bordas endurecidas, uma prega cutânea externa (plicoma sentinela), papila anal hipertrófica e, até mesmo, uma relativa estenose anal reacional a um espasmo ou fibrose do esfíncter interno.

Incorreta a alternativa D: 90% das fissuras anais estão localizadas na linha média POSTERIOR do canal anal.

Correta a alternativa E.

A regra de Goodsall-Salmon ajuda a prever a localização da abertura interna ao dividir o canal anal nos segmentos anterior e posterior, por meio de uma linha transversal imaginária através da borda anal. Os tratos fistulosos com aberturas externas posteriores a essa linha tendem a seguir, geralmente, um curso curvilíneo até a cripta na linha média posterior. As fístulas anteriores tendem a fazer um trajeto em sentido radial internamente até a linha pectínea. Observe a figura a seguir para entender melhor.

No entanto, exceções a essa regra ocorrem com frequência. As principais exceções ocorrem se a abertura externa anterior estiver a uma distância maior que 3 cm da borda anal; são as chamadas fístulas anteriores de trajeto longo, que geralmente levam à linha média posterior. As fístulas em ferradura (cujo orifício interno também se situa na linha média posterior) e as fístulas secundárias à doença de Crohn também são exceções à regra de Goodsall.



14 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Renatha Paiva – Cirurgia) Em relação às malformações intestinais nos recém-natos, assinale a alternativa correta:

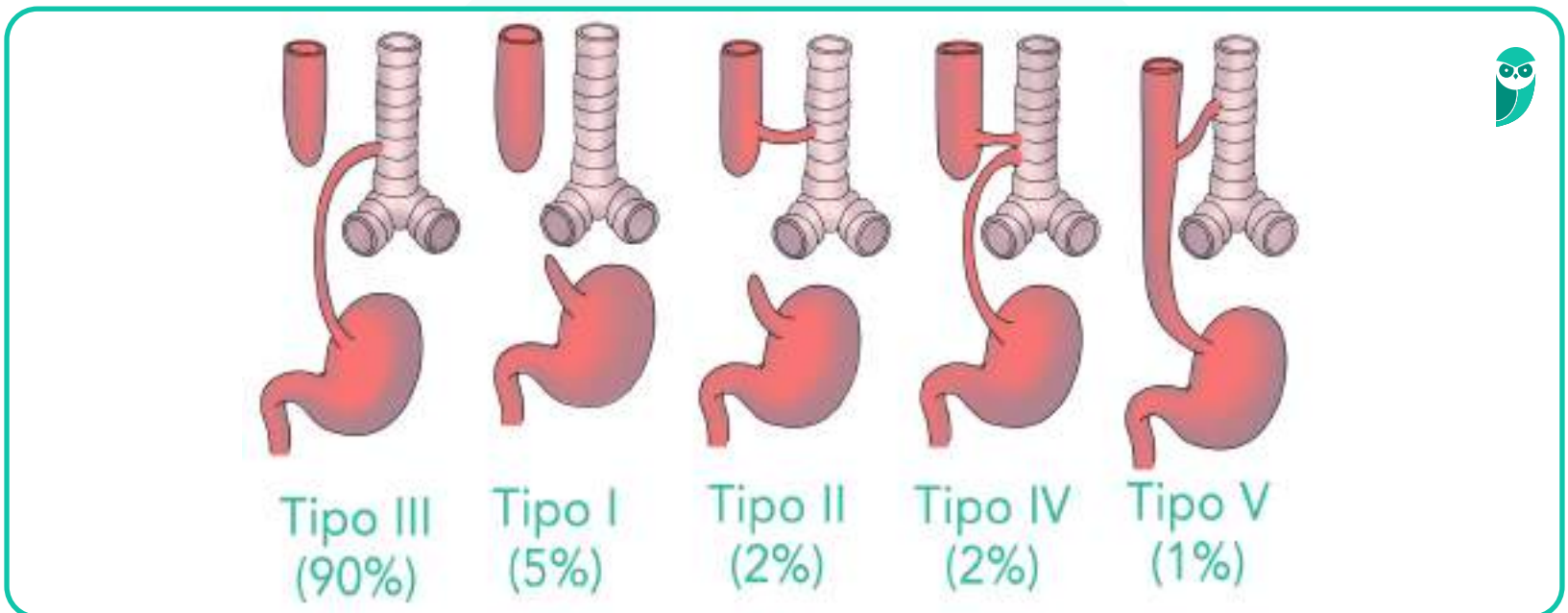
- A) A grande maioria das atresias de esôfago, intra-útero, são acompanhadas de polidrômio.
- B) O distúrbio metabólico mais frequente nos recém-nascidos com estenose hipertrófica de piloro é a acidose metabólica hipoclorêmica hipocalêmica.
- C) A acidúria paradoxal é um fator de gravidade na estenose hipertrófica de piloro.
- D) Dilatação endoscópica é o tratamento de escolha para a atresia duodenal.
- E) Na ausência de ânus com saída de mecônio pela urina, a cirurgia de escolha é a anorretoplastia sagital posterior - cirurgia de Peña.

COMENTÁRIOS

Incorreta a alternativa A. A atresia esofágica decorre da reabsorção do terço médio do esôfago. Esse evento cria uma falha entre o esôfago proximal e o distal. Anatomicamente, a atresia apresenta-se em 5 formas mais comuns:

- Atresia com fístula distal (tipo III),
- Atresia sem fístula (tipo I)

- Atresia com fístula proximal (tipo II)
- Atresia com dupla fístula - proximal e distal (tipo IV)
- Fístula em H sem atresia (tipo V)



A atresia esofágica sem TEF (atresia esofágica do tipo I) é caracterizada pelos três achados a seguir:

- o Polidrânio – O polidrânio pode não se desenvolver até o final do segundo trimestre, mas está presente em 100% dos casos no terceiro trimestre.
 - o Estômago não visualizado ou estômago colapsado.
 - o Bolsa esofágica proximal dilatada intermitentemente no pescoço ou no mediastino.
- A atresia esofágica com TEF (fístula traqueoesofágica) pode ser difícil de diagnosticar no pré-natal porque a fístula permite que o fluido flua para o estômago; portanto, o líquido amniótico e os volumes estomacais podem estar normais, e a bolsa esofágica proximal pode estar normal ou apenas transitoriamente dilatada. Polidrânio ocorre em aproximadamente um terço dos fetos com atresia esofágica mais TEF distal.

Como a atresia tipo III é a mais comum com fístula distal, polidrânio não está presente na maioria dos casos.

Incorreta a alternativa B. O distúrbio metabólico mais frequente nos recém-nascidos com estenose hipertrófica de piloro é a alcalose metabólica hipoclorêmica hipocalêmica.

Correta a alternativa C.

Vamos lembrar alguns conceitos: na EHP, o recém-nascido apresenta-se com vômitos em jato cada vez mais frequentes, determinando perda de ácido clorídrico (mas lembre-se de que não são perdidos apenas H⁺ e Cl⁻ nas secreções gástricas; também há perda de Na⁺, K⁺ e H₂O). A perda de H⁺ provoca retenção de bicarbonato, pela reação de tamponamento, em uma tentativa de reter H⁺ (a cada H⁺ perdido, 01 CO₂ combina-se com H₂O para formar H₂CO₃, que se dissocia em H⁺ e HCO₃⁻). Os rins eliminam o excesso de bicarbonato, simplesmente não reabsorvendo uma parte do bicarbonato filtrado no néfron proximal, determinando bicarbonatúria. Entretanto, existem algumas condições que aumentam a reabsorção renal de bicarbonato, impedindo a correção da alcalose: a hipovolemia, a hipocloremia e a hipopotassemia. Na hipovolemia, o néfron está ávido para reabsorver sódio, interferindo em uma primeira via de excreção do bicarbonato: combinado com o sódio. Na hipocloremia, o bicarbonato é reabsorvido no lugar do cloreto, junto com o sódio, para manter o equilíbrio eletroquímico do lúmen tubular. Por último, no néfron distal, normalmente, o sódio é reabsorvido em troca da secreção de potássio e hidrogênio. Na hipocalemia, há pouco potássio para ser secretado, logo, o H⁺ é secretado em seu lugar, em conjunto com a reabsorção de sódio. O resultado é a perda de H⁺, perpetuando a alcalose.

Resumindo: a acidúria paradoxal ocorre quando temos alcalose na presença de hipovolemia, hipocloremia e hipocalemia. Na alcalose, espera-se que a urina seja alcalina (bicarbonatúria), mas, na presença dessas condições associadas, a urina mantém-se ácida, visto que a hipovolemia e a hipocloremia impedem a excreção renal de bicarbonato e a hipocalemia aumenta a secreção tubular de H⁺. **A acidúria paradoxal é um fator de gravidade na EHP, indicando graves distúrbios hidroeletrolíticos a serem corrigidos.**

Incorreta a alternativa D. São pontos importantes sobre atresia duodenal:

- Vômitos biliosos, algumas horas após o nascimento.
- Síndrome de Down (30 a 40%) e à prematuridade.
- Polidrâmnio desenvolve-se em até 50% dos casos.
- Radiografia simples de abdome: “sinal da dupla bolha”.
- Tratamento: compensação clínica (hidratação + correção distúrbios ácido-base e eletrolíticos) + cirurgia (*bypass* da obstrução duodenal - duodeno-duodenostomia)
- **Não se faz dilatação por EDA!!!**



Fonte: prova de acesso direto UNICAMP 2021.

Incorreta a alternativa E. A presença de saída de mecônio junto com a urina indica a presença de uma fístula alta, que requer colostomia como primeira parte de uma reconstrução do trânsito em três tempos:

1. Inicialmente, é realizada colostomia terminal do cólon sigmoide e uma fístula mucosa.
2. O segundo procedimento é realizado aos 2-4 meses de idade e consiste em dividir a fístula retourinária ou retovaginal com tração do coto retal terminal para a posição anal normal (anorretoplastia sagital posterior, ou cirurgia de Peña). Após esse procedimento, são necessárias múltiplas dilatações anais, que começam duas semanas após a anorretoplastia e continuam por vários meses após o fechamento da colostomia.
3. O terceiro e último estágio é o fechamento da colostomia, que é realizado várias semanas após a cirurgia de Peña.

O RN com lesão baixa pode ser submetido a anorretoplastia em um único tempo, sem colostomia, por meio de abordagem perineal. Nessa cirurgia, a abertura retal é transposta para a posição normal nos centros dos músculos do esfíncter anal e o corpo perineal é reconstituído.

15 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Renatha Paiva – Cirurgia) Paciente de 65 anos, sem patologias prévias, admitido com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda associada à febre aferida de 38°C há dois dias. Baseando-se na principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- A) O tratamento domiciliar com antibióticos por via oral está contraindicado.
- B) Colonoscopia está indicada após 8 semanas.
- C) Fístula colovesical é uma complicação que requer tratamento cirúrgico de urgência.
- D) A complicação mais comum é o abscesso pericolônico e requer tratamento cirúrgico de urgência – cirurgia de Hartmann.
- E) A presença de peritonite purulenta difusa é classificada com Hinchey IV e pode ser tratada por meio de laparoscopia, irrigação e drenagem da cavidade.

COMENTÁRIOS

Sempre que estivermos diante de um paciente idoso, com dor em fossa ilíaca esquerda, devemos ter como principal hipótese diagnóstica a diverticulite aguda. Lembre-se de que o exame considerado padrão-ouro para o diagnóstico de diverticulite aguda é a tomografia de abdome contrastada, que também fará a classificação de Hinchey, tão importante para conduzir o tratamento.

CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY



Estágio I: abscesso mesentérico ou pericólico pequeno, confinado;
 Estágio II: abscesso pélvico bloqueado;
 Estágio III: peritonite purulenta generalizada; e
 Estágio IV: peritonite fecal generalizada.

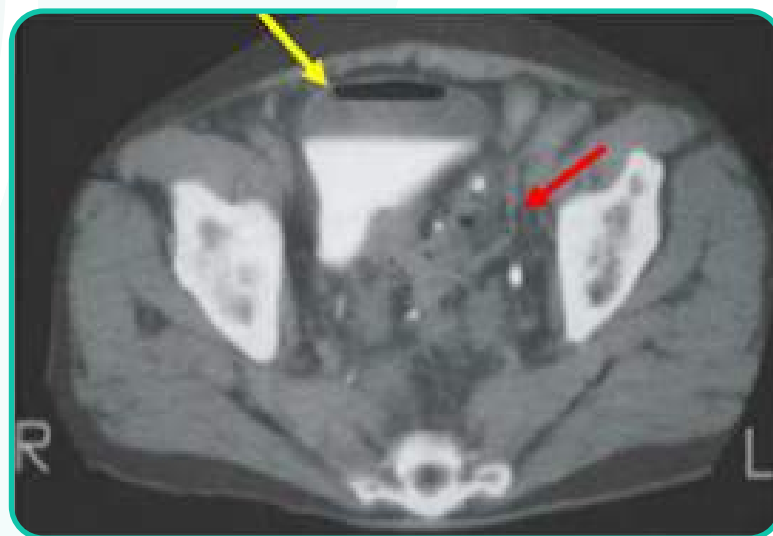
Incorreta a alternativa A. Nos casos de diverticulite aguda não complicada, a tomografia apresenta apenas discreto espessamento da parede dos divertículos, com aumento da densidade da gordura pericolônica. Não há sinais de complicações como a formação de abscessos e peritonite. **Pode ser tratada sem necessidade de internação hospitalar, com uso de antibióticos via oral, sintomáticos e dieta líquida/leve sem resíduos.** Só devemos estar mais atentos aos pacientes imunossuprimidos, idosos > 70 anos e com comorbidades significativas.

Correta a alternativa B.

A colonoscopia está contraindicada para o diagnóstico de diverticulite aguda, pois a inflamação é peridiverticular, além de ser um risco para perfuração ou exacerbação da inflamação existente no quadro agudo. Mas, **após a resolução completa dos sintomas associados à diverticulite aguda, a colonoscopia deve ser realizada para exclusão de malignidade associada, geralmente em seis a oito semanas.**

Incorreta a alternativa C. A diverticulite aguda é a principal causa de fístula colovesical (65 a 79%), seguida pela neoplasia colorretal (10 a 20%) e doença de Crohn (5 a 7%). Clinicamente, os pacientes costumam apresentar infecções urinárias de repetição, pneumatúria, fecalúria ou disúria. O diagnóstico normalmente é feito por meio de uma tomografia com contraste oral e retal, onde é visualizado ar dentro da bexiga.

O tratamento inicial da fístula colovesical consiste em controle da infecção com antibioticoterapia e **cirurgia eletiva posteriormente**, ou seja, sigmoidectomia com anastomose primária e fechamento da fístula. Não esquecer de solicitar colonoscopia previamente à cirurgia para excluir outras causas da fístula, por exemplo, neoplasias.



Seta amarela: ar no interior da bexiga.

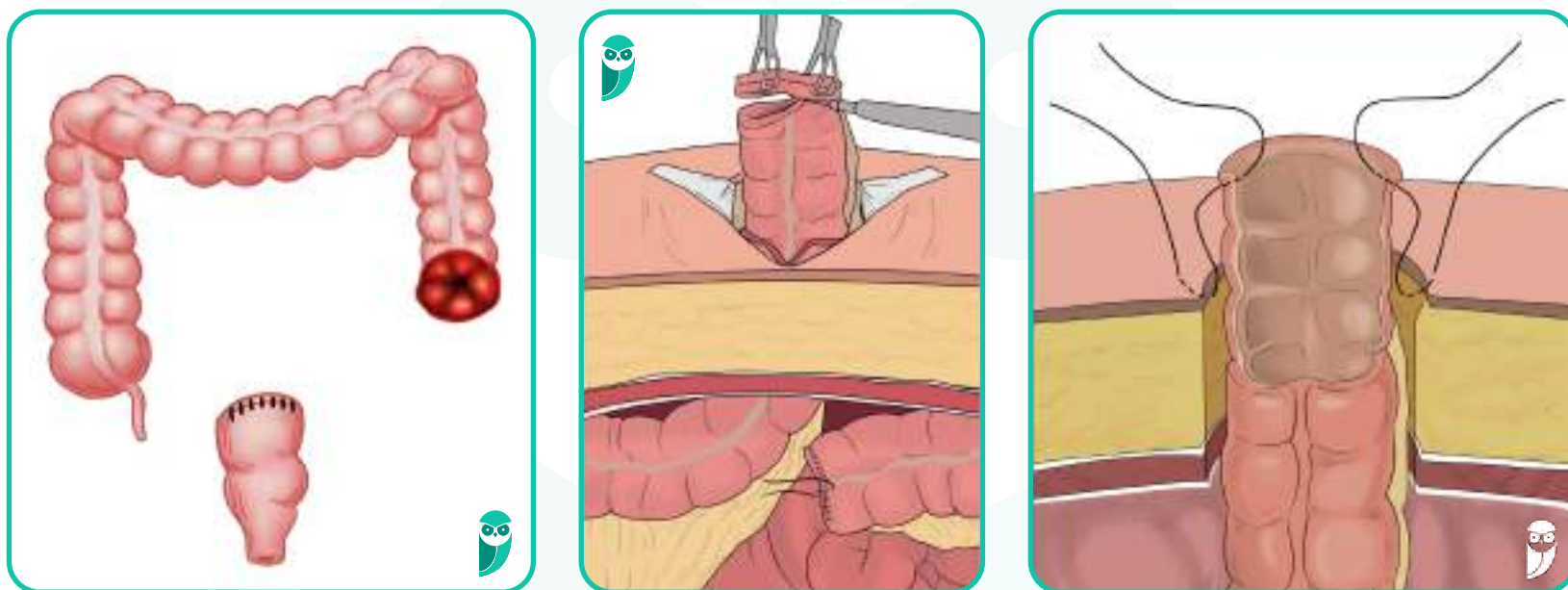
Seta vermelha: sigmoide espessado com pequena coleção.

Fonte: prova de acesso direto USP SP 2021.

Incorreta a alternativa D. Abscesso intracavitário é a complicação mais comum, ocorre em aproximadamente 17% dos pacientes hospitalizados com diverticulite aguda. O tratamento é feito com antibióticos endovenosos e, a depender do tamanho, drenagem percutânea guiada por exame de imagem, ultrassonografia ou tomografia (geralmente abscessos maiores que 4 cm são passíveis de drenagem). O tratamento cirúrgico com a cirurgia de Hartmann está indicado para diverticulite aguda complicada com peritonite, ou seja, Hinchey III e IV.

Incorreta a alternativa E. A presença de peritonite purulenta difusa é classificada com Hinchey III e realmente pode ser tratada por meio de laparoscopia, irrigação e drenagem da cavidade. O tratamento para diverticulite aguda Hinchey IV é a cirurgia de Hartmann (sigmoidectomia, colostomia terminal e sepultamento do coto retal).

CIRURGIA DE HARTMANN



16 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Renatha Paiva – Cirurgia) Paciente masculino, 61 anos, foi diagnosticado com neoplasia gástrica com proposta cirúrgica curativa. Refere emagrecimento significativo nos últimos 3 meses, aproximadamente 15 kg nesse período (atualmente pesa 57 kg e tem 1,80 m de altura). Consegue ingerir por via oral cerca de 50% de sua necessidade calórica diária. Visando o suporte nutricional do paciente, assinale a alternativa correta:

- A) Há indicação de internação hospitalar, passagem de SNE e iniciar de imediato terapia nutricional enteral imunomoduladora por um período de 5 dias antes da cirurgia.
- B) A melhor conduta é a passagem de SNE e orientar o familiar como administrar a dieta pela sonda. Retornar em 14 dias para internação e cirurgia.
- C) No pós-operatório, deve-se aguardar pelo menos 2 dias para liberação de dieta.
- D) No pós-operatório de uma gastrectomia total, a via alimentar preferencial é a parenteral.
- E) Nível pré-operatório de albumina menor que 3 g/dL é considerado um fator de risco independente para complicações pós-operatórias graves, correlacionando-se diretamente com o prognóstico de mortalidade.

COMENTÁRIOS

Temos um paciente com diagnóstico de neoplasia de estômago, com indicação cirúrgica. No entanto, apresentou significativa perda ponderal e necessita de suporte nutricional perioperatório, para diminuir a morbimortalidade.

Veja as indicações de terapia nutricional no período perioperatório, segundo o projeto ACERTO:

A intervenção nutricional imediata (INTERNUTI - imunomoduladora com arginina, omega-3 e nucleotídeos) após a internação, no período pré-operatório, está indicada por um período de 7 a 14 dias no paciente sob risco nutricional grave e candidato a operações eletivas de médio e grande portes. Entende-se por risco nutricional grave a situação em que existe pelo menos um dos quatro itens a seguir:

- Perda de peso >10% em 6 meses ou 5% em 30 dias.
- Índice de massa corporal (IMC) <18,5kg/altura² (m).
- Avaliação subjetiva global (ASG) = C (desnutrido grave).
- Albumina sérica < 3mg/dL.

Em operações de grande porte para pacientes com câncer, mesmo não havendo desnutrição grave, a terapia nutricional pré-operatória com suplementos que contenham imunonutrientes, durante 5 a 7 dias, está indicada e também deve continuar no pós-operatório.

Essa tabela, bem semelhante ao projeto ACERTO, foi retirada do Sabiston:

CRITÉRIOS PARA INICIAR SUPORTE NUTRICIONAL PERIOPERATÓRIO

Histórico médico prévio: desnutrição grave, doença crônica.

Perda involuntária > 10 – 15% do peso corporal usual dentro de 6 meses ou > 5% dentro de 1 mês.

Perda sanguínea esperada > 500 mL durante a cirurgia.

Peso 20% abaixo do peso corporal ideal ou IMC < 18,5 kg/m².

Falha em melhorar nas curvas de crescimento e desenvolvimento pediátrico.

Albumina sérica < 3,0 g/dL ou transferrina < 200 mg/dL, na ausência de estado inflamatório, disfunção hepática ou disfunção renal.

Previsão de que o paciente não conseguirá cumprir os requisitos calóricos dentro do período perioperatório de 7-10 dias.

Doença catabólica (p.ex, queimadura ou trauma significativo, sepse, pancreatite etc).

Calculei o IMC do paciente = 17,6 kg/m².

Como nosso paciente não consegue cumprir os requisitos calóricos no período perioperatório, tem IMC < 18,5 kg/m², ele tem indicação de terapia nutricional perioperatória, utilizando preferencialmente a via enteral, por um período de 7 a 14 dias.

Incorreta a alternativa A. Essa alternativa só está incorreta por causa do período de suporte nutricional pré-operatório, que deve ser de 7 a 14 dias.

Incorreta a alternativa B. Por se tratar de um paciente desnutrido grave, o suporte nutricional deve ser feito em regime de internação hospitalar.

Incorreta a alternativa C. Segundo o projeto ACERTO, em cirurgias com anastomose esofágica (por exemplo, gastrectomia total), a dieta deve começar com 12 a 24h de pós-operatório, por sonda nasoesférica ou por jejunostomia.

Incorreta a alternativa D. No pós-operatório, devemos manter dieta enteral. A dieta parenteral só deve ser utilizada diante de contraindicações à dieta enteral.

Correta a alternativa E.

Nos pacientes em avaliação pré-operatória, os níveis séricos de albumina correlacionam-se diretamente com o prognóstico de morbidade e mortalidade, sendo preferível sua avaliação em comparação à avaliação antropométrica. Veja na tabela abaixo:

Níveis séricos de albumina (mg/dL)	Morbidade em 30 dias (%)	Mortalidade em 30 dias (%)
> 4,5	≤ 1	≤ 10
3,5	5	25
3,0	9	35
2,5	15	45
< 2,1	30	65

Nível pré-operatório de albumina MENOR QUE 3 g/dL (< 3g/dL) é considerado um fator de risco independente para complicações pós-operatórias graves, como sepse, coma, insuficiência renal, pneumonia e infecção de sítio cirúrgico.

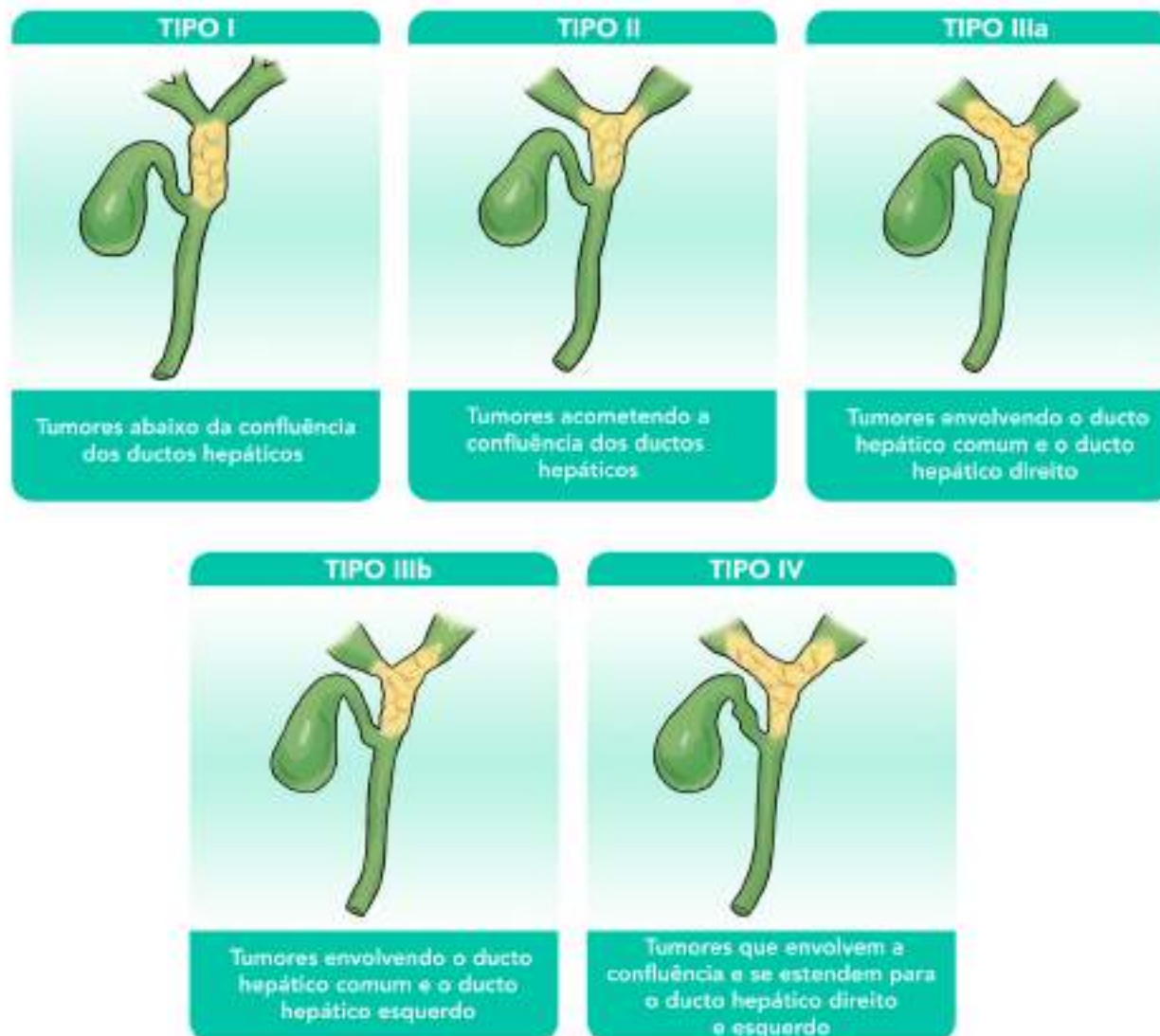
17 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Renatha Paiva – Cirurgia) Em relação às doenças relacionadas à vesícula e à via biliar, assinale a alternativa CORRETA.

- A) No colangiocarcinoma do tipo IIIB, conforme a classificação de Bismuth, encontramos o sinal de Courvoisier-Terrier.
- B) O exame considerado padrão-ouro para o diagnóstico de colecistite aguda é a ultrassonografia abdominal.
- C) A síndrome de Bouveret é uma complicação da colecistite aguda.
- D) Há associação entre infecção aguda por *Salmonella typhi* e neoplasia de vesícula biliar.
- E) No cisto de via biliar classificado como tipo II de Todani, o tratamento de escolha é a esfincterotomia endoscópica.

COMENTÁRIOS

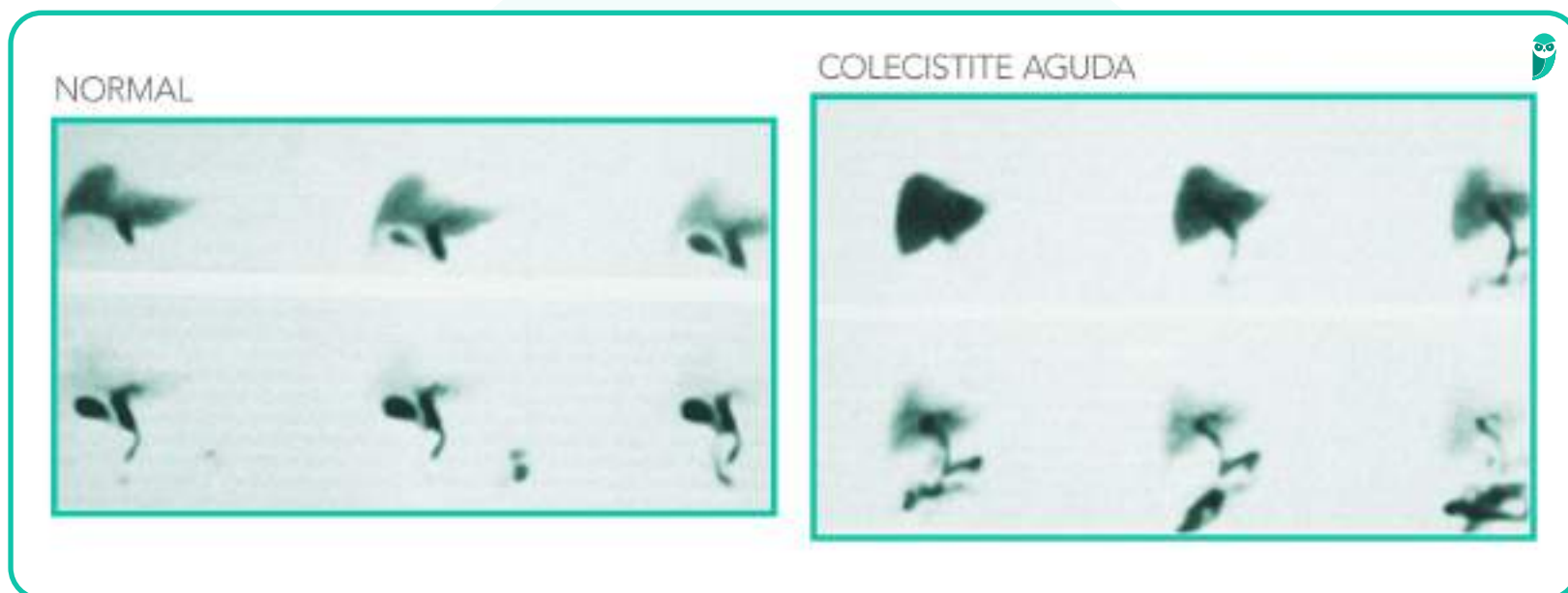
Incorreta a alternativa A. Nos tumores peri-hilares, também conhecidos como tumor de Klatskin, não há presença de vesícula de Courvoisier-Terrier (vesícula biliar palpável no paciente icterico, sugestivo de neoplasia periampular), porque a obstrução do fluxo biliar é proximal ao ducto cístico. Nesses pacientes, a vesícula encontra-se atrofiada e vazia de bile, já que ela se enche retrogradamente. Esses tumores são classificados conforme o acometimento dos ductos hepáticos. Essa classificação recebe o nome de seus autores, Bismuth e Corlette, importante no planejamento cirúrgico:

Classificação de Bismuth-Corlette



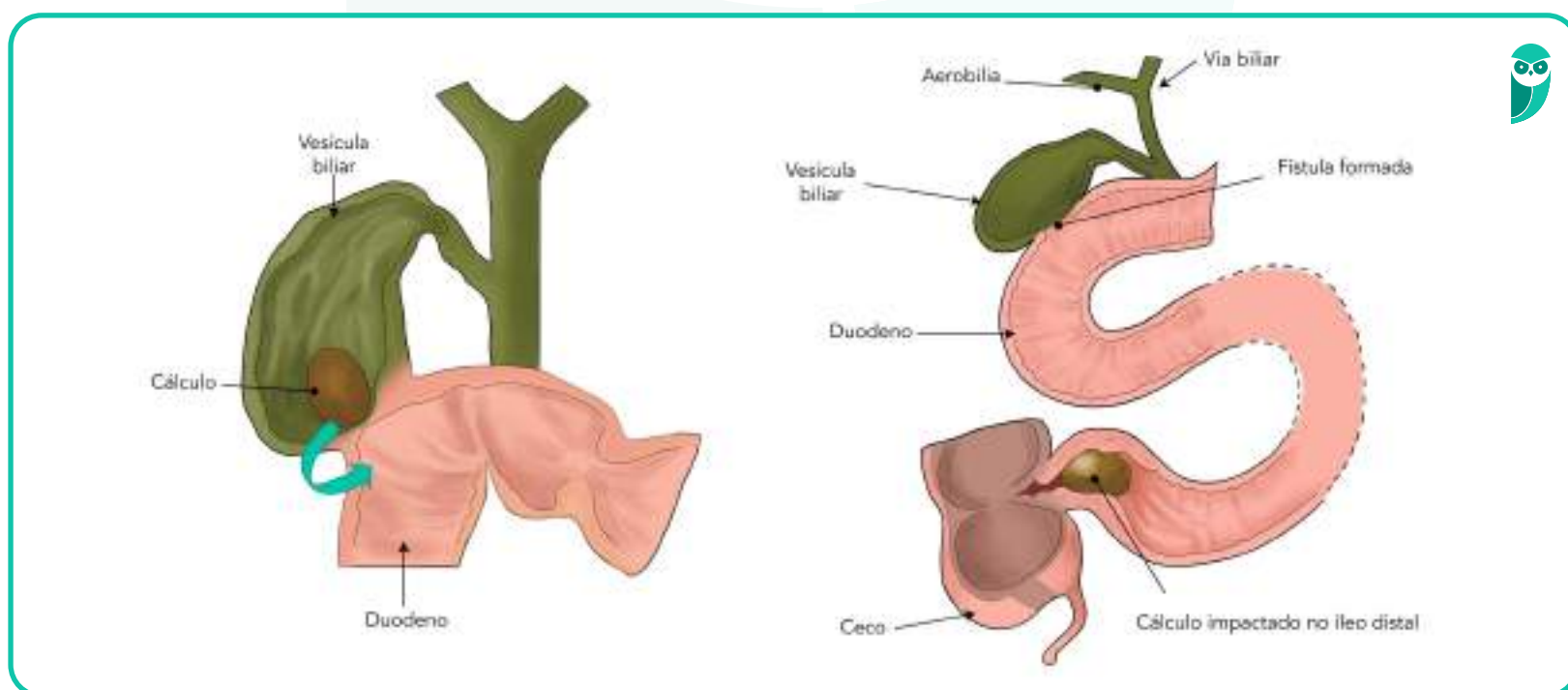
Incorreta a alternativa B. O primeiro exame a ser solicitado na suspeita de colecistite aguda é a ultrassonografia de abdome, com excelente acurácia diagnóstica. Quando a ultrassonografia é duvidosa, podemos solicitar uma cintilografia com ácido iminodiacético marcado com tecnécio – HIDA, o exame complementar considerado padrão-ouro para o diagnóstico de colecistite aguda. Tem sensibilidade e especificidade para colecistite aguda de aproximadamente 90 a 97% e 71 a 90 %, respectivamente. É realizada com a injeção intravenosa do ácido iminodiacético (HIDA) ou seu análogo ácido diisopropil iminodiacético (DISIDA) marcado com tecnécio 99m, que é absorvido seletivamente pelos hepatócitos e excretado na bile. Desse modo, o exame pode identificar pontos de obstrução em toda árvore biliar, ou seja, desde o infundíbulo/ducto cístico até a ampola de Vater. Geralmente, a visualização do contraste no ducto biliar comum, na vesícula e no duodeno ocorre dentro de 30 a 60 minutos. Se a vesícula não for visualizada, pode-se obter imagens tardias, após 3 a 4 horas ou aplicar morfina que determina a contração do esfíncter de Oddi com consequente refluxo da bile através do colédoco. Se ainda assim **a vesícula biliar não for visualizada ao exame, podemos concluir que há uma obstrução do ducto cístico, que pode ser secundária ao edema associado à colecistite aguda** ou, então, pode haver um cálculo obstrutivo na região do infundíbulo. Se a vesícula biliar for preenchida após 30 minutos da aplicação da morfina, afasta o diagnóstico de colecistite aguda.

Veja nas imagens abaixo como seria uma cintilografia normal (visualização da vesícula biliar) e uma cintilografia com colecistite aguda (vesícula não visualizada).



Correta a alternativa C.

O íleo biliar é uma complicação da colecistite aguda e se caracteriza pela impactação de um ou mais cálculos no intestino. Decorre da passagem de um cálculo, geralmente maior que 2,5 cm, através de uma fístula colecistoduodenal, o qual geralmente se impacta no íleo terminal, próximo à válvula ileocecal, causando um quadro de obstrução intestinal alta, com dor e distensão abdominal associada a vômitos biliosos. Apesar do termo “íleo biliar”, o bloqueio mecânico pode acometer qualquer parte do intestino, sendo o mais comum o íleo distal, uma vez que ele se afunila antes de entrar no ceco.



Raramente, o cálculo biliar é impactado dentro do canal pilórico ou duodeno, causando obstrução da saída gástrica (síndrome de Bouveret). Os sintomas apresentados são início abrupto de dor epigástrica, náuseas e vômitos. Na presença da síndrome de Bouveret isolada, o procedimento de escolha é a litotripsia endoscópica do cálculo.

Incorreta a alternativa D. De uma forma geral, os fatores de risco para o câncer de vesícula estão relacionados à inflamação crônica. São eles:

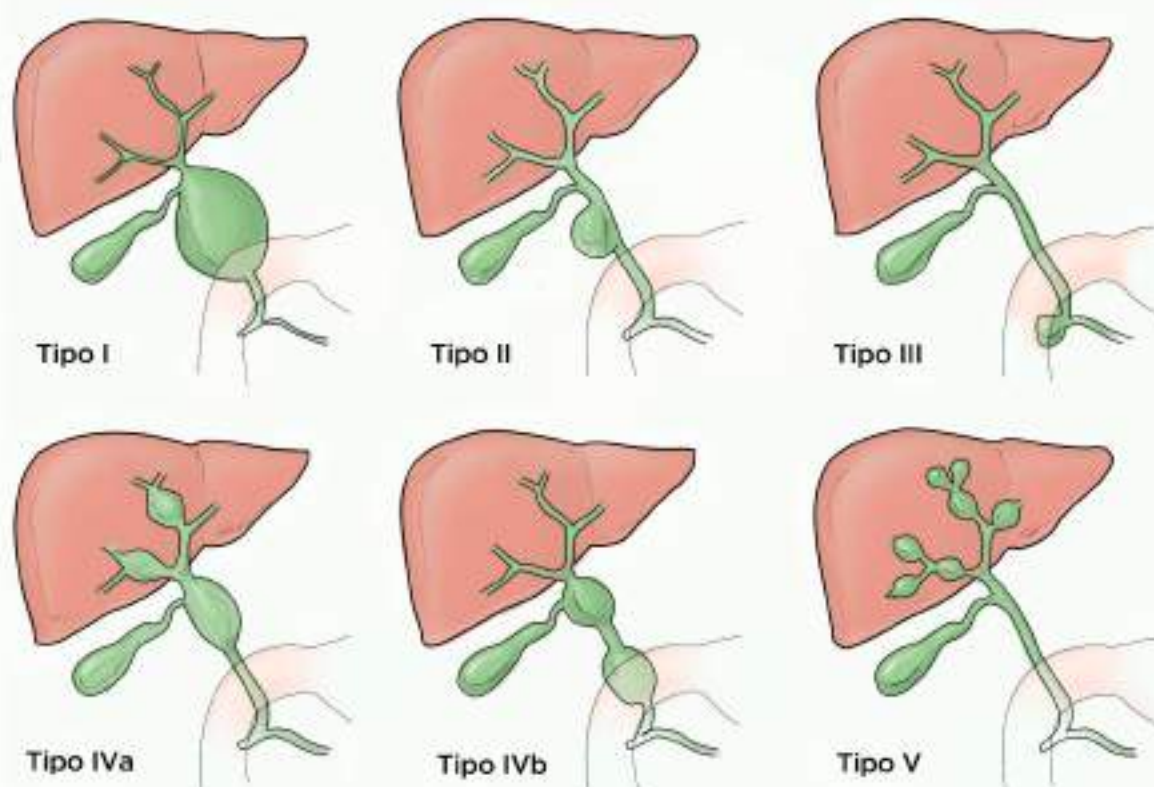
- Colelitíase: a história de colelitíase parece ser o principal fator de risco relacionado ao surgimento do câncer de vesícula. O risco é maior com cálculos maiores, sendo 10 vezes maior com cálculos que tenham mais de 3 cm.
- Vesícula em porcelana.
- Pólipos de vesícula biliar.
- Colangite esclerosante primária.
- Cistos de colédoco.
- Junção biliopancreática anômala.
- **Infecção crônica por *Salmonella typhi*.**

Em áreas endêmicas, de 1% a 4% dos pacientes infectados tornam-se portadores assintomáticos crônicos da *Salmonella typhi*. Diversos estudos sugerem uma associação entre infecção crônica e elevado risco de câncer de vesícula biliar.

Incorreta a alternativa E. Cistos biliares são dilatações císticas que podem ocorrer em toda a árvore biliar, de forma isolada ou múltipla. Os cistos da árvore biliar são raros, ocorrendo em menos de 1/100.000 pacientes, mas são mais comuns nos descendentes de asiáticos e são três a oito vezes mais comuns em mulheres do que em homens.

Os cistos biliares estão associados a complicações significativas, como estenose ductal, formação de cálculos, colangite, ruptura e cirrose biliar secundária. Além disso, certos tipos de cistos biliares têm um alto risco para malignidade.

A classificação original para cistos da via biliar por Alonso-Lej e colaboradores foi modificada por Todani e colaboradores para incluir a doença cística intra-hepática:



CLASSIFICAÇÃO DE TODANI DOS CISTOS BILIARES		
TIPO	%	DESCRIÇÃO
TIPO I	50-85%	Dilatação fusiforme extra-hepática
TIPO II	2%	Dilatação diverticular/sacular extra-hepática
TIPO III	1-5%	Coledococoele (cisto na porção intraduodenal do colédoco)
TIPO IV	15-35%	IV A – Cistos intra-hepáticos e extra-hepáticos IV B – Múltiplos cistos extra-hepáticos
TIPO V	20%	Múltiplos cistos intra-hepáticos – doença de Caroli

Veja, na tabela abaixo, o tratamento de acordo com a classificação de Todani:

Tipo I Tipo II	Colecistectomia associada à ressecção do segmento de colédoco acometido e reconstrução com hepatojejunostomia em Y-de-Roux.
Tipo III	Esfincterectomia endoscópica para cistos menores ou iguais a 3 cm e ressecção transduodenal com esfincterectomia para cistos acima de 3 cm.
Tipo IV	Ressecção da via biliar extra-hepática acometida e reconstrução com hepatojejunostomia em Y-de-Roux. Nos casos de cistos intra-hepática restritos a 1 lobo, pode-se considerar lobectomia ou segmentectomia.
Tipo V	Nos casos de doença de Caroli, está indicado o transplante hepático em caso de doença difusa ou a lobectomia em caso de doença localizada.

Dessa forma, no cisto de via biliar classificado como tipo II de Todani, o tratamento de escolha é a colecistectomia com a ressecção da via biliar extra-hepática e hepatojejunostomia em Y-de-Roux. A esfincterotomia endoscópica é o tratamento para cistos tipo III menores que 3 cm.

18 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. David Nordon – Ortopedia) Paciente de 5 anos, apresenta dor no quadril direito há dois dias, associada à dificuldade de pôr o pé no chão. Não apresenta febre, consegue brincar normalmente ao longo do dia, sendo a dor pior apenas ao despertar e ao final do dia. Há duas semanas, teve uma infecção de vias aéreas superiores por adenovírus. Ao exame físico, não apresenta restrição de movimentos, mas apenas incômodo aos extremos de movimento da amplitude máxima do quadril direito.

Qual é o melhor exame para se excluir o maior número de possíveis diagnósticos diferenciais desse paciente?

- A) Hemograma, PCR e VHS
- B) Radiografia da bacia
- C) Ultrassonografia do quadril
- D) Ressonância magnética do quadril
- E) Punção articular

COMENTÁRIOS

Discussão sobre a questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Conhecimentos sobre métodos diagnósticos na criança claudicante.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta:

A criança claudicante

Há diversas causas para a claudicação em crianças. Entretanto, uma claudicação associada à dor no joelho deve chamar a atenção para patologistas tanto dos joelhos, quanto dos quadris.

O nervo obturatório inerva tanto o quadril, quanto a coxa, até os joelhos, de forma que uma patologia do quadril pode se refletir como uma dor na região anterior da coxa, sendo, muitas vezes, confundida com alguma doença do joelho. Dessa forma, em crianças, é obrigatório investigar o quadril em qualquer dor do joelho ou coxa.

As patologias mais frequentes nas crianças são:

- Piorrite ou artrite piogênica: leva à dor, edema, calor, rubor, bloqueio articular, prostração e queda importante do estado geral, com evolução rápida.

- Osteomielite: em especial a osteomielite crônica, pode se apresentar sem alterações ao exame físico, mas apenas com uma dor localizada, relativamente discreta, sem comprometimento sistêmico ou funcional, até uma evolução com maior exacerbação. Pode afetar qualquer osso.

- Sinovite transitória: uma reação inflamatória articular que ocorre entre 1 e 3 semanas após uma infecção de vias aéreas superiores. Geralmente, melhora em 1 a 3 semanas e acomete principalmente quadris e joelhos. Não leva a alterações nos exames.

- Osteocondrite dissecante de joelhos: afeta, principalmente, crianças na segunda década de vida, com dor em especial ao dar carga e à movimentação do joelho. Pode ter apresentação crônica ou insidiosa.

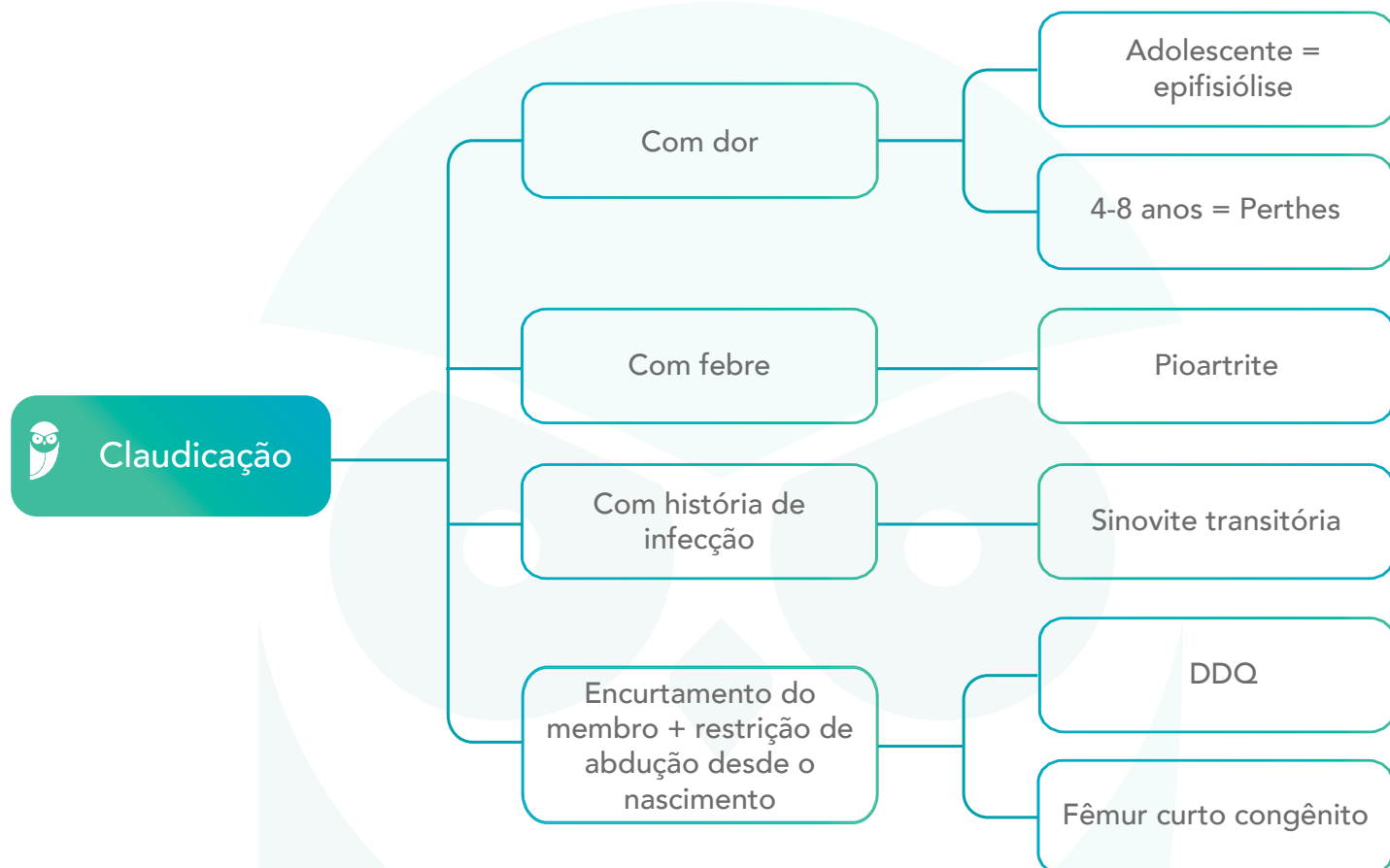
- Displasia do desenvolvimento do quadril: na criança, na primeira década de vida, apresenta-se como um encurtamento do membro acometido, com claudicação, mas sem dor.

- Doença de Legg-Calvé-Perthes: osteonecrose asséptica da cabeça do fêmur, acomete principalmente crianças entre 4 e 8 anos, levando à claudicação e dor. Tem curso insidioso e crônico.

- Epifisiólise do fêmur proximal: acomete principalmente adolescentes próximos ao estirão puberal, levando a muito mais dor do que claudicação, com apresentação geralmente aguda e muitas vezes incapacitante.

Definindo o diagnóstico diferencial de dores dos membros inferiores em crianças nas provas de Residência:

Com o fluxograma a seguir, você verá como definir o diagnóstico diferencial entre as diversas patologias do quadril em provas. Com ele, você nunca mais vai errar nenhuma questão deste tema.



Sinovite transitória

É uma inflamação articular, levando a um derrame articular discreto (sinovite), de forma autoimune, como reação a uma infecção. Na maioria das vezes, ocorre entre 1 e 3 semanas após uma infecção de vias aéreas superiores, mas qualquer infecção pode suscitar o quadro e a sinovite pode ser associada à infecção (embora seja menos comum).

A criança apresenta claudicação, comprometimento e dor discreta aos movimentos, leucócitos normais e VHS discretamente aumentada.

Um exame muito solicitado nas questões de provas, embora não sirva para nada na prática, é a ultrassonografia, que mostra líquido articular aumentado – o que não permite diferenciar de uma pioartrite.

A doença é autorresolutiva – em uma a três semanas, necessitando apenas de suporte.

Sobre a questão:

Essa questão torna-se mais complicada do que o usual, porque a pergunta não é o diagnóstico, mas, sim, qual é o *melhor exame* para se fazer o diagnóstico diferencial entre as diversas patologias. Pensemos: seguindo nosso fluxograma, o diagnóstico mais provável é a sinovite transitória. Seus principais diagnósticos diferenciais são a pioartrite, associada ou não à osteomielite, e a doença de Perthes. Quais dos exames apresentados permitem melhor diferenciação entre uma e outra patologia?

Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A: hemograma, PCR e VHS podem estar alterados tanto na sinovite transitória quanto nas infecções. Na doença de Perthes, eles não se alteram. Não é uma boa forma de diferenciar as patologias.

Incorreta a alternativa B: a radiografia de bacia não irá se alterar na pioartrite, somente na osteomielite, após 7 a 10 dias; na doença de Perthes, pode levar dias a semanas até que se altere.

Incorreta a alternativa C: embora haja muitas questões que pedem uma ultrassonografia para diagnóstico da sinovite transitória, na realidade, o achado nesse exame é um derrame articular, indiferenciável de um derrame por infecção ou trauma. Na doença de Perthes é, também, de restrita utilidade.

Correta a alternativa D: a ressonância magnética permite identificar o derrame articular (da pioartrite e da sinovite, mas não permite diferenciá-las se não houver osteomielite associada) e alterações ósseas compatíveis com Perthes, tumores, fraturas e epifisiólise, em estágios iniciais. Ou seja, é o exame que, na fase inicial, mais traz informações sobre os diagnósticos diferenciais, sendo pouco invasivo. Contudo, cabe ressaltar: na sinovite transitória, principal suspeita diagnóstica nessa questão, o diagnóstico é basicamente clínico.

Incorreta a alternativa E: embora a punção articular seja, de fato, o método indicado para diferenciar uma pioartrite de uma sinovite transitória, ela restringe-se a isso; não permite diferenciar de outras patologias. Ademais, é um exame invasivo e que deve ser guardado para quando temos suspeição maior de pioartrite (por exemplo, criança que não consegue apoiar o membro, com febre e bloqueio articular).

19 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Isabella Parente – Gastroenterologia) Sobre o tratamento cirúrgico da pancreatite crônica, assinale a alternativa correta:

- A) A principal indicação de cirurgia é a obstrução biliar.
- B) Em casos de indicação cirúrgica cujo ducto pancreático principal mede 9 mm, a cirurgia de Whipple é o procedimento de escolha.
- C) Em casos de indicação cirúrgica cujo ducto pancreático principal mede 9 mm e há uma drenagem ruim junto à cabeça do pâncreas, a pancreatojejunostomia lateral com ressecção pancreática localizada (Frey) é o procedimento de escolha.
- D) A dimensão do ducto pancreático não interfere na escolha da técnica cirúrgica, mas sim a porção pancreática mais afetada pela fibrose.
- E) A pancreatectomia total com autotransplante de ilhotas pancreáticas é cirurgia de baixa complexidade, sendo amplamente disponível na maioria dos serviços universitários.

COMENTÁRIO:

A pancreatite crônica é, via de regra, doença de tratamento clínico. No entanto, em algumas situações, a cirurgia faz-se necessária. Sobre o tratamento cirúrgico de tal entidade, vamos em busca da alternativa correta?

Incorreta a alternativa A. As principais indicações de tratamento cirúrgico da pancreatite crônica são:

- dor refratária;
- obstrução biliar ou pancreática;
- obstrução duodenal;
- pseudocisto pancreático;
- pseudoaneurisma;
- possibilidade de neoplasia pancreática.

Entre essas, a principal indicação é dor refratária, não obstrução biliar.

Incorreta a alternativa B. Atualmente, a presença, ou não, de ducto pancreático dilatado e a morfologia das glândulas pancreáticas são os principais determinantes na escolha dos procedimentos cirúrgicos para a pancreatite crônica. Em geral, pacientes com ducto pancreático dilatado (definido como diâmetro > 7 mm) necessitam de um procedimento de descompressão. Já os pacientes com ducto pancreático não dilatado requerem ressecção. A cirurgia de Whipple é um procedimento de ressecção indicado para ducto pancreático < 7 mm com doença principalmente localizada na cabeça do pâncreas.

Correta a alternativa C.

A dilatação do ducto pancreático é definida como um ducto pancreático principal medindo, pelo menos, 7 mm de diâmetro. Tal dilatação do ducto pancreático observada na pancreatografia para pancreatite crônica é, classicamente, descrita como uma cadeia de lagos, que reflete a presença de múltiplas dilatações e estenoses. Os principais procedimentos indicados nos casos de pancreatite crônica com ducto dilatado são os procedimentos de Puestow-Gillesby (modificado por Partington-Rochelle) e o procedimento de Frey. Quando há fibrose e dificuldade de drenagem junto à cabeça pancreática, o procedimento de Frey deverá ser a nossa escolha. Por esse motivo, essa alternativa está correta.

Incorreta a alternativa D. Como já afirmamos anteriormente, a presença, ou não, de ducto pancreático dilatado e a morfologia das glândulas pancreáticas são os principais determinantes na escolha dos procedimentos cirúrgicos para a pancreatite crônica, conforme resumido na imagem abaixo:

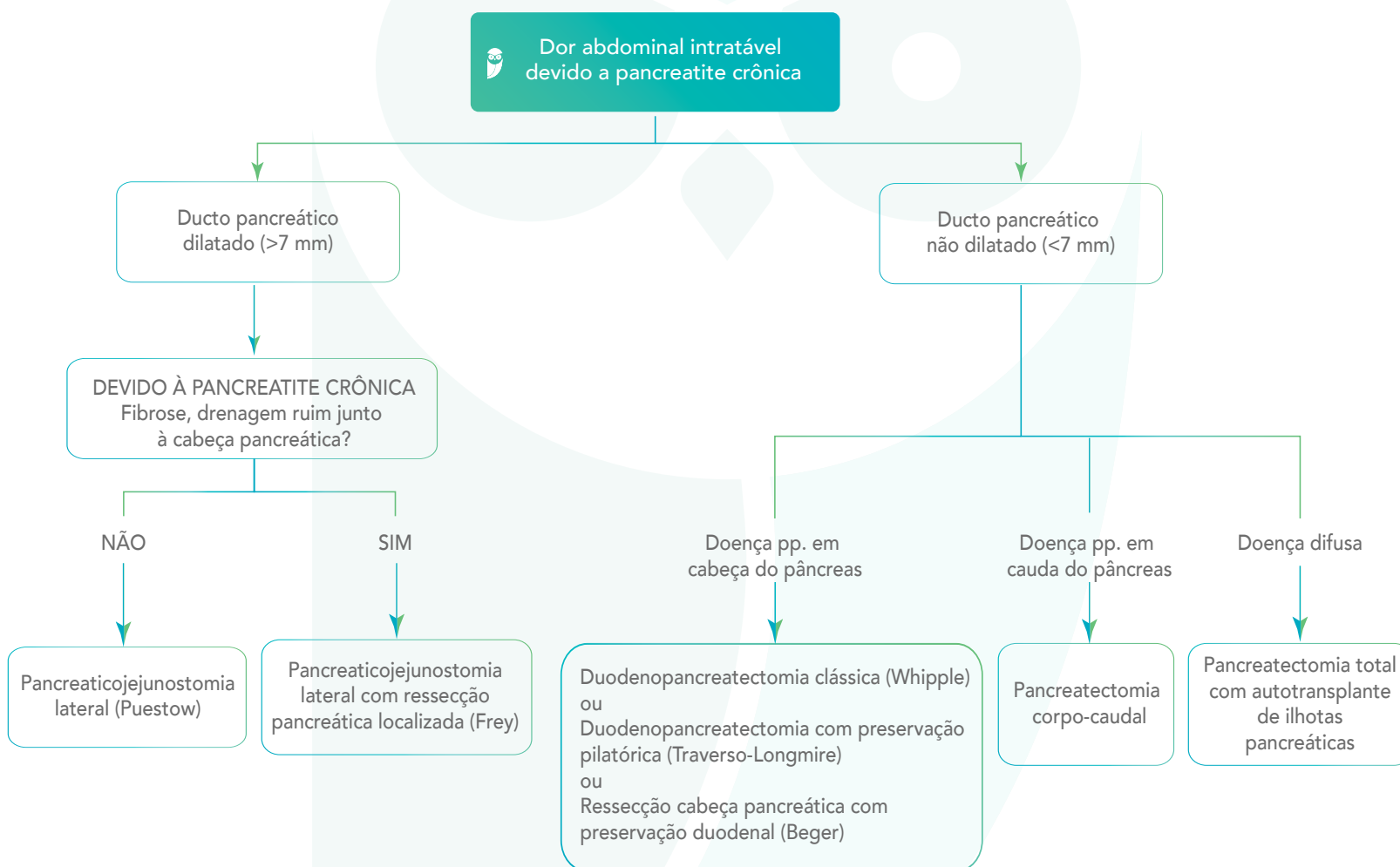


Figura - Algoritmo para o tratamento cirúrgico da pancreatite crônica.

Incorreta a alternativa E. Em 1977, pesquisadores da Universidade de Minnesota descreveram o autotransplante de ilhotas após pancreatectomia total, para evitar os efeitos do diabetes induzido cirurgicamente. Na maior experiência com autotransplante de ilhotas pancreáticas, um terço dos pacientes submetidos a esse procedimento eram independentes de insulina, um terço adicional necessitava de insulina intermitentemente e o outro terço era totalmente dependente. Segundo esse estudo, 90% teve alívio ou redução da dor e 50% conseguiu interromper os narcóticos. Embora os resultados preliminares tenham sido encorajadores, a implementação rotineira dessa intervenção cirúrgica tem sido controversa. As principais limitações associadas a esse procedimento incluem o custo e a falta de instalações de processamento de ilhotas.

20 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Isabella Parente – Gastroenterologia) A respeito do uso do balão de Sengstaken-Blakemore nos pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa, assinale a alternativa correta:

- A) É considerado um tratamento definitivo para o sangramento varicoso.
- B) Poderá permanecer insuflado por até 7 dias.
- C) Entre as complicações possíveis, temos a necrose da asa do nariz e a perfuração da parede do esôfago.
- D) Sedação e proteção da via aérea passam a ser dispensáveis a partir do momento em que o balão é passado.
- E) Atualmente, está em desuso por interromper o sangramento em menos de 30% dos casos.

COMENTÁRIO:

Dispositivo bastante antigo, o balão de Sengstaken-Blakemore é a opção preferível nos casos de hemorragia digestiva alta varicosa que cursa com sangramento ativo incessante com choque hipovolêmico refratário. Nesse caso, não há tempo para a realização da endoscopia digestiva ou o quadro catastrófico dificulta sua realização. A respeito de tal balão, o autor questiona qual é a alternativa correta.

Incorreta a alternativa A. O balão de Sengstaken-Blakemore não é um tratamento definitivo do sangramento varicoso, ao contrário da endoscopia com ligadura elástica, do TIPS ou do tratamento cirúrgico.

Incorreta a alternativa B. O balão de Sengstaken-Blakemore só pode permanecer insuflado por, no máximo, 24 horas, sob o risco de evoluir com complicações.

Correta a alternativa C.

De fato, o uso do balão está associado a complicações importantes, como necrose da asa do nariz, isquemia, necrose e perfuração da parede do esôfago, expulsão por tosse e vômitos, seguidas por broncoaspiração e asfixia.

Incorreta a alternativa D. O ideal é que o paciente permaneça sedado e com a via aérea protegida enquanto estiver com o balão, também no intuito de evitar complicações.

Incorreta a alternativa E. O balão tem como objetivo realizar o tamponamento mecânico das varizes, sendo capaz de interromper, rapidamente, o sangramento em 70 a 90% dos casos, dando tempo à equipe médica para programar outro método definitivo de tratamento, como os já citados na alternativa A.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

21 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Carlos Eduardo – Ginecologia) Mulher, 32 anos, vem ao consultório para trazer o resultado de seu exame citopatológico do colo uterino. O laudo aponta uma lesão intraepitelial de alto grau. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, você encaminha-a para colposcopia. No exame, é evidenciado um epitélio acetobranco denso (achado maior). Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

- A) Exérese da zona de transformação
- B) Biópsia da lesão
- C) Conização do colo uterino
- D) Histerectomia
- E) Repetir colposcopia e citologia em 6 meses

COMENTÁRIOS:

Como existem grandes chances de confirmação histológica de lesão de alto grau (70 a 75%) e 1 a 2% de chance de câncer invasor, todas as pacientes com citologia HSIL devem ser encaminhadas para colposcopia. Recomendações: as mulheres que apresentarem laudo citopatológico de HSIL deverão ser encaminhadas para realização de colposcopia. A repetição da citologia é inaceitável como conduta inicial.

À colposcopia:

Se achados anormais maiores (sugestivos de lesão de alto grau) e:

JEC visível (ZT tipos 1 ou 2), lesão restrita ao colo e ausência de suspeita de invasão ou doença glandular -> método “ver e tratar”, ou seja, a excisão tipo 1 ou 2, de acordo com o tipo da ZT. Nos casos em que esse método estiver indicado, a biópsia de colo não é recomendada. Veja detalhes sobre esse método a seguir.

JEC não visível ou parcialmente visível (ZT tipo 3) -> excisão tipo 3.

Nesse tópico, a diretriz indica o “ver e tratar” como tratamento de escolha para pacientes com achados colposcópicos maiores. Mas, afinal, em que ele consiste? O “ver e tratar” nada mais é do que a realização de um tratamento excisional (retirar a lesão através da exérese de zona de transformação) sem ter o resultado do anatomopatológico, devido à grande suspeita de lesão de alto grau. É uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para agilizar o tratamento das pacientes.

Para isso, precisa haver concordância citocolposcópica, ou seja, a paciente deve ter citologia de lesão intraepitelial de alto grau e colposcopia com achados maiores (achados sugestivos de lesão de alto grau). Outros critérios também devem ser preenchidos: colposcopia adequada; junção escamocolunar (JEC) visível: zona de transformação (ZT) tipos 1 ou 2; lesão restrita ao colo; ausência de suspeita de invasão ou doença glandular.

Correta a alternativa A, pois, nesse caso, devemos aplicar o método “ver e tratar”.

Incorreta a alternativa B, pois a biópsia não é aceitável nesses casos, segundo o manual do INCA.

Incorreta a alternativa C, pois a conização não é o procedimento de escolha nesses casos, mas sim uma exérese de zona de transformação.

Incorreta a alternativa D, pois a histerectomia não deve ser realizada antes de um resultado de anátomo-patológico e sem saber sobre a prole dessa paciente.

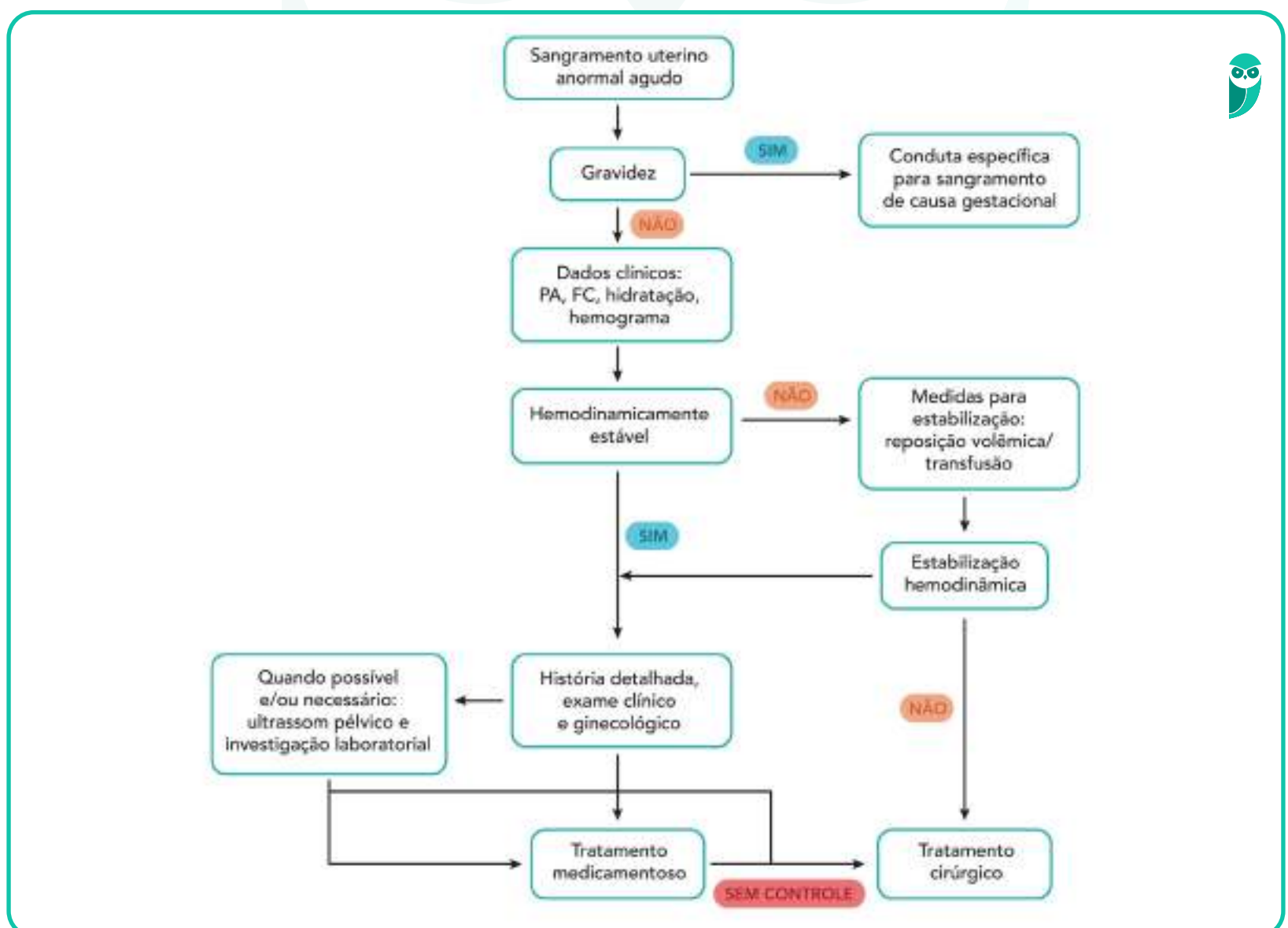
Incorreta a alternativa E, pois, nesse caso, a repetição de exame sem uma avaliação histopatológica é inaceitável devido ao risco de malignidade.

22 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Carlos Eduardo – Ginecologia) Mulher de 36 anos vem ao pronto-socorro com queixa de sangramento vaginal intenso há 2 dias. Encontra-se estável hemodinamicamente e, no exame especular, foi visualizado sangramento ativo pelo colo uterino com moderada quantidade de sangue coletado em fundo de saco uterino. O teste de gravidez foi negativo. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

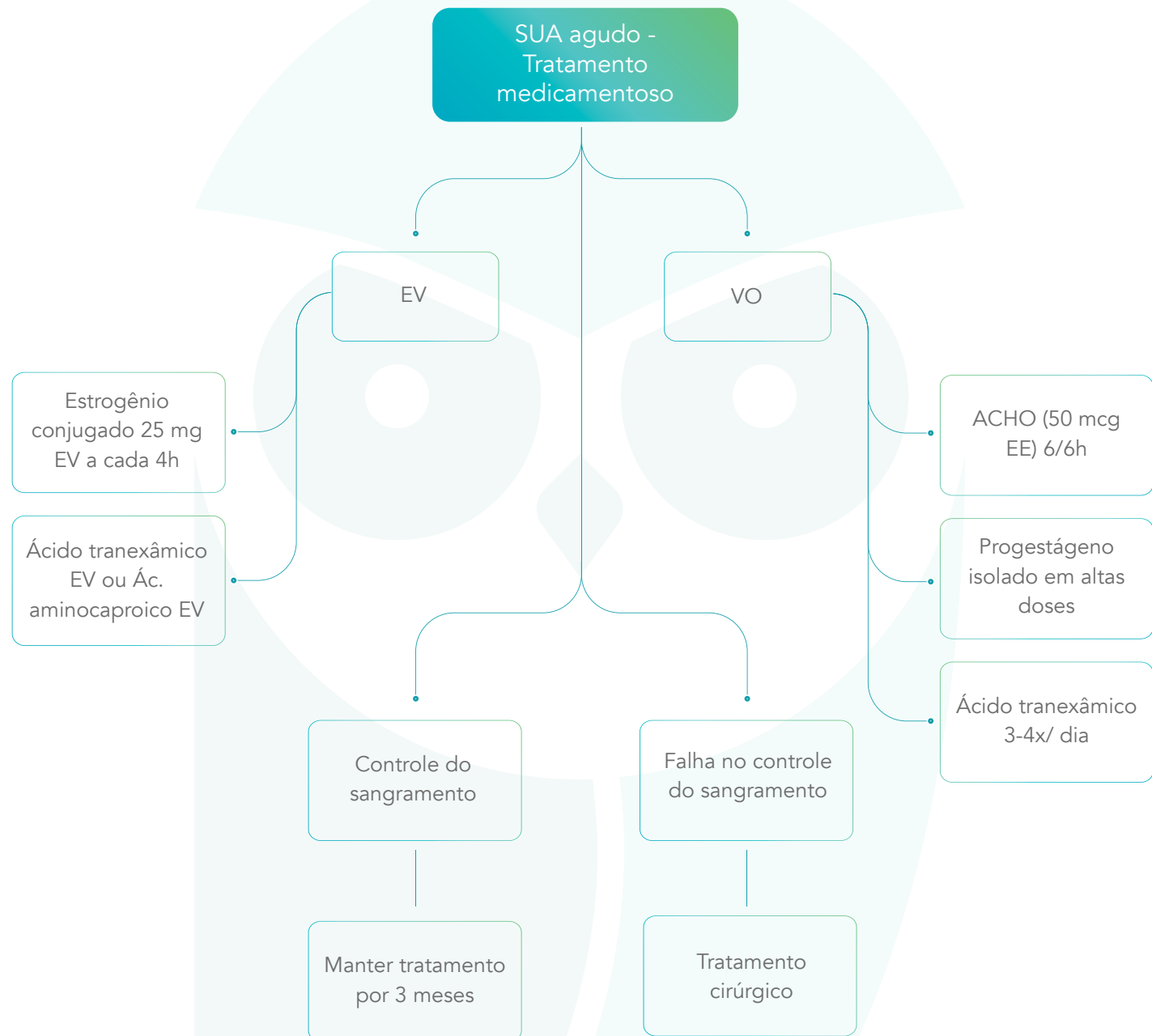
- A) Curetagem uterina
- B) Anti-inflamatório para cessar o sangramento
- C) Aguardar a investigação adequada do sangramento antes de entrar com medicação
- D) Ácido tranexâmico para controle do sangramento
- E) Histerectomia

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal agudo. Veja abaixo qual é o fluxograma de conduta para estes casos:



Agora, veja as opções de tratamento para esses casos:



Fonte: Tratado de Ginecologia FEBRASCO 2019.

Incorreta a alternativa A, pois os procedimentos cirúrgicos são indicados apenas em casos refratários ao tratamento medicamentoso.

Incorreta a alternativa B, pois os anti-inflamatórios são empregados para tratamento do sangramento em regime ambulatorial.

Incorreta a alternativa C, pois devemos interromper o sangramento agudo e depois fazer uma avaliação da causa do problema.

Correta a alternativa D,

pois o ácido tranexâmico, como demonstrado no fluxograma acima, faz parte do tratamento do sangramento uterino anormal agudo.

Incorreta a alternativa E, pois os tratamentos cirúrgicos são empregados apenas em casos refratários.

23 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Carlos Eduardo – Ginecologia) Mulher de 55 anos foi submetida a mamografia de rastreamento para câncer de mama. O laudo do exame traz as seguintes informações: presença de microcalcificações pleomórficas e agrupadas em quadrante superior lateral da mama direita. Diante desse achado, quais são a classificação de BIRADS e a conduta adequada, de acordo com o Ministério da Saúde.

- A) BIRADS 3; repetir a mamografia em 6 meses
- B) BIRADS 2; repetir a mamografia em um ano
- C) BIRADS 4; realizar biópsia com agulha grossa
- D) BIRADS 0; realizar uma ressonância magnética
- E) BIRADS 5; realizar setorectomia da mama direita.

COMENTÁRIOS:

O Breast Imaging – Reporting and Data System (BI-RADS) foi criado pelo American College of Radiology para padronizar os laudos de mamografia e deixá-los mais objetivos. O BI-RADS foi estendido para a ultrassonografia mamária e para a ressonância magnética das mamas, de tal maneira que todo exame mamário deve ser concluído com uma categoria do BI-RADS.

O uso do BI-RADS, além de padronizar os laudos, orienta-nos sobre a conduta a ser tomada frente a cada categoria, ajudando na tomada de decisões. Ou seja, “é automático”. Assim que descrevemos a lesão, temos uma categoria do BI-RADS e, para essa categoria, temos a conduta que deve ser tomada.

BI-RADS (<i>Breast Imaging-Reporting and Data System</i>)		
Categoria	Chance de câncer (VPP)	Interpretação/Conduta
BI-RADS 0	N/A	Exame inconclusivo/Necessita de exame complementar para conclusão diagnóstica.
BI-RADS 1	0	Exame normal/Seguimento de rotina.
BI-RADS 2	0	Alterações benignas/Seguimento de rotina.
BI-RADS 3	≤ 2%	Alterações provavelmente benignas/Repetir exame em seis meses.
BI-RADS 4	>2% a < 95%	Alterações suspeitas/Indicar biópsia.
	BI-RADS 4A > 2% a ≤ 10%	
	BI-RADS 4B >10% a ≤ 50%	
	BI-RADS 4C >50% a < 95%	
BI-RADS 5	≥ 95%	Alterações provavelmente malignas/Biópsia.
BI-RADS 6	100%	Malignidade comprovada/Acompanhamento durante o tratamento.

É muito difícil decorar como cada alteração na mamografia é classificada pelo BIRADS, mas é importante lembrar a conduta em cada categoria e as principais alterações que sugerem malignidade. O quadro abaixo resume esses achados sugestivos de malignidade:



“Palavras” que levam à suspeita de malignidade:

- Contornos irregulares ou lobulados;
- Heterogêneo;
- Orientação vertical/não paralelo à pele (mais alto do que largo);
- Sombra acústica posterior;
- Microcalcificações agrupadas pleomórficas.

Incorreta a alternativa A, pois o achado da paciente é compatível com BIRADS 4. As microcalcificações monomórficas são consideradas BIRADS 3.

Incorreta a alternativa B, pois, independentemente do achado, um BIRADS 2, pelo Ministério da Saúde, deve repetir a mamografia em 2 anos.

Correta a alternativa C,

pois trata-se de um achado suspeito de malignidade, classificado como BIRADS 4 e que deve ser investigado com biópsia por agulha grossa.

Incorreta a alternativa D, pois, no laudo de BIRADS 0, deve haver a palavra inconclusivo e, nesse caso, há um achado bem definido.

Incorreta a alternativa E, pois, em um BIRADS 5, a conduta é realizar biópsia por agulha grossa, não cirurgia.

24 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Carlos Eduardo – Ginecologia) Mulher de 21 anos vem à UBS para iniciar um método contraceptivo. Refere que tem ciclos menstruais regulares, com 4 dias de sangramento e sem dismenorreia. Refere parceiro fixo com uso esporádico de preservativo. Nega comorbidades ou cirurgias prévias. Refere que a última menstruação foi há 3 dias e ainda está sangrando. Considerando que a paciente optou pela colocação de um DIU de cobre, assinale a conduta mais adequada para sua inserção.

- É obrigatória a realização de um teste de gravidez para fazer a inserção.
- A paciente necessita de uma coleta de colpocitologia oncótica antes de fazer a inserção.
- Devido ao risco de ISTs, deve ser realizada uma profilaxia para a inserção com azitromicina 1 g em dose única.
- A paciente pode realizar a inserção hoje mesmo, pois há uma boa certeza de que ela não está grávida.
- A paciente precisa realizar uma ultrassonografia transvaginal antes da inserção para afastar uma contraindicação ao uso do método.

COMENTÁRIOS:

Os dispositivos intrauterinos (DIUs) fazem parte dos LARCs (métodos reversíveis de longa duração). São métodos de alta eficácia, boa tolerabilidade e boa relação custo-benefício, que estão sendo cada vez mais utilizados em todas as fases da vida reprodutiva. Existem dois tipos de DIU disponíveis no Brasil: o DIU de cobre e o DIU liberador de levonorgestrel.

Em pacientes eumenorreicas, a inserção dos dispositivos intrauterinos pode ser a qualquer momento do ciclo, desde que descartada gestação, mas é preferível durante a menstruação, pois gera menor desconforto e há a certeza da ausência de gravidez. Se a inserção for realizada até o 12º dia do ciclo, não há necessidade de proteção contraceptiva adicional.

No caso de pacientes em amenorreia (exceto puerpério), a inserção pode ser feita a qualquer momento, após descartar gravidez. Em puérperas, pode ser inserido em até 48 horas pós-parto. É um procedimento que requer profissional médico treinado e pode ser realizado no nível ambulatorial.

Incorreta a alternativa A, pois, como essa paciente tem ciclos regulares e está menstruada no momento, não é obrigatória a realização de teste de gravidez.

Incorreta a alternativa B, pois a paciente tem menos de 25 anos e não tem indicação de coleta de colpocitologia oncótica.

Incorreta a alternativa C, pois não existe indicação de profilaxia com antibióticos, mesmo em pacientes com risco para endocardite infecciosa. Apenas deve ser realizado um exame especular que afaste uma infecção atual.

Correta a alternativa D, a paciente pode realizar a introdução hoje mesmo, porque não apresenta contraindicações e sabemos que ela não se encontra gestante.

Incorreta a alternativa E, pois a OMS não recomenda a realização de ultrassonografia antes da inserção do DIU.

25 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Carlos Eduardo – Ginecologia) Gestante de 24 semanas vem em consulta de pré-natal referindo corrimento vaginal há 7 dias. Ao exame físico, foi evidenciado um corrimento amarelado, bolhoso e não aderido às paredes vaginais. Há intensa hiperemia vulvar e de parede vaginal. O pH vaginal encontra-se em 5,2. Diante do quadro quais são a hipótese diagnóstica e a conduta adequada?

- A) Vaginose bacteriana; Metronidazol via vaginal
- B) Tricomoniase; Metronidazol via oral
- C) Tricomoniase; Clindamicina via vaginal
- D) Vaginose bacteriana; Clindamicina por via oral
- E) Candidíase; Fluconazol por via oral

COMENTÁRIOS:

Cerca de 50% - 85% das mulheres com tricomoníase são assintomáticas. Quando sintomáticas, a queixa mais comum é de corrimento amarelo-esverdeado, fluido, abundante, bolhoso, podendo ter odor desagradável (quando ocorre coinfeção com vaginose bacteriana, pois os tricomonas fagocitam os lactobacilos, alcalinizando o meio vaginal e aumentando os anaeróbios). Devido à intensa reação inflamatória, ocorre ardor, prurido, dispareunia e disúria. Esses sintomas são cíclicos e acentuam-se durante o período menstrual.

Ao exame físico, podem ser observados eritema e edema de vulva, com ou sem escoriações. Ao exame especular, podem ser visíveis hemorragias pontuais no colo uterino e na vagina em 2% dos casos, o famoso “colo em framboesa/em morango”, que, após a aplicação da solução de lugol, traduz-se como Schiller malhado ou “colo tigreide”

Apesar de o metronidazol atravessar a placenta, estudos não mostraram teratogenicidade da droga (categoria B). Como a infecção pelo tricomonas está associada a efeitos adversos na gestação e ao risco (mesmo que baixo) de transmissão para o feto, todas as gestantes com essa doença devem ser tratadas. O tratamento deve ser feito com metronidazol via oral, independentemente da fase da gravidez. O tinidazol deve ser evitado na gestação, especialmente no primeiro trimestre, pois não há estudos comprovando sua segurança.

O tratamento preconizado é o seguinte:

REGIMES RECOMENDADOS	REGIME ALTERNATIVO
Metronidazol 500mg, VO, de 12/12h por 7 dias (para mulheres)	Tinidazol 2g, VO, dose única

Incorretas as alternativas A e D, pois, na vaginose bacteriana, não costumam surgir sintomas inflamatórios e o corrimento costuma ser branco acinzentado, fluido e com odor fétido.

Correta a alternativa B, pois o tratamento para tricomoníase deve ser com metronidazol via oral, mesmo na gravidez.

Incorreta a alternativa C, pois os tratamentos por via vaginal não são eficazes na tricomoníase.

Incorreta a alternativa E, pois a candidíase manifesta-se com corrimento branco, grumoso, aderido às paredes e com pH vaginal menor do que 4,5.

26 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Natalia Carvalho – Obstetrícia) Primigesta, 25 anos, vem à consulta de pré-natal. Ela não sabe a data da última menstruação e tem anotado, na carteira de pré-natal, três ultrassonografias realizadas nesta gestação: ultrassonografia transvaginal com 9 semanas, ultrassonografia obstétrica com 16 semanas e ultrassonografia morfológica com 22 semanas. Qual é o método mais fidedigno para calcular a idade gestacional dessa gestante?

- A) Ultrassonografia transvaginal
- B) Ultrassonografia obstétrica
- C) Ultrassonografia morfológica
- D) Altura uterina
- E) Não é possível calcular a idade gestacional com precisão

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre determinação da idade gestacional.

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

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

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

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

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

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

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

A estimativa da IG pode ser feita por meio da **medida do diâmetro médio do saco gestacional**, pelo **tamanho do embrião (comprimento cabeça-nádega)** ou pelo **tamanho de partes fetais (biometria fetal - crânio, ossos longos e abdome)**.

A **medida do comprimento cabeça-nádega**, realizada **antes de 14 semanas**, é o **método mais preciso para avaliar a idade gestacional** com um erro de 5 dias quando medido antes de 9 semanas e de 7 dias entre 9 e 14 semanas.

Correta a alternativa A:

o exame que apresenta maior precisão para estimar a idade gestacional é a ultrassonografia do primeiro trimestre, realizada entre 6 e 14 semanas, pois apresenta um erro entre 5-7 dias.

Incorreta a alternativa B: a ultrassonografia obstétrica realizada com 16 semanas apresenta erro de aproximadamente 10 dias para determinação da idade gestacional.

Incorreta a alternativa C: a ultrassonografia morfológica realizada com 22 semanas apresenta erro de aproximadamente 14 dias para determinação da idade gestacional.

Incorreta a alternativa D: a altura uterina não é um método fidedigno para o cálculo da idade gestacional.

Incorreta a alternativa E: o cálculo da idade gestacional por meio da medida do comprimento cabeça-nádega entre 6 e 14 semanas é um método fidedigno.

27 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Natalia Carvalho – Obstetrícia) G2P1N, inicia o pré-natal na unidade básica de saúde e, ao realizar os testes rápidos, apresenta exame positivo para HIV. Qual exame será fundamental no acompanhamento dessa gestante para avaliar a melhor via de parto?

- A) Genotipagem
- B) Carga viral
- C) Contagem de CD4
- D) *Western blot*
- E) Imunoensaio de terceira geração

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre acompanhamento da gestante com HIV.

No pré-natal, recomenda-se o rastreamento da infecção pelo HIV no primeiro trimestre, no terceiro trimestre (a partir de 28 semanas), no momento do parto e em quaisquer outras situações, como abortamentos ou casos de exposição à violência sexual.

Os testes rápidos são a via preferencial de diagnóstico e, uma vez positivos, devem ser seguidos da carga viral (CV), da contagem de células CD4+ e da genotipagem, antes de iniciarmos o tratamento com os antirretrovirais (ARV).

Para o diagnóstico de HIV, devemos sempre fazer dois exames.

Podemos fazer as seguintes combinações para diagnosticar a infecção pelo HIV:

Dois testes rápidos com amostra de sangue (de fabricantes diferentes).

Um teste rápido usando fluido oral e outro teste rápido usando sangue.

Um imunoensaio de 3ª ou 4ª geração e um teste molecular (carga viral).

Um imunoensaio de 3ª ou 4ª geração e um *western blot* ou imunoblot rápido.

Se ambos os testes forem positivos, temos um diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV. Se os testes forem discordantes, temos que fazer um 3º teste, diferente dos anteriores.

Após confirmação diagnóstica na gestação, devemos solicitar carga viral, genotipagem e iniciar a terapia antirretroviral (TARV).

Veja os momentos em que solicitamos a CV durante a gestação:



Na primeira consulta do pré-natal, ou no diagnóstico de HIV na gestação

Quatro semanas após a introdução ou mudança da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento

Na 34ª semana de gestação, para indicação da via de parto.

A genotipagem é importante para rastrear possível resistência à ação das medicações e deve ser realizada para toda gestante vivendo com HIV, mas não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para iniciar o tratamento.

A contagem de Lt-CD4 deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal e a cada 3 meses em gestantes em início de tratamento. Se a gestante já fazia uso de TARV e está com CV indetectável, deve-se dosar somente na primeira consulta e com 34 semanas de gestação, juntamente com a CV-HIV.

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

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

CV 34 semanas	Conduta do 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

Incorreta a alternativa A: a genotipagem é importante para rastrear possível resistência à ação das medicações e deve ser realizada para toda gestante com HIV, a fim de avaliar a melhor terapia antirretroviral.

Correta a alternativa B: a via de parto das gestantes com HIV depende da carga viral, realizada por volta de 34 semanas. Se a carga viral for indetectável, ou detectável, mas menor do que 1000 cópias, é possível realizar o parto vaginal.

Incorreta a alternativa C: a contagem de CD4 é importante para o acompanhamento da gestante ao longo do pré-natal, mas não para indicar a melhor via de parto.

Incorretas as alternativas D e E: tanto *western blot* quanto o imunoenensaio de terceira geração são exames diagnósticos de HIV e não servem para avaliar a via de parto.

28 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Natalia Carvalho – Obstetrícia) Primigesta, 39 semanas, vem à maternidade com queixa de contrações fortes há 4 horas. Ao ser examinada, observa-se que a gestante está na fase ativa do trabalho de parto, com 7 cm de dilatação. Paciente evoluiu rapidamente para o período expulsivo. Qual é a conduta recomendada nessa fase do trabalho de parto?

- A) Realizar episiotomia quando a cabeça fetal começar a abaular o períneo.
- B) Orientar a paciente a ficar na posição ginecológica.
- C) Fazer antisepsia e colocar campos estéreis.
- D) Realizar a ausculta dos batimentos cardíacos fetais a cada 5 min.
- E) Solicitar que a parturiente faça puxos dirigidos.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: condutas recomendadas e não recomendadas no período expulsivo.

O segundo período do trabalho de parto, também chamado de **período expulsivo**, inicia quando a **dilatação do colo uterino está completa e a parturiente começa a ter vontade de empurrar**. Nessa fase, ocorre a descida da apresentação fetal e a compressão dos músculos perineais, o que promove a vontade de empurrar, muitas vezes confundida com a vontade de defecar.

A duração do período expulsivo é muito variável, podendo chegar **a três horas na primigesta sem analgesia e até a 4 horas quando a parturiente está sob efeito da analgesia**. O mais importante é o feto apresentar boa vitalidade durante todo esse período. Para isso, os **batimentos cardíacos fetais devem ser avaliados a cada 5-10 minutos** ou de forma contínua.

A posição do período expulsivo e nascimento do concepto deve ser de livre escolha da gestante, mesmo se ela estiver sob efeito de analgesia. Tem-se observado que a posição verticalizada diminui o período expulsivo e a chance de laceração perineal.

Além disso, deve-se permitir que a gestante tenha **puxos espontâneos**, evitando os puxos dirigidos que aumentam a chance de desaceleração dos batimentos cardíacos fetais, cansaço materno e laceração perineal.

O **desprendimento do polo cefálico precisa ser lento e gradual**, diminuindo os riscos de laceração perineal. Durante o desprendimento do polo cefálico, **recomenda-se proteção perineal com as mãos, massagem perineal e compressa quente** se a parturiente permitir, pois, essas manobras se mostraram efetivas para diminuir as chances de laceração perineal.

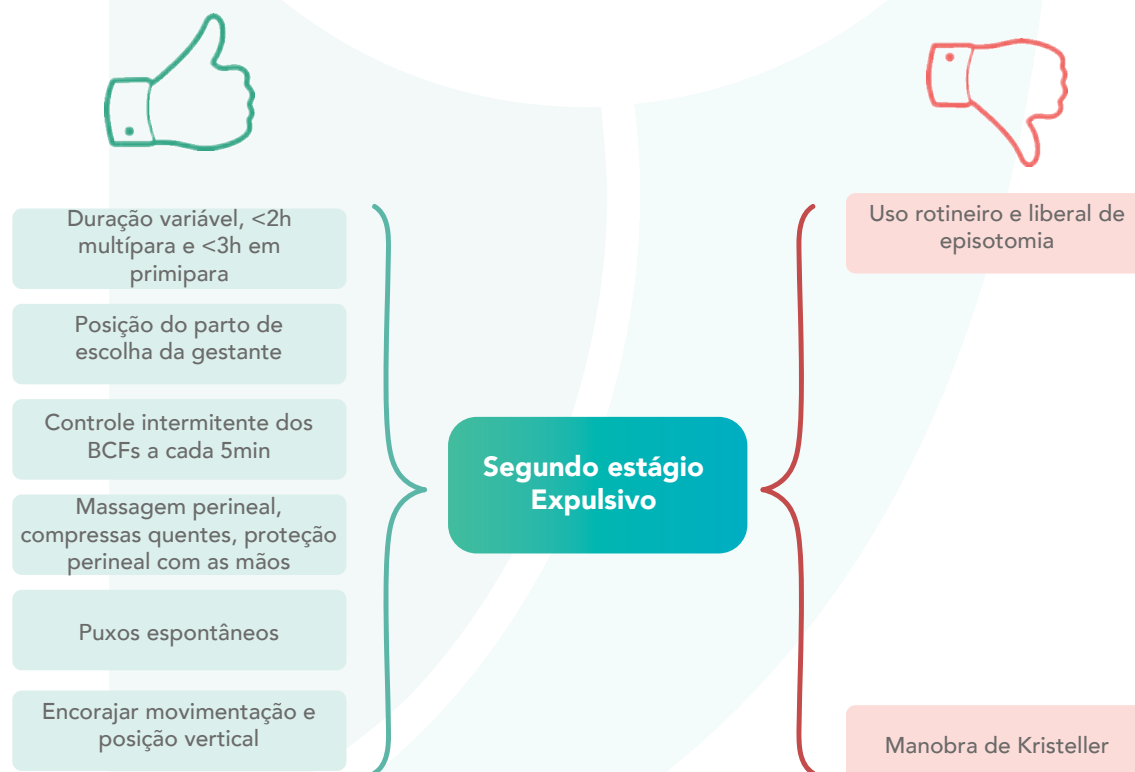
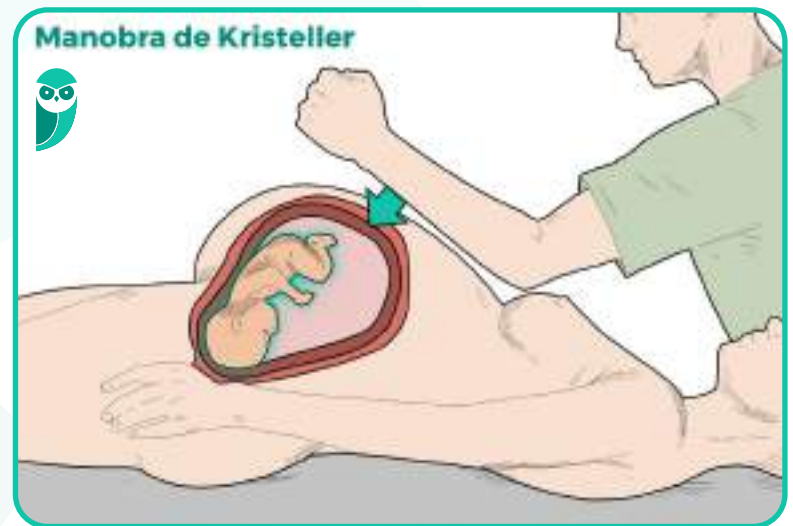
Por outro lado, **a episiotomia não deve ser feita de forma rotineira e liberal**, mas sim de forma **restrita e seletiva**, pois há evidências de que evitar episiotomia diminui significativamente o trauma perineal e a dor pós-parto, além de não haver evidências claras do seu benefício. Esse procedimento cirúrgico consiste em uma incisão no períneo realizada no momento do desprendimento do polo cefálico, que tem como objetivo aumentar a abertura vaginal e diminuir lacerações perineais graves.

Sendo assim, a episiotomia é aceita em casos de **sofrimento fetal, parto operatório, distócias de biacromial (distócia de ombro) e nos casos em que exista risco de lacerações perineais graves (terceiro e quarto grau)**. Quando a episiotomia é feita, recomenda-se a **técnica mediolateral**, com atenção especial para garantir que o ângulo esteja a **60º** da linha média quando o períneo está distendido. Os planos seccionados durante a episiotomia são: **pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e músculos bulboesponjoso e transversos superficial do períneo**.

A **manobra de Kristeller**, por sua vez, é **proibida** na assistência obstétrica adequada do período expulsivo. Essa manobra consiste em o assistente empurrar o fundo uterino com o braço para ajudar no desprendimento do polo cefálico. Ela está **proscrita na obstetria** pois aumenta os riscos maternos e fetais

Com o nascimento, o **recém-nascido deve ser colocado no ventre materno** e receber os **cuidados do pediatra, de preferência, no colo da mãe**. Em seguida o **clameamento do cordão deve ser adiado por, pelo menos, 1 minuto**, isto é, deve-se fazer o **clameamento tardio** do cordão, que permite ao recém-nascido receber um aporte maior de sangue da placenta, diminuindo, assim, os riscos de anemia, de hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante, além de proporcionar uma melhor estabilidade circulatória do neonato.

A seguir, veremos de forma resumida os cuidados recomendados e não recomendados no segundo estágio do trabalho de parto.



Incorreta a alternativa A: a episiotomia não deve ser realizada de rotina no período expulsivo.

Incorreta a alternativa B: a paciente deve ser orientada a ficar na posição que se sentir mais confortável, não sendo necessário permanecer na posição ginecológica.

Incorreta a alternativa C: não é orientado realizar antissepsia vaginal nem a colocação de campos estéreis para o parto.

Correta a alternativa D:

durante o período expulsivo, deve-se realizar a ausculta dos batimentos cardíacos fetais a cada 5 minutos para controle da vitalidade fetal.

Incorreta a alternativa E: a paciente não deve ser orientada a realizar puxos dirigidos, mas sim fazer puxos espontâneos, conforme apresentar vontade de empurrar.

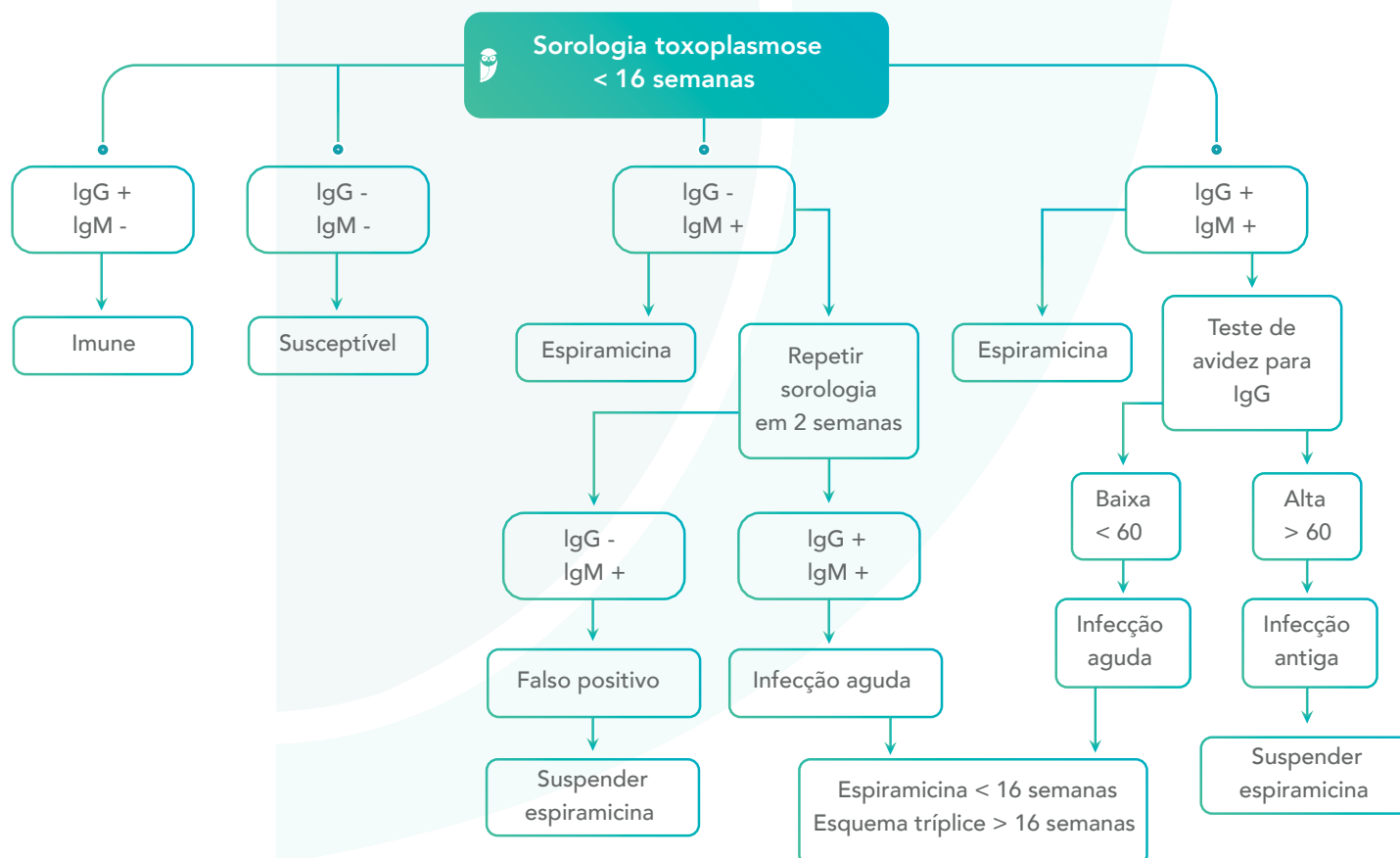
29 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Natalia Carvalho – Obstetrícia) Primigesta, 13 semanas, vem ao retorno da primeira consulta de pré-natal trazendo os exames solicitados na primeira consulta: tipagem sanguínea A positivo, glicemia de jejum 85 mg/dl, hemoglobina 12,8 mg/dl, hematócrito 38%, urocultura negativa, VDRL não reagente, sorologia para toxoplasmose IgG positivo e IgM negativo, HIV não reagente, HbsAg não reagente, anti-HBs reagente, anti-HCV não reagente. A conduta para essa gestante deve ser:

- A) Solicitar teste de avidez para IgG de toxoplasmose.
- B) Solicitar teste oral de tolerância à glicose 75 g entre 24 e 28 semanas.
- C) Realizar vacina de hepatite B.
- D) Solicitar tipagem sanguínea do parceiro.
- E) Orientar medidas de prevenção de toxoplasmose.

COMENTÁRIOS:

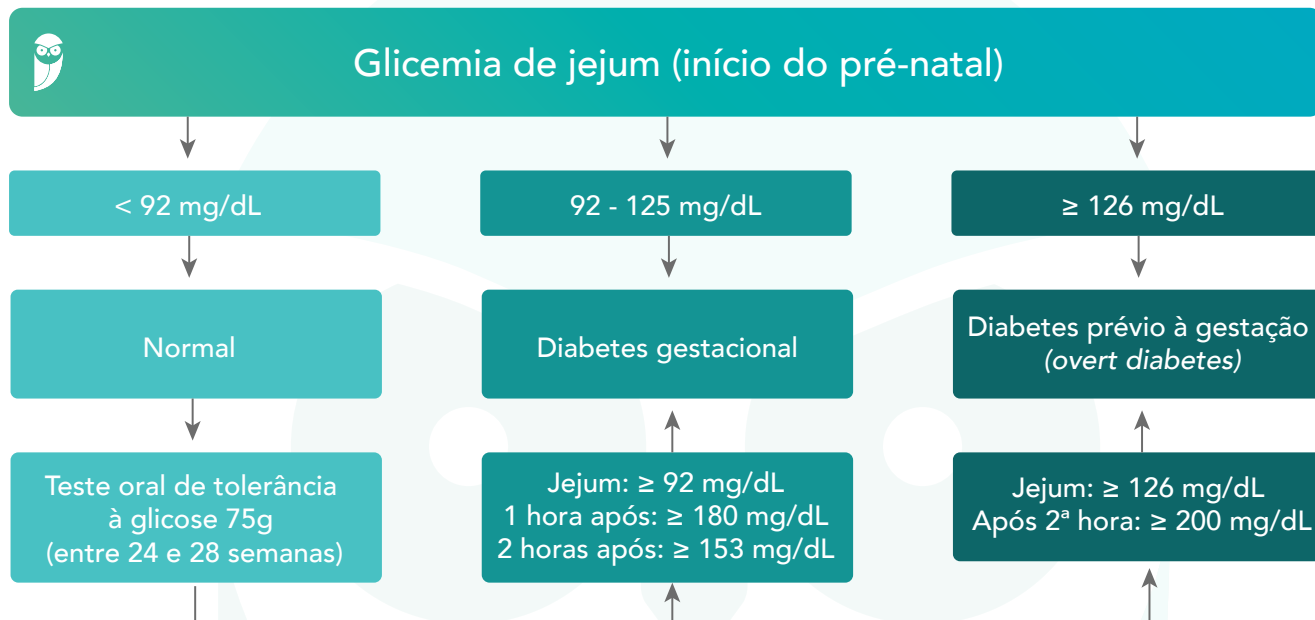
O que o examinador quer saber: sobre a assistência ao pré-natal.

Incorreta a alternativa A: como a paciente apresenta sorologia para toxoplasmose IgG positiva e IgM negativa, significa que ela é imune e pode seguir o pré-natal de rotina, sem a necessidade de realizar outros exames para toxoplasmose no pré-natal.

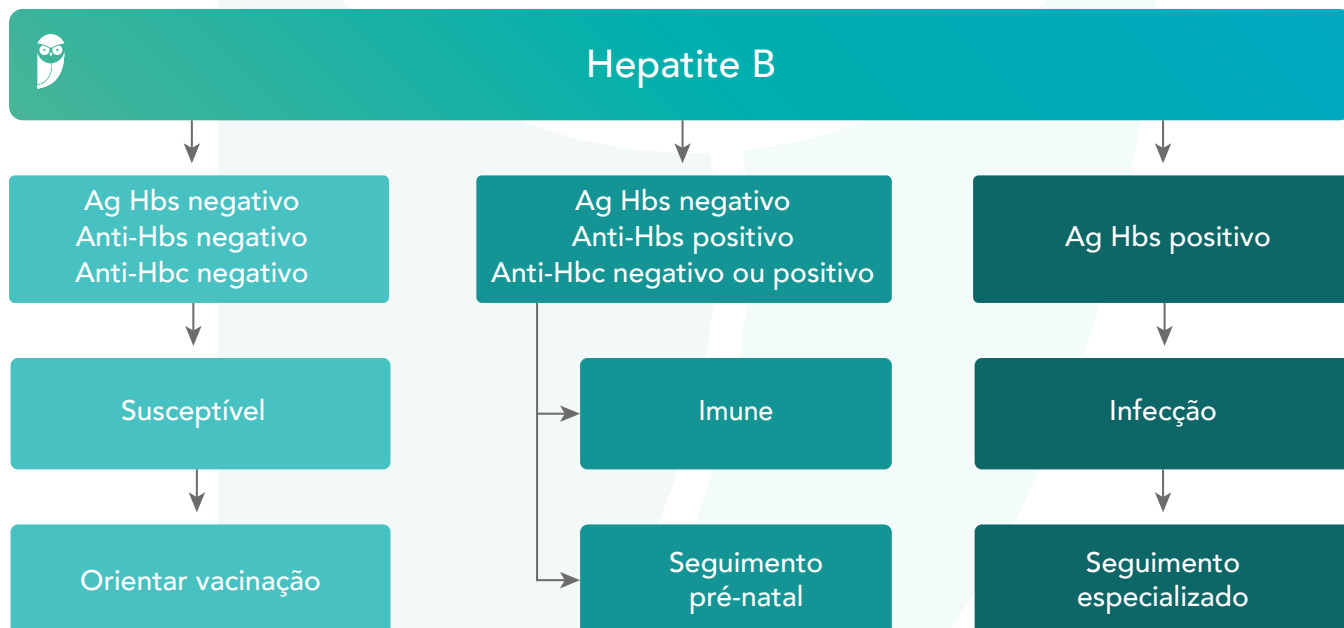


Correta a alternativa B:

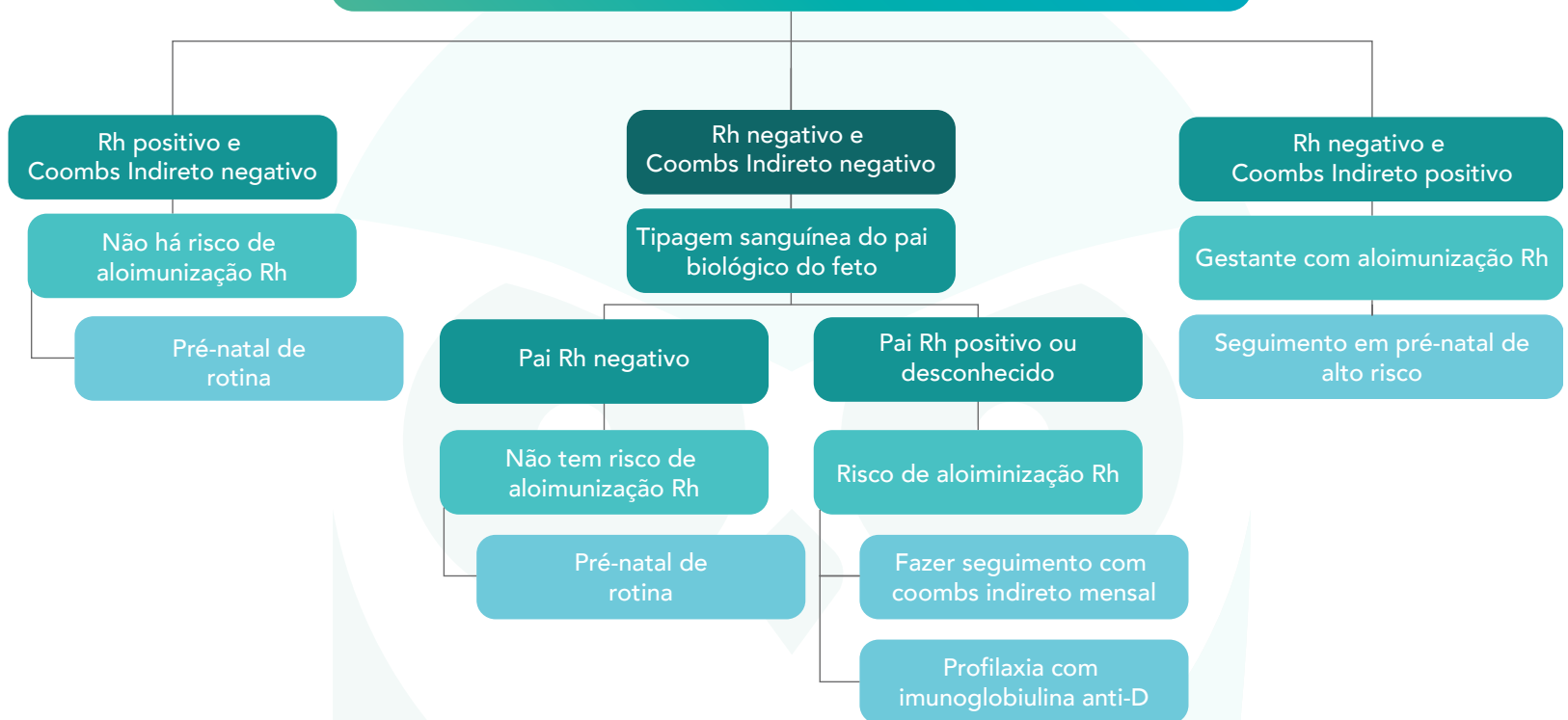
como a glicemia de jejum apresentou-se normal no primeiro trimestre (menor do que 92 mg/dl), é necessário realizar o teste oral de tolerância à glicose 75 g entre 24 e 28 semanas.



Incorreta a alternativa C: como a paciente apresenta anti-Hbs positivo, isso indica que ela é imune e não precisa realizar vacina.



Incorreta a alternativa D: como a paciente apresenta tipagem sanguínea Rh positiva, não há necessidade de avaliar a tipagem sanguínea do parceiro.


TIPAGEM SANGUÍNEA + COOMBS INDIRETO OU PAI


Incorreta a alternativa E: como a paciente apresenta sorologia para toxoplasmose IgG positiva e IgM negativa, significa que ela é imune e não precisa se preocupar com as medidas de prevenção para toxoplasmose.

30 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Natalia Carvalho – Obstetrícia) G3P2, descobriu a gestação há 1 semana. Vem à maternidade com queixa de sangramento vaginal em pequena quantidade e dor abdominal moderada. Realizada ultrassonografia transvaginal que mostra cavidade uterina vazia, corpo lúteo em ovário direito e pequena quantidade de sangue livre coletado em fundo de saco posterior. Qual dos achados a seguir indica gestação ectópica.

- A) B-hCG de 4000 mUI/ml.
- B) Queda dos valores do B-hCG em 24 horas.
- C) B-hCG de 1500 mUI/ml.
- D) Duplicação dos valores de B-hCG em 48 horas.
- E) Pequena quantidade de líquido coletada em fundo de saco vaginal posterior.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: o diagnóstico de gestação ectópica.

O diagnóstico é feito com a história clínica, a dosagem de HCG sérico e a ultrassonografia.

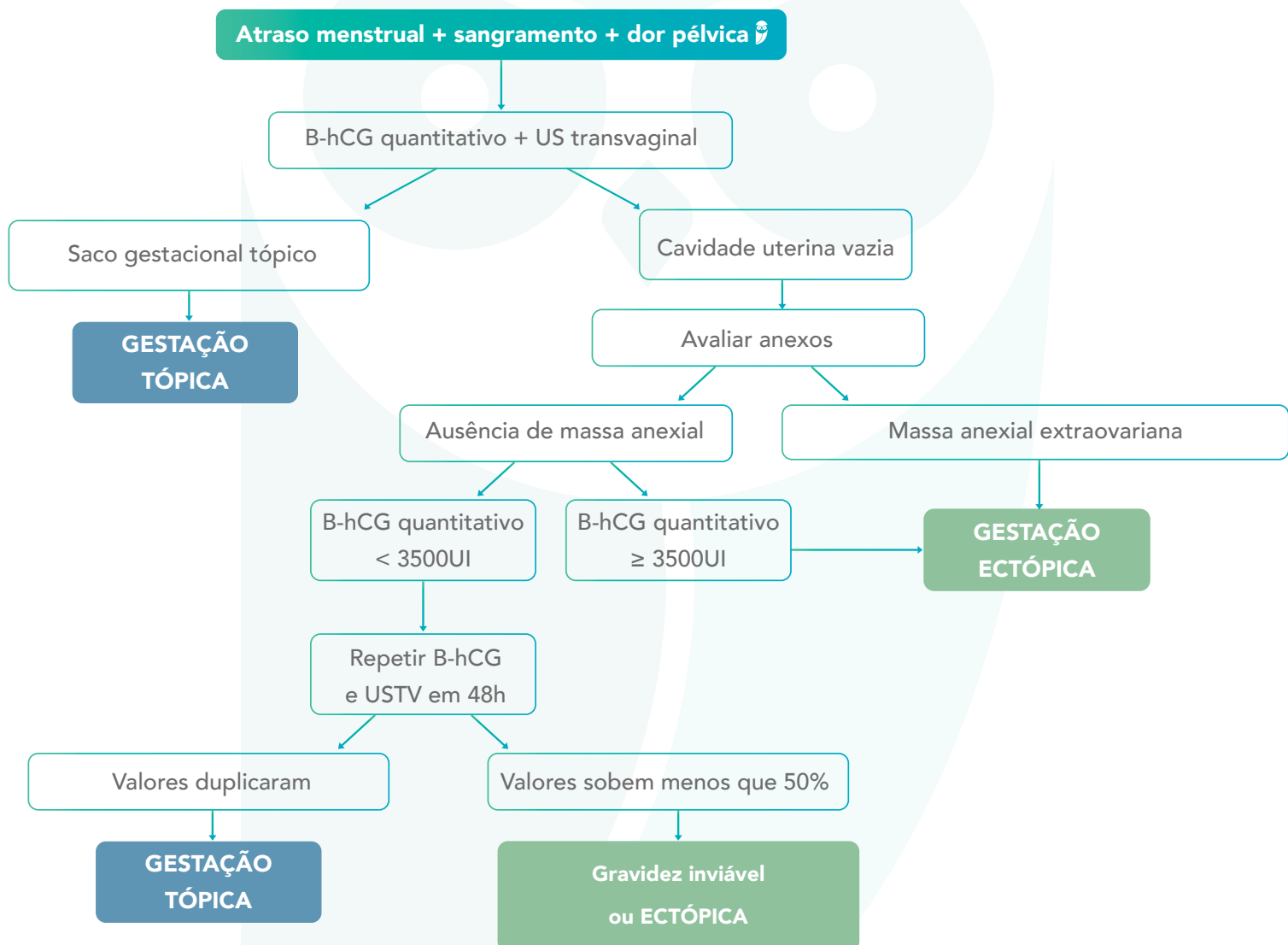
Diante de gestante com quadro clínico de dor abdominal aguda e intensa e sinais de instabilidade hemodinâmica no início da gestação, deve-se pensar primeiramente em GE rota.

Quando a gestante apresenta quadro clínico leve ou ausente, o diagnóstico de GE dá-se pelos níveis séricos de B-hCG e pela ultrassonografia.

Pacientes com HCG sérico com valores > 2000 mUI/ml, sem imagem de saco gestacional intrauterino, são altamente suspeitas para gestação ectópica. A visualização de imagem de saco gestacional extrauterino confirma a hipótese de gestação ectópica. Outras imagens como anel tubário e hematossalpinge (sangue na tuba uterina) também se correlacionam com gestação ectópica.

Quando o B-hCG é maior do que 3500 mUI/ml, é obrigatória a visualização do saco gestacional, caso contrário já é possível confirmar o diagnóstico de gestação ectópica, mesmo se não for observada imagem sugestiva de GE.

Em casos de HCG < 2000 mUI/ml, devemos repetir a dosagem e o USG em 48h, de modo que o crescimento inferior a 50% no período, ainda sem imagem tópica, direciona para o diagnóstico de gestação ectópica.



Correta a alternativa A:

a presença de cavidade uterina vazia associada a valores de B-hCG maior ou igual a 3500 mUI/ml indica o diagnóstico de gestação ectópica.

Incorreta a alternativa B: queda dos valores do B-hCG em 24 horas pode indicar uma gestação inicial não evolutiva.

Incorreta a alternativa C: níveis de B-hCG menores do que 2000 mUI/ml podem indicar uma gestação incipiente.

Incorreta a alternativa D: a duplicação dos valores de B-hCG em 48 horas podem indicar uma gestação tópica evolutiva.

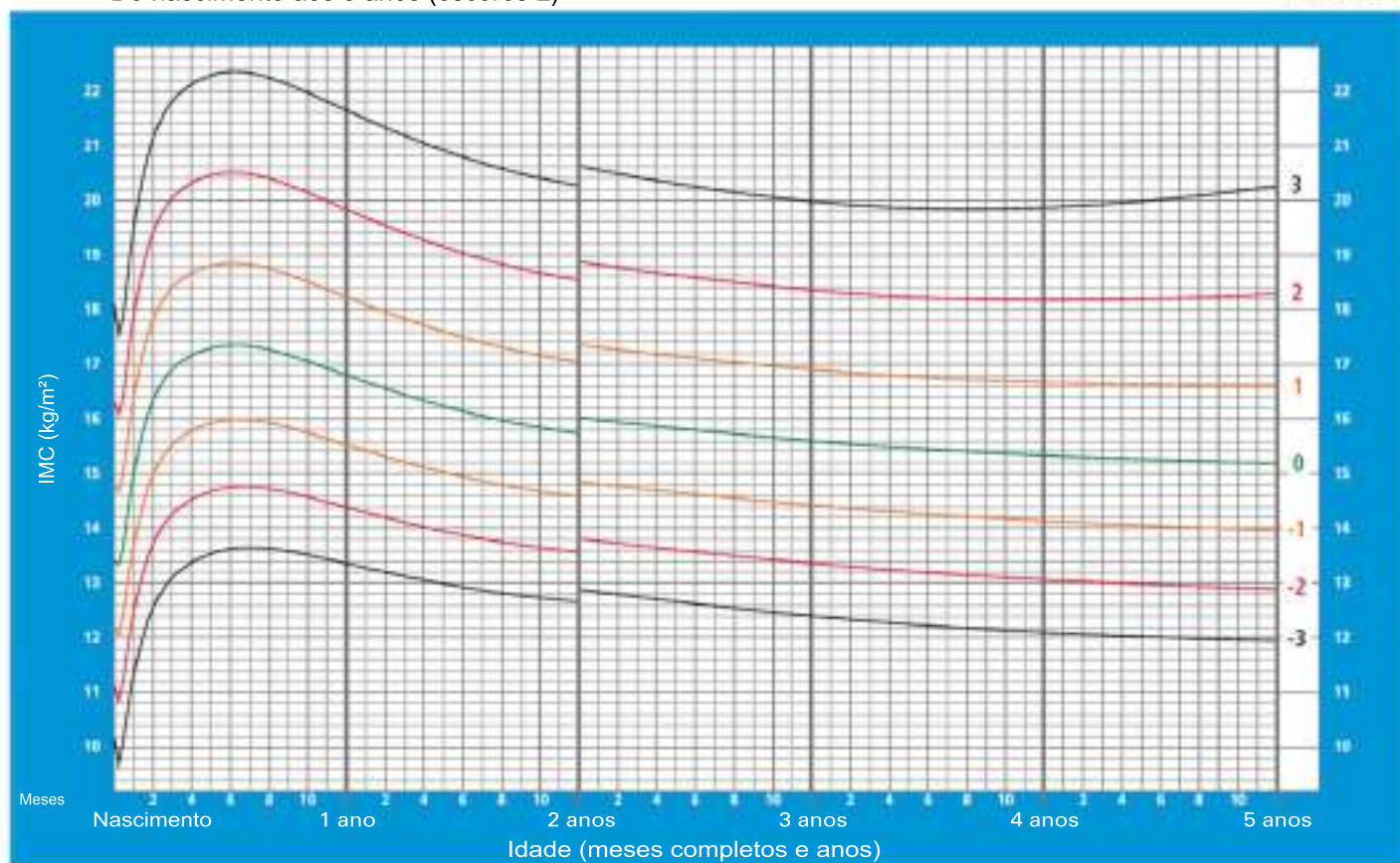
Incorreta a alternativa E: pequena quantidade de líquido coletado em fundo de saco posterior não indica gestação ectópica, pode ocorrer devido à ovulação.

PEDIATRIA

31 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Andrea Makssoudian – Pediatria) Uma criança de quatro anos comparece à consulta de rotina. Sua mãe relata que a criança tem acesso a uma dieta variada, mas prefere guloseimas como salgadinhos e bebidas açucaradas. Ele ainda não frequenta a escola e permanece na casa de seus avós durante o dia, enquanto seus pais trabalham. Diariamente, ela fica exposta a telas em torno de 4 a 6 horas. Ao exame físico, não apresenta alterações significativas. Seu IMC é de $17,3 \text{ Kg/m}^2$ e sua estatura encontra-se no escore Z+2,1. Diante desses dados e utilizando o gráfico fornecido, indique a classificação nutricional referente ao IMC.

IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

- A) Obesidade
- B) Obesidade grave
- C) Sobrepeso
- D) Eutrofia
- E) Risco de sobrepeso

COMENTÁRIOS:

Querido futuro Residente, o enunciado desta questão apresenta um pré-escolar com hábitos alimentares inadequados associados a um elevado tempo diário de exposição a telas.

Sabemos que a obesidade infantil deve ser diagnosticada precocemente e tratada de forma apropriada, visando minimizar a repercussão das comorbidades a ela associadas.

O IMC é um índice utilizado para o diagnóstico nutricional em crianças e adolescentes. Mas, é muito importante conhecer as classificações nutricionais de acordo com a idade, pois existem diferenças dessa classificação entre os menores e maiores de 5 anos, observe:

Percentil	Score Z	Zero a 5 anos incompletos	5 a 20 anos incompletos
≥ 3 e ≤ 85	≥ -2 e $\leq +1$	Eutrofia	Eutrofia
> 85 e ≤ 97	$> +1$ e $\leq +2$	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
> 97 e $\leq 99,9$	$> +2$ e $\leq +3$	Sobrepeso	Obesidade
$> 99,9$	$> +3$	Obesidade	Obesidade grave

Quando colocamos no gráfico o valor do IMC fornecido pelo enunciado, vemos que ele se encontra entre o escore Z+1 e +2. Esse valor de IMC corresponde ao diagnóstico nutricional de risco de sobrepeso.

Correta alternativa: E.

32 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Andrea Makssoudian – Pediatria) Um escolar de 9 anos de vida teve um quadro de febre e dor de garganta que durou dois dias há uma semana. A partir de então, passou a apresentar tosse seca persistente com caráter progressivo, cefaleia e adinamia. Ao exame físico, ele encontra-se em bom estado geral, afebril, FR: 32 irpm, FC: 88 bpm, oximetria de 95% em ar ambiente, ausculta pulmonar com estertores subcrepitantes difusos. A radiografia de tórax apresenta um padrão intersticial bilateral. Diante desse caso hipotético, indique a principal hipótese diagnóstica.

- A) Pneumonia típica
- B) Síndrome gripal
- C) Exacerbação de asma
- D) Pneumonia atípica
- E) Rinossinusite

COMENTÁRIOS:

Olá, querido Estrategista, o enunciado dessa questão apresenta uma criança em idade escolar com quadro de tosse, arrastado há 1 semana, de caráter progressivo, associado à cefaleia e adinamia e com radiografia de tórax que revela padrão intersticial. Esses dados são muito sugestivos da pneumonia atípica.

O quadro clínico clássico da pneumonia atípica começa com sintomas de uma infecção viral de vias aéreas superiores, com evolução insidiosa de mais de uma semana, geralmente sem febre ou com febre baixa e intermitente, com o paciente em bom estado geral. Os principais sintomas são tosse, habitualmente seca, e coriza. A tosse seca, que é o padrão clássico, pode evoluir para produtiva ou, mais raramente, ser irritativa e frequente, assemelhando-se a um padrão chamado coqueluchoide, ou seja, acessos de tosse que levam a criança a perder o fôlego.

Os sintomas associados aos respiratórios que podem ser encontrados nas pneumonias atípicas são:

- Cefaleia;
- Dor de garganta, rouquidão;
- Mal-estar;
- Mialgia;
- Adinamia.

O diagnóstico é clínico, se a radiografia for realizada, encontramos um padrão intersticial bilateral. Observe:



Fonte: Shutterstock.

O principal agente das pneumonias atípicas ou intersticiais nessa idade é o *Mycoplasma pneumoniae*, que responde bem ao tratamento com macrolídeos.

Vamos avaliar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, a pneumonia típica apresenta um quadro mais agudo com febre elevada e o padrão radiológico não é intersticial, mas sim de opacidades homogêneas.

Incorreta a alternativa B, a síndrome gripal consiste em um quadro agudo de febre elevada e sintomas respiratórios. A tendência é que ocorra melhora dentro de três a cinco dias, não que se observe piora progressiva da tosse.

Incorreta a alternativa C, na exacerbação de asma, esperamos encontrar sibilos expiratórios e desconforto respiratório. Além disso, não se espera que a radiografia de tórax esteja alterada.

Correta a alternativa D, o quadro apresentado é compatível com pneumonia atípica.

Incorreta a alternativa E, a rinossinusite pode se manifestar com tosse persistente com duração de uma semana, mas não justifica as alterações da ausculta pulmonar e da radiografia de tórax.

33 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Andrea Makssoudian – Pediatria) Entre as condições abaixo, indique aquela que consiste em contraindicação ao aleitamento materno.

- A) Galactosemia
- B) Tuberculose materna bacilífera
- C) COVID 19
- D) Hepatite B
- E) Infecção materna pelo citomegalovírus

COMENTÁRIOS:

Caro futuro Residente, as contraindicações absolutas ao aleitamento materno são raras, veja:

- ✓ Mães infectadas pelo HIV.
- ✓ Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2.
- ✓ Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.
- ✓ Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são contraindicados durante a amamentação, tais como:
 - antineoplásicos;
 - radiofármacos (pelo menos durante a meia-vida deles);
 - amiodarona (pode causar hipotireoidismo no bebê);
 - raros imunossupressores (como a ciclofosfamida);
 - raros antimicrobianos (como linezolida e ganciclovir);
 - lítio;
 - ergotaminas, entre outros.

Vamos observar cada uma das alternativas:

Correta a alternativa A,

a galactosemia é uma condição que consiste em contraindicação ao aleitamento materno, pois o leite materno contém lactose, que pode levar ao acúmulo de metabólitos tóxicos no lactente, ocasionando problemas hepáticos, renais e neurológicos, entre outros.

Incorreta a alternativa B, a tuberculose materna não consiste em contraindicação ao aleitamento. Preconiza-se a manutenção da amamentação, cuidados de higiene e uso de máscara cirúrgica.

Incorreta a alternativa C, a COVID 19 não é contraindicação ao aleitamento materno, desde que a mãe deseje amamentar e tenha condições clínicas. Os devidos cuidados de higiene e uso de máscara são necessários.

Incorreta a alternativa D, a hepatite B não contraindica o aleitamento materno, desde que o recém-nascido receba a vacina e a imunoglobulina.

Incorreta a alternativa E, a infecção materna pelo citomegalovírus não é uma contraindicação ao aleitamento materno. Deve-se considerar a pasteurização do leite para bebês prematuros com < 32 semanas de idade gestacional e/ou peso de nascimento < 1.500 gramas, que podem vir a desenvolver sintomas da doença. Mesmo com leite materno cru, a amamentação não é completamente contraindicada nesses casos. Para essa população, os riscos e benefícios devem ser avaliados.

34 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Andrea Maksoudian – Pediatria) A desnutrição na infância é uma condição relacionada à alta morbimortalidade, sobretudo em regiões com condições socioeconômicas precárias. É correto afirmar a respeito da desnutrição infantil:

- A) A desnutrição tipo marasmo caracteriza-se por edema, lesões de pele e alterações nos cabelos.
- B) No Kwashiorkor, a criança apresenta face de lua cheia, não há perda significativa de tecido celular subcutâneo e o edema está presente.
- C) No tratamento das formas graves de desnutrição, o ferro deve ser introduzido precocemente, durante a fase de estabilização.
- D) As crianças desnutridas manifestam claramente os sinais de infecção.
- E) Consideramos uma criança desnutrida grave quando o escore Z de peso para estatura encontra-se entre o escore Z -1 e -2.

COMENTÁRIOS:

Olá Estrategista, esta questão cobra conceitos clássicos sobre a desnutrição infantil, vamos aprender juntos?

A desnutrição energético-proteica é consequência de um desequilíbrio entre a necessidade e a oferta de macro e micronutrientes, que apresenta caráter multissistêmico e ocasiona alterações no crescimento e nas funções metabólicas do indivíduo.

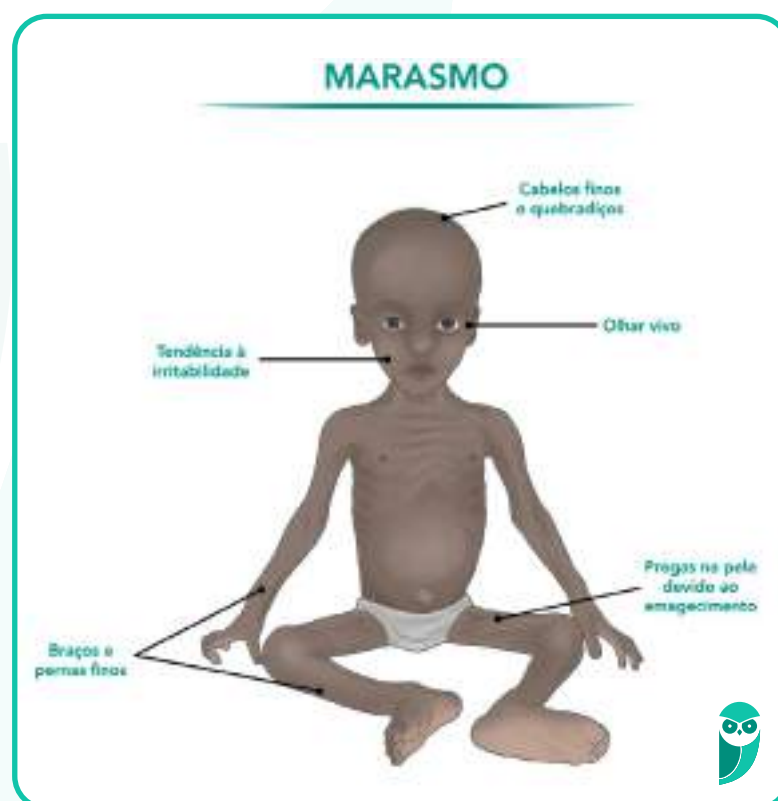
Suas principais manifestações ocorrem nos sistemas endócrino, imunológico, nervoso, cardiovascular, gastrointestinal, renal, entre outros.

A importância de conhecer suas características e diagnosticá-la precocemente reside no fato de que a desnutrição é um fator importante de morbimortalidade em crianças, sobretudo em países em desenvolvimento como o nosso.

O marasmo consiste em uma deficiência global de nutrientes, com déficit proteico e calórico, enquanto o Kwashiorkor é uma forma de desnutrição proteica, geralmente com aporte calórico adequado às custas de dieta com predomínio de carboidratos.

O marasmo acomete crianças abaixo dos dois anos de vida e a característica principal dessas crianças é a magreza. A gordura de Bichat, localizada na face, é absorvida, dando à face, um aspecto envelhecido, também denominado de face simiesca. Essas crianças apresentam braços e pernas finos, abdome saliente e, podem ser notadas, pregas de pele nos glúteos e coxas. O turgor dessas crianças é geralmente frouxo.

Devido à restrição global de nutrientes, essas crianças apresentam-se famintas e muito agitadas. Esses pacientes apresentam muitas infecções gastrointestinais e respiratórias. Observa-se também, sinais clínicos de deficiências vitamínicas. Observe a figura a seguir que apresenta as principais características do marasmo:

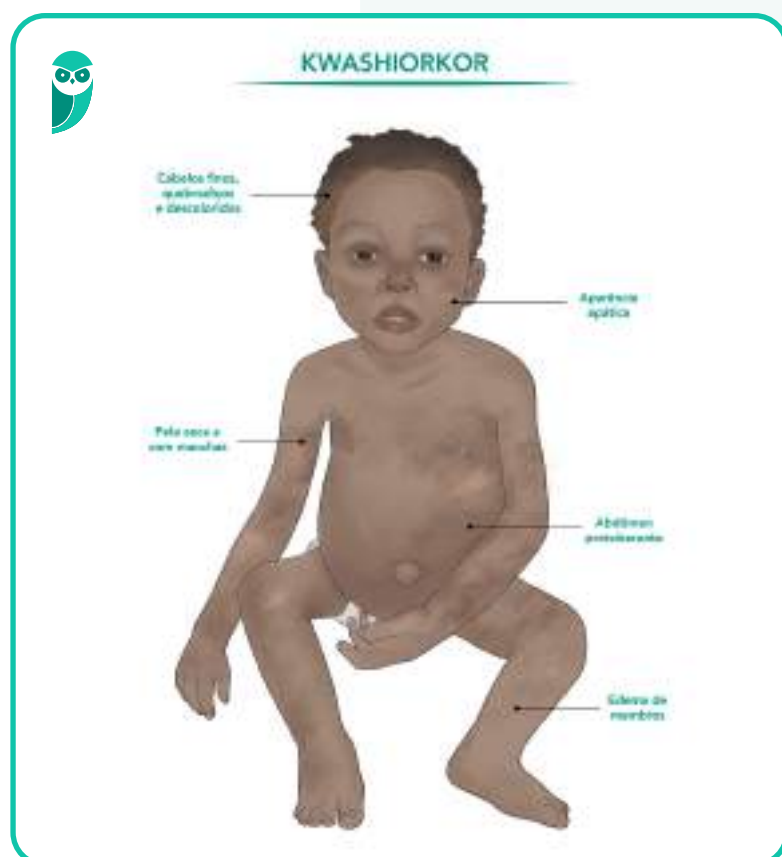


A desnutrição tipo Kwashiorkor ocorre devido ao déficit de ingestão de proteínas e acomete crianças acima dos 2 anos de vida. Suas principais manifestações clínicas são: retardo no crescimento, perda de massa muscular menos intensa do que no marasmo e edema depressível. A gordura corporal no Kwashiorkor é normal ou aumentada.

Crianças com Kwashiorkor não utilizam os estoques de proteína de sua musculatura para prover energia aos órgãos essenciais. Além disso, na fase anterior à instalação do edema, os níveis de cortisol são baixos.

O edema é proeminente no Kwashiorkor e localiza-se, predominantemente, nas pernas, região genital e sacral, podendo evoluir com anasarca. A face desses pacientes é arredondada com aspecto de lua cheia, a hepatomegalia pode ser observada, ela é consequência da esteatose hepática. A explicação que se dá para esse acúmulo de gordura hepática é que se observa uma perda dos mecanismos fisiológicos que mantêm o equilíbrio do fígado, causando o acúmulo de gordura.

O estado mental é mais apático do que no marasmo. Outra característica observada são as alterações de pele, como hipopigmentação, rachaduras, descamação e queratose. Os cabelos também sofrem despigmentação e são mais lisos. Observe:



O tratamento da desnutrição aguda grave com complicações deve ser feito em ambiente hospitalar, seguindo os dez passos:

- 1 - Tratar e prevenir a hipoglicemia.
- 2 - Tratar e prevenir a hipotermia.
- 3 - Tratar e prevenir a desidratação.
- 4 - Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos.
- 5 - Tratar infecções.
- 6 - Corrigir deficiências de micronutrientes.
- 7 - Iniciar a alimentação com cuidado.
- 8 - Recuperação do peso perdido e reparação dos tecidos (crescimento rápido).
- 9 - Estimular o desenvolvimento emocional e sensorial, oferecer afetividade, estimulação, recreação e cuidado.
- 10 - Acompanhamento ambulatorial e alta.

Os primeiros sete passos pertencem à fase de estabilização, em que o paciente se encontra grave e pode evoluir para óbito. Nessa fase, devemos estabilizar o paciente, evitando a hipotermia e a hipoglicemia, controlando a desidratação, os distúrbios eletrolíticos, fazendo a reposição de micronutrientes, tratando as infecções. Além disso, deve haver cuidado ao administrar a dieta, pois uma dieta hipercalórica oferecida de forma súbita pode levar à síndrome de realimentação, que é uma condição potencialmente fatal. Outro cuidado que devemos ter nessa fase inicial é evitar a administração de ferro. A introdução do ferro nessa etapa de tratamento pode levar a intoxicações e o ferro pode ser usado como substrato para o metabolismo de algumas bactérias.

Na fase de reabilitação (passos 8 e 9), podemos oferecer uma dieta calórica, com o objetivo da recuperação do peso, e estimular a criança quanto ao desenvolvimento emocional, sensorial, oferecendo afetividade, recreação e cuidado. Nessa fase, o ferro pode ser introduzido.

No acompanhamento ambulatorial, o objetivo é não permitir que a criança retorne à condição prévia de desnutrição.

Vamos avaliar cada uma das alternativas:


Incorreta a alternativa A, no marasmo, não há edema e as lesões de pele não são comuns.

Correta a alternativa B, essas características são encontradas na desnutrição grave tipo Kwashiorkor.

Incorreta a alternativa C, o ferro não deve ser administrado na fase de estabilização, mas sim na de reabilitação,

Incorreta a alternativa D, as crianças desnutridas não manifestam claramente os sinais de infecção. Assim, toda criança com desnutrição grave é considerada como infectada e deve receber ciclo de antibióticos.

Incorreta a alternativa E, o diagnóstico da desnutrição em crianças com menos de cinco anos é feito da seguinte forma:

CRIANÇAS DE 6 A 59 MESES	
	DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA <ul style="list-style-type: none"> • Circunferência do braço entre 115 a 124 mm OU • Peso para estatura entre o Escore Z -2 e -3
	DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE <ul style="list-style-type: none"> • Circunferência do braço < 115 mm OU • Peso para estatura < escore Z -3 OU • Presença de edema
	PARADA DE CRESCIMENTO (indica desnutrição crônica) <ul style="list-style-type: none"> • Nanismo moderado: estatura ou comprimento entre o escore Z -2 e -3 • Nanismo Grave: estatura ou comprimento < escore Z -3

Com isso, vemos que a desnutrição grave se caracteriza por:

- Circunferência do braço < 115 mm OU
- Peso para estatura < escore Z -3 OU
- Presença de edema.

35 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Diógenes Paiva – Otorrinolaringologia) Menina de 6 anos retorna ao pronto-socorro após uma semana, com piora de dispneia, início de febre alta, tosse rouca e fazendo ruído ao respirar. O pai relata que a trouxe, há 5 dias, com sintomas parecidos e que ela melhorou com uma nebulização e injeção. Ao exame: temp. 39 graus, tiragem intercostal, estridor bifásico, Sat. 92%, AP: MV diminuído com roncos, orofaringe com hiperemia e secreção espessa, rinoscopia com hiperemia mucosa e otoscopia com hiperemia de membrana timpânica. Foi realizada nebulização com epinefrina sem melhora dos sintomas.

Em relação ao quadro acima, assinale a conduta correta.

- Realizar internação hospitalar na UTI, iniciar antibioticoterapia empírica para *S. aureus* e monitorização sem obrigatoriedade de intubação orotraqueal.
- Repetir dois novos ciclos de nebulização com epinefrina, dexametasona IM ou IV e observar por 4 a 6 horas no pronto-socorro.
- Fazer nebulização com salbutamol e ipratrópio, dexametasona IM ou IV e alta com prescrição de amoxicilina-clavulanato.
- Realizar intubação orotraqueal precoce, internação hospitalar na UTI e antibioticoterapia empírica para *H. influenzae* tipo B.
- Internação hospitalar mantendo nebulização com salbutamol e ipratrópio, dexametasona IV e antibioticoterapia sistêmica empírica para *S. pneumoniae*.

COMENTÁRIOS.

Correta a alternativa A.

Esta questão avaliou o conhecimento de uma possível complicação de uma das causas mais comuns de estridor na infância, que aparece bastante nas provas de Residência: a famosa laringite viral ou crupe.

A maioria das laringotraqueobronquites é causada pelo vírus *Parainfluenzae* e são mais frequentes 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**.

Entretanto, 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 abaixo:

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** apresentam 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, necessários 3 dias para sua resolução.

Em semelhança com a maior parte das IVAS, 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.

Nossa paciente da questão teve uma laringite viral na semana da primeira consulta do pronto-socorro, mas evoluiu com uma infecção bacteriana secundária que é a traqueíte bacteriana. É uma infecção exsudativa invasiva dos tecidos moles da traqueia, que acomete a laringe subglótica e a árvore brônquica superior.

O *Staphylococcus aureus* é a bactéria causadora mais comum desta patologia, seguida pelo *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* e *M. catarrhalis*.

Diferentemente da epiglote, que apresenta um início súbito dos sintomas, evoluindo rapidamente para desconforto respiratório, a laringotraqueíte bacteriana geralmente evolui de um quadro prévio de laringite viral, que apresentava disfonia e tosse ladrante.

Porém, na laringotraqueíte bacteriana, ocorre uma intensificação desse quadro clínico prévio, por meio de uma evolução clínica mais insidiosa do que a verificada anteriormente na epiglote.

Os sinais e sintomas clínicos cobrados em questões anteriores foram:

- Febre alta;
- Tosse;
- Dispneia intensa;
- Estridor inspiratório e expiratório (bifásico) em repouso (mas pode apresentar só inspiratório);
- Sinais de Toxemia;
- Secreção purulenta em oro e nasofaringe;
- Tiragem subcostal e de fúrcula.

O diagnóstico é feito de forma presuntiva, por meio da apresentação clínica e da característica insidiosa de sua apresentação.

Geralmente, são pacientes com febre alta, aparência tóxica, dispneia e **má resposta ao tratamento com adrenalina nebulizada** (fazendo diagnóstico diferencial importante com a laringite viral).

Enunciados anteriores também já descreveram **piora ou refratariedade dos sintomas após o uso da dexametasona**.

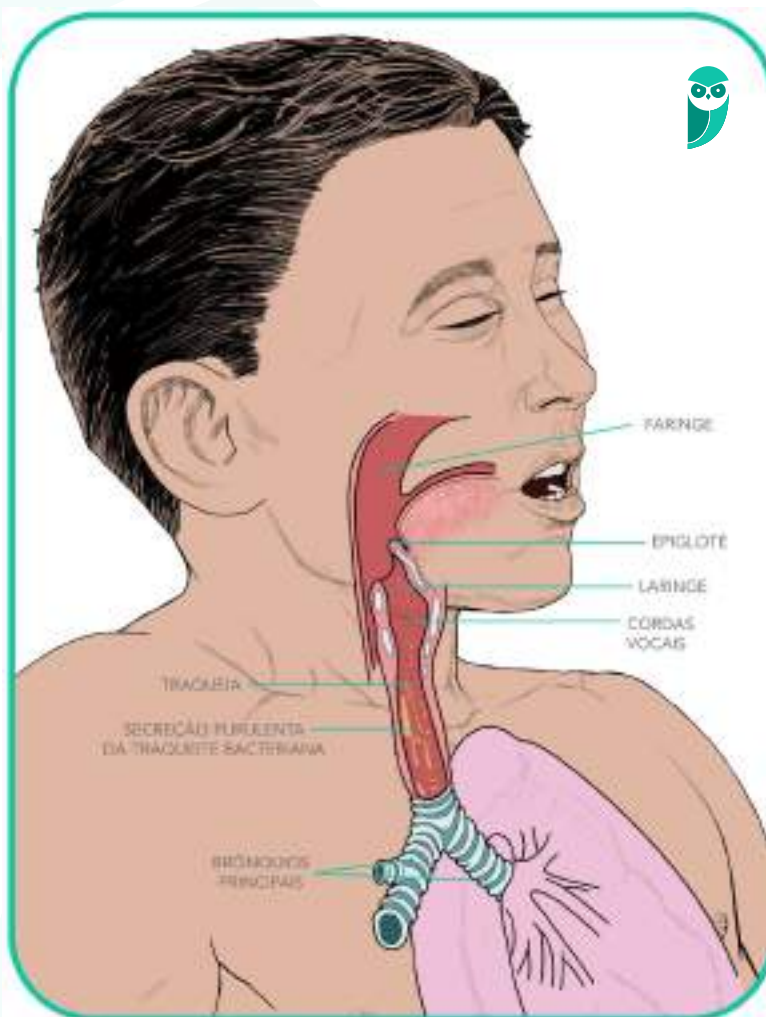
O manejo inicial, nos casos suspeitos, é feito por meio do suporte respiratório adequado, com avaliação da necessidade de intubação, **mas ela não é obrigatória como na epiglote**. Dependendo da gravidade do caso, deve-se associar a hidratação venosa e a administração de antibioticoterapia empírica.

Os antibióticos mais utilizados são: vancomicina associada à ceftriaxona ou ampicilina-sulbactam.

Por fim, pelo risco de piora do quadro respiratório, esses pacientes são manejados preferencialmente na UTI pediátrica.

Incorreta a alternativa B. Essa seria a conduta em caso de suspeita de laringite viral moderada, sendo a provável conduta adequada na consulta do pronto-socorro da semana anterior.

Incorreta a alternativa C. Nem na laringite viral nem na traqueíte indicamos nebulização com salbutamol, pois não fará nem “cócegas” no volumoso edema mucoso causado pelas referidas infecções.



Incorreta a alternativa D. Essa seria a conduta em suspeita de epigloteite, que apresenta sintomas obstrutivos e sinais de toxicidade semelhantes aos da traqueíte bacteriana, porém com uma evolução clínica em poucas horas e dias. Não apresenta a história mais “arrastada” que identificamos nesse enunciado.

Fique atento a essa evolução clínica, bem como, ao status vacinal nos enunciados, para fazer a diferenciação entre estas duas infecções.

Incorreta a alternativa E. Conforme descrito anteriormente, a nebulização que poderia ser eficaz nesses casos de estridor infeccioso é feita com adrenalina, e o agente etiológico mais comum da traqueíte é o *S. aureus*, embora o *S. pneumoniae* também possa causá-la.

O *S. pneumoniae* é o principal agente causador de rinosinusite e de otite média aguda bacteriana, bem como, da pneumonia bacteriana, não sendo compatível o diagnóstico dessas infecções com os dados do enunciado.

36 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Helena Schetinger – Pediatria) Menino de 10 anos, imunocompetente, com calendário vacinal completo, e seu pai, de 32 anos, portador de câncer de estômago, em uso de quimioterapia e calendário vacinal desconhecido comparecem à Unidade de Saúde em uma campanha de vacinação. Qual é a orientação correta a ser dada, levando em consideração o calendário atualizado do Programa Nacional de Imunizações de 2022?

- A) O menino deve esperar completar 11 anos para tomar a vacina contra o HPV.
- B) A vacina contra hepatite B será aplicada em 3 doses no pai.
- C) A vacina meningocócica ACWY pode ser aplicada de imediato no adolescente.
- D) O pai deverá aplicar uma dose de reforço da vacina bacteriana do tipo adulto (dT).
- E) O pai tem indicação de aplicar três doses da vacina contra o HPV.

COMENTÁRIOS:

Vamos analisar os calendários vacinais atualizados, dos adolescentes e dos adultos.

CALENDÁRIO VACINAL DOS ADOLESCENTES – PNI 2022

VACINAS	DOSES
HPV	9 a 14 anos Duas doses com 6 meses de intervalo
Meningocócica ACWY	11 a 14 anos* Dose única
Dupla bacteriana adulto (dT)	Uma dose de reforço a cada 10 anos Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
Hepatite B	Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
Febre amarela	Dose única, se não tiver vacinação prévia
Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Duas doses, se não tiver o esquema completo anteriormente

*Expansão temporária, até Junho de 2023, para adolescentes de 13 a 14 anos.

CALENDÁRIO VACINAL DO ADULTO – 20 AOS 59 ANOS – PNI

VACINAS	DOSES
Hepatite B	Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
Dupla bacteriana adulto (dT)	Uma dose de reforço a cada 10 anos Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
Febre amarela	Dose única, se não tiver vacinação prévia
Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Duas doses, se não tiver o esquema completo anteriormente até os 29 anos, ou dose única dos 30 aos 59 anos

Agora, veremos as indicações atualizadas da vacina contra o HPV e da vacina contra hepatite B.

Indicações da Vacina Contra HPV – PNI 2022

Meninos e meninas imunocompetentes de 9 a 14 anos	Duas doses	Com 6 meses de intervalo entre elas
Pacientes de 9 a 45 de ambos os sexos, portadores de HIV, transplantados ou oncológicos em uso de terapia imunossupressora	Três doses	Com intervalos de 2 meses entre a primeira e a segunda dose e 6 meses entre a primeira e a terceira.

VACINA CONTRA HEPATITE B – PNI 2022

Imunocompetentes maiores de um ano	Três doses	Intervalo 0-1-6 meses
Imunocompetentes menores de um ano	Quatro doses	Ao nascer (isolada) 2, 4 e 6 meses (na pentavalente)
Imunocomprometidos	Quatro doses Dose dobrada Obrigatório coletar sorologia 30 a 60 dias após a última dose. Considerar imune se anti-Hbs \geq 10 mUI/ml	Intervalo 0-1-2-6 meses

Por fim, lembre-se de que, em imunocomprometidos, as vacinas inativadas não têm contra-indicação e as vacinas vivas atenuadas não deverão ser aplicadas na maioria dos casos.

Vamos, então, analisar os pacientes.

- Menino, 10 anos, imunocompetente, com calendário completo até os 4 anos: deverá aplicar a primeira dose da vacina contra o HPV agora; programar para os 11 anos a meningocócica ACWY e, para os 14 anos, a dT.
- Pai, 32 anos, imunodeprimido, calendário desconhecido: deverá aplicar a primeira dose da vacina contra o HPV; a primeira dose da hepatite B (dobrada); e três doses da dT. As vacinas contra febre amarela e tríplice viral são contraindicadas por serem vivas atenuadas.

Incorreta a alternativa A: o menino deverá receber a primeira dose da HPV.

Incorreta a alternativa B: a vacina contra hepatite B deverá ser feita em quatro doses.

Incorreta a alternativa C: a vacina meningocócica ACWY é indicada dos 11 aos 14 anos.

Incorreta a alternativa D: o pai deverá receber três doses da dT.

Correta a alternativa E: o pai deverá receber três doses da vacina contra o HPV.

37 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Helena Schetinger – Pediatria) Recém-nato filho de mãe sem pré-natal, nasceu a termo e com boa vitalidade. Com 24 horas de vida, evolui com taquidispnéia, cianose, hipotermia e sinais de baixo débito. Dentro de algumas horas, ele evolui, rapidamente, para choque e óbito.

Considerando as principais hipóteses diagnósticas, qual é a medicação que, caso tivesse sido administrada, poderia modificar o prognóstico?

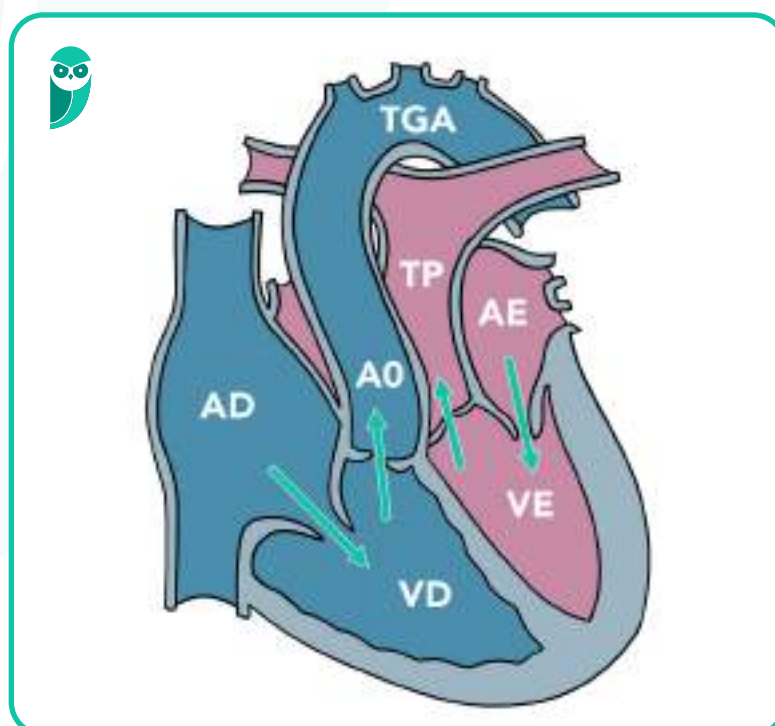
- A) Indometacina
- B) Metilxantina
- C) Prostaglandina
- D) Sildenafil
- E) Surfactante

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, esta é uma questão clássica de uma cardiopatia congênita chamada de crítica, ou seja, dependente do canal arterial. Vamos analisar o caso, tínhamos um neonato, que nasceu com boa vitalidade e não demonstrava sinais de cardiopatia. Porém, em 24 horas, momento em que sabemos que ocorre o início do fechamento dos *shunts* fisiológicos fetais (canal arterial e forame oval), há uma súbita descompensação clínica, levando a um baixo débito, choque cardiogênico e óbito.

As principais cardiopatias envolvidas nesse quadro são: transposição de grandes vasos e hipoplasia do coração esquerdo. Vamos lembrar.

A transposição de grandes vasos (ou transposição de grandes artérias) é uma cardiopatia que apresenta uma circulação em paralelo, ou seja, a aorta tem origem no ventrículo direito e o tronco pulmonar, no esquerdo.



Vamos entender a patologia? Como o sangue que vai para os tecidos é pouco oxigenado, há cianose periférica. Como o sangue que vai para os pulmões têm uma grande pressão por sair da câmara esquerda, temos hiperfluxo pulmonar.

Como você pode imaginar, se não houver alguma comunicação entre os lados direito e esquerdo, como um canal arterial pérvio, uma CIA ou uma CIV, é incompatível com a vida.

O quadro clássico é de uma cianose que inicia após os primeiros dias de vida, devido ao fechamento do canal arterial, podendo ou não ter sopro, associada a um desconforto respiratório.

O bebê pode evoluir com sinais de insuficiência cardíaca e choque, uma vez que o ventrículo direito tem que bombear sangue para a circulação sistêmica com alta pressão, sem ter sido “preparado para tal função”. Sendo assim, o quadro inicial pode ser de: mau estado geral, palidez, extremidades frias, baixa saturação periférica e hipotensão.

O procedimento imediato a ser adotado é a manutenção da comunicação entre os lados direito e esquerdo do coração.

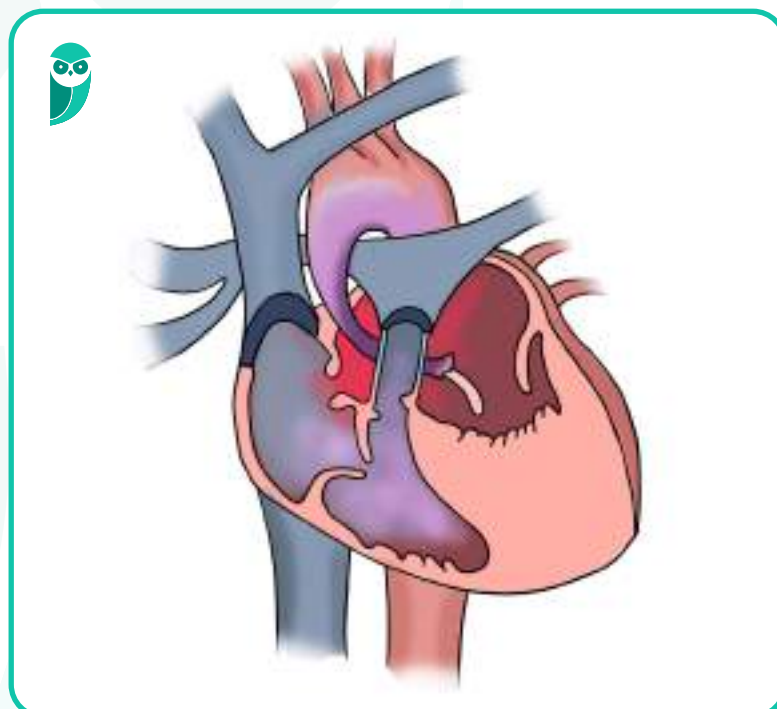
Isso pode ser feito com a infusão de prostaglandinas para manter o canal arterial aberto. A cirurgia de Jatene (inversão das artérias para os seus respectivos ventrículos) é o tratamento cirúrgico definitivo.

Na hipoplasia do coração esquerdo, há uma falha de desenvolvimento das estruturas esquerdas (ventrículo e átrio esquerdos, válvulas mitral e aórtica).

Vamos entender a patologia? Há má perfusão periférica pelo menor fluxo enviado ao corpo, causando cianose. Além disso, o retorno venoso do pulmão para o coração esquerdo é deficiente, gerando aumento de fluxo pulmonar. Como há pouco fluxo vindo do VE, precisamos do canal arterial para manter o fluxo corporal.

A manifestação inicial é geralmente precoce, quando temos o fechamento do canal arterial, com cianose, taquidispnea, gemência, hipotensão e má perfusão periférica logo nas primeiras horas de vida. Pode evoluir rapidamente para choque e óbito. O tratamento inicial: manter canal aberto com prostaglandinas, e o tratamento definitivo é cirúrgico.

Então, para esse RN, a conduta que mudaria o prognóstico seria a infusão de prostaglandina, medicamento que mantém o canal arterial aberto, evitando a descompensação clínica até o tratamento definitivo da cardiopatia.



Correta a alternativa C.

Incorreta a alternativa A: a indometacina tem o efeito contrário, ela fecha o canal arterial quando sua persistência é patológica, principalmente em pré-termos.

Incorreta a alternativa B: a metilxantina é um medicamento estimulante do sistema nervoso central, utilizado na neonatologia para apneia da prematuridade.

Incorreta a alternativa D: o sildenafil é um potente vasodilatador, utilizado na hipertensão pulmonar persistente, a fim de melhorar a perfusão pulmonar e a troca gasosa.

Incorreta a alternativa E: o surfactante é utilizado em pré-termos menores de 35 semanas, a fim de evitar, principalmente, a síndrome do desconforto respiratório do recém nascido.

38 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Helena Schetinger – Pediatria) A mãe de um neonato de 15 dias recebe o resultado do teste do pezinho positivo para fibrose cística. Sobre essa doença, o que é correto afirmar?

- A) Devemos suspeitar da doença em neonatos acometidos por enterocolite necrosante.
- B) Essa é uma doença genética de caráter autossômico dominante ligado a uma mutação no gene que decodifica a proteína CFTR.
- C) Para confirmação diagnóstica, é necessário repetir o teste do pezinho antes que o menor complete 45 dias de vida.
- D) No trato respiratório inferior, o aumento no *clearance* pulmonar leva ao ressecamento alveolar e, conseqüentemente, à fibrose irreversível.
- E) *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Burkholderia cepacia* e *Stenotrophomonas maltophilia* são os principais agentes colonizadores do trato respiratório inferior desses pacientes.

COMENTÁRIOS:

Vamos falar de fibrose cística.

A fibrose cística é uma doença genética de caráter autossômico recessivo, crônica, progressiva e potencialmente letal. Também conhecida como mucoviscidose ou doença do suor salgado.

Apresenta manifestação multissistêmica, acometendo pulmões, sistema digestivo, glândulas sudoríparas e trato reprodutivo. A doença pode se manifestar já no período neonatal por meio do atraso na eliminação de mecônio e íleo meconial, podendo levar inclusive à perfuração intestinal e óbito.

O sistema respiratório é, geralmente, o mais afetado e a maior causa de morbimortalidade em pacientes portadores da doença, seguido do gastrointestinal.

No trato respiratório inferior, a lesão pulmonar começa com obstrução difusa das pequenas vias aéreas, por secreções mucosas espessas em excesso e diminuição do *clearance* mucociliar. Os pacientes portadores de fibrose cística que tem doença pulmonar apresentam colonização por bactérias que causam infecções de repetição e dano tissular irreversível. A ordem de aparecimento das bactérias normalmente acontece da seguinte forma: no início da doença, há predomínio de *Staphylococcus aureus*, com o passar do tempo, há prevalência de *Pseudomonas aeruginosa*. A *Burkholderia cepacia*, embora menos prevalente, é uma bactéria que pode estar associada à rápida deterioração clínica e, nas últimas décadas, *Stenotrophomonas maltophilia* tem sido isolada em secreções pulmonares de pacientes com frequência crescente.

O acometimento do trato gastrointestinal ocorre de forma parecida ao do pulmonar. Há obstrução dos ductos por material mucoso viscoso, podendo acarretar pancreatite exócrina, síndrome disabsortiva, fezes gordurosas, cirrose biliar, hepatoesplenomegalia, colelitíase.

Ainda podemos encontrar outras manifestações nesses pacientes, como perda excessiva de sal através da pele (suor salgado), infertilidade, atraso puberal, distúrbios metabólicos e anemia crônica.

Para diagnóstico, o primeiro exame de triagem, é o teste do pezinho. Essa triagem é realizada através da dosagem do tripsinogênio imunorreativo (TIR ou IRT), que é um marcador de lesão pancreática. O teste deve ser realizado, idealmente, até o quinto dia de vida. Se positivo, deve ser repetido com 30 dias de vida. Diante de duas dosagens positivas, é necessário realizar o teste do suor para confirmação ou exclusão diagnóstica. Se teste do suor maior ou igual a 60 mmOm/l em duas amostras diferentes, confirma-se o diagnóstico. Observe o fluxo:



O tratamento é de suporte e multidisciplinar, ele envolve medicamentos, terapia nutricional, suplementação de vitaminas e fisioterapia respiratória.

Os principais medicamentos utilizados são: antibioticoterapia, DNAse inalada, solução salina hipertônica, moduladores de CFTR e enzimas pancreáticas.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: a enterocolite necrosante é uma doença gastrointestinal grave, que pode levar a óbito, de etiologia desconhecida, e que afeta, particularmente, recém-nascidos prematuros de baixo peso. O íleo meconial é a patologia neonatal relacionada à fibrose cística.

Incorreta a alternativa B: a fibrose cística é uma doença genética de caráter autossômico recessivo, crônica, progressiva, de caráter sistêmico e potencialmente letal, consequente a um defeito na proteína CFTR (*cystic fibrosis transmembrane regulator*), que regula o transporte do cloro nas células epiteliais.

Incorreta a alternativa C: para confirmação diagnóstica, primeiro repetimos o teste do pezinho com até 30 dias de vida do neonato. Caso positivo, devemos realizar o teste do suor.

Incorreta a alternativa D: no trato respiratório inferior, a lesão pulmonar começa com obstrução difusa das pequenas vias aéreas, por secreções mucosas espessas em excesso e diminuição do *clearance* mucociliar. Essa condição, associada a infecções de repetição, leva a um dano tissular e fibrose irreversíveis.

Correta a alternativa E: os agentes citados são os principais agentes colonizadores do trato respiratório inferior desses pacientes.

39 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Helena Schetinger – Pediatria) Você é o pediatra responsável pela sala de parto do hospital universitário e o obstetra avisa que irá realizar uma cesariana em uma parturiente de 37 semanas por pré-eclâmpsia. Segundo as diretrizes de reanimação neonatal, da Sociedade Brasileira de Pediatria, de 2022, o que está correto afirmar?

- A) Caso o neonato nasça banhado em líquido amniótico meconial, é mandatório encaminhá-lo de imediato para a mesa de reanimação.
- B) Se, ao nascer, o bebê não estiver com boa vitalidade, o médico pode realizar estímulo tátil no dorso antes de encaminhá-lo à mesa de reanimação.
- C) O clampeamento imediato do cordão umbilical é indicado para pré-termos menores de 34 semanas, neonatos hipotônicos, apneicos ou quando temos prejuízo na circulação placentária.
- D) No caso de iniciarmos a ventilação com pressão positiva com balão e máscara, a concentração inicial de oxigênio deverá ser de 30%.
- E) Para todos os neonatos, antes da intubação orotraqueal, podemos tentar utilizar a máscara laríngea como interface.

COMENTÁRIOS:

As diretrizes de 2022 modificaram alguns passos na reanimação neonatal. Vamos revisar o tema e irei indicar as principais mudanças. Quando recebemos um neonato, devemos fazer três perguntas para definir sua vitalidade.

1. RN é maior ou igual a 34 semanas?
2. RN respira ou chora?
3. RN tem bom tônus?

As duas últimas perguntas definem a vitalidade do bebê e a primeira, qual é a diretriz que devemos seguir.

Caso a resposta para as duas últimas perguntas seja sim, independentemente do aspecto do líquido meconial, o neonato seguirá o “PISCA”

P – Pele a pele: realizar o contato pele a pele mãe – bebê.

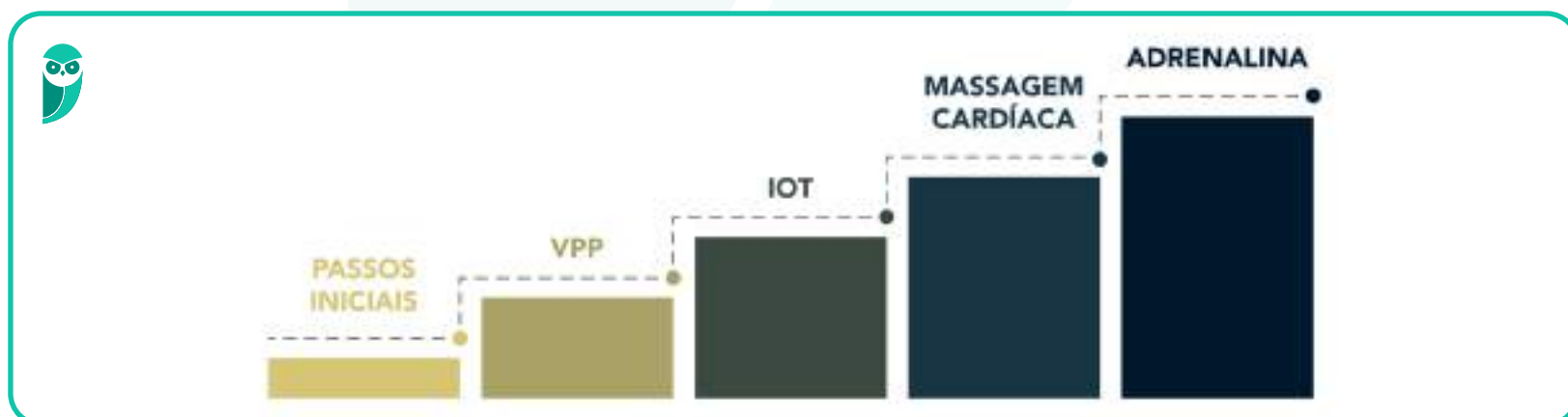
S- Secar, retirar campos úmidos e colocar touca, se possível.

C - Clampar tardiamente o cordão (mínimo de 60 segundos para os maiores de 34 semanas e de 30 segundos para os menores).

A- Amamentar o bebê na primeira meia hora e realizar Avaliação contínua.

Caso a resposta seja "não" para qualquer uma das duas últimas perguntas, o neonato tem indicação de ser reanimado. Agora, atenção! Nas diretrizes de 2022, admite-se que seja feito estímulo tátil no dorso, por, no máximo, duas vezes, a fim de auxiliá-lo a iniciar a respiração.

Na ausência de resposta, iniciamos a reanimação e, aqui, você precisa saber que ela é feita em etapas, como se estivéssemos subindo uma escada. Não pule degraus!



REANIMAÇÃO PARA MAIORES DE 34 SEMANAS.

1. PASSOS INICIAIS.

- a. Levar o RN à mesa de reanimação;
 - b. Colocar sob fonte de calor radiante;
 - c. Secar e retirar campos úmidos;
 - d. Posicionar a cabeça em leve extensão;
 - e. Aspirar boca e narinas, se necessário;
 - f. Avaliar frequência cardíaca (deve estar acima de 100 bpm) e ritmo respiratório (deve ser regular) para definir a necessidade de reanimação.
2. Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100 bpm, iniciar ventilação com pressão positiva (VPP), com balão, máscara e oxigênio a 21% (ar ambiente) por 30 segundos.
 3. Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100 bpm, intubar e ventilar por mais 30 segundos. Atenção! As diretrizes de 2022 permitem que, antes da intubação, seja utilizada a máscara laríngea como interface nos maiores/iguais de 34 semanas e/ou peso maior/igual a 2000 g. Reavaliar.
 4. Se a frequência cardíaca (FC) estiver menor que 60 bpm, iniciar a massagem cardíaca por 60 segundos, sincronizada com a ventilação, 3 compressões:1 ventilação. Reavaliar.
 5. Se a FC persistir menor que 60 bpm, administrar adrenalina.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: todos os neonatos que estejam com boa vitalidade, independentemente do aspecto do líquido, podem ser encaminhados para o contato pele a pele materno.

Correta a alternativa B: as diretrizes de 2022 permitem o estímulo tátil em neonatos deprimidos.

Incorreta a alternativa C: o clameamento tardio do cordão é indicado para os bebês com boa vitalidade, independentemente da idade gestacional, e com circulação placentária preservada.

Incorreta a alternativa D: na ventilação com pressão positiva com balão e máscara, a concentração inicial de oxigênio de 30% é utilizada apenas nos menores de 34 semanas. Nos maiores, utilizamos 21% (ar ambiente).

Incorreta a alternativa E: a máscara laríngea é permitida em ≥ 34 semanas e/ou ≥ 2000 g.

40 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Rubens Zaltron – Hematologia) Um paciente de 6 meses de idade procura atendimento acompanhado dos pais. Eles relatam que o menor vem apresentando anemia recorrente. Referem, ainda, urina escura, especialmente após o uso de medicamentos. Os exames laboratoriais mostram uma Hb 7,5g/L, com bilirrubina indireta de 3,1 mg/dL. Os pais relatam que a criança apresentou alguma alteração no teste do pezinho, mas não lembram qual foi. O bioquímico que analisou o sangue periférico encontrou típicas “hemácias mordidas” e, de imediato, informa essa descoberta a você, médico plantonista. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Anemia hemolítica autoimune
- B) Hemoglobinúria paroxística noturna
- C) Deficiência de G6PD (glicose 6-fosfato desidrogenase)
- D) Esferocitose hereditária
- E) Doença falciforme

COMENTÁRIOS:

Ponto fundamental desse paciente: criança com anemia recorrente após uso de drogas. Agora vamos juntar mais dados. Observe que a anemia é acompanhada de um aumento de bilirrubina indireta, algo típico das anemias hemolíticas (em conjunto com aumento de reticulócitos e DHL e queda da heptoglobina). O ponto final, para acertar a questão: presença de hemácias mordidas. Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. A anemia hemolítica autoimune também apresenta aumento de reticulócitos, bilirrubina indireta e DHL e queda da heptoglobina. Entretanto, o “selo” autoimune é conquistado com a positividade do teste de Coombs direto, o que não é relatado na questão.

Incorreta a alternativa B. A hemoglobinúria paroxística noturna também é hemolítica (aumento de reticulócitos, bilirrubina indireta e DHL e queda da heptoglobina). Além disso, pode cursar com pancitopenia e evento de risco tromboembólicos. Estes últimos achados não estão presentes no caso clínico descrito.

Correta a alternativa C.

Certa a resposta! A redução da enzima G6PD (glicose 6-fosfato desidrogenase), uma enzima citoplasmática responsável por iniciar a formação de mecanismos redutores das células, responsáveis pela proteção contra o estresse oxidativo. Além das típicas alterações hemolíticas (aumento de reticulócitos, bilirrubina indireta e DHL e queda da heptoglobina), podemos observar, no sangue periférico (na hematoscopia), as “células mordidas”, alterações das hemácias relacionadas à patogenia da doença.

Incorreta a alternativa D. Para a prova de Residência, a principal utilidade do HCM e CHCM é na identificação da esferocitose hereditária, a principal causa de anemia hiperocrômica. Essa é uma membranopatia hereditária caracterizada pela perda de superfície de membrana celular das hemácias por ausência congênita de proteínas do citoesqueleto. Como há perda de superfície e conseqüentemente volume, mas com manutenção da quantidade de hemoglobina, há aumento de HCM e CHCM, gerando hiperocromia. Logo, não tem relação com o caso clínico.

Incorreta a alternativa E. A anemia falciforme ou hemoglobinopatia SS é uma hemoglobinopatia qualitativa congênita, ou seja, uma doença de alteração estrutural da hemoglobina. Decorre de uma mutação de troca do ácido glutâmico pela valina como sexto aminoácido na cadeia da betaglobina, gerando uma hemoglobina anômala chamada HbS, com tendência particular a se polimerizar em situações de desoxigenação e desidratação. Não está relacionada a “hemácias mordidas”.

MEDICINA PREVENTIVA

41 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bruno Souza – Dermatologia) Uma criança de 5 anos é levada à Unidade Básica de Saúde com queixa de feridas no rosto há 1 semana. Ao exame dermatológico, há crostas amareladas ao redor da boca e do nariz. Tendo como base o diagnóstico, assinale a alternativa correta.

- A) Em casos mais exuberantes dessa doença, o paciente pode apresentar sintomas sistêmicos.
- B) O uso de antibióticos orais reduz a chance de o paciente apresentar glomerulonefrite pós-estreptocócica.
- C) Essa forma de doença é mais frequente em neonatos.
- D) Como o diagnóstico é de dermatite seborreica, devemos administrar corticoides tópicos.
- E) Devemos orientar a mãe que, provavelmente, restará uma cicatriz permanente após o tratamento.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa descrição de crostas amareladas ao redor da boca e nariz de uma criança é típica de impetigo crostoso. O impetigo crostoso é uma piodermite superficial causada por *S. aureus* ou *S. pyogenes*.

Correta a alternativa A.

De fato, em raros casos, o impetigo pode ser mais generalizado e aí o paciente pode apresentar sintomas sistêmicos, como febre e queda do estado geral. Nessas ocasiões, o tratamento deve ser feito com antibióticos sistêmicos.

Incorreta a alternativa B. Perceba que alguns casos de impetigo não bolhoso podem ser causados pelo *S. pyogenes*. Isso quer dizer que esses pacientes podem evoluir com glomerulonefrite pós-estreptocócica! O uso de antibióticos orais não reduz a chance dessa complicação. Lembre-se de que a glomerulonefrite pós-estreptocócica surge, em média, 14 dias após faringoamigdalite estreptocócica e 21 dias após impetigo.

Incorreta a alternativa C. O impetigo bolhoso é o mais comum em neonatos.

Incorreta a alternativa D. Na dermatite seborreica, temos eritema e crostas no couro cabeludo, axilas e área das fraldas. Ademais, ela acomete neonatos e adultos jovens.

Incorreta a alternativa E. Como o impetigo é uma infecção muito superficial, que acomete apenas a epiderme, não há a formação de cicatrizes permanentes após a resolução do quadro.

42 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Thales Thaumaturgo – Psiquiatria) De acordo com as atuais normativas técnicas, éticas e legais que pautam o manejo dos pacientes com doenças mentais, assinale a alternativa correta:

- A) É possível realizar uma internação psiquiátrica em um CAPS 3.
- B) É direito do paciente com doença mental ser internado, preferencialmente, em hospitais especializados (psiquiátricos).
- C) Após criteriosa avaliação psiquiátrica, é possível indicar internação compulsória em um hospital geral.
- D) É direito de todos os pacientes com doença mental o tratamento no CAPS.
- E) Não há nenhuma modalidade de internação psiquiátrica no âmbito do espaço físico dos CAPS.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, muita atenção às atuais normas que regulamentam as internações psiquiátricas no Brasil.

A lei 10.216, de 2001, que ficou conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e reorienta o modelo assistência psiquiátrica, o que envolve a mudança na assistência centrada na internação hospitalar e cuidados ambulatoriais, para novos pressupostos técnicos e éticos, preservando a individualidade e a autonomia do paciente e sua reinserção social, com tratamento de base comunitária. Ou seja, trata-se de prevenir o adoecimento e reduzir o número de internações psiquiátricas e fortalecer os cuidados em unidades extra-hospitalares.

Contudo, ainda assim, é possível realizar 3 tipos de internações psiquiátricas: voluntária, involuntária e compulsória.

1. internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do indivíduo;
2. internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do indivíduo e ocorre após avaliação médica;
3. internação compulsória: aquela determinada pela justiça.

Em todos os casos, as internações devem ser realizadas apenas quando o manejo extra-hospitalar não é eficaz para garantir a segurança do paciente ou de terceiros. Além disso, deve ser o mais breve possível, preferencialmente em hospitais gerais e jamais ocorrer em instituições asilares.

Incorreta a alternativa A. Não há, em qualquer tipo de CAPS, a possibilidade de internação psiquiátrica! Apesar disso, pode haver o chamado acolhimento noturno nas unidades 24 horas, em que o paciente pode permanecer inserido na rotina do serviço por até 14 dias no período de um mês. Mas, é fundamental compreender que tal prática não deve ser confundida com a internação psiquiátrica.

Incorreta a alternativa B. Quando houver a necessidade de internação psiquiátrica, ela deve ocorrer preferencialmente em um hospital universitário, escola ou em um hospital geral. Caso não existam essas possibilidades, o paciente poderá ser internado em um hospital psiquiátrico.

Incorreta a alternativa C. Como vimos anteriormente, a internação compulsória é aquela determinada judicialmente.

Incorreta a alternativa D. Os pacientes com transtorno mental deverão ser tratados preferencialmente em serviços de atenção primária, como as unidades básicas de saúde. Apenas aqueles com doenças consideradas graves e persistentes devem ser manejados pela equipe do CAPS.

Correta a alternativa E.

Como já discutido, não há internação psiquiátrica em qualquer unidade do CAPS. Note que seria um grande contrassenso se a política de saúde criada justamente para reduzir e impedir internações psiquiátricas permitisse que serviços como o CAPS se tornem unidades de internação.

43 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Juan Demolinari Ferreira – Cardiologia) Sobre os casos de pré-hipertensão, não podemos afirmar que:

- A) A pressão arterial encontra-se entre 130-139/85-89 mmHg.
- B) A terapia deve ser feita com medidas não farmacológicas, independentemente do risco cardiovascular do paciente.
- C) O risco de desenvolvimento de hipertensão é maior do que na população normal.
- D) A MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) é útil na avaliação desses pacientes.
- E) Pré-hipertensos de baixo risco não receberão terapia medicamentosa.

COMENTÁRIO:

A pré-hipertensão é definida conforme descrito na tabela abaixo:

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

Sobre esse grupo de pacientes, vamos analisar as alternativas, buscando a incorreta:

Correta a alternativa A. Essa é a faixa definidora desse diagnóstico.

Incorreta a alternativa B.

Portanto, é o gabarito. Os pré-hipertensos de alto risco devem receber terapia farmacológica após três meses de terapia não medicamentosa frustrada.

Correta a alternativa C. A pré-hipertensão leva a um maior risco de desenvolver hipertensão verdadeira no futuro e é considerada um fator de risco cardiovascular intermediário entre os pacientes normais e hipertensos.

Correta a alternativa D. A monitorização ambulatorial da pressão arterial é sempre útil quando os valores de pressão arterial são limítrofes, seja na pré-hipertensão ou na hipertensão estágio 1.

Correta a alternativa E. De fato, a terapia medicamentosa na pré-hipertensão, como consenso, é reservada para os indivíduos de alto risco.

44 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) O diretor de uma rede de laboratórios comprou um novo teste para o diagnóstico do vírus HIV. Na bula, o fabricante informava que o teste era superior a todos os outros existentes no mercado, uma vez que a metodologia utilizada era capaz de identificar a presença do vírus com apenas 10 dias de infecção. Porém, alguns meses após a compra do teste, o diretor viu uma reportagem informando que os *kits* tiveram as suas vendas interrompidas, pois novos estudos demonstraram um elevado número de falso-negativos. Preocupado, o diretor decidiu entrar em contato com todos os pacientes que utilizaram o *kit* em seu laboratório e solicitou que eles retornassem para serem testados com o padrão-ouro. Após o comparecimento dos pacientes, o diretor cruzou os resultados obtidos pelo *kit* e pelo padrão-ouro, produzindo a tabela abaixo:

	<i>kit</i> positivo	<i>kit</i> negativo	Total
Pessoas vivendo com o vírus HIV segundo o padrão-ouro	800	800	1.600
Pessoas sem a infecção pelo vírus HIV segundo o padrão-ouro	200	1.600	1.800
Total	1.000	2.400	3.400

Segundo os dados obtidos, pode-se afirmar que o número de falso-negativos, a sensibilidade e a especificidade do kit inovador são, respectivamente:

- A) 800, 80% e 66,6%.
- B) 200, 80% e 66,6%.
- C) 800, 70,5% e 66,6%.
- D) 1.600, 50% e 88,8%.
- E) 800, 50% e 88,8%.

COMENTÁRIO:

Estrategista, anote aí: você vai se deparar com cálculos de testes diagnósticos na sua prova de Residência médica! Sim, esse é um assunto clássico e você precisa saber!

O enunciado pede que calculemos **o número de falso-negativos, a sensibilidade e a especificidade do novo teste diagnóstico em comparação ao padrão-ouro**. Porém, observe que a questão não é tão simples quanto parece! Tem pegadinha!

— *Eita, Bárbara, mas qual é a pegadinha?*

Vamos lá! O primeiro ponto fundamental para a resolução de qualquer questão de testes diagnósticos é verificarmos se a tabela de contingência 2 x 2 está na posição correta. De forma geral, a divisão da população em doentes e saudáveis deve ser feita nas colunas (doentes na 1ª coluna e saudáveis na 2ª coluna), enquanto a divisão em resultados positivos e negativos do novo teste diagnóstico deve ser feito nas linhas (resultados positivos na 1ª linha e negativos na 2ª linha). **Uma pegadinha muito comum é inverter a tabela, o que leva ao erro no cálculo das medidas de validação.**

Observe que a questão está justamente com a tabela invertida! A divisão em doentes e saudáveis foi feita nas linhas, enquanto a divisão em resultados positivos e negativos foi feita nas colunas!

Se calculássemos as medidas solicitadas sem percebermos o equívoco, encontraríamos os seguintes valores:

- número de falso-negativos: **800**;
- sensibilidade: **80%**;
- Especificidade: **66,6%**.

Esses são os valores disponíveis na alternativa A, que está incorreta. Por isso, precisamos reescrever a tabela na posição adequada antes de iniciarmos os cálculos:

	Pessoas vivendo com o vírus HIV segundo o padrão-ouro	Pessoas vivendo sem a infecção segundo o padrão-ouro	Total
kit positivo	800	200	1.000
kit negativo	800	1.600	2.400
Total	1.600	1.800	3.400

Agora sim! Observe que o número de falso-negativos permanece igual ao resultado anterior, mas a sensibilidade e a especificidade não! Veja os novos cálculos a seguir:

- Sensibilidade = $[(N^\circ \text{ de verdadeiro-positivos}) / (\text{total de doentes})] \times 100$
- Sensibilidade = $(800 / 1.600) \times 100 = 50\%$.
- Especificidade = $[(N^\circ \text{ de verdadeiro-negativos}) / (\text{total de saudáveis})] \times 100$
- Especificidade = $(1.600 / 1.800) \times 100 = 88,8\%$.

Portanto:

Incorreta a alternativa A. Esses são os valores encontrados se não ajustarmos a tabela.

Incorreta a alternativa B. O número 200 corresponde ao número de falso-positivos. Além disso, já vimos que a sensibilidade não é igual a 80%, assim como a especificidade não é igual a 66,6%. Que valores são esses, então? Bom, esses valores correspondem, respectivamente, **aos valores preditivos positivo e negativo do teste**. Exatamente! Quando invertemos a tabela, os supostos cálculos da sensibilidade e da especificidade passam a ser os cálculos dos valores preditivos positivo e negativo, respectivamente.

Incorreta a alternativa C. O número 800 corresponde aos falso-negativos, porém o valor 70,5% corresponde à acurácia – **essa é a única medida que não se altera quando a tabela está invertida**. E, como vimos, o valor 66,6% não corresponde à verdadeira especificidade, mas sim ao valor preditivo negativo.

Incorreta a alternativa D. O número 1.600 corresponde ao número de verdadeiro-negativos.

Correta a alternativa E, sem ressalvas.

45 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Em relação aos atributos essenciais e derivados propostos para a Atenção Primária à Saúde por Bárbara Starfield, assinale aquele que avalia os equipamentos sociais distribuídos em um determinado território, bem como a forma como eles são utilizados pela comunidade local.

- A) Acesso ou primeiro contato.
- B) Integralidade.
- C) Competência cultural.
- D) Orientação comunitária.
- E) Competência comunitária.

COMENTÁRIO:

Referência bibliográfica:

1. Gusso G, Lopes JMC e Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – 2ª edição. Organizado por Editora Artmed, Porto Alegre – RS, 2019.

Estrategista,

As questões sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde são clássicas nas provas de Residência Médica. Vamos lembrá-los!

O primeiro ponto fundamental é saber que existem 7 atributos, sendo 4 essenciais e 3 derivados. Entre os atributos essenciais, temos o **acesso ou primeiro contato**, a **longitudinalidade**, a **coordenação do cuidado** e a **integralidade**.

O **Acesso** ou **Primeiro Contato** diz respeito às barreiras que impedem o cidadão de ter acesso ao atendimento na sua Unidade Básica de Saúde. Esses fatores, que podem ser geográficos (como a distância entre a unidade e a residência do paciente) ou sócio-organizacionais (como equipes com falta de profissionais) influenciam na oportunidade de um paciente conseguir atendimento. Portanto, são fatores que podem impedir o acesso do indivíduo ou o ingresso dele no sistema único de saúde (Gusso *et al.*, 2019).

A **longitudinalidade** é o atributo da atenção primária que garante ao paciente que ele terá um “ponto fixo” de *atenção em saúde* ao longo do tempo. Portanto, ele poderá ser acompanhado em todas as fases de sua vida, buscando ajuda sempre que necessário (Gusso *et al.*, 2019).

A **coordenação do cuidado** é a capacidade de troca de informações sobre um paciente entre os diferentes níveis de atenção do sistema (Gusso et al., 2019). É, portanto, a capacidade de comunicação ou de articulação entre diferentes níveis de atenção.

E a **integralidade** é o atributo que está relacionado à capacidade de ver o paciente como um todo e levar em conta seu contexto biopsicossocial como agente determinante do processo saúde-doença. Ainda, pode ser interpretada como a capacidade da Atenção Primária à Saúde em suprir a maioria das necessidades apresentadas pela sua população.

Entre os atributos derivados, temos a **orientação familiar**, a **orientação comunitária** e a **competência cultural**.

Em relação à **orientação familiar**, podemos dizer que se trata da compreensão sobre como as relações familiares atuam no processo de adoecimento e como podem interferir no cuidado da saúde.

Paralelamente, a **orientação comunitária** traz a compreensão sobre como a comunidade está estruturada, isto é, quais são os equipamentos sociais existentes (igrejas, shoppings, associações de moradores, entre outros) e como a comunidade utiliza eles. É importante que os profissionais de saúde da atenção primária conheçam a estrutura da região, para que, assim, possam entender como aquela comunidade “funciona” e como isso interfere no processo de saúde e de doença.

E a **competência cultural**? Bom, esse termo significa a forma como o indivíduo compreende seu adoecimento, bem como o que ele carrega de experiência e o que ele acredita que determina o processo de saúde-doença. Essas particularidades dependem da comunidade em que ele está inserido, bem como, dependem da forma como as pessoas vivem e relacionam-se naquela localidade. Além disso, é possível que o indivíduo resida em comunidades que apresentem práticas de saúde alternativas, como o uso de chás e ervas medicinais. Nesse sentido, o médico que atende aquela pessoa deve entender como aquelas ações influenciam na saúde do paciente. Caso não sejam detectados efeitos deletérios, o médico não deve se opor a tais práticas, mas aceitá-las, já que fazem parte da cultura da localidade. Em alguns casos, é possível até mesmo considerar essas práticas nas ações de saúde preventivas e curativas, pois isso promove maior adesão da comunidade aos cuidados em saúde.

Observe que a questão perguntou justamente sobre o atributo que avalia a forma como a comunidade está organizada, incluindo seus equipamentos sociais! Como vimos acima, essa é a orientação comunitária!

Portanto:

Incorretas as alternativas A, B, C e E, conforme explicado acima.

Correta a alternativa D, conforme explicado acima.

46 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Edvaldo é médico de família e comunidade na unidade básica de saúde de São João de Deus. Ele atendeu Judith, que retornou para consulta médica após a realização de um exame de colpocitologia oncótica.

— Dona Judith, pode ficar tranquila. Está tudo bem com a senhora, o resultado está normal. Como a senhora já tem dois preventivos consecutivos sem alterações, o próximo deve ser feito só daqui a 3 anos. Como a data está longe, recomendo que a senhora anote em algum lugar para não esquecer!

— Ah, doutor Edvaldo, eu não esqueço não. Pode deixar que, daqui a 3 anos, eu repito esse exame! Eu me cuido direitinho que é para não deixar a doença chegar! Afinal, é sempre melhor prevenir do que remediar!

Sobre o resultado negativo da paciente na colpocitologia oncótica, podemos afirmar que:

- A) É um tipo de prevenção primária, uma vez que o exame demonstrou que a paciente não tem a doença e que, portanto, ainda é possível preveni-la.
- B) É um tipo de prevenção secundária, uma vez que o objetivo da ação foi realizar um rastreamento, ainda que o resultado tenha vindo negativo.
- C) É um tipo de prevenção terciária, uma vez que os rastreamentos com resultados negativos são classificados nesse nível de prevenção em saúde.
- D) É um tipo de prevenção quaternária, uma vez que, para não causar malefícios na paciente em decorrência do excesso de exames, ela só realizará o próximo preventivo em 3 anos.
- E) É um tipo de prevenção quinquenária, uma vez que Edvaldo foi capaz de raciocinar adequadamente sobre a periodicidade do exame, já que não está sofrendo com as consequências de um burnout.

COMENTÁRIO:

Estrategista,

Para responder a esta questão, você precisa conhecer os cinco níveis de prevenção em saúde. Vamos lá?

A **prevenção primária** constitui-se de ações de saúde realizadas ainda no período pré-patogênico da doença, que é quando a doença ainda não incidiu no paciente. Portanto, tais ações tentam impedir a chegada da doença. 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.

Embora as ações de saúde empregadas para evitar a incidência da doença sejam muito eficazes, a verdade é que nem sempre conseguimos evitá-la. Porém, se infelizmente o indivíduo contrair ou desenvolver a doença, ainda assim será possível estabelecer ações de prevenção em saúde. Por exemplo, se um indivíduo já está doente, então o ideal é que ele seja diagnosticado o mais rápido possível, para que, assim, o tratamento seja feito precocemente e consigamos limitar o dano, impedindo a evolução para as complicações. É isso que acontece nos rastreamentos. O objetivo é detectar a doença ainda no período assintomático, pois isso permitirá o tratamento precoce e ajudará na prevenção de complicações futuras. Esse tipo de prevenção é chamado de **prevenção secundária**.

Agora, um ponto muito importante: é muito comum a confusão entre a prevenção primária e a prevenção secundária quando o resultado de um rastreamento vem negativo. Afinal, se a pessoa não tem a doença, então significa que ainda dá tempo de preveni-la com ações de prevenção primária, certo?

Sim, ainda dá tempo de prevenir com outras ações que passarão a ser empregadas naquele momento, mas veja que o objetivo do rastreamento não foi impedir a incidência da doença! O objetivo foi a detecção precoce! Por isso, por mais que o resultado seja negativo, o exame de rastreamento em si continua sendo prevenção secundária, já que a nossa intenção era detectar precocemente a doença.

Felizmente, se o resultado vier negativo, novas ações serão empregadas no sentido de prevenir enfermidades. Essas novas ações (que não são o rastreamento) serão chamadas de prevenção primária.

A **prevenção terciária** é realizada quando já existem complicações da doença, ao ponto de gerar **incapacidade funcional**. Nesse sentido, as ações empregadas terão por objetivo recuperar parte dessa função perdida ou até mesmo recuperá-la totalmente. 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. Portanto, ele realizará fisioterapia ou reabilitação para recuperar essa incapacidade. Resumindo: a prevenção terciária é aquela que atua na recuperação (total ou parcial) de incapacidades.

A **prevenção quaternária** é aquele nível de prevenção em saúde em que evitamos a iatrogenia do paciente quando não prescrevemos medicações ou não solicitamos exames desnecessários. É o famoso *primum non nocere* ou primeiro não fazer mal. Portanto, a prevenção quaternária evita a iatrogenia ao atuarmos **no paciente**.

E um novo conceito que vem despontando nas provas de Residência Médica é o de **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 do médico, que pode tomar uma decisão equivocada por conta do excesso de trabalho e estresse. Por isso, aplicar ações de saúde que garantam a saúde mental do médico é uma forma de prevenir a iatrogenia no paciente, ainda que indiretamente.

Com esses conhecimentos, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. O ato de rastrear é prevenção secundária, independentemente de o resultado vir positivo ou negativo. Se o exame for negativo, resultará na oportunidade de o indivíduo aplicar novas ações para prevenir a incidência da doença. Essas novas ações serão enquadradas como prevenção primária, mas o rastreamento em si não deixa de ser prevenção secundária, uma vez que o objetivo foi a detecção precoce da doença.

Correta a alternativa B, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa C. Como vimos, a prevenção terciária é aquela que tem por objetivo recuperar incapacidades por meio de processos de reabilitação.

Incorreta a alternativa D. De fato, a periodicidade dos rastreamentos também ajuda a evitar malefícios que poderiam decorrer do excesso de exames, mas observe que o enunciado fala que devemos julgar o resultado negativo da paciente, não a periodicidade com que o exame será realizado. O resultado negativo foi proveniente de um rastreamento, que é uma ação empregada com o objetivo de detectar precocemente algum estado patogênico, ainda em seu período assintomático. Portanto, é uma ação que corresponde à prevenção secundária.

Incorreta a alternativa E, uma vez que nada é mencionado sobre ações de saúde empregadas para preservar a saúde do médico, o que impediria a ocorrência de iatrogenia porque o médico teria calma e discernimento para tomar as melhores decisões clínicas em relação ao paciente, já que não estaria sob estresse.

47 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Carlos é um residente de Dermatologia que recebeu uma proposta para trabalhar em uma famosa clínica de estética. Inicialmente, o jovem doutor ficou muito animado com o convite. Porém, ao pesquisar sobre o principal tratamento oferecido pelo estabelecimento, constatou que ainda não havia consenso na literatura médica sobre seu uso, tampouco qualquer investigação sobre possíveis malefícios. Ao conversar com a dona do local, ela concordou com a ausência de resultados robustos, mas ponderou que isso, provavelmente, ocorria devido ao baixo número de estudos, mas que as clientes elogiavam o tratamento. Apesar da conversa, Carlos optou por não aceitar a proposta. Em relação ao conflito ético estabelecido, pode-se afirmar que a atitude de Carlos se pauta no seguinte princípio bioético:

- A) Não maleficência.
- B) Justiça.
- C) Equidade.
- D) Distanásia.
- E) Kalotanásia.

COMENTÁRIO:

Estrategista, o primeiro ponto fundamental é você entender que existem quatro princípios bioéticos muito cobrados nas provas de Residência Médica. São eles: **autonomia, não maleficência, beneficência e justiça**. O segundo ponto fundamental é você entender a diferença entre eles. Vamos lá:

- **Autonomia:** nada mais é do que a capacidade do indivíduo de agir de “modo livre e autônomo”, **tendo sua vontade respeitada**. Ao trazermos o conceito para o âmbito da relação médico-paciente, é imprescindível que os médicos informem aos seus pacientes sobre os prós e os contras de um determinado tratamento, para que, assim, eles possam decidir, em conjunto com o profissional, qual é o melhor tratamento a ser realizado.

Assim como a autonomia permite a decisão compartilhada, ela também permite a recusa terapêutica do paciente. Em outras palavras, com base na autonomia, é possível que um paciente recuse determinado tratamento.

Cabe ressaltar que a autonomia preza e incentiva a participação dos pacientes nas decisões porque só eles sabem seus verdadeiros valores e só eles sofrerão diretamente o impacto de suas escolhas. Por isso, cabe a eles a decisão final, **pois eles têm autonomia para isso**.

- **Não maleficência:** é o famoso *primum non nocere*, ou seja, “primeiro fazer mal ao indivíduo”. Por isso, não é ética a solicitação de exames ou a indicação de tratamentos em que ainda não temos certeza se existem benefícios, pois isso poderia predispor o paciente à ocorrência de iatrogenias. É por isso que dizemos que o **princípio da não maleficência** está associado à **prevenção quaternária**, que é justamente a não solicitação de exames ou tratamentos duvidosos, ou ainda, a desprescrição de medicamentos de benefício duvidoso.
- **Beneficência:** os profissionais de saúde têm a obrigação moral de atuar em benefício e interesse dos pacientes.
- **Justiça:** o conceito de justiça está atrelado ao conceito de equidade e significa distribuição social. Portanto, é o ato de tratar o indivíduo de forma adequada, agindo de forma a fornecer justamente aquilo que ele precisa.

Com esses conhecimentos, é possível entender que Carlos recusou a proposta de trabalho porque ele teria que indicar tratamentos que ainda não têm benefícios comprovados. Portanto, ele decidiu cumprir o **princípio da não maleficência**.

Correta a alternativa A, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa B. De forma geral, as questões sobre o princípio da Justiça comparam duas situações, mostrando ao candidato que existe um tratamento diferenciado, de acordo com as necessidades individuais, gerando assim equidade e justiça. Observe que o enunciado não traz uma situação em que Carlos precisa distribuir algum serviço de saúde de forma justa, tampouco precisou tratar de forma desigual dois ou mais pacientes que estavam em situações diferentes.

Incorreta a alternativa C porque equidade não é um princípio bioético, é um princípio ético ou doutrinário do SUS. Esse conceito, como vimos acima, está atrelado à Justiça, que é um princípio bioético.

Incorreta a alternativa D. A distanásia é o ato de prolongar a vida por meio de procedimentos que não trarão real benefício para o paciente e considerados, muitas vezes, “heroicos”, causando ainda mais sofrimento e dor. Por isso, o óbito ocorre após o momento em que ele deveria ocorrer, já que houve um prolongamento da vida. Cabe ressaltar que esse prolongamento não é extenso. Geralmente, o paciente morre pouco tempo depois, já que o processo de morte que foi iniciado é irreversível.

Incorreta a alternativa E. A **kalotanásia** é um termo utilizado para “boa morte” e significa que o processo de morte ocorreu sem maiores complicações e com o indivíduo em paz. Portanto, é um termo “positivo”.

48 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória, assinale a alternativa que não contém doenças ou agravos notificáveis para a Vigilância Epidemiológica.

- A) Ebola, varíola dos macacos, acidente de trabalho grave.
- B) Síndrome gripal suspeita por COVID-19, Síndrome Respiratória Aguda Grave por MERS-CoV e sífilis.
- C) Criptococose, esporotricose e paracoccidiodomicose.
- D) Efeito adverso grave pós-vacinação, *influenza* humana produzida por novo subtipo viral e poliomielite por poliovírus selvagem.
- E) Botulismo, coqueluche e acidente por animal potencialmente transmissor da raiva.

COMENTÁRIO:

Estrategista,

O ano de 2022 foi bem movimentado na Vigilância Epidemiológica! Isso porque as seguintes entidades clínicas descritas a seguir foram acrescentadas à **Lista Nacional de Notificação Compulsória (LNNC)**:

1. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus zika.
2. Síndrome gripal suspeita de COVID-19.
3. Inclusão do **SARS-CoV-2** no item da **síndrome respiratória aguda grave (SRAG) associada a coronavírus** (até então, constavam apenas o SARSCoV e MERS-CoV).
4. Síndrome inflamatória multissistêmica em adultos (SIM-A) associada à COVID-19.
5. Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) associada à COVID-19.
6. **Varíola dos macacos (*monkeypox*)**.

Pois é, pessoal, são alterações importantes e você precisa ter isso em mente na hora de fazer sua prova!

Para facilitar, reproduzimos abaixo a nova LNNC, para que você não perca tempo procurando na internet. Grifamos de verde, que é a cor da Coruja, as doenças que foram incluídas ao longo de 2022!

“Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA”

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.418-de-31-de-agosto-de-2022-426206193>.

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	Covid-19	X	X	X	
8	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
9	Difteria		X	X	
10	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
11	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
12	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
13	Doenças com suspeita de disseminação intencional:				
	a. Antraz pneumônico	X	X	X	
	b. Tularemia				
	c. Varíola				
14	Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes:				
	a. Arenavírus				
	b. Ebola				
	c. Marburg	X	X	X	
	d. Lassa				
	e. Febre purpúrica brasileira				
15	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
16	Esquistossomose				X

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
17	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
18	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
19	Febre Amarela	X	X	X	
20	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
21	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
22	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
23	Febre Tifoide		X	X	
24	Hanseníase				X
25	Hantavirose	X	X	X	
26	Hepatites virais				X
27	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
28	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
29	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
30	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
31	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
32	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
33	Leishmaniose Visceral				X
34	Leptospirose			X	

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
35	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	
36	Monkeypox (varíola dos macacos)	X	X	X	
37	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
38	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
39	Peste	X	X	X	
40	Raiva humana	X	X	X	
41	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
42	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
43	Sífilis:				X
	a. Adquirida				
	b. Congênita				
	c. Em gestante				
44	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
45	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X	
46	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19	X	X	X	
47	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a Coronavírus				
	a. SARSCoV	X	X	X	
	b. MERS- CoV				
	c. SARS-CoV-2				
48	Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X	
49	Tétano:				
	a. Acidental b. Neonatal			X	
50	Toxoplasmose gestacional e congênita				X

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
51	Tuberculose				X
52	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
53	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

Voltando para a questão, o examinador deseja saber qual é a alternativa que **NÃO** tem doenças de notificação compulsória! Portanto, das cinco alternativas descritas, temos quatro que contêm doenças da lista e apenas uma que contêm doenças “não notificáveis” – e esse é o gabarito. Vamos analisá-las:

Incorreta a alternativa A, porque todas as doenças listadas fazem parte da LNNC. Além disso, só para reforçar os seus conhecimentos, veja que todas apresentam notificação imediata (isto é, em até 24 horas).

Incorreta a alternativa B, porque todas as doenças listadas fazem parte da LNNC. A síndrome gripal suspeita por COVID-19 e a SRAG por MERS-CoV devem ser notificadas em até 24 horas. Já a sífilis apresenta notificação semanal.

Correta a alternativa C.

Essa é a alternativa que contém doenças que **NÃO** estão na LNNC. Em 2020, o Ministério da Saúde até publicou uma portaria incluindo essas doenças na lista, mas revogou a portaria logo depois.

Incorreta a alternativa D, porque todas as entidades clínicas que foram descritas estão na nossa LNNC, com notificação imediata.

Incorreta a alternativa E, porque todas as doenças e o agravo descrito estão na nossa LNNC – aqui é importante frisar que temos um tópico para “animal agressor potencialmente transmissor da raiva” e outro tópico para “raiva” propriamente dita. Todos apresentam notificação imediata.

49 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade apresenta ações que visam garantir o direito à saúde para todas as pessoas no Sistema Prisional. Entre essas ações, destaca-se a distribuição de absorventes para as mulheres presas. Esse benefício, que não é aplicado à todas as mulheres brasileiras, atende ao princípio ético da:

- A) Equidade.
- B) Universalidade.
- C) Hierarquização.
- D) Participação popular.
- E) Regionalização.

COMENTÁRIO:

Estrategista,

O Sistema de Saúde Brasileiro segue **valores** que norteiam seu funcionamento. Assim, como nós temos nossos valores pessoais, o Sistema Único de Saúde (SUS) também tem seus valores pessoais. O que isso quer dizer? Que toda e qualquer ação de saúde exercida pelo SUS precisa seguir esses valores, que são chamados de **Princípios éticos ou Doutrinários**. São eles:

- **Universalidade:** significa que todo e qualquer cidadão poderá gozar das ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS, em qualquer nível de assistência. Um ponto interessante é que, por esse princípio, qualquer indivíduo no Brasil pode ser atendido pelo SUS, independentemente de nacionalidade ou residência fixa no país.
- **Integralidade:** é o princípio ético que estabelece que o SUS deve fornecer ações e serviços que contemplem todas as necessidades de saúde de um indivíduo; Se olharmos retrospectivamente para a história da saúde do Brasil, veremos que ela foi marcada justamente pela *falta de articulação* entre atividades preventivas e curativas – isto é, havia uma dicotomia. Enquanto o Estado fornecia basicamente atividades de prevenção ou referentes à saúde pública (como assistência para tuberculose e hanseníase, por exemplo), a assistência médica para a recuperação da saúde era majoritariamente conseguida por outras formas (previdência, assistência particular e filantropia). Porém, nem sempre um indivíduo precisará apenas de ações preventivas (como imunização) ou *apenas* de ações curativas (como assistência médica para uma gripe, por exemplo); a verdade é que, em alguns momentos da vida, vamos alternar nossas necessidades de saúde. Por isso, o princípio da integralidade visa garantir justamente isso: que consigamos gozar de ações de caráter preventivo, curativo ou de promoção da saúde, sempre que precisarmos. A partir de 1988, a integralidade das ações de saúde passa a ser garantida pela Constituição.
- **Equidade:** único princípio que não estava originalmente na Constituição Federal de 1988, mas que foi incorporado ao sistema por meio do documento “ABC do SUS”. Equidade significa “tratar desigualmente os desiguais”. Cabe ressaltar que esse princípio é diferente da igualdade.

Por exemplo, na igualdade, os indivíduos **recebem a mesma oportunidade, independentemente se ela está adequada às necessidades deles ou não**. Quando isso acontece, há uma desigualdade nos resultados.

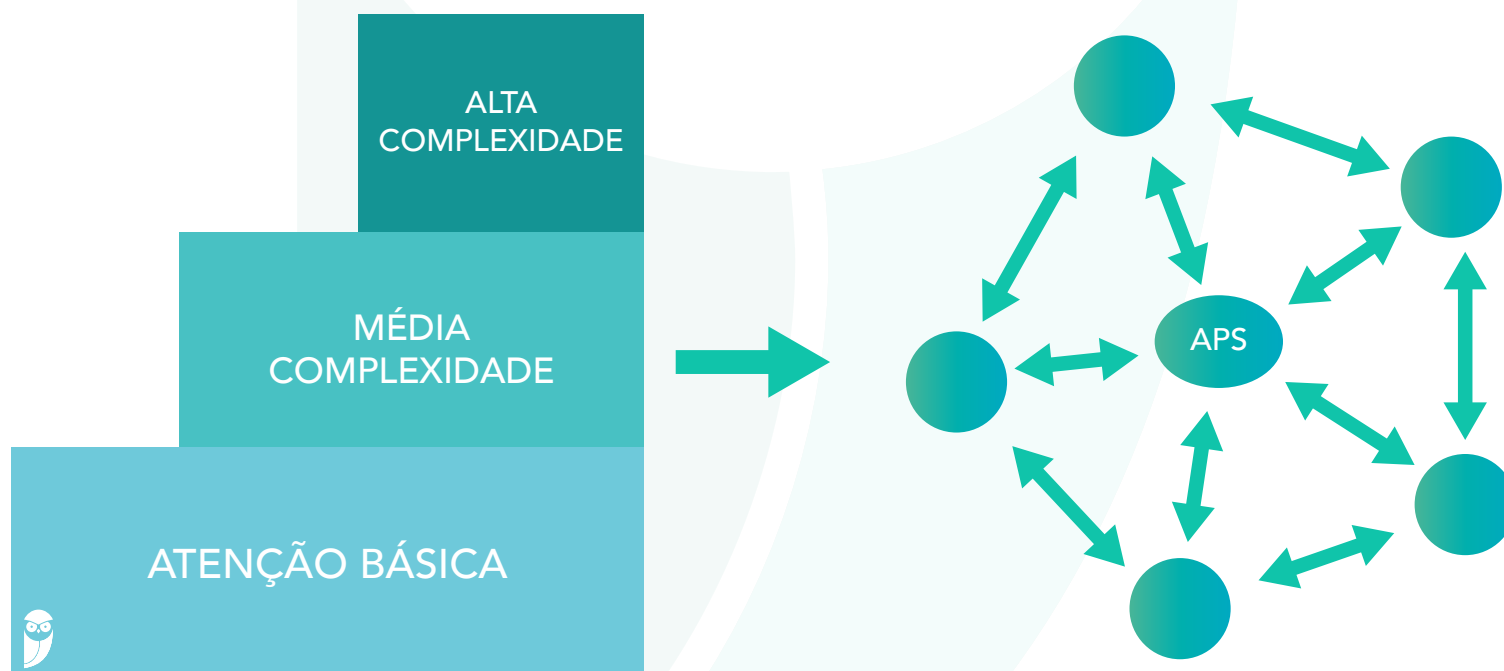
Para ilustrar, observe a primeira imagem da figura ao lado. Veja que o objetivo das crianças é alcançar o pote de biscoitos. Porém, a menina é mais alta que o menino. Se ambos receberem bancos da mesma altura, a menina, por estar em vantagem (ser mais alta), conseguirá atingir o pote, mas o menino, não. **Portanto, igualdade de oportunidades gera desigualdade de resultados.**

Já a equidade fornece a *oportunidade na medida da necessidade de cada um*. É o que acontece na segunda imagem. Como o menino é mais baixo, ele recebeu um banco maior. E como a menina é mais alta, ela recebeu um banco menor. Quando tratamos eles de forma desigual (já que eles não são iguais) acabamos por gerar uma igualdade nos resultados, já que agora ambos conseguem atingir o pote de biscoitos. **Portanto, desigualdade de oportunidades gera igualdade de resultados.**



Paralelamente, temos as *diretrizes*, que são estratégias que norteiam como os “valores pessoais” do SUS serão operacionalizados. São elas:

- **Descentralização político-administrativa:** é a diretriz organizacional do SUS que significa *redistribuir* o poder na esfera federal em direção aos municípios. A legislação diz que a descentralização deve ser político-administrativa com comando único em cada nível de gestão.
- **Regionalização:** é a *diretriz organizacional* do SUS que permite a união de distritos ou municípios em novas regiões de saúde. O objetivo é formar uma rede compartilhada de serviços. Pode ser que um *serviço de determinada especialidade* exista na *cidade A*, mas não na *cidade B*. Se as cidades forem “vizinhas”, elas podem formar um consórcio de municípios, gerando, assim, uma macrorregião com rede de saúde unificada. Dessa forma, a cidade B também passa a se beneficiar do serviço oferecido na cidade A, gerando integralidade e equidade.
- **Hierarquização:** é a diretriz organizacional que organiza os serviços de saúde em níveis de atenção. Essa hierarquia ocorre da seguinte forma: a rede de atenção à saúde tem uma porta de entrada, que é a Atenção Básica. Essa, por sua vez, deve ser *resolutiva*. Porém, caso não consiga resolver o problema apresentado pelo paciente, a Atenção Básica direciona o mesmo para o *próximo nível de atenção*, que em geral tem maior densidade tecnológica, e, por isso, apresenta outras competências que podem ajudar na resolução do problema. Inicialmente, a hierarquização acontecia de forma *unidirecional*: o paciente só conseguia atingir o último nível de atenção ao passar antes pelos níveis anteriores (*modelo piramidal*). Hoje, preconiza-se a organização do sistema de saúde de forma horizontal: existem múltiplos níveis de atenção e o paciente pode “entrar” no sistema pelos níveis secundário como as urgências e emergências, mas sempre é direcionado para o nível primário (APS), que é a *ordenadora* (a que ordena, dá ordem) e coordenadora (a que articula a comunicação entre os níveis) da rede.



- **Participação Social:** é a diretriz que assegura que a população pode realizar o controle do SUS, principalmente por meio das instâncias colegiadas como as conferências e conselhos de saúde. Portanto, os próprios usuários do sistema podem controlar se ele está funcionando adequadamente.

Agora, que você já sabe quais são os princípios e as diretrizes do SUS, voltemos para a questão.

O examinador fala sobre a **Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade** e menciona sobre a distribuição de absorventes para as mulheres presas. Vamos raciocinar juntos: uma mulher que está em liberdade pode ir ao mercado comprar seu próprio absorvente, mas uma mulher que está presa, não.

Portanto, ao distribuir absorventes para aquelas que não têm oportunidade, o SUS está corrigindo uma inequidade e fazendo com que toda a população feminina apresente os mesmos resultados. Ora, esse princípio de tratar desigualmente os desiguais, dando a cada um o que é necessário, para que no final todos atinjam os mesmos resultados, nada mais é do que o princípio da Equidade.

Cabe ressaltar que mulheres pertencentes a outros segmentos populacionais, como o de baixo nível socioeconômico, também têm direito aos absorventes distribuídos pelo SUS. Portanto:

Correta a alternativa A.

De forma geral, as políticas de saúde específicas para determinadas populações (por exemplo, **política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas, política nacional de saúde integral da população negra**, entre outras), cumprem o princípio da equidade, já que são políticas que têm por objetivo garantir especificamente aquilo que tais populações necessitam.

Incorreta a alternativa B. Sem dúvida, as políticas de saúde para populações específicas aumentam o acesso à saúde, contribuindo para a universalidade. Porém, observe que o enunciado fala especificamente sobre o benefício das mulheres privadas de liberdade, e que nem todas as mulheres têm acesso a ele. Portanto, fica claro que o princípio é a equidade.

Incorretas as alternativas C, D e E, porque a hierarquização, a participação popular e a regionalização são diretrizes ou princípios organizativos, não são princípios éticos.

50 – (Estratégia MED 2022 – Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Os estudos de coorte caracterizam-se por serem individuais, longitudinais e observacionais, podendo ser prospectivos ou retrospectivos. Porém, quando são retrospectivos, podem ser confundidos com os estudos de caso-controle, já que eles também são individuais, longitudinais e observacionais. Nesse sentido, a melhor forma de diferenciar uma coorte retrospectiva de um estudo de caso-controle é:

- A) Observando a forma de coleta de dados, uma vez que as coortes retrospectivas obrigatoriamente têm os dados obtidos a partir de um sistema de informações, enquanto os estudos de caso-controle têm os dados colhidos a partir de prontuários.
- B) Avaliando a posição do observador. Nas coortes retrospectivas, o pesquisador não interfere na pesquisa, enquanto nos estudos de caso-controle, sim.
- C) Avaliando a forma de divisão dos participantes. Nas coortes, independentemente de serem prospectivas ou retrospectivas, a divisão ocorre segundo a presença ou ausência da exposição. Já nos estudos de caso-controle, a divisão ocorre segundo a presença ou ausência do desfecho.
- D) Analisando o risco relativo, uma vez que estudos de caso-controle raramente têm riscos relativos superiores a 1.
- E) Verificando o “n” do estudo, uma vez que os estudos de coorte apresentam “n” elevado.

COMENTÁRIO:

Estrategista, é muito comum a confusão entre as coortes retrospectivas e os estudos de caso-controle, uma vez que ambos compartilham praticamente as mesmas características, como o fato de serem observacionais, longitudinais e trabalharem com dados individuais. Para piorar, os estudos de coorte também podem ser retrospectivos, o que aumenta ainda mais a confusão. Porém, existe uma diferença fundamental entre esses dois estudos:

- Os **estudos de coortes**, mesmo quando são retrospectivos, dividem os participantes segundo a presença ou ausência da exposição, isto é, em expostos e não expostos.
- Em contrapartida, os **estudos de caso-controle** dividem os participantes segundo a presença ou ausência do desfecho, isto é, em casos e controles.

Além disso, os estudos de caso-controle não são capazes de calcular a incidência do desfecho. Portanto, eles não são capazes de calcular o risco relativo, sendo necessária a utilização do *odds ratio*.

Veja que a questão solicita a alternativa que descreve a melhor forma para identificarmos se um estudo retrospectivo é um estudo de coorte ou de caso-controle. Portanto:

Incorreta a alternativa A. O método de coleta de dados, seja por sistemas de informações ou por análise de prontuários, não é a melhor forma de diferenciar os dois estudos, uma vez que ambos podem obter os dados por essas duas formas.

Incorreta a alternativa B. Ora, se o pesquisador interfere na pesquisa, então ele deixa de ser um observador e passa a ser um “experimentador”. Portanto, o estudo provavelmente será experimental. E os estudos de coorte e de caso-controle não se enquadram nessa classificação.

Correta a alternativa C, conforme vimos acima.

Incorreta a alternativa D. Primeiro, o estudo de caso-controle não utiliza o risco relativo, já que ele não é capaz de calcular a incidência do desfecho, conforme vimos acima. Segundo, um estudo de caso-controle pode apresentar um *odds ratio* igual, superior ou inferior a 1, assim como um estudo de coorte pode apresentar um risco relativo igual, superior ou inferior a 1. Portanto, o valor da medida de associação não tem relevância para distinção entre os dois tipos de estudo.

Incorreta a alternativa E. De fato, os estudos de caso-controle podem trabalhar com um menor número de participantes, mas não é isso que os diferencia, já que existem estudos de caso-controle que optam por trabalhar com elevado número de participantes.



VEJA O RANKING





Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com