

SIMULADO

Atualizações Médicas



CADERNO DE RESPOSTAS

CLÍNICA MÉDICA

01 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Marcelo de 33 anos apresenta, há cerca de um mês e meio, quadro de tosse seca, inapetência, sudorese noturna e perda de peso de aproximadamente 2 kg. Em consulta clínica na UBS onde é adscrito, foi diagnosticado com tuberculose pulmonar e iniciou o tratamento com esquema quádruplo. Mora com sua esposa Leila, de 27 anos, seu filho Luiz, de 1 ano e meio, e sua mãe Jurema, de 64 anos. Todos seus contatos foram prontamente convidados para uma avaliação clínica na Unidade Básica, onde negaram sintomas e tiveram sua prova tuberculínica realizada. Os resultados do PPD foram os seguintes: Luiz - induração de 7 mm; Leila - induração de 5 mm; Dona Jurema - induração de 4 mm.

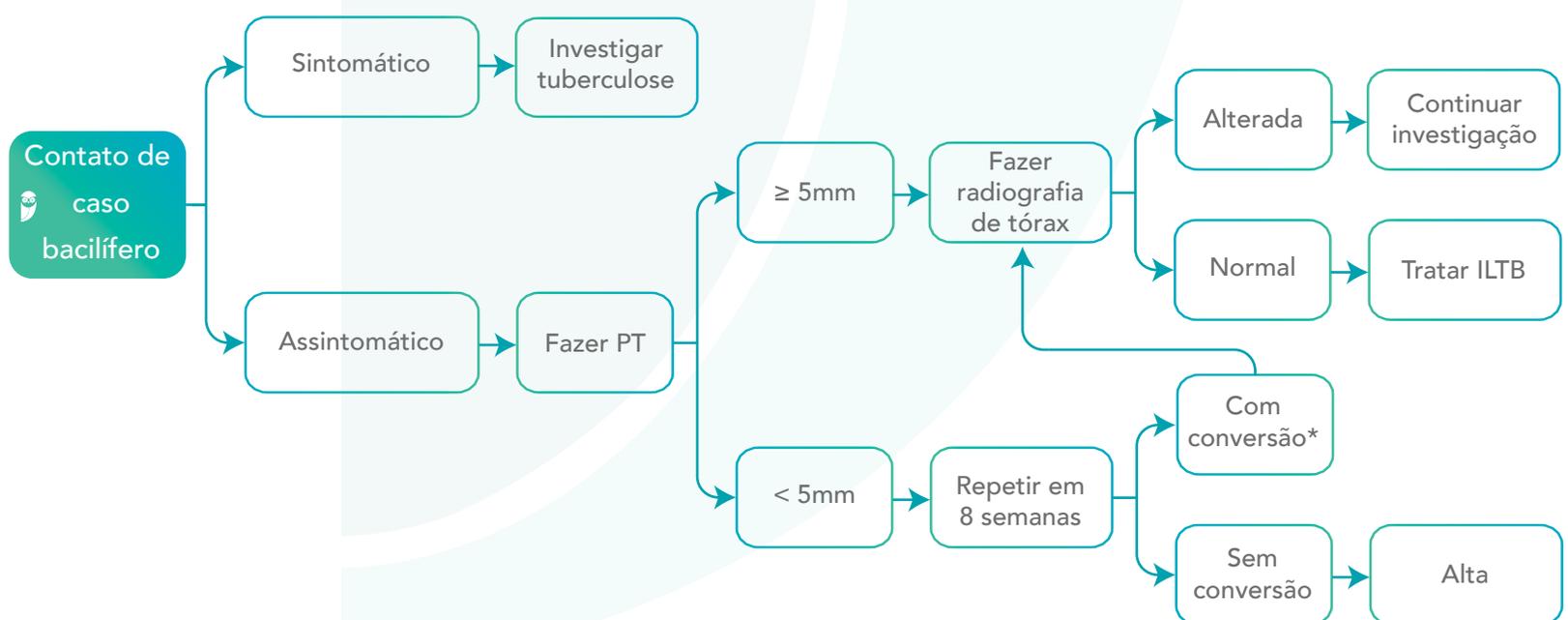
Baseado nos resultados das provas tuberculínicas, assinale a alternativa que traz apenas condutas CORRETAS para as situações descritas:

- A) Solicitar radiografia de tórax para Luiz e, caso venha sem alterações, iniciar esquema de quimioprofilaxia para ILTB com rifapentina e isoniazida.
- B) Liberar Dona Jurema do acompanhamento de contatos de casos de tuberculose em razão da negatividade de sua prova tuberculínica.
- C) Solicitar o retorno de Dona Jurema à unidade em 8 semanas para nova prova tuberculínica e, em caso de conversão, iniciar tratamento de ILTB com rifampicina.
- D) Fazer o pedido de radiografia de tórax para Leila e, se não houver alteração, iniciar esquema de tratamento para ILTB com rifapentina e isoniazida.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Contatos de casos de tuberculose bacilífera devem ser investigados quanto à possibilidade de tuberculose-doença (TB) e de infecção latente por tuberculose (ILTB). O racional dessas condutas é interromper a cadeia de transmissão da doença, seja encontrando casos sintomáticos e instituindo tratamento precoce, seja procedendo à quimioprofilaxia para impedir que casos de ILTB sejam reativados à TB.

O Ministério da Saúde traz o seguinte fluxograma para o acompanhamento desses contatos.



*Incremento de pelo menos 10mm em relação à PT anterior.
Fonte: Ministério da Saúde.

De posse dessas informações, após definirmos que contatos apresentam indicação de quimioprofilaxia, temos, hoje, três esquemas disponíveis no SUS:

Isoniazida: 300 mg/dia para adultos e 10 mg/Kg/dia na criança, feito ao longo de 6 meses (180 doses) ou 9 meses (270 doses);

Rifampicina: 10 mg/Kg/dia no adulto e 15 mg/Kg/dia na criança, com tempo de duração de 4 meses (120 doses). Esse esquema é preferido em crianças menores de 10 anos, adultos acima de 50 anos e hepatopatas;

Rifapentina e isoniazida: 900 mg de rifapentina com 900 mg de isoniazida, uma vez por semana, por 3 meses (12 doses). Esse foi o último esquema adicionado pelo Ministério da Saúde, trazendo grande comodidade posológica e aumentando, assim, as chances de adesão do paciente. Cabe ressaltar que esse esquema está liberado para crianças a partir dos 2 anos de idade e, por hora, seu uso não é indicado em gestantes pela falta de estudos nessa população.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. O esquema de tratamento da ILTB com rifapentina e isoniazida está liberado para uso em crianças a partir de 2 anos de idade, desse modo, Luiz não se enquadra na indicação atual para esse esquema quimioprofilático.

Incorreta a alternativa B. Como a paciente em questão é contato de um caso tuberculose bacilífera e apresentou PPD inicial não reator, a conduta correta é o retorno à Unidade em 8 semanas para avaliar a possibilidade de conversão do PPD. Apenas se não houver conversão é que ela estará liberada do acompanhamento de contatos.

Incorreta a alternativa C. Em caso de conversão da prova tuberculínica no retorno, a próxima conduta consiste na solicitação de radiografia de tórax, para descartar tuberculose-doença, antes de iniciar a quimioprofilaxia.

Correta a alternativa D. Em caso de PPD reator e radiografia sem alterações no contato assintomático estamos liberados para proceder à quimioprofilaxia, que, nesse caso, preferencialmente, poderá ser feita com o novo esquema adicionado pelo Ministério da Saúde, com rifapentina e isoniazida por três meses.

02 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) A pandemia de COVID 19 vitimou milhares de pessoas pelo mundo, causando danos irreparáveis a toda sociedade. Em razão de seu caráter de transmissão predominantemente comunitário, uma das armas utilizadas pelas autoridades de saúde para frear o avanço da onda pandêmica foi a instituição de protocolos de isolamento de casos da doença. Baseando-se nas recomendações atualizadas pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2022, assinale a alternativa INCORRETA:

- A) Indivíduos com quadros leves a moderados de COVID 19 que se apresentem sem sintomas há pelo menos 24 horas poderão ser dispensados do isolamento se apresentarem um teste de RT-PCR ou antígeno viral negativo realizado no quinto dia após o início da sintomatologia.
- B) Pacientes após o décimo dia do início do quadro de COVID 19 e sem sintomatologia há 24 horas podem sair do isolamento sem a necessidade da realização de testes.
- C) Casos leves a moderados de COVID 19 que saiam do isolamento antes do décimo dia de início do quadro, com adequada indicação, deverão manter medidas adicionais de precaução, como não fazer viagens ou visitar pessoas com fatores de risco para COVID grave até completarem 10 dias do início dos sintomas.
- D) Aqueles pacientes com quadros leves da infecção pelo Sars-Cov-2 que estejam assintomáticos há 24 horas necessitam de, pelo menos, um teste antigênico negativo no sétimo dia de início dos sintomas para abandonar o isolamento.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Com o avançar da pandemia e dos estudos sobre o tempo ideal do isolamento de casos de COVID 19, houve a necessidade de atualização e flexibilização do período de quarentena. Acompanhando essa tendência, baseando-se principalmente em dados oriundos do CDC (Center of Diseases Control and Prevention), o Ministério da Saúde do Brasil lançou uma atualização do guia de vigilância epidemiológica para COVID 19, em janeiro de 2022, em que novos períodos de isolamento passam a ser preconizados. A tabela abaixo mostra essas atualizações.

PACIENTES IMUNOCOMPETENTES COM SG POR COVID-19 (QUADROS LEVES OU MODERADOS)						
Tempo	Isolamento de 5 dias		Isolamento de 7 dias	Isolamento de 10 dias		
Condição de saúde	SEM SINTOMAS		SEM SINTOMAS	COM SINTOMAS		SEM SINTOMAS
	Ao 5º dia completo, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios E sem febre E sem uso de medicamentos antitérmicos E há pelo menos 24 horas.		Ao 7º dia, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios E sem febre E sem uso de medicamentos antitérmicos E há pelo menos 24 horas.	Ao 7º dia, se estiver COM sintomas respiratórios ou febre.		Ao 10º dia, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios E sem febre E sem uso de medicamentos antitérmicos E há pelo menos 24 horas.
Teste	Com testagem no 5º dia com RT-PCR ou TR-Ag.		Não é necessário testar para sair do isolamento.	Com testagem no 7º dia com RT-PCR ou TR-Ag.		Não é necessário testar para sair do isolamento.
Resultado	Resultado Negativo	Resultado Positivo	x	Resultado Negativo	Resultado Positivo	x
Saída do isolamento	Sair do isolamento após 5 dias completos e manter as recomendações adicionais até o 10º dia.		Sair do isolamento após 7 dias completos e manter as recomendações adicionais até o 10º dia.	Sair do isolamento se o caso estiver SEM sintomas respiratórios E sem febre E sem uso de medicamentos antitérmicos após 24 horas.	Manter o isolamento até o 10º dia. Sair do isolamento se o caso estiver SEM sintomas respiratórios E sem febre E sem uso de medicamentos antitérmicos após 24 horas.	Sair do isolamento no 10º dia e manter as medidas não farmacológicas.

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.

De posse dessas informações, vamos avaliar cada uma das alternativas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Correta a alternativa A. Casos leves a moderados assintomáticos há, pelo menos, 24 horas podem sair do isolamento após o quinto dia se apresentarem um teste de RT-PCR ou antígeno viral negativo, estando de acordo com as novas recomendações do Ministério da Saúde.

Correta a alternativa B. Casos leves a moderados assintomáticos há pelo menos 24 horas podem abandonar o isolamento após o décimo dia de início do quadro sem a necessidade de testagem.

Correta a alternativa C. Todos os casos que cumprirem critérios para liberação do isolamento antes do décimo dia de início dos sintomas devem manter medidas de precaução até que completem o período de dez dias de início do quadro. Entre elas, temos: usar máscara em casa e em público, evitar contato com pessoas com fatores de risco, não viajar e não frequentar locais onde não possa usar máscara o tempo todo.

Incorreta a alternativa D.

Como já foi visto no comentário da alternativa B, os casos indicados para deixar o isolamento após o sétimo dia não necessitam de nenhum teste para fazê-lo.

03 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) A senhora Marlúcia, de 32 anos, procura um médico particular objetivando realizar um “*check-up*”. Nega histórico de comorbidades ou uso de medicações, mas relata que, em sua última gestação, aos 27 anos, teve diabetes *mellitus* gestacional e foi manejada com atividade física e dieta. Ao exame, apresenta pressão arterial de 128x80 mmHg, altura de 1,59 m e peso de 78 Kg. Traz, ainda, exames de sangue realizados há 2 anos, sendo os que mais chamam atenção uma glicemia de jejum de 99 mg/dL e um triglicérides de 257 mg/dL. Baseando-se no caso em tela e nas recentes recomendações da Associação Americana de Diabetes (ADA), como o médico deve orientar o rastreamento de diabetes *mellitus* tipo 2 dessa paciente?

- A) Iniciar o rastreamento quando a paciente completar 45 anos de idade.
- B) Iniciar o rastreamento quando a paciente completar 35 anos de idade.
- C) Solicitar nova glicemia de jejum para daqui a 1 ano.
- D) Solicitar imediatamente uma nova glicemia de jejum.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Essa questão é uma excelente oportunidade para revisarmos as recentes atualizações da ADA no tocante ao rastreamento do diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2).

Como era até 2021:

Um dos critérios a seguir:

- ≥ 45 anos de idade
- Adultos com sobrepeso ou obesidade + 1 fator de risco para DM
- Pré-diabetes
- Mulheres com passado de DM gestacional (DMG)
- Pessoas convivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Como ficou a partir da diretriz de 2022:

Um dos critérios a seguir:

- ≥ 35 anos de idade
- Adultos com sobrepeso ou obesidade + 1 fator de risco para DM
- Pré-diabetes
- Passado de DM gestacional
- Pessoas convivendo com o HIV

Segundo a ADA, os fatores de risco para a doença são:

- Parente de 1º grau com DM
- Etnia de alto risco (afro-americanos, latinos, ameríndios, ágio-americanos, etnias das ilhas do Pacífico)
- História de doença cardiovascular
- Hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg ou em tratamento anti-hipertensivo)
- HDL - colesterol < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL
- Mulher com síndrome dos ovários policísticos
- Sedentarismo
- Outras condições clínicas associadas à resistência insulínica (por exemplo, obesidade mórbida, acantose *nigricans*)

Se os exames de rastreio forem normais, devem ser repetidos “no mínimo” a cada 3 anos; intervalos menores devem ser considerados na presença de sintomas ou se houver modificação nos fatores de risco (ganho de peso, por exemplo). Caso os exames evidenciem pré-DM, devem ser repetidos anualmente.

Vamos aproveitar a questão para reforçar que a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), também trouxe atualizações em sua última diretriz:

Como era até 2021:

Um dos critérios a seguir:

- ≥ 45 anos de idade
- Adultos com sobrepeso ou obesidade
- Hipertensão arterial
- História familiar de DM2
- Passado de DM gestacional
- Uso de medicações hiperglicemiantes (glicocorticoides, tiazídicos e antipsicóticos)
- Comorbidades frequentemente associadas ao DM2 (periodontite, micoses, hepatite C e outras infecções virais crônicas)

Como ficou a partir da diretriz de 2022:

A SBD passou a seguir as recomendações que a ADA preconizava até 2021 (com o ponto de corte de **45 anos**). Como a SBD historicamente vinha repetindo as recomendações da ADA no tocante ao rastreio do DM2, acreditamos que houve um desencontro entre a publicação americana e a nacional e que brevemente a SBD vai revisar essa recomendação e atualizar seu ponto de corte etário. Enquanto isso não ocorrer, tenha atenção redobrada ao ler o enunciado, pois convém que a banca especifique a fonte a ser considerada (ADA ou SBD).

Além disso, a SBD trouxe algumas sugestões adicionais de rastreio:

- Comorbidades associadas ao diabetes secundário, como endocrinopatias e doenças pancreáticas, ou condições frequentemente associadas ao DM, como infecção por HIV, doença periodontal e esteatose hepática.

- Pacientes que vão iniciar medicações com potencial efeito hiperglicemiante, como glicocorticoides ou antipsicóticos.
- ≥ 10 anos de idade ou após início da puberdade com sobrepeso ou obesidade e com, pelo menos, um fator de risco para DM2.

Segundo a SBD, os fatores de risco para a doença em crianças e adolescentes são os seguintes:

- História de DM materno
- Familiar de 1º ou 2º grau com DM2
- Etnia de risco
- Sinais de resistência insulínica
- Hipertensão arterial
- Dislipidemia
- Síndrome dos ovários policísticos
- Baixo peso ao nascimento

Se os exames de rastreio forem normais, devem ser repetidos, pelo menos, a cada 3 anos. Intervalos mais curtos podem ser adotados se houver ganho de peso acelerado ou mudança nos fatores de risco. Caso o paciente seja um adulto com mais de um fator de risco para DM2, o intervalo de rastreamento não deverá ser superior a 1 ano.

Segundo a ADA, a paciente tem indicação de rastreamento do DM2 pelas seguintes razões:

- Passado de DMG;
- Obesidade + triglicérides > 250 mg/dL.

Como ela realizou uma glicemia de jejum há dois anos, você poderia considerar plausível repetir o rastreamento somente daqui a um ano com nova glicemia de jejum (afinal, o rastreamento deve ser trianual, não é mesmo?). Entretanto, duas informações do enunciado não favorecem essa conduta:

- A glicemia de jejum realizada há dois anos já se apresentava com um valor limítrofe, ou seja, beirava o diagnóstico de pré-diabetes; nesse caso, o bom senso manda que o intervalo de rastreamento seja reduzido. Além disso, estamos falando de uma paciente que acumula mais de uma indicação de rastreamento, ou seja, deve ser vista como de alto risco para o desenvolvimento de DM2 e, idealmente, deve ser reavaliada em intervalos mais curtos.
- Em mulheres com passado de DMG, a periodicidade do rastreamento dependerá do teste empregado. Caso o teste realizado seja glicemia de jejum ou HbA1c, a repetição deverá ser anual, mas, se o rastreamento for feito com teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 gramas de glicose, a repetição pode ser feita a cada 3 anos.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. A alternativa traz o antigo ponto de corte etário da ADA. Além disso, nossa paciente possui indicação de rastreamento imediato, seja pelo passado de DMG, seja pela conjunção de obesidade com hipertrigliceridemia.

Incorreta a alternativa B. Nossa paciente possui indicação de rastreamento imediato, seja pelo passado de DMG, seja pela conjunção de obesidade com hipertrigliceridemia. Nesse caso, o critério etário deixa de ser relevante.

Incorreta a alternativa C. Essa alternativa só estaria correta se o exame realizado há dois anos fosse um TOTG com 75 gramas de glicose.

Correta a alternativa D.

Uma vez que a última glicemia de jejum foi realizada há dois anos e esse exame deve ser realizado anualmente (devido ao passado de DMG), devemos solicitar nova glicemia de jejum imediatamente.

04 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Avalie as afirmativas abaixo sobre a condução de casos de exposição de risco para o vírus da raiva humana e determine as que são verdadeiras (V) e as que são falsas (F). A seguir, assinale a alternativa que contém a sequência correta.

- () Acidentes leves com mamíferos de interesse econômico (p.ex: suínos) demandam início do esquema vacinal para raiva com quatro doses IM (0, 3, 7 e 14).
- () Acidentes graves com cães ou gatos com suspeita de raiva ou não observáveis demandam início imediato de esquema completo com quatro doses da vacina antirrábica em associação com soro ou imunoglobulina.
- () Em caso de contato indireto com morcegos ou animais silvestres, a quimioprofilaxia com sorovacinação está indicada, dado o alto risco de transmissão do vírus da raiva humana nesse tipo de situação.
- () Acidentes graves com cães e gatos domésticos, observáveis, sem suspeita de estarem doentes, demandam inicialmente apenas observação por 10 dias desses animais, não havendo necessidade de iniciar esquema de profilaxia pós-exposição.

- A) V,F,V,F
- B) V,V,F,V
- C) F,V,V,F
- D) F,F,F,V

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Uma das atualizações mais quentes para as provas de 2022/2023 foi a modificação do guia de profilaxia pós-exposição à raiva. Nesse novo documento, foram apresentadas novas linhas de cuidado após acidentes com risco potencial de transmissão do vírus que facilitaram muito as condutas práticas diante desses acidentes, assim como, sua memorização para as provas de Residência Médica. Abaixo, segue a tabela com as indicações e condutas e, a seguir, um resumo das principais modificações que foram feitas em relação ao protocolo antigo. Confira!!!

PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA PÓS-EXPOSIÇÃO				
TIPO DE EXPOSIÇÃO	ANIMAL AGRESSOR			
	CÃO OU GATO		MAMÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO: bovídeos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos	MORCEGOS E OUTROS MAMÍFEROS SILVESTRES (inclusive os domiciliados)
	Animal passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva	Animal não passível de observação por 10 dias ou com sinais sugestivos de raiva		
CONTATO INDIRETO - tocar ou dar de comer para animais - lambedura em pele íntegra - contato em pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. NÃO INDICAR PROFILAXIA 		<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. NÃO INDICAR PROFILAXIA 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. NÃO INDICAR PROFILAXIA
LEVE - ferimento superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés - lambedura de lesões superficiais	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. NÃO INICIAR PROFILAXIA. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar VACINA* dias 0, 3, 7 e 14 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. INICIAR PROFILAXIA: VACINA* dias 0, 3, 7 e 14 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. INICIAR PROFILAXIA: VACINA* dias 0, 3, 7 e 14 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão.
GRAVE - ferimento nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés - ferimentos múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo - ferimento profundo, mesmo que puntiforme - lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas - ferimento causado por mamífero silvestre	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. NÃO INICIAR PROFILAXIA. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)• 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)• 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)• 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)•

Fonte: Ministério da Saúde.

	ANTES	AGORA
<p>✓ CONTATO INDIRETO</p>	NÃO MUDOU!	
<p>Apenas lavar com água e sabão, não realizar profilaxia.</p>	NÃO MUDOU!	
 <p>OBSERVÁVEL SEM SUSPEITA DE RAIVA</p>	<p>Acidente leve: observação.</p> <p>Acidente grave: 2 doses da vacina + observação.</p> <p>O paciente deveria comparecer à UBS se o animal morresse, adoecesse ou desaparecesse.</p>	<p>Observar por 10 dias, independentemente do tipo de acidente.</p> <p>Caso o animal morra, desapareça ou fique doente, comparecer à UBS. Se acidente leve, indica-se 4 doses da vacina. Se grave, 4 doses da vacina + soro ou imunoglobulina.</p>
 <p>NÃO OBSERVÁVEL OU COM SUSPEITA DE RAIVA</p>	<p>Esse grupo era dividido em dois.</p> <p>1) Animais com suspeita de estarem doentes e acidente leve: Indicava-se 2 doses da vacina + observação por 10 dias. Se grave, indicava-se soro antirrábico e 4 doses da vacina, podendo interromper a profilaxia caso o animal estivesse saudável em 10 dias.</p> <p>2) Animais não observáveis (mortos ou desaparecidos): agia-se de imediato. Se acidente leve, indicava-se 4 doses da vacina.</p> <p>Se acidente grave, indicava-se soro antirrábico e 4 doses de vacina.</p>	<p>Age-se de imediato.</p> <p>Acidentes leves recebem 4 doses da vacina.</p> <p>Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.</p>
 <p>INTERESSE ECONÔMICO: Bovídeos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos</p>	NÃO MUDOU!	
	<p>Se acidente leve, fazer 4 doses da vacina.</p> <p>Se acidente grave, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.</p>	
 <p>Morcegos e mamíferos silvestres</p>	NÃO MUDOU!	
	<p>Independente do tipo de acidente, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.</p>	

Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Profa. Helena Schetinger.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Verdadeira: esse foi um dos pontos que não sofreu modificação no novo protocolo. Os acidentes leves com mamíferos domésticos de interesse econômico demandam esquema imediato com 4 doses da vacina antirrábica. Cabe lembrar que, em caso de acidente grave, se associa o soro ou a imunoglobulina ao esquema.

Verdadeira: outro ponto que se manteve inalterado. Em casos de acidentes graves com cães ou gatos suspeitos de raiva ou que não possam ser observados, a conduta é o esquema vacinal completo em associação com soro ou imunoglobulina.

Falsa: muita atenção com essa afirmativa, Estrategista! O contato indireto com morcegos ou animais silvestres não irá indicar esquema quimioprolático! Iremos orientar a lavagem com água e sabão e acompanhamento apenas.

Verdadeira: ponto que sofreu importante atualização no novo protocolo. Agora, caso o animal seja um cão ou gato doméstico sem suspeita de raiva e passível de observação, independentemente do tipo de acidente, a conduta é a observação do animal por 10 dias a partir da data do acidente. Caso o animal adoça, morra ou desapareça, deve-se agir da seguinte forma: se acidente leve - 4 doses da vacina; se acidente grave - 4 doses da vacina em associação com imunoglobulina ou soro.

Correta a alternativa B: V,V,F,V

05 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Paciente de 25 anos, sexo masculino, comparece à Unidade de Saúde da Família (USF) queixando-se de manchas no corpo. Refere ter percebido a primeira lesão há pouco mais de 2 anos, mas, como era pequena e não lhe causava sintomas, não procurou ajuda médica. Ao longo dos últimos meses, observou o surgimento de mais 3 lesões, que se associaram a discreto formigamento em membros superiores. Então, resolveu consultar-se para tentar descobrir do que se tratava. Ao exame dermatológico, são observadas máculas eritematosas com bordos bem delimitados em tronco anterior e posterior. Suspeitando de um caso de hanseníase, é solicitada a baciloscopia das lesões, que se mostra positiva para o bacilo de Hansen.

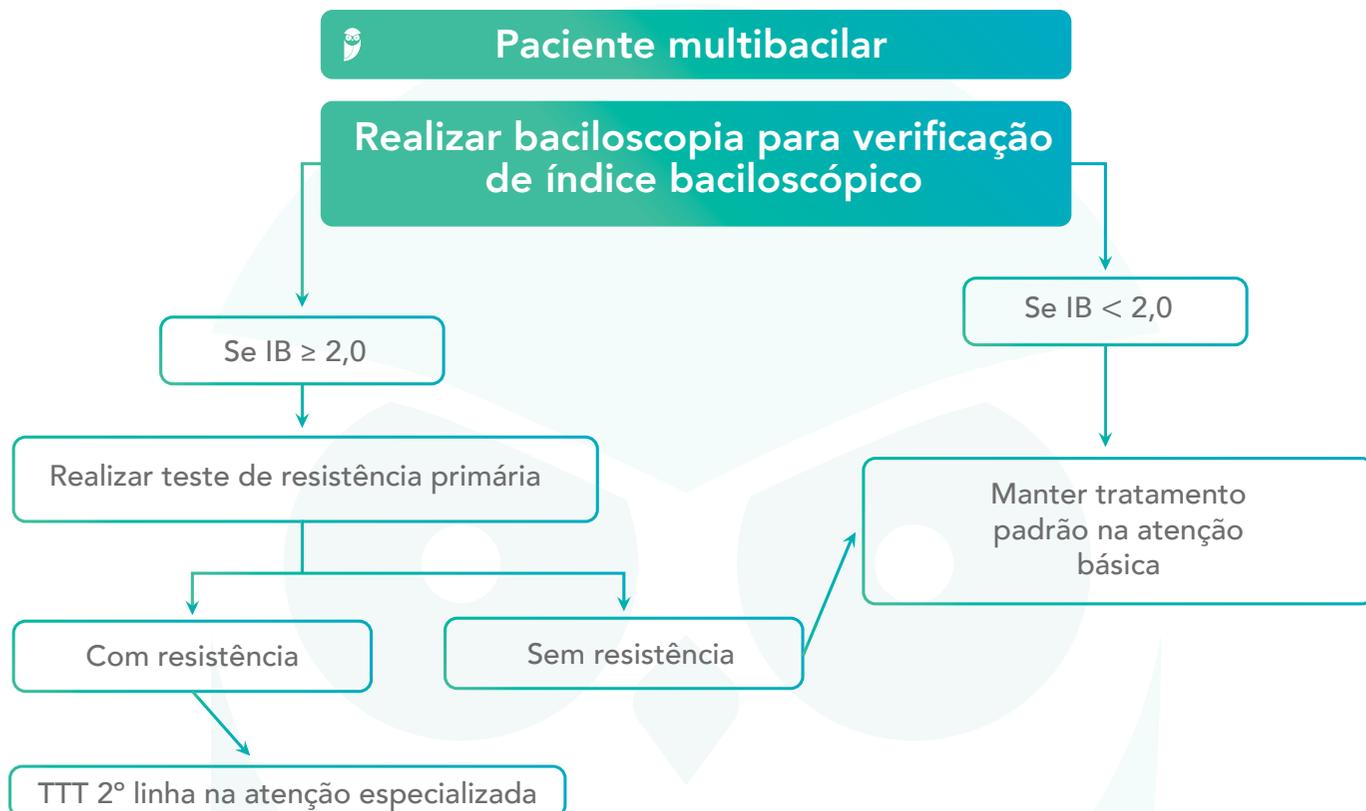
Baseando-se nos dados clínicos e no resultado do exame baciloscópico, aponte a alternativa que traz a adequada condução do caso.

- A) Iniciar imediatamente o esquema para hanseníase multibacilar na atenção primária (APS) utilizando-se de rifampicina e dapsona.
- B) Avaliar o índice baciloscópico do paciente e, caso ele seja maior ou igual a dois, fazer o tratamento para hanseníase multibacilar na APS com esquema triplo (rifampicina, dapsona e clofazimina).
- C) Referenciar o paciente para a atenção especializada antes de iniciar o tratamento, já que se trata de hanseníase multibacilar.
- D) Avaliar o índice baciloscópico do indivíduo, caso o valor seja maior ou igual a dois, solicitar pesquisa para a detecção de *Mycobacterium leprae* resistente à antimicrobianos. Em caso de resistência, referenciar o paciente para tratamento com esquema alternativo na atenção especializada.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Os protocolos de tratamento e acompanhamento da hanseníase sofrem aprimoramentos com frequência, o que pode ser objeto de questionamento nos concursos de Residência Médica. Uma das atualizações deste ano foi a inclusão da avaliação do índice baciloscópico para os doentes multibacilares ao diagnóstico em associação com a indicação, em casos específicos, do teste para identificação de *Mycobacterium leprae* resistente à antimicrobianos.

Observe o fluxograma abaixo que resume as condutas.



Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Prof. Bruno Souza.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Hoje, diante de um diagnóstico de hanseníase, seja ela multibacilar ou não, o tratamento preconizado é o esquema tríptico com rifampicina, dapsona e clofazimina, o que torna essa alternativa incorreta.

Incorreta a alternativa B. Diante de um índice baciloscópico maior ou igual a dois, a conduta volta-se para a avaliação da resistência antimicrobiana do *M. leprae*. Caso o índice seja menor que dois, podemos determinar o tratamento na APS com esquema triplo.

Incorreta a alternativa C. Não existe indicação de referenciar o caso para a avaliação especializada apenas pelo fato de estarmos diante de um doente multibacilar. Preconiza-se tratar, sempre que possível, os casos de hanseníase na APS.

Correta a alternativa D. Alternativa que traz a sequência de condutas preconizadas no novo protocolo, sem ressalvas.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

06 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) O Papiloma Vírus Humano (HPV) está envolvido em uma série de afecções que acometem a população, desde as verrugas anogenitais até os casos de câncer de colo uterino, vulva e pênis. Tendo por base sua larga distribuição populacional e pelas consequências de sua infecção serem consideradas um problema de saúde pública, desde de 2014, a vacina quadrivalente contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus está disponível no Programa Nacional de Imunizações (PNI). Com base em seus conhecimentos acerca dessa vacina e das recentes modificações nas indicações dela, assinale a alternativa CORRETA:

- A) Trata-se de vacina de vírus inativado, tendo por objetivo a proteção contra os tipos 6 e 11, envolvidos na gênese do câncer de colo uterino, e 16 e 18, responsáveis pelas verrugas anogenitais.
- B) O esquema vacinal para indivíduos do sexo masculino pode ser feito dos 9 aos 14 anos de idade e baseia-se na aplicação de duas doses da vacina intervaladas por 6 meses.
- C) Pacientes do sexo feminino que convivem com HIV/AIDS devem receber esquema especial com três doses (0, 2 e 6), sendo a faixa etária dos 9 aos 26 anos a contemplada nessa situação.
- D) Meninas de 9-14 anos devem fazer o esquema de duas doses (0 e 6), sendo aquelas que comprovarem terem tomado essas duas doses vacina dispensadas do rastreio de câncer de colo uterino na idade adulta após a iniciação sexual.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Os anos de 2021 e 2022 foram marcados por grandes atualizações no esquema vacinal do HPV pelo PNI. Ainda em 2021, grupos de risco do sexo feminino, como as pacientes convivendo com HIV/AIDS, as transplantadas de órgãos sólidos e aquelas em uso de quimioterapia, tiveram a faixa etária que abarca a vacinação com a quadrivalente em 3 doses ampliada dos 9 aos 26 anos para dos 9 aos 45 anos. Seguindo essa tendência, em 2022, foi a vez da expansão da faixa etária de vacinação para esses mesmos grupos de risco só que do sexo masculino, que agora também recebem três doses da vacina entre 9 e 45 anos de idade.

Outra atualização de suma importância foi o alargamento da faixa etária de vacinação dos meninos, que passou de 11 aos 14 anos, para 9 aos 14 anos, igualando-se à mesma faixa etária que já era preconizada para as usuárias do sexo feminino.

Tendo por base esse entendimento, vamos para as alternativas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. A vacina contra o HPV é produzida a partir de partículas que se assemelham a proteínas do capsídeo viral (partículas similares ao vírus). Desse modo, não é considerada uma vacina de vírus inativado. Outro ponto de incorreção nessa alternativa são as correlações entre os subtipos virais do HPV e a consequência de sua infecção. Os tipos 6 e 11 possuem relação com as verrugas anogenitais, enquanto os tipos 16 e 18, os mais oncogênicos, acabam participando do desenvolvimento do câncer de colo uterino.

Correta a alternativa B. No ano de 2022, uma das atualizações no PNI para a vacina do HPV foi sua ampliação de cobertura para os indivíduos do sexo masculino. A partir de agora, meninos de 9 aos 14 anos devem ser imunizados com duas doses da vacina tetravalente, com intervalo de seis meses entre elas.

Incorreta a alternativa C. Desde 2021, os grupos especiais do sexo feminino (pessoas convivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos e pacientes em uso de quimioterapia) tiveram uma expansão na faixa etária de cobertura vacinal para o HPV, que passou de dos 9 aos 26 anos para dos 9 aos 45 anos. Em 2022, essa mudança passou a ser válida, também, para os grupos especiais do sexo masculino.

Incorreta a alternativa D. A vacinação completa para o HPV objetiva prevenção primária contra a infecção pelo vírus. A despeito do esquema vacinal completo, não existe indicação de se dispensar o rastreamento citopatológico para câncer de colo uterino. Dessa forma, independentemente da imunização para o HPV, todas as mulheres que tenham iniciado sua vida sexual apresentam indicação de iniciar esse *screening* a partir dos 25 anos de idade.

07 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Sabrina, 23 anos, G3P1NA1, idade gestacional de 38 semanas e 2 dias, chega à maternidade, acompanhada de seu marido, com queixa de perda de líquido pela vagina há cerca de 2 horas e contrações abdominais dolorosas. Na avaliação no PSGO, é confirmada a ruptura da bolsa, com líquido claro e grumos finos, colo dilatado para 5 cm, fino, amolecido e anteriorizado. Dinâmica uterina de 3 contrações fortes com duração de 20 segundos a cada 10 minutos. Tax. de 36,5 graus Celsius, PA: 118X82 mmHg, FC: 100 bpm, FR: 22 irpm, BCF de 145 bpm. A paciente é encaminhada para o Centro Obstétrico e lá questiona o assistente acerca da possibilidade de ser “ligada” após esse parto, já que ela e o esposo não planejam ter mais filhos. Baseando-se nos postulados da Lei 14443/22, que versa sobre planejamento familiar, o obstetra explica corretamente que:

- A) Caso Sabrina e seu marido estejam de acordo, o procedimento pode ser realizado ainda nessa internação, após o parto do segundo filho.
- B) Por apresentar menos de 25 anos de idade, Sabrina não apresenta a idade mínima necessária para requerer a esterilização voluntária.
- C) Existe a possibilidade de requerer a esterilização, porém deverá ser respeitado o intervalo mínimo de 60 dias entre a manifestação do desejo do procedimento e sua efetiva realização.
- D) Que está terminantemente proibida a realização de procedimentos de esterilização voluntária no período do parto.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

No segundo semestre de 2022, em substituição à Lei 9.263/96, foi promulgada a Lei 14443/22, trazendo importantes novidades na temática do Planejamento Familiar no Brasil. Essas modificações, com certeza, serão um tema quente para as provas de Residência que estão por vir e você, Estrategista, deve estar atento à elas!

As principais modificações observadas foram: a diminuição da idade para solicitação do procedimento; a não necessidade da autorização do cônjuge para realização da esterilização; e, a mais importante de todas, a permissão para realização do procedimento no contexto do parto se respeitado o prazo mínimo entre a vontade da paciente e o procedimento. Confira abaixo um comparativo dos principais pontos das duas leis! A antiga e a atual.

Lei 9.269/96.

"PONTOS-CHAVE" DA LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

- Homens e mulheres;
- Idade igual ou superior a 25 anos **OU** dois filhos vivos;
- Risco de vida à mulher ou ao futuro concepto -> assinado por 2 médicos;
- Manifestação da vontade por escrito -> prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo e o procedimento;
- Proibida esterilização cirúrgica no parto ou aborto, exceto se comprovada necessidade;
- Proibida esterilização por histerectomia ou ooforectomia;
- Se sociedade conjugal -> autorização de ambos os cônjuges.

Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Prof. Alexandre Melitto.

Lei 14.443/22.

RESUMO - O QUE MUDOU NA LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

- Idade igual ou superior a **21 anos** ou dois filhos vivos;
- **Permitida a realização da laqueadura no período de parto** se for observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento;
- Não há mais necessidade de consentimento do marido ou parceiro.
- A nova lei entra em vigor no primeiro semestre de 2023.

Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Prof. Alexandre Melito.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Com a promulgação da Lei 14.443/22, a mulher não precisa mais da autorização do cônjuge para dar seguimento ao processo de esterilização voluntária. Além disso, o prazo mínimo entre a manifestação do desejo formal de esterilização e sua efetiva execução deve ser de pelo menos 60 dias. Esse ponto foi mantido em relação à redação da lei antiga. Desse modo, para que Sabrina consiga fazer o procedimento, deverá aguardar o prazo mínimo, não sendo possível executá-lo ainda nessa internação.

Incorreta a alternativa B. Com a nova lei da laqueadura, o critério base de entrada mudou de 25 anos completos ou dois filhos vivos para 21 anos completos ou dois filhos vivos. Como a paciente já tem 23 anos e, após esse parto, terá dois filhos vivos, ela preenche, de qualquer forma, esse critério.

Correta a alternativa C.

Como já explicitado nos comentários acima, se a paciente apresentar idade mínima de 21 anos ou dois filhos vivos, poderá solicitar a esterilização, sendo esse procedimento realizado em um prazo mínimo de 60 dias após a manifestação do desejo.

Incorreta a alternativa D. Talvez esse seja o ponto de maior novidade da lei. A partir de agora, todas as mulheres que preencherem o critério etário ou apresentarem pelo menos dois filhos vivos podem solicitar a laqueadura no período do parto, desde que o prazo mínimo de 60 dias seja respeitado. Essa modificação vai de encontro ao texto antigo da lei, que vedava essa prática, liberando-a apenas em casos de necessidade.

08 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Primigesta de 19 anos com idade gestacional pelo USG de primeiro trimestre de 16 semanas e 3 dias vem à Unidade de Saúde da Família (USF) para trazer os resultados dos primeiros exames coletados na rotina pré-natal. Ao observá-los, chama atenção a sorologia para toxoplasmose, que mostra IgG positivo e IgM positivo. Nega sorologia prévia. Diante do resultado, o médico explica a situação à paciente e pactua com ela as seguintes condutas, EXCETO:

- A) Iniciar imediatamente espiramicina e solicitar o teste de avidéz para IgG.
- B) Encaminhá-la para realização de amniocentese para pesquisa de infecção fetal com 18 semanas de gestação.
- C) Após a realização da amniocentese, se não for comprovada a infecção fetal, iniciar o uso de espiramicina e mantê-la até o final da gestação.
- D) Iniciar imediatamente esquema tríplice com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico e não realizar o teste de avidéz para IgG.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

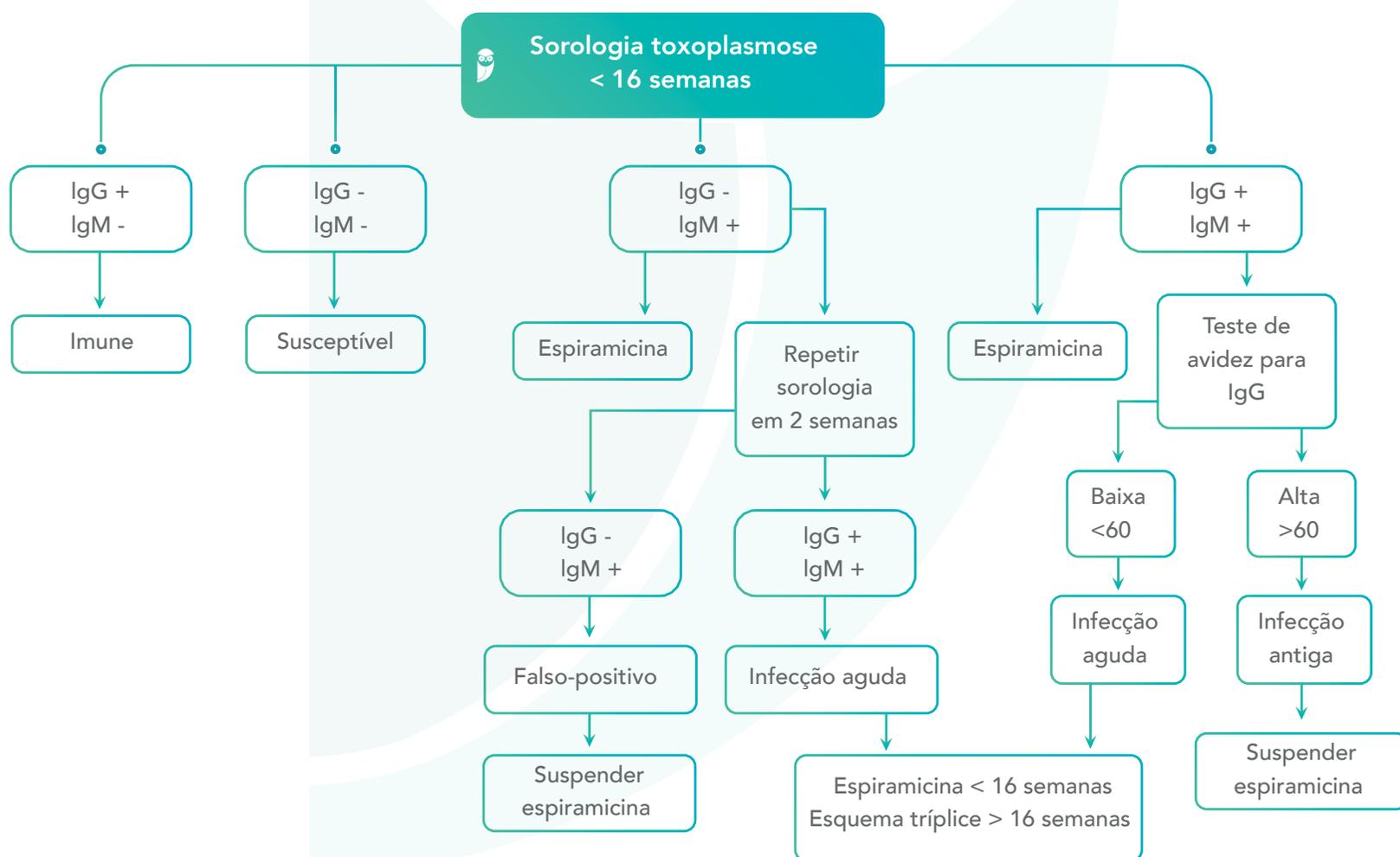
A toxoplasmose na gestação sempre foi e sempre será tema frequente nas provas de Residência! Agora, com a recente atualização do Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde, a promessa é que esse assunto se consolide como um dos mais cobrados nas provas de Obstetrícia. Então, atenção redobrada, Coruja, e olho vivo nas mudanças estabelecidas!

A primeira grande mudança foi no uso da espiramicina, droga utilizada na prevenção da transmissão vertical do toxoplasma ao concepto. Ela deve ser iniciada, agora, a partir da suspeita de toxoplasmose aguda na gestação, não devendo aguardar a confirmação da infecção. Dessa forma, diante de uma gestante com sorologia IgM positiva e IgG negativa ou IgM positiva e IgG positiva, devemos iniciar de imediato essa medicação. Porém, esse raciocínio só é válido para gestantes abaixo de 16 semanas de gestação! E isso vai de encontro ao segundo ponto de atualização do manual: o uso do esquema tríplice.

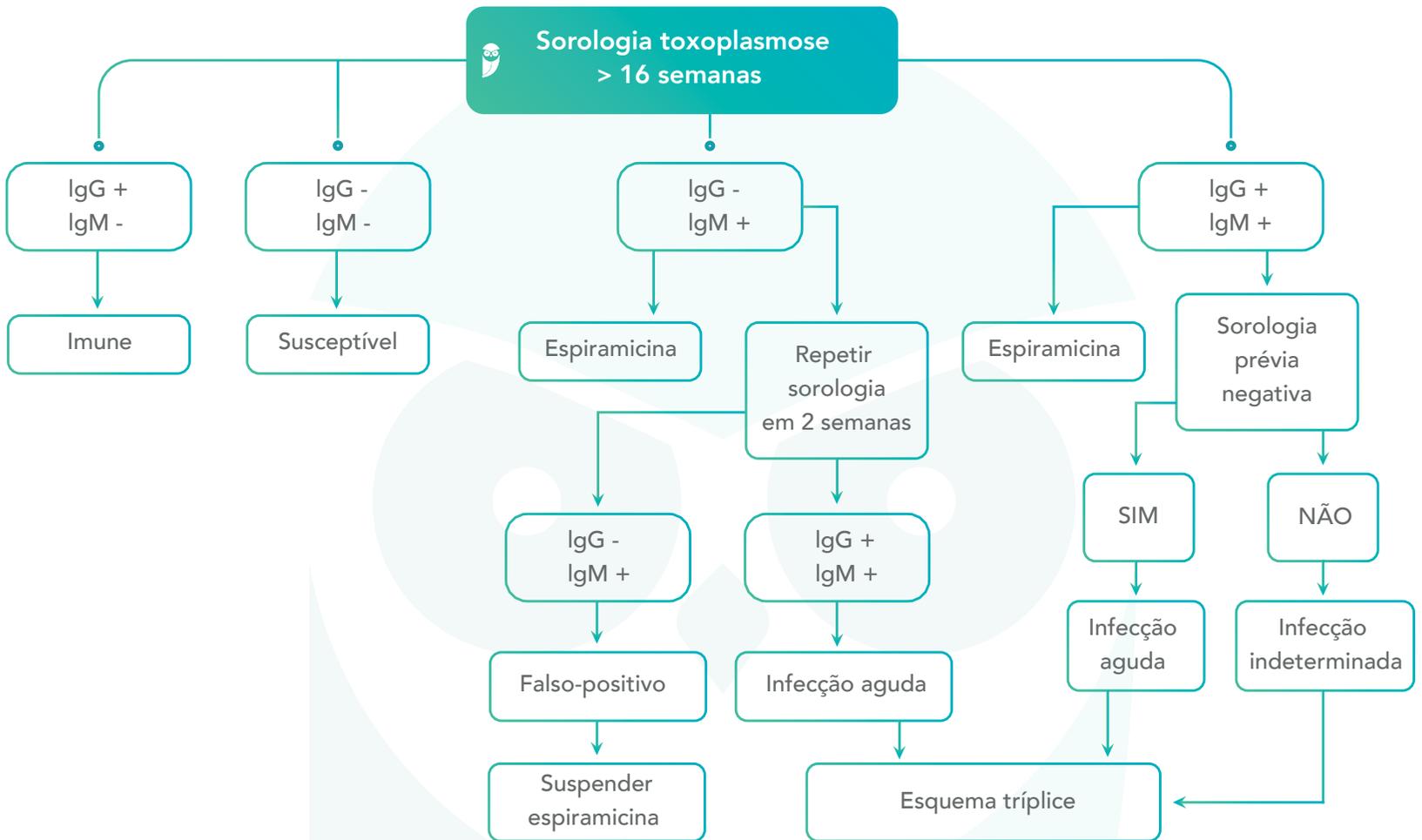
A combinação de sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico era utilizada apenas após a confirmação da infecção fetal aguda. A partir de agora, para gestantes com 16 ou mais semanas de gestação, com infecção aguda ou indeterminada para toxoplasmose, inicia-se de imediato o esquema tríplice, mantendo-o até a pesquisa da infecção fetal, último grande ponto de atualização do documento.

A pesquisa de infecção fetal deve ser realizada por meio da amniocentese, sendo estabelecido o marco de 18 semanas para sua realização. Em caso de confirmação da infecção fetal, o esquema tríplice será mantido até o final da gestação, sem necessidade de alternar com a espiramicina. Caso contrário, suspendemos o esquema tríplice e iniciamos a espiramicina que deve ser mantida como profilaxia de transmissão vertical até o final da gestação.

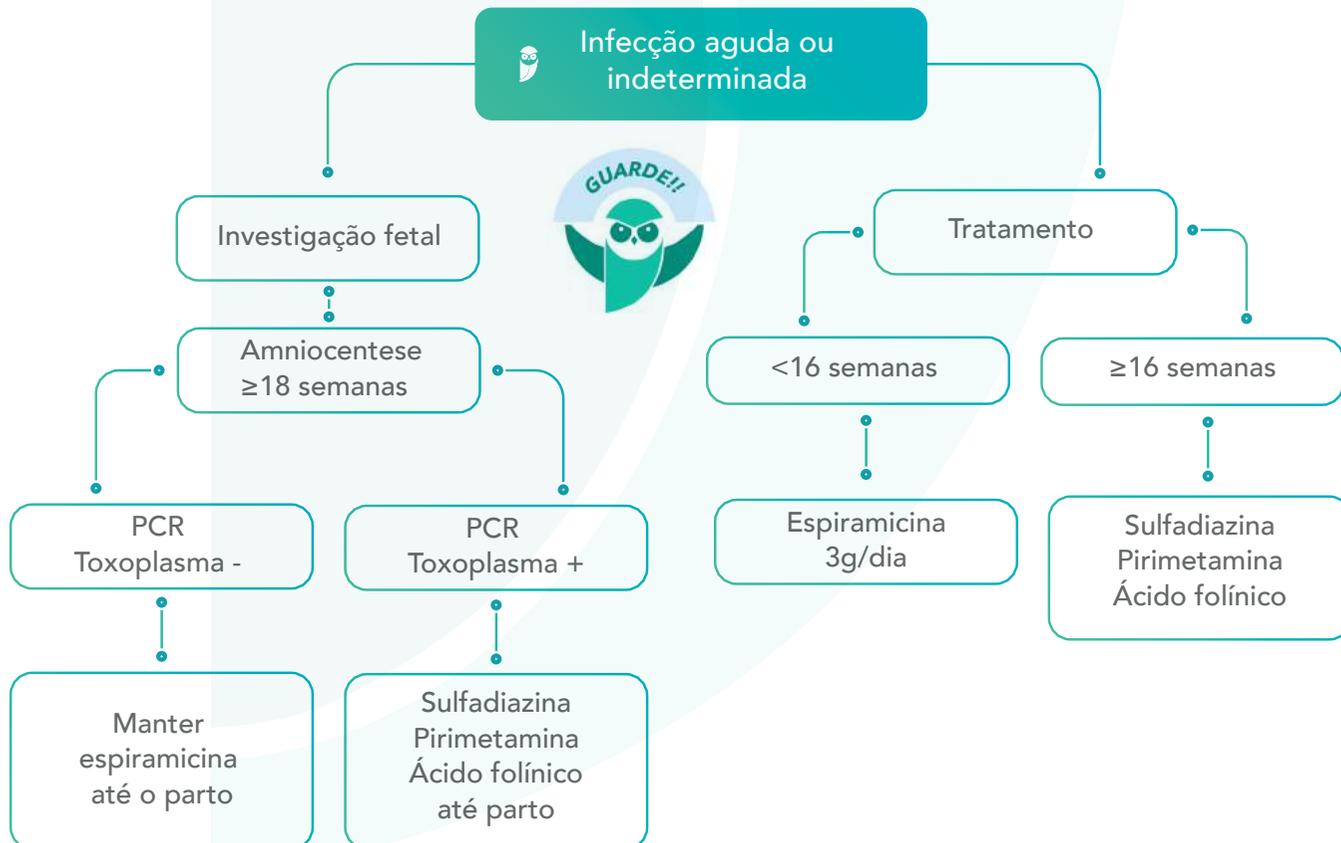
Os três fluxogramas abaixo resumem as novas condutas para toxoplasmose na gestação.



Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Profa. Natália Carvalho.



Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Profa Natália Carvalho.



Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Profa. Natália Carvalho.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A.

Como se trata de uma infecção indeterminada para toxoplasmose (IgG positivo e IgM positivo com mais de 16 semanas de gestação, sem sorologia prévia), deve-se iniciar o esquema tríplice, não a espiramicina.

Além disso, nessa idade gestacional, não é mais útil solicitar o teste de avidéz, já que ele não será capaz de diferenciar entre infecção materna aguda ou antiga.

Correta a alternativa B. Nesse caso, como estamos diante de uma infecção aguda ou indeterminada, a pesquisa da infecção fetal é necessária, feita por meio de amniocentese a partir de 18 semanas.

Correta a alternativa C. Para essa paciente, caso a pesquisa de infecção fetal seja negativa na amniocentese, devemos suspender a pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico e iniciar a espiramicina, usando-a até o fim da gestação, já que estamos diante de um caso de infecção aguda ou indeterminada.

Correta a alternativa D. Perfeita! Essa será a conduta inicial para essa gestante. Como já discutido, não existe utilidade em solicitar o teste de avidéz com essa idade gestacional. Como apresenta idade gestacional maior ou igual a 16 semanas, iniciamos o esquema tríplice imediatamente e avaliamos sua continuidade após o resultado da amniocentese.

09 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Durante a avaliação inicial de acompanhamento pré-natal, gestante de 42 anos de idade e 7 semanas de gestação recebe primodiagnóstico de infecção pelo vírus HIV. Você, como assistente do ambulatório, deve explicar para a paciente como é o procedimento em relação ao tratamento dessa afecção. Assim, sua conduta é:

- A) Orienta a paciente que, como está gestante, ela deverá aguardar o término do período gestacional para iniciar a Terapia Antirretroviral (TARV) em razão dos riscos impostos ao feto por esse tratamento.
- B) Informa que ela deverá iniciar a TARV apenas após a décima segunda semana de gestação, período considerado mais seguro para dar partida ao tratamento.
- C) Pactua com a paciente o início da TARV imediatamente, utilizando, preferencialmente, o esquema com tenofovir, lamivudina e efavirenz, caso sua genotipagem não mostre mutações, ou tenofovir, lamivudina e atazanavir/ritonavir, caso a genotipagem não esteja disponível ou mostre mutações.
- D) Inicia o quanto antes esquema com lamivudina, tenofovir e dolutegravir, e acompanha a adesão da gestante ao tratamento.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

É importante ficar claro que a demanda pelo uso da TARV durante a gravidez é tão urgente quanto o uso na paciente não grávida. O controle da carga viral ao longo do período gestacional é um dos fatores mais importantes para controle da transmissão vertical da doença. Dessa maneira, um preceito básico deve ser memorizado: os benefícios da TARV para o binômio materno-fetal são muito grandes durante a gestação e ela deve ser iniciada o quanto antes, não havendo necessidade de se esperar até a décima segunda semana para iniciá-la, ou mesmo, aguardar o fim da gestação.

Determinado o início breve da TARV, tínhamos o seguinte racional até atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical (PCDT-PV) de 2022:

- Até 12 semanas de gestação com genotipagem sem mutações: **tenofovir + lamivudina + efavirenz**;
- Até 12 semanas de gestação sem genotipagem ou com mutações: **tenofovir + lamivudina + atazanavir/ritonavir**;
- Após 13 semanas: **tenofovir + lamivudina + dolutegravir**.

Com a atualização, passamos a ter:

- Independentemente da idade gestacional, a TARV de escolha na gestação deve ser **tenofovir + lamivudina + dolutegravir**.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Os benefícios da TARV superam seus riscos na gestação e, assim, devemos iniciar o esquema ainda na gravidez.

Incorreta a alternativa B. Conceito antigo aqui! A TARV deve ser iniciada ao diagnóstico durante a gestação ou mesmo continuada durante todo o período da gravidez caso a paciente já fizesse uso dela. Não há mais necessidade de aguardar até 12 semanas para iniciar o esquema antirretroviral.

Incorreta a alternativa C. Esse é exatamente o ponto da atualização de 2022. Passamos a ter o esquema com tenofovir, lamivudina e dolutegravir como o tratamento preferencial do HIV na gestação, independentemente da idade gestacional.

Correta a alternativa D.

A TARV preconizada na gestação para gestantes sem tratamento é tenofovir, lamivudina e dolutegravir e deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico.

10 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Em acompanhamento de rotina pré-natal, primigesta de 28 anos e idade gestacional de 26 semanas, assintomática, apresenta teste de VDRL positivo com titulação de 1:64. Nega qualquer tratamento prévio para sífilis e, como iniciou o acompanhamento com o pré-natalista apenas no segundo trimestre, esse foi o primeiro teste para sífilis realizado na gravidez. A partir desse achado, é iniciado o esquema com penicilina benzatina 2.400.000UI IM e solicitado teste treponêmico, que se mostrou positivo. Assim, a gestante foi tratada com mais dois esquemas de penicilina benzatina 2.400.000UI IM e orientada a fazer o acompanhamento mensal do tratamento com a dosagem do VDRL. No dia do parto, realizado com 38 semanas, apresentou VDRL de 1:16 e o RN nasceu bem, sem alterações ao exame físico e com VDRL negativo. Na consulta de puerpério, após 30 dias do parto, um acadêmico que acompanhava as consultas observou que o VDRL que havia sido solicitado na última semana mantinha a mesma titulação, 1:16, observada no contexto do parto. Preocupado com o achado, questionou seu preceptor sobre o que significava essa parada na progressão de queda da titulação do teste e ele pacientemente explicou que:

- A) Trata-se de resultado esperado no seguimento da paciente, não devendo ser objeto de preocupação por hora.
- B) É um provável caso de falha terapêutica, sendo necessário reiniciar o quanto antes um esquema penicilínico.
- C) Muito provavelmente, a paciente reinfetou-se e isso explica a parada na progressão de queda da titulação.
- D) É alta a chance de estarmos diante de uma falha terapêutica e, dessa forma, deve-se solicitar um teste treponêmico para confirmá-la. Em caso de positividade desse teste, estaremos liberados para iniciar o esquema penicilínico.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Questão que discorre sobre o acompanhamento pós-tratamento de sífilis na gestação! Muita atenção, Coruja, esse tema teve uma pequena modificação em 2022. É de extrema importância conhecer todas as minúcias desse assunto.

Feito o diagnóstico de sífilis na gestação e o adequado tratamento, é hora de nos voltarmos para o acompanhamento dessas pacientes. Ele deverá ser feito com a dosagem mensal do VDRL. Antes da atualização de 2022, a resposta adequada ao tratamento era aferida da seguinte maneira:

- Negativação do teste não treponêmico.
OU
- Queda da titulação em duas diluições dentro de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia.

Com a mudança no PCDT-PV de 2022, ficou assim estabelecido:

- Diminuição da titulação do teste não treponêmico em duas diluições em até três meses e em quatro diluições em até seis meses, com evolução até a negatificação.

OU

- Queda da titulação em duas diluições dentro de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia.

De posse dessas informações, vamos às alternativas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Correta a alternativa A.

Ao avaliarmos a progressão do VDRL dessa paciente, veremos que o período de acompanhamento total até o momento foi de 4 meses. Nesse ínterim, ela saiu de uma titulação de 1:64 para 1:16, ou seja, teve queda de duas diluições em 4 meses. Se avaliarmos os critérios de controle, perceberemos que, no parto, com 3 meses de acompanhamento, duas diluições haviam caído, o que respeita o esperado. Além disso, como se trata de um caso provável de sífilis tardia, poderíamos esperar a queda de duas diluições em até 12 meses e, como até agora já caíram duas diluições, estamos diante de uma situação esperada para essa paciente, sob controle.

Incorreta a alternativa B. Como mostrado acima, estamos diante de um acompanhamento esperado, não havendo necessidade de retratamento da paciente.

Incorreta a alternativa C. Apesar de o VDRL ainda não haver negativado, o acompanhamento após o adequado tratamento realizado está dentro do esperado. Cabe lembrar que o aumento dos títulos do VDRL seria o achado principal para que pudéssemos suspeitar de reinfeção nesse caso.

Incorreta a alternativa D. Como já explicitado nos comentários acima, não estamos diante de uma falha terapêutica, mas sim de um acompanhamento dentro do esperado. Outro ponto que chama atenção e torna essa alternativa incorreta é a solicitação de teste treponêmico para essa puérpera. Como ela apresentou infecção pela sífilis, o esperado, daqui em diante, é que esses testes permaneçam positivos, marcando uma cicatriz sorológica, não fazendo sentido solicitá-lo para fazer inferências sobre falha terapêutica.

MEDICINA PREVENTIVA

11 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) A cidade de Paracatu (MG) é conhecida por abrigar uma das maiores reservas de chumbo (Pb) do Brasil. Na mina do Morro Agudo, onde a exploração é mais marcante, quatro amigos, Ricardo (32 anos), César (26 anos), Marcelo (19 anos) e Luciano (18 anos), prestam serviços para uma empresa terceirizada na execução da função de escoamento do concentrado do metal. Em um dia chuvoso, quando trabalhavam juntos, um dos diques de escoamento rompeu-se, ocasionando um grave acidente no campo de operações. Luciano, que trabalhava em um dique próximo, acabou soterrado e veio a óbito; César, no afã de socorrer o amigo, saltou do caminhão onde se encontrava e teve uma queda com fratura exposta do membro inferior direito; Marcelo e Ricardo estavam no refeitório no momento do acidente e, ao perceberem o que havia ocorrido, encaminharam-se rapidamente para a área de operações, onde, juntamente a outros companheiros, tentaram remover manualmente o material que havia soterrado Luciano.

Baseado nos fatos acima descritos e tomando por base a lista nacional de notificação de agravos, se você fosse o médico do trabalho responsável pela empresa, como faria a notificação do episódio em relação aos quatro trabalhadores descritos?

- A) Notificaria o caso de Luciano e César em até 24 horas e os casos de Ricardo e Marcelo em até 7 dias.
- B) Notificaria o caso de Luciano em 24 horas e o de César em até 7 dias.
- C) Notificaria o caso de Luciano e César em 24 horas e não notificaria os casos de Ricardo e Marcelo .
- D) Notificaria os casos de Luciano, César, Marcelo e Ricardo em até 24 horas.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

A lista nacional de agravos de notificação costuma passar por pequenas modificações anualmente de modo a atender novas realidades epidemiológicas. Um dos pontos de maior atenção que devemos ter é sobre: quais são os itens presentes nessa lista que apresentam correlação com os acidentes de trabalho. É muito comum confundir a necessidade de emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que deve ser feita para todos os acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores formais, com a necessidade de notificação ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Então, guarde essa informação, Estrategista: assim como não emitimos CAT para todo acidente de trabalho, já que sempre nos lembramos dos trabalhadores autônomos, também não há necessidade de notificar ao SINAN todo acidente de trabalho! É isso mesmo. Vamos checar abaixo quais são as situações notificáveis relacionadas aos acidentes de trabalho que constam na Lista Nacional.

Notificação pela Lista Nacional de Agravos

- 1a - Acidente de trabalho com exposição a material biológico - notificar em até 7 dias;
- 1b - Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes - notificar em até 24 horas.
- 30 - Intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) - notificar em até 7 dias. Aqui cabe um parêntesis, uma vez que esse item não se restringe aos acidentes de trabalho. Entretanto, convenhamos, a possibilidade de intoxicação com as substâncias apresentadas nesse item tende a ser muito mais frequente no contexto da atividade laborativa! Então, atenção com isso nas provas.

Notificação de Agravos Relacionados ao Trabalho em Unidades de Vigilância Sentinela

- Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT);
- Pneumoconioses;
- Perda auditiva induzida por ruído (PAIR);

- Dermatoses ocupacionais;
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho; e
- Câncer relacionado ao trabalho.

Baseados nisso, vamos destrinchar o caso de cada um dos trabalhadores.

Luciano - acidente de trabalho fatal - necessidade de notificação ao SINAN em até 24 horas;

César - acidente de trabalho grave - necessidade de notificação ao SINAN em até 24 horas;

Ricardo e Marcelo - exposição à metal pesado - não caracteriza acidente de trabalho, já que esses dois indivíduos não sofreram intoxicação, pelo menos até o momento. Assim sendo, não se enquadram no item 30 da Lista Nacional de Agravos, não havendo fundamento para a notificação.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. A notificação dos casos de Luciano e César está adequada, mas, como vimos, a notificação do ocorrido com Marcelo e Ricardo não encontra respaldo.

Incorreta a alternativa B. Porque ela traz de forma equivocada a notificação do acidente de César, que foi grave, em 7 dias, o que não procede pelo que discutimos até agora.

Correta a alternativa C. Sem ressalvas.

Incorreta a alternativa D. Essa alternativa incorre em erro porque afirma ser necessária a notificação de todos os casos em 24 horas, mas, como vimos, as situações de Marcelo e Ricardo não se enquadram como acidentes de trabalho.

12 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) A doença meningocócica possui, como agente etiológico, a bactéria *Neisseria meningitidis*, sendo caracterizada por, pelo menos, duas síndromes clínicas: a meningococemia, forma mais grave, e a meningite meningocócica, forma mais comum. Os adultos jovens, as crianças e os adolescentes apresentam risco aumentado de adoecimento durante surtos. Por outro lado, os maiores coeficientes de incidência dessa afecção são observados em lactentes, sobretudo no primeiro ano de vida. Tendo por base esse entendimento, assinale a afirmativa INCORRETA acerca dos meios de prevenção dessa grave condição.

- A) Durante o primeiro ano de vida, pelo PNI, lactentes recebem três doses da vacina conjugada contra o sorogrupo C, aos 3, 5 e 12 meses.
- B) Profissionais de saúde, a despeito da história pregressa de vacinação contra o meningococo C, podem receber uma dose da vacina conjugada pelo PNI.
- C) A profilaxia de casos secundários de doença meningocócica deve ser feita em até 48 horas após exposição ao caso-índice quando houver indicação. As drogas utilizadas podem ser a rifampicina, o ciprofloxacino e a ceftriaxona, sendo esta última feita na dose de 250 mg IM dose única, nos menores de 12 anos.
- D) A vacina inativada contra os sorogrupos A, C, W e Y está disponível para indivíduos de 11 a 14 anos na rede pública de saúde a partir do segundo semestre de 2022.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Estrategistas, o esquema vacinal para cobertura dos principais sorogrupos responsáveis pela maioria dos casos de doença meningocócica na população brasileira apresentou algumas modificações ao longo de 2022. A partir de agora, crianças de até 10 anos que não tenham sido vacinadas contra o meningococo poderão receber uma dose da vacina meningocócica C conjugada. Além disso, esse imunizante também estará disponível, em uma dose, para profissionais de saúde, independentemente da história vacinal pregressa contra esse agente. Cabe ressaltar que essa medida só é válida até fevereiro de 2023.

O outro ponto de atualização foi a ampliação da faixa etária para a dose de reforço do esquema antimeningocócico executado na infância, que passou a ser feito em 2020 com a vacina ACWY para aqueles com 11 a 12 anos de idade. Agora, indivíduos de 11 a 14 anos poderão receber uma dose da vacina. Essa modificação só é válida até junho de 2023.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Correta a alternativa A. Segundo o PNI, a vacinação antimeningocócica deve ser feita no primeiro ano de vida com três doses da vacina conjugada meningocócica C. A primeira dose é feita aos 3 meses, seguida de uma segunda dose aos 5 meses e um reforço aos 12 meses.

Correta a alternativa B. Vide comentário acima.

Incorreta a alternativa C.

A quimioprofilaxia contra casos secundários de doença meningocócica, quando indicada, deve ser instituída o quanto antes. O limite máximo de tempo entre o início da quimioprevenção e o contato com o caso-índice é de 48 horas. As drogas utilizadas com esse intuito são a rifampicina, o ciprofloxacino e a ceftriaxona. Confira, na tabela, a posologia desses esquemas.

Droga	Idade	Dose	Intervalo	Duração
Rifampicina	< 1 mês	5 mg/Kg; via oral	12/12 horas	2 dias
	≥ 1 mês	10 mg/Kg; via oral*		
Ceftriaxone	< 12 anos	125 mg; intramuscular	dose única	-
	≥ 12 anos	250 mg; intramuscular		
Ciprofloxacino	> 18 anos	500 mg; via oral	dose única	-

* máximo 600 mg

Como é possível observar, a posologia da ceftriaxona é de 125 mg para os menores de 12 anos, tornando essa alternativa incorreta.

Correta a alternativa D. Essa foi uma das grandes modificações no PNI de 2022, que passou a contemplar indivíduos de 13 a 14 anos na faixa do reforço com a ACWY. Agora, todos os adolescentes de 11 a 14 anos podem receber uma dose dessa vacina.

13 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) A partir da definição de caso suspeito desta condição pelo Ministério da Saúde e das imagens mostrando alguns de seus achados clínicos, assinale a alternativa CORRETA sobre esta doença:

“Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda sugestiva*, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.”

* lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.



Fonte: Shutterstock.

- A) É uma doença zoonótica ocasionada por um protozoário, cuja transmissão para o ser humano pode ocorrer por meio do contato com animais silvestres, ou com outros humanos infectados, ou ainda com material corporal humano contendo o agente etiológico.
- B) O diagnóstico é dado por meio da identificação de material genético do agente nas lesões, principalmente, naquelas vesiculares e pustulares. Para obter maior rendimento da amostra, o técnico de coleta deve romper as lesões com material cortante e depois aplicar o *swab*, fazendo movimentos vigorosos.
- C) Entre os grupos vulneráveis a esta doença, temos as gestantes, as crianças e aqueles indivíduos que possuem imunossupressão.
- D) Esse agravo é de notificação compulsória que deve ser feita em até 24 horas exclusivamente ao Ministério da Saúde.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Em 2022, o mundo conviveu com a disseminação de uma nova afecção entre os seres humanos, a varíola dos macacos (*monkeypox*). Ela é transmitida pelo vírus homônimo (*monkeypox vírus*) e pode ser considerada uma zoonose (o agente é transmitido aos humanos a partir de outros animais). A doença apresenta um período de incubação que pode variar de 5 a 21 dias, mostrando sinais clínicos semelhantes àqueles observados na varíola clássica, porém com uma evolução menos grave.

A transmissão entre humanos ocorre por meio de contato próximo com lesões, fluidos corpóreos, gotículas respiratórias e materiais contaminados, como toalhas ou roupas de cama utilizados pelo portador sintomático. O início da transmissibilidade dá-se a partir do começo dos sintomas e vai até as erupções cicatrizarem completamente, com a formação de uma nova camada de pele.

A sintomatologia base da doença volta-se para o surgimento de pústulas na pele de forma aguda acompanhadas de febre acima de 38,5°C, linfadenomegalia, mialgia e astenia profunda. A doença geralmente evolui de forma benigna e os sinais e sintomas duram em média de 2 a 4 semanas.

O diagnóstico pode ser suspeitado com o quadro clínico descrito, mas sua confirmação carece da identificação de material genético do vírus por meio de reação em cadeia de polimerase em tempo real (qPCR). O material para pesquisa viral pode ser coletado com *swab* das lesões vesicopustulares ou, naqueles indivíduos que não apresentam esse tipo de lesão cutaneomucosa, com *swab* orofaríngeo ou perianal. Caso a coleta seja feita em fases mais tardias do quadro clínico, deve-se coletar as crostas da lesão, acondicionando-as em frasco limpo.

Em relação ao tratamento dos casos de varíola dos macacos, o que se preconiza são medidas de suporte clínico, como manejo da dor e do prurido, além de cuidados de higiene com as áreas afetadas. Apesar de a maioria dos casos cursar com sintomas leves a moderados, podem ocorrer casos graves com comprometimento pulmonar, demandando oxigenoterapia de suporte. Em caso de infecções bacterianas secundárias ao quadro dermatológico, deve-se considerar o uso de antibióticos.

Até o presente momento, não existem drogas aprovadas especificamente para *monkeypox* e as medicações que demonstram atividade contra o vírus (p.ex tecovirimat) não estão disponíveis no Brasil.

Depois dessa breve discussão, vamos para as alternativas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. A doença em questão é transmitida por um vírus, o *monkeypox* vírus, do gênero *Orthopoxvirus*, da família *Poxviridae*.

Incorreta a alternativa B. O diagnóstico definitivo da doença necessita de identificação do material genético do vírus por meio da metodologia de PCR em tempo real. A melhor forma de obter material para a pesquisa é com o *swab* das lesões cutâneas, preferencialmente das vesicopustulares. Durante o processo de coleta, o técnico deve realizar um esfregaço forte e intenso sobre uma ou mais lesões, mas deve evitar rompê-las com instrumentos cortantes ou perfurantes em razão do risco de acidentes com as secreções.

Correta a alternativa C.

Exato! As gestantes, as crianças e os imunocomprometidos são exatamente os grupos de risco listados no documento do Ministério da Saúde intitulado “Plano de Contingência Nacional para Monkeypox”.

Incorreta a alternativa D. A notificação de *monkeypox* deve ser feita em até 24 horas para qualquer uma das esferas de vigilância epidemiológica, a saber: Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde.

14 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Acerca das recentes atualizações na Lista Nacional de Agravos de Notificação, assinale verdadeiro (V) ou falso (F) e, a seguir, escolha a alternativa com a sequência CORRETA.

() A partir de 2020, a Doença de Chagas crônica passou a figurar na lista de agravos de notificação, devendo ser notificada com periodicidade semanal. Com essa alteração, tanto o quadro agudo quanto o quadro crônico da doença causada pelo *Trypanosoma cruzi* passam a ser obrigatoriamente notificados em todo o território nacional.

() Novidade de 2022, a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika passou a ser de notificação compulsória, adotando-se a periodicidade semanal para esse informe.

() As síndromes inflamatórias multissistêmicas associadas ao Covid-19 em adultos (SIM-A) e em crianças (SIM-P) passam a figurar na lista principal de agravos de notificação do Ministério da Saúde. A inclusão dessas duas síndromes prevê necessidade de notificação semanal, dado o quadro arrastado com que se manifestam.

() Em razão do arrefecimento da pandemia de Covid-19, em 2022, a síndrome gripal por Covid-19 foi retirada da lista geral de agravos de notificação, passando a ser notificada, em 24 horas, em um sistema específico, o SIVEP-GRUPE.

- A) VFVV
- B) VVFF
- C) FVfV
- D) FFVV

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

A Lista Nacional de Agravos de Notificação passou por algumas modificações importantes em 2022, vamos ver quais, Estrategista!

- **Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika** - notificação semanal dos casos suspeitos ou confirmados.
- **Síndrome gripal suspeita de COVID-19** - notificação imediata (24h).
- **Síndrome respiratória aguda grave pelo SARS-CoV-2** - incluída no item da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) associada a coronavírus junto com o SARS-CoV e o MERS-CoV - notificação imediata (24h).
- **Síndrome inflamatória multissistêmica em adultos (SIM-A) associada à Covid-19** - notificação imediata (24h).
- **Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) associada à Covid-19** - notificação imediata (24h).
- **Varíola dos macacos (*monkeypox*)** - notificação imediata (24h).

Todas as condições acima foram incluídas na lista de notificação compulsória ao longo de 2022. Com esse conhecimento, vamos procurar a resposta correta.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Verdadeira: a partir de 2020, a Doença de Chagas crônica também passou a fazer parte da lista de notificação compulsória, juntando-se à Doença de Chagas aguda. Cabe lembrar que a primeira é de notificação semanal e a segunda, de notificação imediata.

Verdadeira: os casos suspeitos ou confirmados de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika devem ter sua notificação feita com periodicidade semanal. Com essa mudança, passamos a notificar, no espectro da infecção por esse vírus, seus casos agudos, óbitos, infecções em gestantes e os casos de síndrome congênita, alcançando todos os tipos de manifestação dessa afecção.

Falsa: A síndrome inflamatória multissistêmica do adulto (SIM-A) e a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) tiveram muitos casos descritos ao longo da pandemia de Covid-19. Em face de sua importância epidemiológica, participando da ampla gama de acometimentos ocasionados pelo vírus Sars-CoV 2, viu-se a necessidade de incluí-las, agora, na lista nacional de notificações. Mas, atenção, sua periodicidade de notificação é imediata, em até 24 horas, podendo ser notificada para qualquer uma das esferas de vigilância epidemiológica.

Falsa: Com o arrefecimento da pandemia e com a possibilidade da infecção pelo vírus Sars-CoV-2 tornar-se uma infecção de transmissão comunitária de longa duração, optou-se por incluir todo seu espectro, agora, na lista nacional de notificações. Um dos componentes do “pool de Covid” da lista é exatamente sua manifestação mais frequente, a síndrome gripal, que deve ser notificada imediatamente, em até 24h. Desse modo, não houve retirada dessa condição da lista e sim sua inclusão.

Correta a alternativa B.

15 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é um método específico que utiliza uma abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa. Segundo Moira Stewart, uma das teóricas que, em 2017, atualizou as bases do método, ele deve propor a integração entre os aspectos relacionados à doença e a perspectiva da pessoa doente, com o objetivo de garantir que as características particulares e as preferências de cada pessoa sejam levadas em consideração e de que se chegue a um plano de tratamento elaborado de acordo com esses fatores. Tendo por base esse raciocínio, avalie as assertivas a seguir:

I - O terceiro elemento do método visa reforçar a relação médico-pessoa, ponto imprescindível para que as medidas terapêuticas pactuadas sejam adotadas pelo paciente.

II - O acrônimo S.I.F.E. faz parte do segundo elemento do MCCP e objetiva avaliar questões como o quanto o problema de saúde vivenciado pela pessoa afeta a funcionalidade dela.

III - Atualmente, o MCCP é composto por 6 elementos. O último deles, “sendo realista”, volta-se para a avaliação do contexto em que o paciente está incluído. O médico, ao encarar essa realidade, poderá ofertar um cuidado mais adequado, levando em consideração todos os fatores que fazem parte da vida do indivíduo.

IV - O MCCP é uma ferramenta que pode ser utilizada em vários contextos clínicos, não se restringindo à Atenção Primária à Saúde.

V - Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença é o componente do método que visa entender como o paciente percebe e entende seu adoecimento, abarcando toda a subjetividade desse processo, voltando-se mais para o conceito de “*illness*” do que para o conceito de “*disease*”.

Assinale a alternativa que contém APENAS assertivas corretas:

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

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

O MCCP pode ser considerado um elemento revolucionário na história da Medicina. Ao adotar um atendimento que avalie de maneira integral as necessidades da pessoa, levando em consideração sua experiência com o adoecimento, o médico abandona a posição de domínio na relação e passa a estar lado a lado com o paciente, compartilhando as decisões terapêuticas.

Originalmente, o MCCP apresentava 6 componentes, vamos listá-los em ordem de apresentação:

1. Explorando a doença e a experiência da doença;
2. Entendendo a pessoa como um todo;
3. Elaborando um projeto comum de manejo de problemas;
4. Incorporando a prevenção e a promoção da saúde;
5. Fortalecendo a relação médico-pessoa;
6. Sendo realista.

Os componentes 4 e 6, por serem considerados como parte dos demais 4 componentes, acabaram sendo retirados dos elementos do método, restando apenas 4. Essa redefinição do método foi feita em 2017, em trabalho publicado por Moira Stewart e colaboradores. Agora, o MCCP ficou assim descrito:

1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença - aqui, o objetivo é entender a percepção do paciente sobre seu processo de adoecimento. Esse elemento resume o enfoque do método no ato de compreender o processo de saúde-doença, priorizando o conceito de “*illness*”, ao invés do conceito de “*disease*”. Para determinar como deve ser feito esse processo de compreensão, foi desenvolvido um acrônimo, o S.I.F.E, que avaliará quatro dimensões do *illness* (o adoecimento). Vamos ver do que se trata cada parte do acrônimo:

Sentimentos: os sentimentos do indivíduo, independentemente de qual seja, incluindo o medo de estar doente.

Ideias: o que pensa que pode estar errado, o porquê dela estar doente (modelo teórico explicativo da doença) na ótica da pessoa.

Funcionalidade: o quanto o adoecimento afeta sua vida diária, como, por exemplo, suas atividades de trabalho e lazer.

Expectativas: o que o indivíduo espera do médico, por exemplo, se espera que ele solicite exames, faça tratamentos e etc.

2. Entendendo a pessoa como um todo - o objetivo desse componente é permitir ao médico entender o contexto de vida do paciente, suas relações familiares, seu trabalho, a comunidade onde está inserido e tudo aquilo que faz parte de suas relações interpessoais.

3. Elaborando um plano conjunto de manejo de problemas - objetiva a elaboração de um plano terapêutico, onde o paciente irá assumir papel de protagonismo. Ceder poder decisório ao paciente melhora sua compreensão sobre o processo de adoecimento e acaba por determinar maior nível de adesão ao tratamento e, portanto, maior resolutividade dos problemas de saúde.

4. Intensificando a relação entre a pessoa e o médico - aqui, o foco é intensificar a relação entre o médico e seu paciente. Quando há estabelecimento de vínculo entre as duas partes, a adesão do indivíduo ao tratamento aumenta e sua satisfação, bem como a do médico, aumenta. O denominador final acaba por ser amplamente benéfico para ambos.

Após esse resumo, somos capazes de ponderar as alternativas corretas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

I - Incorreta - o terceiro componente do método é: elaborando um plano conjunto de manejo de problemas, não é intensificando a relação entre a pessoa e o médico. Portanto, incorreta.

II - Incorreta - o S.I.F.E. é parte do primeiro componente do método, não do segundo como descrito na alternativa.

III - Incorreta - a partir de 2017, o MCCP passou a ser composto por 4 componentes. Além disso, o sexto e último elemento, antes presente, está descrito de forma incorreta. “Ser realista” volta-se para a realidade local em que o médico se insere, considerando elementos do dia a dia e da logística dos atendimentos. Dessa forma, em um dia de agenda cheia, o médico deve adaptar a aplicação do MCCP, considerando, por exemplo, que não será possível abordar todos os problemas do paciente em uma única consulta.

IV - Correta - o método é de ampla aplicação, não se restringindo à APS.

V - Correta - exatamente, o primeiro componente do MCCP visa avaliar de forma ampla o adoecimento da pessoa, com enfoque no *illness* e não na *disease*, ou seja, o foco se volta para a subjetividade do adoecimento e não na objetividade da doença.

Correta a alternativa D.

PEDIATRIA

16 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Gabriel, lactente de 2 meses, é trazido à consulta de puericultura pela sua mãe Marcela. Ela refere que reiniciou suas atividades laborais há cerca de 15 dias e, desde então, a criança fica durante o período da manhã e tarde sob o cuidado dos avós. Como passa a maior parte do tempo fora de casa, Marcela decidiu iniciar fórmula infantil de partida para seu filho por conta própria, deixando três mamadeiras de 120 ml já preparadas para que sejam oferecidas à criança ao longo do dia. No período da noite, quando chega do trabalho, também oferece o seio cerca de duas a três vezes. Além disso, a avó, Dona Ermelinda, por acreditar que as mamadeiras deixadas pela filha não eram suficientes, passou a oferecer uma medida de leite de vaca diluído ao lactente. HMA: rotina de puericultura. HPP e HGO: nascido a termo, 3.250 g, pré-natal e parto sem intercorrências; cartão vacinal atualizado; em uso de vitamina D 400 UI/dia. Exame físico: ativo, corado e hidratado, peso de 4.450 g. Restante do exame dentro da normalidade.

De acordo com as recomendações da SBP, qual deve ser a orientação quanto à suplementação de ferro para esse lactente?

- A) Iniciar 1 mg/kg/dia de ferro elementar nessa consulta.
- B) Iniciar 1 mg/kg/dia de ferro elementar daqui a duas consultas, aos 6 meses.
- C) Iniciar 1 mg/kg/dia de ferro elementar quando Gabriel completar 3 meses de vida.
- D) Não há necessidade de iniciar a suplementação de ferro em razão do padrão dietético atual do lactente.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

A deficiência de ferro é a principal causa de anemia entre os lactentes, constituindo, em um país continental como o Brasil, um verdadeiro problema de saúde pública. Quando instalado o quadro anêmico, uma série de prejuízos podem ocorrer, afetando o sistema imune da criança e prejudicando seu desenvolvimento somático e neural.

Como é sabido, é natural que, nessa fase da vida, as crianças não consigam obter todo o ferro necessário por meio de sua dieta. Assim, os programas de suplementação de ferro nos primeiros dois anos de vida já se encontram bem estabelecidos no país. A despeito disso, eles continuam passando por melhorias e atualizações. E foi nessa direção que, ao longo de 2021, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) lançou modificações em suas recomendações para a suplementação de ferro em lactentes nascidos a termo e com peso acima dos 2,5 Kg.

Basicamente, a grande mudança foi a definição de fatores de risco que, se presentes, determinam que esses lactentes recebam 1 mg/Kg/dia de ferro elementar a partir dos 3 meses de vida. Em caso de não haver fatores de risco, esse grupo dos nascidos a termo e com peso adequado irá receber ferro elementar na dose de 1 mg/Kg/dia apenas aos 6 meses de vida. Lembre-se de que a recomendação até então vigente da SBP propunha suplementação para todos os lactentes de termo e nascidos com mais 2,5 Kg a partir dos 3 meses. Guarde essa mudança!

Abaixo estão listados os fatores de risco.

FATORES DE RISCO PARA ANEMIA FERROPRIVA (SBP, agosto 2021)

↓ RESERVA MATERNA	↓ FORNECIMENTO	↑ DEMANDA METABÓLICA	SANGRAMENTOS	MÁ ABSORÇÃO
Gestações múltiplas e intervalo curto entre elas Dieta materna pobre em Fe Sangramento na gestação Não suplementação de Fe na gestação	Clampeamento de cordão antes de 1 min Atraso na introdução alimentar (> 6 meses) Consumo de leite de vaca antes de 1 ano Baixo consumo de alimentos ricos em Fe	Velocidade de crescimento > p90 Atletas de competição	Trauma Menorragia Uso de AINE Infecção por <i>H.pylori</i> Verminoses Discrasias sanguíneas Malária	Doença celíaca Doença inflamatória intestinal Gastrite atrófica Uso de antiácidos, inibidor de bomba de prótons (IBP) ou bloqueador H2

Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Profa. Ariadne Becker.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Como podemos observar, no caso desse lactente, temos um fator de risco para anemia ferropriva (uso de leite de vaca antes do primeiro ano de vida). Dessa forma, por ter nascido a termo e com peso adequado, irá necessitar de 1 mg/Kg/dia de ferro a partir de três meses. Logo, não há indicação de iniciar o ferro já nessa consulta.

Incorreta a alternativa B. Por apresentar fator de risco, esse lactente tem indicação de iniciar ferro elementar aos 3 meses, não aos 6 meses.

Correta a alternativa C. Perfeito! Essa é a conduta recomendada para lactentes com fator de risco segundo a SBP.

Incorreta a alternativa D. Uso de volumes de fórmula acima de 500 ml ao dia era um fator considerado para “dispensar” o lactente da suplementação com ferro, já que, com esse volume, estaria sendo garantido o aporte necessário desse mineral. Porém, recentemente, essa informação caiu por terra e não deve mais ser utilizada, havendo a necessidade da suplementação independentemente do volume de fórmula infantil. De qualquer maneira, se formos capciosos, veremos que a criança usa 360 ml e, de qualquer forma, não haveria motivos para não fazer a suplementação.

17 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Gestante de 17 anos com idade gestacional de 37 semanas e dois dias pelo ultrassom de primeiro trimestre chega ao PSGO com queixa de dores abdominais em cólica e perda de um conteúdo mucoide através da vagina. Relata que essa é sua primeira gestação e que realizou acompanhamento pré-natal irregular, não comparecendo a boa parte das consultas do segundo e terceiro trimestres. Nega comorbidades e uso de medicações ou drogas. Ao exame, apresenta-se hidratada, corada e com fâcies de dor. Pressão arterial de 120x80 mmHg; FC: 110 bpm; FR: 22 irpm; Tax: 36°C; DU: 2 contrações moderadas, durando 20 segundos, a cada 10 minutos; colo apagado em 80%; amolecido; anteriorizado; dilatado para 4 cm; bolsa de águas íntegra. Encaminhada ao centro obstétrico para condução do parto vaginal. Solicitados testes rápidos para sífilis (negativo) e HIV (positivo). Diante do resultado, foi iniciada a profilaxia EV com AZT. Após 3 horas, procede-se à cesárea de feto a termo, com tônus em flexão e choro forte.

A partir do caso apresentado, pergunta-se: como deverá ser feita a quimioprofilaxia para transmissão vertical contra o HIV para o recém-nascido?

- A) Zidovudina por 28 dias associada a três doses de nevirapina.
 B) Zidovudina por 28 dias.
 C) Zidovudina associada à lamivudina por 28 dias e nevirapina por 14 dias.
 D) Zidovudina associada à lamivudina e raltegravir por 28 dias.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Estrategista, aí está mais um tema importante para as provas deste ano! Apesar de a atualização ter ocorrido em 2021 e já ter sido alvo de cobrança em algumas bancas, 2022 promete ser o ano onde o tema profilaxia da transmissão vertical do HIV vai despencar nos concursos de Residência Médica!

Houve uma grande mudança nesse esquema profilático, que passou a contar com uma série de detalhes que você precisa conhecer. O primeiro passo é determinar se o RN avaliado é de alto ou baixo risco para transmissão vertical do vírus da AIDS. A tabela abaixo vai nos ajudar nessa definição.

QUADRO 1. Classificação de Risco de exposição ao HIV

Alto Risco	<p>Mães sem pré-natal OU;</p> <p>Mães sem TARV durante a gestação OU;</p> <p>Mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam OU;</p> <p>Mães com início de TARV após 2ª metade da gestação OU;</p> <p>Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento OU;</p> <p>Mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV OU;</p> <p>Mães sem CV-HIV conhecida OU;</p> <p>Mães com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio).</p>
Baixo Risco	<p>Uso de TARV desde primeira metade da gestação E com Carga Viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV</p>

Fonte: NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS

Determinado o risco, iremos fazer a profilaxia de seguinte forma

- **Alto risco com > 37 semanas:** zidovudina + lamivudina + raltegravir por 28 dias;
- **Alto risco entre 34 e 37 semanas:** zidovudina + lamivudina por 28 dias e nevirapina por 14 dias;
- **Alto risco com < 34 semanas:** zidovudina por 28 dias;
- **Baixo risco:** zidovudina por 28 dias.

Como é possível observar, além do risco, também devemos ficar atentos à idade gestacional do RN para determinar a profilaxia. O raltegravir e a lamivudina passaram a fazer parte das drogas do arsenal quimioprofilático e a nevirapina perdeu espaço. No esquema antigo, em linhas gerais, RNs de baixo risco recebiam o zidovudina por 28 dias e aqueles de alto risco recebiam zidovudina por 28 dias e 3 doses de nevirapina.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Estamos diante de um RN de alto risco para transmissão vertical do HIV. Além disso, ele nasceu a termo. Como vimos no comentário acima, o esquema proposto nessa alternativa nada mais é do que o antigo esquema para o RN de alto risco. Com a atualização, ele não é mais feito.

Incorreta a alternativa B. Essa seria a conduta diante de um RN de baixo risco ou de alto risco com menos de 34 semanas, o que não é o caso.

Incorreta a alternativa C. A conduta aqui descrita é direcionada para os recém-nascidos de alto risco entre 34 e 37 semanas.

Correta a alternativa D.

Agora sim! Esse é o esquema triplo proposto para tratar aqueles nascidos com mais de 37 semanas e que sejam de alto risco.

18 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) O processo de transição da vida intrauterina para a extrauterina pelo qual o conceito passa durante o parto pode ser considerado um dos momentos mais decisivos na vida do ser humano. A despeito disso, 9 em cada 10 recém-nascidos não necessitará de nenhum auxílio, iniciando espontaneamente a respiração após o nascimento. Entretanto, essa pequena parcela restante, precisará passar por procedimentos de reanimação neonatal, que serão críticos para sua sobrevivência. Tendo por base esse entendimento, a Sociedade Brasileira de Pediatria fez recentes atualizações em seu protocolo de Reanimação Neonatal. Acerca delas, avalie as afirmativas abaixo:

I - Em caso de hipotonia ou ausência de choro/respiração, deve-se clampar o cordão de imediato e levar o RN para a mesa de reanimação.

II - Se não houver melhora com a ventilação com pressão positiva, pode-se optar pelo uso da máscara laríngea nos maiores de 34 semanas e/ou 2Kg antes de proceder à intubação orotraqueal.

III - Para neonatos nascidos com 34 ou mais semanas, recomenda-se clampar em, no mínimo, 1 minuto. Para menores de 34 semanas, no mínimo, 30 segundos.

IV - Na prática, como forma de minimizar erros, adota-se a dose de 0,02 mg/Kg EV para a adrenalina usada na reanimação.

V - O início da amamentação continua sendo preconizado na primeira hora de vida.

Assinale a alternativa que contém as afirmativas corretas:

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

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Entre os temas que passaram por atualizações, talvez o protocolo de Reanimação Neonatal da SBP tenha sido aquele que mais sofreu modificações. Muitas delas são pequenos detalhes que visam atender avanços provenientes de estudos na área, passando a ofertar cuidados de maior qualidade e baseados nas evidências mais atuais. Confira, na sequência, a lista de atualizações do protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria.

1. Quanto à temperatura da sala de parto:

COMO ERA (2016)	23 a 26°C
COMO FICOU (2022)	23 a 25°C

2. Quanto à idade gestacional:

COMO ERA (2016)	Os RNs maiores de 34 semanas, mas menores de 37, deveriam clampar o cordão tardiamente e, após, serem levados à mesa de reanimação .
COMO FICOU (2022)	As diretrizes agora dividem-se entre maiores e menores de 34 semanas. Não há a recomendação de levar os RNs >34 e <37 à mesa de reanimação.

3. Quanto ao tempo de clameamento tardio:

COMO ERA (2016)	Para maiores de 34 semanas, deveria ser entre 1 a 3 minutos. Para menores de 34 semanas, entre 30 a 60 segundos.
COMO FICOU (2022)	Para maiores de 34 semanas, recomenda-se clampar em, no mínimo, 1 minuto. Para menores de 34 semanas, mínimo de 30 segundos.

4. Quanto à realização do estímulo tátil:

COMO ERA (2016)	Em caso de hipotonia ou ausência de choro/respiração, deveríamos clampar o cordão de imediato e levar o RN para a mesa de reanimação.
COMO FICOU (2022)	Em caso de hipotonia ou ausência de choro/respiração, antes de clampar de imediato o cordão, sugere-se fazer o estímulo tátil no dorso, de modo delicado e, no máximo, duas vezes, para ajudar a iniciar a respiração. Entretanto, se ele não reagir, devemos clampar o cordão e iniciar a reanimação neonatal.

5. Quanto ao início da amamentação:

COMO ERA (2016)	Primeira hora de vida.
COMO FICOU (2022)	Primeira meia hora de vida.

6. Quanto aos passos iniciais do RN maior de 34 semanas:

COMO ERA (2016)	Colocar sob fonte de calor radiante/ Posicionar a cabeça em leve extensão/ Aspirar boca e narinas, se necessário/ Secar e retirar campos úmidos/ Reposicionar o pescoço/ Avaliar frequência cardíaca e ritmo respiratório para definir a necessidade de reanimação.
COMO FICOU (2022)	Colocar sob fonte de calor radiante/ Secar e retirar campos úmidos /Posicionar a cabeça em leve extensão/Aspirar boca e narinas, se necessário/ Avaliar frequência cardíaca e ritmo respiratório para definir a necessidade de reanimação.

7. Quanto ao uso de máscara laríngea:

COMO ERA (2016)	Se não houvesse melhora após a ventilação com balão e máscara, o RN deveria ser intubado.
COMO FICOU (2022)	Recomenda-se o uso de máscara laríngea como alternativa de interface antes da intubação orotraqueal em RNs maiores de 34 semanas e/ou 2000g.

8. Quanto às doses de adrenalina:

COMO ERA (2016)	Adrenalina endovenosa 0,01 a 0,03 mg/kg (0,1 a 0,3ml/kg) Adrenalina endotraqueal 0,05-0,10 mg/kg (0,5 a 1ml/kg)
COMO FICOU (2022)	Na prática, para minimizar erros, utilizar: Adrenalina endovenosa 0,02 mg/kg (0,2 ml/kg) Adrenalina endotraqueal 0,1 mg/kg (1 ml/kg)

Fonte: As principais atualizações para Residência Médica 2022/23 - Estratégia Med - Profa. Helena Schetinger

Tendo por base essas modificações, vamos em busca das afirmativas corretas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

I: Incorreta: o conceito dessa afirmativa é o antigo! Agora, podemos realizar estímulo tátil no dorso do RN em até duas tentativas antes de clampar o cordão de imediato. Caso não haja reação nem início da respiração espontânea, é feito o clampamento e o recém-nascido é levado para a mesa de reanimação.

II: Correta: perfeita! Esse é um dos pontos mais relevantes do novo protocolo, que trouxe o uso da máscara laríngea como um método de via aérea avançada a ser utilizado antes da IOT em pacientes com 34 semanas ou mais e/ou 2000g ou mais.

III: Correta: outra modificação de grande importância. Devemos clampar o cordão dos maiores/iguais de 34 semanas em, no mínimo, 1 minuto (antes: entre 1 e 3 minutos) e, naqueles menores de 34 semanas, o clampamento é realizado em, no mínimo, 30 segundos (antes: entre 30 e 60 segundos).

IV: Correta: a dose recomendada, a fim de facilitar a administração da adrenalina endovenosa, passa a ser 0,2 mg/Kg, já a da endotraqueal, 0,1 mg/Kg.

V: Incorreta: com a atualização do protocolo, passa a ser preconizada a amamentação nos primeiros 30 minutos de vida.

Correta a alternativa A.

19 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) O período do parto é, de longe, aquele onde o risco de transmissão vertical de HIV é maior. Dessa forma, os cuidados empregados nesse momento crítico são importantíssimos para determinar se haverá ou não infecção do recém-nato. Tomando por base os conceitos mais atuais sobre o tema preconizados nas recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, assinale a alternativa INCORRETA:

- A) Quando houver possibilidade, o parto empelicado deve ser preferido em casos de ultimização da gestação por via alta.
- B) O cordão umbilical pode ser clampeado tardiamente em filhos de mães HIV positivas. Para que isso seja possível, deve-se avaliar a vitalidade fetal e se a circulação placentária se mostra intacta.
- C) A episiotomia, em pacientes soropositivas, pode ser indicada em casos especiais, já que, nessas situações, os riscos do procedimento são superados por seus benefícios.
- D) Após o parto, deve-se contraindicar o aleitamento materno, bem como o aleitamento cruzado dos filhos de mães HIV positivas.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Um dos momentos mais importantes para o binômio materno-fetal no contexto do HIV é, sem dúvidas, o parto. É nele que a maior parte das infecções verticais ocorrem. Assim, os cuidados dispensados durante todo seu curso podem definir o destino do recém-nascido, podendo poupá-lo dessa grave infecção. Uma lista de cuidados durante o parto é preconizada objetivando reduzir esse risco. Abaixo, faça essa listagem e, nela, poderemos perceber uma importante atualização, que passa a ser recomendada nas diretrizes da SBP e da FEBRASGO.

- Sempre que possível, realizar o parto empelicado, ou seja, retirar o neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras.
- Clampear o cordão imediatamente após o nascimento, sem qualquer ordenha. Atenção: essa é a recomendação antiga da SBP e da FEBRASGO! Agora, um novo entendimento passa a ser recomendado, é o seguinte: filhos de mães HIV-positivas podem ter seu cordão clampeado tardiamente na dependência de boa vitalidade e circulação placentária intacta. O fato de a mãe ser HIV positiva, independentemente de sua carga viral e uso de terapia antirretroviral, não contraindica o clampeamento tardio. Cabe ainda ressaltar que o clampeamento imediato do cordão continua preconizado pelo Ministério da Saúde.
- Realizar o banho imediatamente após o nascimento (ainda na sala de parto, com água corrente e limpar com compressas macias).
- Se necessário, aspirar de forma delicada as vias aéreas do RN (evitar traumatismos).
- Se necessário, aspirar delicadamente, sem traumatizar, o conteúdo gástrico de líquido amniótico com sonda enteral. Se houver sangue, fazer lavagem gástrica com soro fisiológico.
- Colocar o RN junto à mãe o mais rápido possível.
- Iniciar os antirretrovirais até 4 horas após o parto (de preferência ainda na sala de parto).
- Contraindicar a amamentação e inibir a lactação com cabergolina. A substituição do leite materno deve ser feita com fórmula láctea até os 6 meses de idade.

A partir do informado, vamos avaliar as alternativas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Correta a alternativa A. Sempre que possível, deve-se optar pelo parto empelicado.

Correta a alternativa B. Essa é a grande novidade. Agora, o clampeamento tardio pode ser feito segundo as novas recomendações da SBP.

Incorreta a alternativa C.

A episiotomia é um dos procedimentos contraindicados durante o parto vaginal de gestantes HIV positivas. O risco de transmissão vertical aumenta com sua realização e, portanto, seus riscos superam os benefícios.

Correta a alternativa D. Como demonstrado na listagem de cuidados, RNs expostos não devem ser amamentados, já que existe risco de transmissão do vírus através do leite materno. A cabergolina em dose única deve ser prescrita para a puérpera antes da alta hospitalar. Outro ponto estabelecido é contraindicar o aleitamento cruzado.

20 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Recém-nascido nascido a termo, está no segundo dia de vida e é submetido ao teste de triagem para cardiopatias congênitas críticas (teste do coraçãozinho). Na avaliação da oximetria de pulso em membro superior direito, foi aferido o valor de 93% e, no membro inferior, o valor aferido foi de 90%. O teste foi repetido em 1 hora e os novos valores aferidos foram: membro superior direito, 99%; membro inferior, 95%. Com base nessa última avaliação, qual é a próxima conduta para esse RN de acordo com as recomendações mais recentes da Sociedade Brasileira de Pediatria:

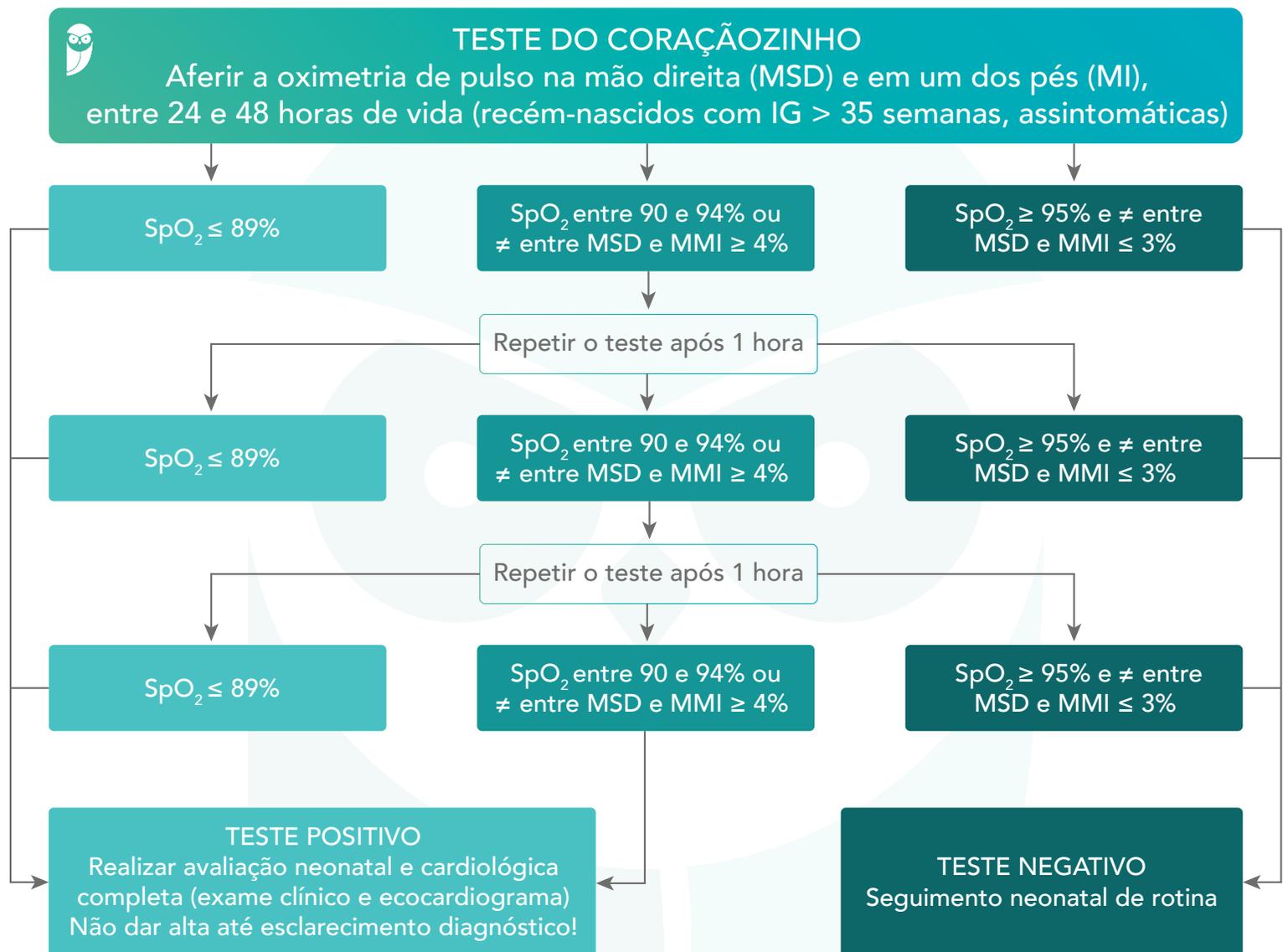
- A) Repetir, em uma hora, um novo teste de oximetria.
- B) Solicitar a avaliação ecocardiográfica pela equipe de cardiologia da maternidade.
- C) Liberar o RN da triagem em razão da normalidade do último teste.
- D) Dar alta ao neonato, mas agendar consulta ambulatorial com cardiologista para reavaliação precoce.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

A triagem de cardiopatias congênitas críticas é realizada por meio do teste do coraçãozinho. Ele é recomendado pelo Ministério da Saúde e SBP antes da alta do RN. Deve ser realizado entre 24 e 48 horas de vida em neonatos nascidos a partir de 35 semanas de idade gestacional e que se mostrem assintomáticos do ponto de vista cardiológico.

O exame baseia-se na avaliação com oximetria de pulso do membro superior direito e do membro inferior (pode ser o esquerdo ou o direito). De uma forma geral, os valores normais são acima de 95% em ambos os sítios de avaliação e a diferença entre os valores de ambos deve ser menor que 3%. Se essas condições forem respeitadas, a criança é liberada da triagem. Caso os critérios não sejam respeitados, repete-se a avaliação com oximetria em 1 hora e, se normal, o RN é dispensado. Caso contrário, deverá passar por uma avaliação cardiológica com exame físico e ecocardiograma.

O que foi descrito acima é o que se preconiza atualmente nos protocolos do Ministério da Saúde e o que **ERA** preconizado pela SBP. No segundo semestre de 2022, em documento fechado aos membros da sociedade, a SBP lançou novas recomendações para esse teste de triagem. Vamos avaliá-las no fluxograma abaixo.



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Correta a alternativa A.

Com as novas modificações estabelecidas pela SBP, passamos a observar um aumento da complexidade na avaliação desse teste de triagem. Vamos nos utilizar do caso descrito na questão para raciocinar sobre esse novo fluxograma. O RN em tela tem indicação da triagem e, ao observarmos os valores de oximetria aferidos, percebemos que o paciente apresenta teste alterado (ambos os valores de oximetria abaixo de 95%). Desse modo, ele fica na parte central do fluxograma no que chamamos agora de **teste duvidoso**. Diante disso, deve-se repetir o exame em 1 hora, o que foi realizado. Na segunda avaliação, a despeito dos valores oximétricos acima de 95%, observamos uma diferença maior que 4% entre eles, voltando a caracterizar teste alterado. Diante disso, um novo teste deve ser realizado em 1 hora. Conduta correta.

Incorreta a alternativa B. Essa seria a conduta antiga pela SBP. Agora, só enviaremos o RN para avaliação cardiológica em caso de **teste positivo** (oximetria em algum momento da triagem abaixo ou igual à 89%) ou três testes duvidosos em sequência. Logo, conduta incorreta.

Incorreta a alternativa C. O RN não pode ser liberado ainda, já que apresenta dois testes duvidosos. Desse modo, apenas se o próximo teste realizado vier normal (ambos os membros acima de 95% e diferença entre eles menor ou igual a 3%), ele poderá ser liberado.

Incorreta a alternativa D. A conduta aqui descrita não se encontra respaldada em nenhum dos protocolos vigentes. Além disso, como já foi descrito, não temos critérios de alta para esse recém-nascido.

CIRURGIA GERAL

21 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) As fístulas intestinais são complicações pós-operatórias de difícil tratamento e que podem trazer graves consequências ao paciente. Baseando-se no caso clínico abaixo, responda a questão.

Paciente masculino, 57 anos, pós-operatório de cirurgia colorretal por neoplasia de cólon sigmoide, sendo feita anastomose primária para a reconstrução do trânsito. Desenvolve fístula intestinal com débito de 150 ml/24 horas. Na avaliação imagiológica, observa-se trajeto múltiplo, longo e epiteliado, mostrando-se distalmente sem obstrução. O paciente encontra-se em enfermaria, estável e sem sinais de sepse ou desnutrição. Após essa avaliação, a equipe cirúrgica reúne-se para a decisão sobre o melhor tratamento para o caso.

Assinale a alternativa que apresenta apenas fatores observados no caso descrito acima que se associam a um bom prognóstico para o fechamento da fístula.

- A) Débito da fístula, extensão do trajeto e ausência de sinais de sepse.
- B) Epitelização do trajeto, ausência de sinais de desnutrição e ausência de obstrução.
- C) Localização da fístula, multiplicidade de trajeto e débito da fístula.
- D) Extensão do trajeto, contexto cirúrgico do paciente e epitelição do trajeto.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

As fístulas intestinais mostram-se como uma das complicações mais difíceis de serem tratadas no contexto cirúrgico. As opções terapêuticas são múltiplas, desde clínicas até cirúrgicas. Para escolher como o caso será conduzido, a equipe cirúrgica baseia-se nos fatores prognósticos para o fechamento da fístula. A tabela abaixo mostra quais são esses fatores.

FATORES QUE AFETAM A CICATRIZAÇÃO DAS FÍSTULAS INTESTINAIS EXTERNAS		
FATORES	FAVORÁVEL	DESFAVORÁVEL
Anatomia cirúrgica da fístula	Trajeto longo, > 2 cm Trajeto único Nenhuma outra fístula Origem: jejuno, cólon Sem abscessos grandes adjacentes	Trajeto curto, < 2 cm Múltiplos trajetos Fístulas internas associadas Fístula terminal Origem: duodeno, íleo Abscessos grandes adjacentes
Estado do intestino	Sem doença intestinal Sem obstrução intestinal distal Pequeno defeito enteral, < 1 cm	Doença intestinal intrínseca (doença de Crohn, enterite actínica, câncer) Obstrução intestinal distal Defeito enteral grande, > 1 cm
Condições da parede abdominal	Intacta Saudável Nenhum corpo estranho	Aberta (a fístula abre-se na base da incisão aberta) Infiltrada por neoplasia ou doença intestinal Presença de corpo estranho
Fisiologia do paciente	Bem nutrido Sem sinais de sepse	Desnutrido Sepse
Débito da fístula	Baixo débito	Alto débito

Feito o estudo da tabela, vamos listar os fatores favoráveis e desfavoráveis para o fechamento da fístula no paciente em tela.

FATORES FAVORÁVEIS

- Contexto cirúrgico - não se trata de doença intestinal intrínseca;
- Trajeto longo;
- Localização da fístula - trato gastrointestinal distal;
- Ausência de obstrução;
- Ausência de sinais de sepse;
- Ausência de sinais de desnutrição;
- Débito da fístula - que é baixo, já que se encontra abaixo de 200 ml/24 horas.

FATORES DESFAVORÁVEIS

- Trajeto epitelizado;
- Multiplicidade do trajeto.

Analisemos as alternativas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Correta a alternativa A.

Todos os fatores aqui listados fazem parte do *pool* de fatores positivos para o fechamento da fístula.

Incorreta a alternativa B. Pois o trajeto epitelizado é fator ominoso para que a fístula se feche.

Incorreta a alternativa C. Pois a multiplicidade do trajeto atrapalha o fechamento da fístula.

Incorreta a alternativa D. Pois epitelição do trajeto é fator adverso ao fechamento da fístula.

22 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Sobre a doença hemorroidária interna e externa, assinale a alternativa INCORRETA:

- Diante de um quadro de dor perianal aguda, em que se observa, ao exame físico, uma lesão ingurgitada, arroxeadada e endurecida, o tratamento preferencial será feito por meio de excisão cirúrgica caso o paciente se apresente precocemente ao serviço de cirurgia.
- Pacientes em uso de anticoagulantes podem ser tratados ambulatorialmente com escleroterapia de hemorroidas internas do segundo grau. Por outro lado, a realização de ligadura elástica acha-se contraindicada pelos importantes riscos associados ao procedimento nessa população.
- A ligadura elástica para tratamento de hemorroidas internas deve ser evitada em pacientes imunocomprometidos, mas não constitui uma contraindicação absoluta para esse público.
- Se comparada com a técnica clássica de hemorroidectomia, a cirurgia com uso de grampeador (PPH), apresenta menores índices de complicações pós-operatórias, bem como uma menor chance de recidiva no acompanhamento de longo prazo.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Entre as patologias orificiais relacionadas aos plexos venosos da região do canal anal e perianal, podemos listar as hemorroidas externas e internas. A patologia surge quando esses plexos venosos se tornam grandes e ingurgitados, podendo, a partir de então, tornarem-se sintomáticos.

As hemorroidas internas localizam-se acima da linha denteada do canal anal (linha pectínea) e são cobertas por uma fina camada mucosa. Já as hemorroidas externas ficam localizadas abaixo da linha denteada e são revestidas por uma camada espessa de tecido dérmico anal e perianal.

Em termos de apresentação clínica, as hemorroidas internas podem se mostrar com sangramento vermelho vivo, prurido e sensação de “abaulamento” anal. Note que a dor não é um sintoma que as caracteriza. No caso das hemorroidas externas, a sintomatologia costuma ser mais discreta, chamando a atenção geralmente no contexto da sua complicação mais comum, a trombose, onde mostrarão intenso ingurgitamento e dor latejante.

O diagnóstico de ambas as condições baseia-se na clínica e no exame físico, sendo a anosscopia parte fundamental desse processo e permitindo boa parte dos diagnósticos.

Como a maioria dos pacientes é oligossintomática ou apresenta quadros de baixo grau, o pilar central do tratamento de ambas as condições volta-se para as orientações acerca de correta hidratação, ingestão de fibras e higiene adequada da região perianal. Nos quadros complicados de forma aguda, quando há estrangulamento de mamilos hemorroidários internos ou trombose de hemorroidas externas, o tratamento cirúrgico de urgência impõe-se. No caso das hemorroidas externas, ele só apresenta benefícios se o paciente procurar ajuda nas primeiras 48 horas de evolução, quando a excisão do mamilo trombosado pode ser feita. Caso contrário, depois desse lapso temporal o quadro tende a ser autolimitado, com remissão completa da sintomatologia apenas com tratamento clínico.

Já as hemorroidas internas, pelo seu potencial de evolução, podem se desenvolver e atingir grandes tamanhos, causando diferentes graus de sintomas crônicos de acordo com essa lógica. Assim, são graduadas em 4 graus, conforme mostra a tabela abaixo.

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 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.

Quanto maior o grau, maior a necessidade de um procedimento cirúrgico excisional, o que costuma ser feito com exérese *in situ* (hemorroidectomia clássica) ou grampeamento de mamilos hemorroidários. Outros procedimentos feitos para os graus mais baixos, geralmente no segundo, são a ligadura elástica e a escleroterapia. Cabe lembrar que a ligadura elástica é contraindicada de forma absoluta naqueles pacientes em uso de anticoagulantes e de forma relativa nos imunossuprimidos.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

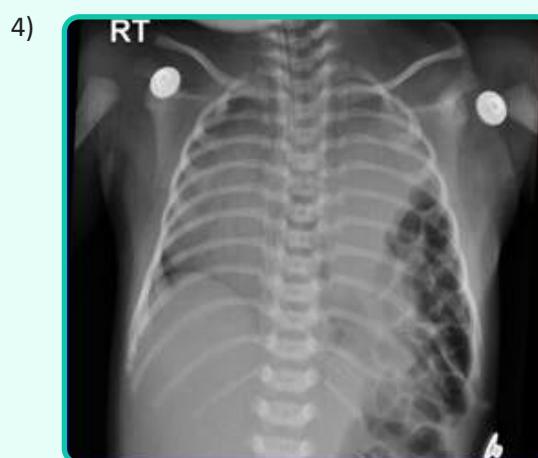
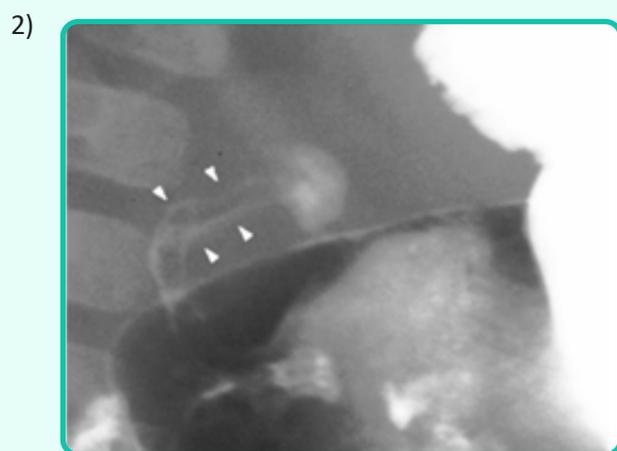
Correta a alternativa A. Temos a descrição de um quadro típico de trombose de hemorroidas externas. O tratamento dessa condição depende do tempo de evolução do processo trombótico. Caso o paciente se apresente nas primeiras 48 horas de sintomas, o melhor tratamento é a excisão cirúrgica do mamilo trombosado. Do contrário, se estivermos após as primeiras 48 horas, a conduta é conservadora: banhos de assento com água morna, drogas anti-inflamatórias, dieta rica em fibras e analgesia, obtendo-se remissão do quadro num período de cerca de sete a dez dias.

Correta a alternativa B. O uso de drogas anticoagulantes não contraindica a escleroterapia quando ela é indicada. Por outro lado, em razão dos riscos de sangramento de vulto e sepse, o uso da ligadura elástica fica proibido nessa população.

Correta a alternativa C. Apesar de aumentar os riscos de infecções na população imunossuprimida, a ligadura elástica não se mostra como uma contraindicação absoluta ao procedimento, mas sim como uma contraindicação relativa, devendo ser evitada.

Incorreta a alternativa D. A cirurgia com grampeador é um procedimento de caráter ambulatorial com a capacidade de permitir o tratamento de múltiplas hemorroidas internas de uma única vez. Ao compararmos essa terapêutica com a hemorroidectomia cirúrgica clássica, ela traz a vantagem de mais rápida recuperação e pouca dor no pós-operatório. Por outro lado, ao avaliarmos as complicações, as duas técnicas equivalem-se. Porém, quando o acompanhamento de longo prazo é feito, o que se observa é que a técnica grampeada mostra maiores taxas de recorrência quando comparada à hemorroidectomia convencional.

23 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Avalie as imagens de patologias gastrointestinais pediátricas abaixo e faça a adequada associação com o sinal semiológico/radiológico que as corresponde.



- Sinal da dupla bolha
- Sinal de Dance
- Abdome escavado
- Sinal do duplo trilho

Assinale a alternativa que traz a sequência CORRETA:

- A) 4,2,3,1
- B) 3,1,4,2
- C) 1,2,3,4
- D) 2,3,1,4

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Questão interessante para treinarmos a capacidade de associação entre achado radiológico e sinal semiológico/radiológico.

A primeira imagem mostra uma ultrassonografia abdominal que apresenta o sinal do alvo ou casca de cebola, típico do quadro de invaginação intestinal. Em termos semiológicos, quando avaliamos o abdome de crianças com essa afecção, encontraremos o chamado sinal de Dance, que consiste na depressão da região da fossa ilíaca direita, que se dá em razão da intussuscepção. Ainda no exame físico do abdome, nesses casos, é possível a palpação de uma massa em formato de “salsicha” um pouco acima da fossa ilíaca direita, que nada mais é do que a palpação das alças intestinais invaginadas.

A segunda imagem mostra o sinal do duplo trilho, que acontece quando o piloro se mostra obstruído e alongado, causando retenção do contraste baritado entre as dobras de mucosa redundante e hipertróficas, permitindo a visualização da passagem de contraste como dois ou mais “trilhos” entre elas. Esse sinal é típico da estenose hipertrófica do piloro.

A terceira imagem é típica da atresia duodenal, gerando o dito sinal da dupla bolha. O que se observa nessa radiografia de abdome são duas bolhas separadas, uma localizada à direita, que representa ar no duodeno, e outra à esquerda, que representa ar no estômago.

A quarta e última imagem mostra alças intestinais projetando-se para o interior da cavidade torácica, em uma provável hérnia diafragmática esquerda (hérnia de Bochdalek). Associada à perda de parte das vísceras abdominais para o tórax, poderemos ter, no exame físico do abdome, o clássico abdome escavado à palpação.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Trata-se da sequência incorreta para os achados esperados.

Correta a alternativa B. É a sequência correta e a resposta da questão.

Incorreta a alternativa C. Trata-se da sequência incorreta para os achados esperados.

Incorreta a alternativa D. Trata-se da sequência incorreta para os achados esperados.

24 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) Acerca dos fios de sutura, assinale verdadeiro (V) ou falso (F), em seguida, aponte a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () Os fios de polipropileno são monofilamentares, sintéticos, inabsorvíveis, apresentam pequena memória e podem ser utilizados sem problemas em áreas infectadas.
- () O mononylon é o fio ideal para sutura de pele em áreas nobres, já que apresenta baixo risco de contaminação, menor trauma cutâneo, por menor força de arraste, e boa força tênsil, por se tratar de fio sintético inabsorvível.
- () O poligrecapone é um fio multifilamentar, absorvível, com baixa reação tecidual e tempo médio de absorção variando entre 90 e 120 dias.
- () A poliglactina é um fio sintético, monofilamentar e absorvível por hidrólise. Pode ser utilizada em cirurgias ginecológicas e oftalmológicas, por exemplo.
- () A polidioxanona (PDS) é um fio monofilamentar, absorvível por hidrólise, sintético e capaz de manter a força tênsil por longos períodos. A sutura tendínea é uma de suas aplicações.

- A) V,F,V,V,F
 B) V,V,V,F,F
 C) F,V,F,V,V
 D) V,F,F,F,V

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Estrategista, o tema fios de sutura pode ser um verdadeiro pesadelo caso caia na prova de Residência! Os inúmeros detalhes para serem memorizados tornam essa tarefa difícil. Apesar disso, todo aluno Coruja que quer voar mais alto precisa desse conhecimento. Com o treino adequado e o resumo a seguir, esse assunto vai ficar mais fácil de ser dominado.

O primeiro passo é habituar-se aos conceitos das duas tabelas abaixo, que vão determinar as duas principais características cobradas sobre fios em provas: absorção e constituição em termos de números de filamentos. Confira!

FIOS DE SUTURA ABSORVÍVEIS		
Monofilamentar	Multifilamentar	
Monocryl® (glicolida+épsilon-caprolactona)	Cat-gut (fibra natural)	
PDS® (polidioxanona)	Vicryl® (poliglactina)	
Maxon® (poligliconato)	Dexon® (poliglicólico)	
FIOS DE SUTURA INABSORVÍVEIS		
Monofilamentar	Multifilamentar	Misto
Ethilon® (nylon)	Seda	Nurolon®
Dermalon® (nylon)	Ethibond® (poliéster revestido com polibutilato)	
Prolene® (polipropileno)	Algodão	
Mersilene® (poliéster)		
Novafil® (polibutester)		
Aço		

Agora, vamos aos detalhes de cada fio.

- **Catgut:** fio natural, absorvido por fagocitose, multifilamentar e com baixa força tênsil. É comercializado nas formas simples (mais rápida absorção) e cromada (mais lenta absorção). A forma simples é muito usada para sutura de subcutâneo, enquanto a forma cromada pode ser utilizada em anastomoses intestinais. Seu uso não é aconselhado em suturas biliares, pancreatojejunais e para ulcerorrafia.
- **Poliglactina (Vicryl):** fio sintético, multifilamentar, absorvido por hidrólise em 56-70 dias. Utilizado em cirurgias do trato gastrointestinal, urológicas, ginecológicas e oftalmológicas.
- **Poligrecapone (Monocryl):** fio sintético, monofilamentar, absorvível, muito utilizado no fechamento de pele nos planos dérmico e subdérmico.
- **Polidioxanona (PDS):** fio sintético, monofilamentar, de lenta absorção (180 dias em média). É capaz de manter a força tênsil por um longo período de tempo. Utilizado para síntese de tendão, cápsula articular e parede abdominal.
- **Seda:** natural, multifilamentar. Perde a força tênsil ao longo de 1 ano. Apresenta importante reação tecidual.
- **Algodão:** pode ser sintético ou biológico. É multifilamentar e apresenta importante reação tecidual.
- **Polipropileno (Prolene):** fio sintético, monofilamentar, inabsorvível, capaz de manter a força tênsil por anos. Apresenta pouca reação tecidual. Muito utilizado para suturas do trato gastrointestinal e vasculares. Além disso, fecha bem aponeuroses e fixa telas de herniorrafia. Pode ser utilizado mesmo em áreas infectadas.
- **Poliéster:** sintético, pode ser mono ou multifilamentar. É inerte, causando pouca reação tecidual. Costuma ser utilizado na sutura de tendões e aponeuroses.
- **Nylon (Poliamida):** sintético, pode ser mono ou multifilamentar. Provoca pouca reação tecidual. É absorvido ao longo de 5 anos. A sua forma monofilamentar é muito utilizada para sutura de pele.
- **Aço:** natural, monofilamentar e inabsorvível. É o fio com maior força tênsil e que promove menor reação tecidual. Muito usado na síntese óssea, em cirurgias ortopédicas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Falsa. Perfeita essa afirmativa, exceto por um detalhe: fios monofilamentares, em especial os de polipropileno, apresentam uma memória grande, o que dificulta o manuseio inicial do fio e sua plasticidade. Por outro lado, os fios multifilamentares são aqueles com menor memória.

Verdadeira. A forma monofilamentar do nylon é excelente para suturas de pele, inclusive na face e em áreas com maior tensão. Trata-se de fio inabsorvível, com excelente força tênsil e que causa pouca reação tecidual. Além disso, por se tratar de fio monofilamentar, tem pequena força de arraste, com baixa lesão tecidual e pequeno risco de contaminação, já que não existem múltiplos filamentos para gerarem áreas de reentrâncias que podem ser alvo de colonização bacteriana.

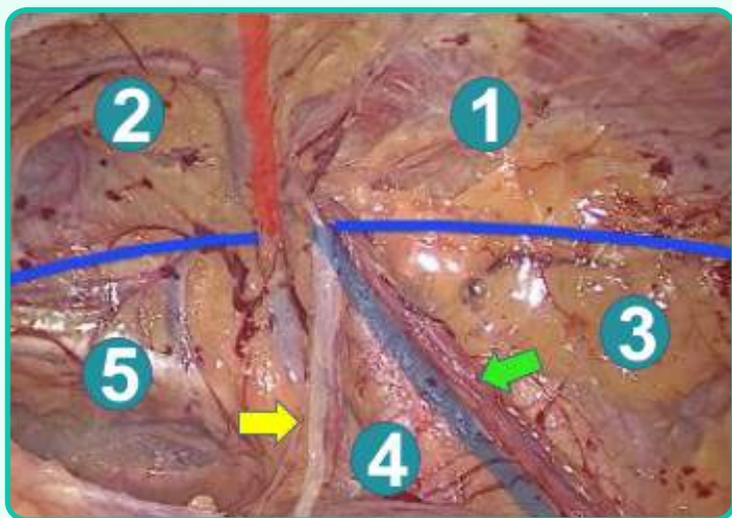
Falsa. O monocryl, como o próprio nome diz, é um fio monofilamentar.

Verdadeira. Correta, sem ressalvas.

Verdadeira. Correta, sem ressalvas.

Correta a alternativa C.

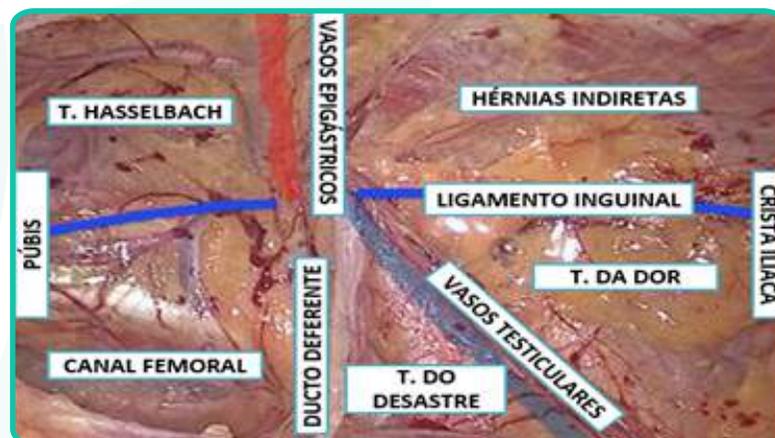
25 – (Estratégia MED 2022 – Inédita) O reparo das hérnias inguinais pela via intra-abdominal laparoscópica (TAPP) trouxe grande revolução no tratamento dessa patologia. Por executar a abordagem por trás da parede abdominal, permite a correção de grandes defeitos herniários, a correção em um mesmo tempo cirúrgico de defeitos bilaterais e, também, das hérnias recidivadas, permitindo fugir da via anterior clássica, que encontra grande dificuldade técnica nas reabordagens, em razão da fibrose gerada pelo primeiro procedimento. Desse modo, conhecer a anatomia da região inguinal vista por essa via é de fundamental importância. Tendo isso como base, observe a imagem abaixo e, na sequência, assinale a alternativa INCORRETA.



- A) A área assinalada pelo número 1 representa aquela onde ocorre o tipo mais frequente de hérnia inguinal. Por sua vez, a área apontada pelo número 2 é aquela onde ocorrem as hérnias inguinais mais frequentes no indivíduo idoso.
- B) A seta amarela aponta para o ducto deferente, enquanto a seta verde aponta para os vasos testiculares.
- C) A área assinalada pelo número 5 é o sítio da hérnia inguinocrural mais comum nas mulheres.
- D) A área de número 4 representa o chamado triângulo do desastre e a de número 3, o triângulo da dor.

COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

Para entendermos os elementos presentes nessa imagem, é necessário primeiramente compreender que se trata de uma visão posterior da parede abdominal ao nível da região inguinal. Estamos literalmente vendo a região inguinal por trás, estando a câmera de laparoscopia localizada no interior da cavidade abdominal. A partir dessa compreensão, observe o gabarito da imagem!



Com o gabarito em mãos, agora, somos capazes de avaliar as alternativas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Correta a alternativa A. Se observarmos a linha vermelha na imagem, veremos que se tratam dos vasos epigástricos inferiores, ponto de reparo fundamental para dividir as hérnias diretas e as indiretas. A área marcada com o número 1 localiza-se lateralmente aos vasos, portanto é o sítio das hérnias inguinais indiretas, as mais comuns da parede abdominal tanto no sexo masculino como no sexo feminino. A área assinalada com o número 2 fica medial aos vasos, sendo, então, o sítio das hérnias diretas, no triângulo de Hasselbach. Esse tipo de hérnia é a mais comum do indivíduo idoso.

Correta a alternativa B. A seta amarela aponta para o ducto deferente (se fosse uma mulher, esse reparo anatômico seria o ligamento redondo), que é o limite medial do triângulo do desastre. Já a seta verde aponta para os vasos testiculares (se fosse uma mulher seriam os vasos ovarianos), que são o limite lateral do triângulo do desastre.

Incorreta a alternativa C.

A área assinalada pelo número 5 representa o canal femoral, onde se anunciam as hérnias femorais. Como sabemos, elas são mais frequentes em pacientes do sexo feminino. Mas atente-se ao detalhe, a hérnia inguinocrural mais frequente nas mulheres é a hérnia inguinal indireta, não a femoral.

Correta a alternativa D. A área triangular apontada pelo número 4 é o chamado triângulo do desastre, já que contém, em seu interior, os vasos ilíacos externos na sua transição para os vasos femorais. É chamado de “desastre” porque, caso haja lesão dos conteúdos desse triângulo, pode haver hemorragia potencialmente fatal. Por fim, a área assinalada pelo número 3 é o chamado triângulo da dor, já que, no seu interior, passam várias aferências sensitivas da região da coxa. Lesões nesse local podem gerar um quadro de dor crônica no paciente.



Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com