

AS PRINCIPAIS
ATUALIZAÇÕES PARA
Residência Médica

2022/23



ACOMPANHE GRATUITAMENTE A NOSSA MEGA REVISÃO DE RETA FINAL

NOVEMBRO/2022						
SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
31/10	01/11	02/11	03/11	04/11	05/11	06/11
07/11	08/11	09/11	10/11	11/11	12/11	13/11
14/11	15/11	16/11	17/11	18/11	19/11	20/11
21/11	22/11	23/11	24/11	25/11	26/11	27/11
<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Medicina Preventiva AMRIGS • Hora da Verdade Medicina Preventiva SES-PE • Hora da Verdade Medicina Preventiva UNIFESP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Cirurgia AMRIGS • Hora da Verdade Cirurgia SES-PE • Hora da Verdade Cirurgia UNIFESP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Pediatria AMRIGS • Hora da Verdade Pediatria SES-PE • Hora da Verdade Pediatria UNIFESP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia AMRIGS • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia SES-PE • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia UNIFESP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Clínica Médica AMRIGS • Hora da Verdade CM SES-PE • Hora da Verdade Clínica Médica UNIFESP 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de Véspera AMRIGS • Revisão de Véspera SES-PE • Revisão de Véspera SMS-SP • Revisão de Véspera da Santa Casa de SP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito AMRIGS • Gabarito SES-PE • Prova UNESP • Gabarito SMS-SP • Revisão Final Sírio-Libanês • Prova da Santa Casa de SP • Premonição UFRJ • Premonição PSU-MG • Premonição UNIFESP • Revisão Final IAMSPE
28/11	29/11	30/11	01/12	02/12	03/12	04/12
<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Medicina Preventiva PSU-MG • Hora da Verdade Medicina Preventiva IAMSPE • Hora da Verdade Medicina Preventiva UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Cirurgia PSU-MG • Hora da Verdade Cirurgia IAMSPE • Hora da Verdade Cirurgia UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Pediatria PSU-MG • Hora da Verdade Pediatria IAMSPE • Hora da Verdade Pediatria UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia PSU-MG • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia IAMSPE • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Clínica Médica PSU-MG • Hora da Verdade Clínica Médica IAMSPE • Hora da Verdade Clínica Médica UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de Véspera PSU-MG • Gabarito IAMSPE • Revisão de Véspera UNIFESP • Revisão de Véspera UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito PSU-MG • Revisão Final UFPB • Revisão Final FAMERP • Gabarito UNIFESP • Revisão Final SES-DF • Premonição USP-SP

DEZEMBRO/2022

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
28/11	29/11	30/11	01/12	02/12	03/12	04/12
<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Medicina Preventiva PSU-MG • Hora da Verdade Medicina Preventiva IAMSPE • Hora da Verdade Medicina Preventiva UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Cirurgia PSU-MG • Hora da Verdade Cirurgia IAMSPE • Hora da Verdade Cirurgia UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Pediatria PSU-MG • Hora da Verdade Pediatria IAMSPE • Hora da Verdade Pediatria UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia PSU-MG • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia IAMSPE • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Clínica Médica PSU-MG • Hora da Verdade Clínica Médica IAMSPE • Hora da Verdade Clínica Médica UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de Véspera PSU-MG • Gabarito IAMSPE • Revisão de Véspera UNIFESP • Revisão de Véspera UFRJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito PSU-MG • Revisão Final UFPB • Revisão Final FAMERP • Gabarito UNIFESP • Revisão Final SES-DF • Premonição USP-SP
05/12	06/12	07/12	08/12	09/12	10/12	11/12
<ul style="list-style-type: none"> • Prova do Sírio-Libanês • Hora da Verdade Medicina Preventiva SES-DF • Hora da Verdade Medicina Preventiva USP-SP Parte 1 • Hora da Verdade Cirurgia USP-SP Parte 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito Sírio-Libanês • Hora da Verdade Cirurgia SES-DF • Hora da Verdade Pediatria USP-SP Parte 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito FAMERP • Hora da Verdade Pediatria SES-DF • Hora da Verdade Ginecologia USP-SP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia SES-DF • Hora da Verdade Clínica Médica USP-SP Parte 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Clínica Médica SES-DF • Hora da Verdade Medicina Preventiva USP-SP Parte 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Cirurgia USP-SP Parte 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito da UFPB • Revisão de Véspera USP-SP
12/12	13/12	14/12	15/12	16/12	17/12	18/12
<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Pediatria USP-SP Parte 2 • Hora da Verdade Medicina Preventiva UNICAMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Obstetrícia USP-SP • Hora da Verdade Cirurgia UNICAMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Clínica Médica USP-SP Parte 2 • Hora da Verdade Pediatria UNICAMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito USP-SP • Hora da Verdade Ginecologia e Obstetrícia UNICAMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora da Verdade Clínica Médica UNICAMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito SES-DF 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de Véspera UNICAMP
19/12	20/12	21/12	22/12	23/12	24/12	25/12
	<ul style="list-style-type: none"> • Gabarito UNICAMP 					
26/12	27/12	28/12	29/12	30/12	31/12	01/01

JANEIRO/2023						
SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
26/12	27/12	28/12	29/12	30/12	31/12	01/01
02/01	03/01	04/01	05/01	06/01	07/01	08/01
<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Preventiva SUS-SP Parte 1 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Cirurgia SUS-SP Parte 1 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Pediatria SUS-SP Parte 1 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Ginecologia SUS-SP 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Clínica Médica SUS-SP Parte 1 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Cirurgia USP-SP Parte 2 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão Final SUS-SP
09/01	10/01	11/01	12/01	13/01	14/01	15/01
<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Preventiva SUS-SP Parte 2 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Cirurgia SUS-SP Parte 2 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Pediatria SUS-SP Parte 2 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Obstetrícia SUS-SP 	<ul style="list-style-type: none"> Hora da Verdade Clínica Médica SUS-SP Parte 2 	<ul style="list-style-type: none"> Gabarito SUS-SP 	
16/01	17/01	18/01	19/01	20/01	21/01	22/01
23/01	24/01	25/01	26/01	27/01	28/01	29/01
30/01	31/01	01/02	02/02	03/02	04/02	05/02

CONHEÇA OS CURSOS DA CORUJA

Chega de estudar sem método, programação ou foco. O Estratégia MED tem os cursos e o método certo para a sua aprovação, sabe por que nosso material é tão especial?

- **Autoridade:** nossos livros e resumos são produzidos e atualizados constantemente por professores especialistas na área, pois sabemos que você deve aprender diretamente com quem domina o assunto.
- **Foco:** chega de ler o que não importa. Nosso material didático é construído a partir da Engenharia Reversa, com foco somente no que é realmente cobrado nas provas de Residência Médica.
- **Praticidade:** nossos cursos possuem cronogramas de fácil execução, com lista de aulas que você deve assistir, teoria que deve revisar e questões que deve praticar, tudo isso guiado por metas diárias e semanais, para você não perder o ritmo dos seus estudos.
- **Aplicação:** acreditamos no método questão, questão e questão. Aqui, você aprenderá colocando em prática todo o conhecimento adquirido nas aulas e em nossos materiais, com listas de questões selecionadas a dedo e simulados com foco na sua prova de escolha.
- **Flexibilidade:** acreditamos que barreiras entre seu aprendizado e sua aprovação não devem existir. Visto isso, o material do Estratégia MED é livre para nossos alunos. Seja para consultar, imprimir ou fazer download de onde quiser - acessando por meio do celular, tablet ou computador. Sua sala de aula é onde você escolher: em casa, na academia, no intervalo entre os plantões ou naquela folga rara durante o internato. Aqui, todo tempo poderá ser usado para seus estudos.

Aprovação: mais de 1.000 alunos foram aprovados por meio dos materiais do Estratégia MED, incluindo:

- João Paulo Telles, 1º Lugar Geral da USP-SP 2022;
- Isabela de Carvalho Leitão, 1º Lugar Geral do SUS-SP 2022;
- Marcus Vinícius de Oliveira, maior nota na prova teórica do ENARE 2021/22;

Quer ser o próximo aprovado na vaga dos seus sonhos? Confira alguns cursos que temos para ajudá-lo nesta jornada:



Curso Extensivo para Residência Médica

É nosso curso voltado para quem quer se preparar de forma completa e aprofundada. Ele contém:

- 📅 **Cronograma exclusivo** de 52 semanas para você se preparar;
- 📖 **Livros digitais** exclusivos;
- 📌 **Resumos** para otimizar seu tempo de estudo;
- 📄 **Slides** das aulas para acompanhar;
- ▶ **Videoaulas** com professores especialistas; e
- 💬 **Fórum de dúvidas** para contato com os professores;

Curso Intensivo

Curso Intensivo para Residência Médica

É nosso curso voltado para quem tem pouco tempo para se preparar, focado mais em aulas rápidas e resumos direcionados. Nele, você terá:

- 📅 **Cronograma intensivo** para você se preparar;
- ▶ **230 horas de videoaulas** resumidas com especialistas;
- 📄 **Slides** das aulas para acompanhar;
- 📌 **Resumos** para otimizar seu tempo de estudo; e
- 💬 **Fórum de dúvidas** para contato com os professores;

Banco de Questões

Banco de Questões para Residência Médica

O Banco de Questões é a ferramenta favorita dos nossos alunos e, com ele, você se prepara para a Residência Médica com:

- ✍️ **+ de 173 mil questões** cadastradas;
- 📄 **+ de 83 mil questões** comentadas em texto;
- 👤 **+ de 57 mil questões** comentadas por especialistas em vídeo;
- ✅ **Comentários** em todas as alternativas;
- 🏆 **Analista de desempenho** por especialidade, banca e tempo;
- 🔍 **+ de 20 filtros** para você guiar sua preparação;
- 📊 **Comparativo** de acertos com outros alunos;
- 💬 **Fórum de Alunos** para tirar dúvidas e discutir questões; e
- 📄 **Provas na íntegra** para você fazer download;

Sprint Reta Final

Sprints de Reta Final

Os Sprints contêm questões inéditas e exclusivas sobre os temas que mais caem em determinada banca, no formato que estará na sua prova.

🔥 **Esse produto é infalível:** todo ano dezenas de questões são cobradas em provas com assuntos, respostas e formatos que já são parte dos nossos Sprints, por isso é um dos nossos cursos mais vendidos.

➔ **Temos Sprints para as principais provas do Brasil:** AMRIGS, ENARE, FMABC, IAMSPE, HIAE, PSU-MG, Santa Casa de SP, SES-PE, SURCE, SUS-BA, SUS-SP, UNESP, UERJ, UFRJ, Unicamp, Unifesp, USP-SP e USP Ribeirão.

Você será Residente de uma delas em breve!



Curso Prova Prática On-Line

Esse é meu favorito. Nosso Curso Prova Prática On-line permite uma preparação guiada para as provas de segunda fase, por meio de:

- ▶ 52 estações virtuais com simulação, feedback e aprofundamento;
- 👨‍⚕️ **São estações completas**, com temas que caem frequentemente nas provas práticas, como ACLS, BLS, ATLS, PALS, Trabalho de Parto, Violência Sexual, Amamentação, e muito mais!
- 😊 **Aulas-dica** para evitar armadilhas, entender os componentes essenciais dos checklists de provas práticas e otimizar sua gestão de tempo.

Estudando de forma estratégica e com nossos materiais, você será o próximo aprovado. Conheça mais sobre nosso trabalho assertivo e de qualidade participando da nossa Mega Revisão de Reta Final, totalmente gratuita, no YouTube do Estratégia MED.

São dezenas de revisões dos temas mais frequentes, premonições com as apostas para as próximas provas e gabarito dos principais exames de Residência Médica do Brasil. Ative seu lembrete e não perca aquela revisão da sua prova favorita. Combinado?

Sua aprovação é nossa Estratégia!

Um grande abraço,

Prof. Bruno Fernando Buzo
Coordenador de Comunicação
Estratégia MED

 Estratégia MED

 @estrategiamed

 t.me/estrategiamed

 @estrategiamed

 /estrategiamed

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.0 CLÍNICA MÉDICA	10
1.1 TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTb)	10
1.2 ISOLAMENTO EM CASOS DE COVID 19	11
1.3 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DA RAIVA	12
1.4 RASTREAMENTO DO DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	16
1.5 METAS GLICÊMICAS DO DIABETES <i>MELLITUS</i>	18
1.6 HANSENÍASE	19
1.6.1 QUANTO AO TRATAMENTO	20
1.6.2 QUANTO À AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE CONTATOS	20
1.7 ATUALIZAÇÕES SOBRE SEPSE	21
2.0 GINECOLOGIA	23
2.1 VACINAÇÃO CONTRA HPV	23
2.2 LEI DA LAQUEADURA	25
2.3 RESOLUÇÃO DO CFM SOBRE NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA.	27
3.0 OBSTETRÍCIA	30
3.1 INFECÇÕES CONGÊNITAS	30
3.2 TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO	30
3.2.1 USO DA ESPIRAMICINA	31
3.2.2 USO DO ESQUEMA TRÍPLICE (PIRIMETAMINA, SULFADIAZINA E ÁCIDO FOLÍNICO)	32
3.3 HIV NA GESTAÇÃO	33
3.3.1 TARV PREFERENCIAL PARA GESTANTES SEM TRATAMENTO PRÉVIO	34
3.4 SÍFILIS NA GESTAÇÃO	34
3.5 HEPATITE B NA GESTAÇÃO	34
3.5.1 TRATAMENTO COM TENOFOVIR NA GESTAÇÃO:	35

3.6	CITOMEGALOVÍRUS NA GESTAÇÃO	35
3.7	TRABALHO DE PARTO PREMATURO	36
3.7.1	PREDIÇÃO E PREVENÇÃO DE PREMATURIDADE	36
3.7.2	INDICAÇÃO DE TOCÓLISE	37
3.8	GESTAÇÃO PROLONGADA	37
3.9	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	38
3.10	ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO	38
3.10.1	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL (IIC)	39
3.10.2	ABORTAMENTOS PRECOSES DE REPETIÇÃO.	39
3.11	GESTAÇÃO ECTÓPICA	40
4.0	PEDIATRIA	41
4.1	REANIMAÇÃO NEONATAL	41
4.2	HIPOGLICEMIA NEONATAL - SBP	43
4.3	CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL EM MÃES PORTADORAS DO VÍRUS HIV	46
4.4	RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA PARA A SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA DE FERRO EM LACTENTES	46
4.4.1	TRATAMENTO DA ANEMIA FERROPRIVA	48
5.0	MEDICINA PREVENTIVA	49
5.1	MUDANÇA DA LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	49
6.0	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUÇÃO

Você já sabe que as atualizações são temas que certamente vão estar nas questões das provas de Residência Médica!

Todos os anos saem novos protocolos, entretanto até essas novidades e modificações chegarem aos livros-texto e apostilas sua

prova já passou e você pode errar uma questão valiosa.

Mas, não se preocupe! Os professores do Estratégia MED uniram-se e estão trazendo para você um apanhado com as atualizações mais importantes! Vamos lá?

CAPÍTULO

1.0 CLÍNICA MÉDICA

1.1 TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTB)



ATUALIZAÇÃO
Tratamento de ILTB
INFECTOLOGIA
Prof.ª Clarissa Cerqueira
CRM BA: 25.611

Confira essa atualização em vídeo!

Olá, Estrategista! Sou Clarissa Cerqueira, médica infectologista e professora do Estratégia MED. Trago, aqui, para você uma atualização quente sobre o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium* (ILTB).



Como era:

O tratamento de escolha da ILTB consistia no uso de um dos esquemas a seguir:

- **Isoniazida (esquema 6H ou 9H)**

A isoniazida, no adulto, é usada na dose de 300 mg/dia e, na criança, 10 mg/Kg/dia. Em hepatopatas, crianças (< 10 anos) e pessoas acima de 50 anos devemos preferir o esquema com a rifampicina. O tempo de tratamento é de 6 meses (180 doses) ou 9 meses (270 doses).

- **Rifampicina (esquema 4R)**

Esse esquema é o recomendado como a primeira escolha para hepatopatas, crianças (< 10 anos) e pessoas acima de 50 anos. A dose, no adulto, é de 10 mg/Kg/dia (máximo de 600 mg/dia) e, na criança, 15 mg/Kg/dia. O tempo de tratamento é de 4 meses com um mínimo de 120 doses.

Como ficou:

Atualmente, está disponível mais um esquema que é o preferencial para tratamento de ILTB. Podem usar todos os pacientes com indicação de tratamento, incluindo adultos, crianças acima de 2 anos, idosos, e pessoas vivendo com o HIV. Veja a seguir:

- **Rifapentina com isoniazida (esquema 3HP)**

Esse esquema consiste no uso da rifapentina (P) com isoniazida (H) em dose semanal, por 3 meses, totalizando 12 doses (esquema 3HP). Ele tem uma comodidade posológica superior em relação aos esquemas anteriores e isso facilita a adesão ao tratamento. O paciente adulto deve receber rifapentina 900 mg com isoniazida 900 mg uma vez por semana. Seu uso não é indicado em gestantes pela falta de estudos. Em crianças, a dose é indicada conforme o peso e ele pode ser usado em maiores de 2 anos de idade.

Lembre-se dessa atualização, porque a ILTB é um tema bastante frequente nas provas!

1.2 ISOLAMENTO EM CASOS DE COVID 19



As orientações do Ministério da Saúde para isolamento domiciliar em casos de covid-19 foram atualizadas em janeiro de 2022.

Como era:

Indivíduos com diagnóstico de covid-19 leve a moderado deveriam permanecer em isolamento durante dez dias após o início dos sintomas. Em caso de imunossupressão ou síndrome respiratória aguda grave, esse período era estendido até vinte dias.

Como ficou:

A partir de janeiro de 2022, foram acrescentados critérios que permitem a saída do isolamento antes do décimo dia para casos leves a moderados, desde que seja possível o cumprimento de algumas medidas adicionais. Veja, a seguir, quais são esses critérios.



Figura 1 – recomendações para isolamento domiciliar de pacientes imunocompetentes com covid-19 leve ou moderado. As medidas adicionais para pacientes que saem do isolamento antes do décimo dia incluem: 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.

Para que o paciente seja considerado assintomático, deve estar sem sintomas respiratórios, sem febre e sem uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas.

1.3 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DA RAIVA



O protocolo da profilaxia pós-exposição da raiva foi modificado em 2022, e, vamos comemorar, o visual ficou muito mais simples!

Como era:

Esquema para profilaxia da raiva humana pós-exposição com vacina de cultivo celular.

TIPO DE EXPOSIÇÃO	CONDIÇÕES DO ANIMAL AGRESSOR			
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto. Animais domésticos de interesse econômico ou de produção	Morcegos e outros animais silvestres (inclusive os domiciliados)
Contato Indireto • Ex. Manipulação de utensílios potencialmente contaminados, lambedura da pele íntegra e acidentes com agulhas durante aplicação de vacina animal não são considerados acidentes de risco e não exigem esquema profilático.	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Não tratar. 			
Acidentes Leves • Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés), podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. • Lambedura de pele com lesões superficiais.	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Observar o animal durante 10 dias após a exposição¹. Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 4 (quatro) doses de vacina nos dias 0, 3, 7 e 14, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar esquema profilático com 2 (duas) doses, uma no dia 0 e outra no dia 3. Observar o animal durante 10 dias após a exposição¹. Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 4 (quatro) doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no 14º dia, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente o esquema profilático com 4 (quatro) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7 e 14, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro³ e 4 (quatro) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7 e 14, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵.
Acidentes Graves • Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mãos, polpas digitais e/ou planta do pé. • Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. • Lambedura de mucosas. • Lambedura de pele onde já existe lesão grave. • Ferimento profundo causado por unha de animal.	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Observar o animal durante 10 dias após exposição^{1,2}. Iniciar esquema profilático com duas doses uma no dia 0 e outra no dia 3. Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema profilático, administrando o soro^{3,4} e completando o esquema até 4 (quatro) doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no 14º dia, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar o esquema profilático com soro³ e 4 (quatro) doses de vacina nos dias 0, 3, 7 e 14, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵. Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro³ e 4 (quatro) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7 e 14, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro³ e 4 (quatro) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7 e 14, pela via IM⁵, ou nos dias 0, 3, 7 e 28, pela via ID⁵.

Fonte: Ministério da Saúde.

Analisando o quadro, tínhamos cinco situações:

1. Contato indireto, apenas lavar com água e sabão.

2. Animais domésticos sem suspeita de estarem doentes.

- Se acidente leve, apenas lavar e observar por 10 dias.
- Se acidente grave, fazer 2 doses da vacina e observar por 10 dias.
 - Nos dois casos, retornar à unidade de atendimento se o animal morrer, desaparecer ou adoecer durante a observação. Se permanecer sadio, encerrar o caso.

3. Animais com suspeita de estarem doentes.

- Se acidente leve, fazer 2 doses da vacina e observar por 10 dias.
- Se acidente grave, fazer soro antirrábico e 4 doses de vacina e observar por 10 dias.
 - Nos dois casos, retornar à unidade de atendimento se o animal morrer, desaparecer ou adoecer durante a observação. Se permanecesse sadio, encerrar o caso e a profilaxia.

4. Animais doentes, mortos, desaparecidos ou domésticos de interesse econômico ou de produção.

- Se acidente leve, fazer 4 doses da vacina.
- Se acidente grave, fazer soro antirrábico e 4 doses de vacina.

5. Morcegos e outros animais silvestres

- Independente do tipo de acidente, fazer soro antirrábico e 4 doses de vacina.

Como ficou:

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

Fonte: Ministério da Saúde.

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		
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"> INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*

Fonte: Ministério da Saúde.

Analisando o quadro atual, temos quatro situações, de maneira mais simples.

1. O contato indireto permanece igual, apenas lavar com água e sabão.

2. Para cães e gatos domésticos, dependemos basicamente da possibilidade de observação.

- Se observável, apenas lavar e observar por 10 dias.
 - Caso o animal morra, desapareça ou apresente sinais de raiva, indicamos profilaxia. Acidentes leves, recebem 4 doses da vacina. Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.
- Se não observável ou com sinais sugestivos da raiva.
 - Acidentes leves, recebem 4 doses da vacina. Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.

3. Mamíferos domésticos de interesse econômico

- Se acidente leve, fazer quatro doses da vacina.
- Se acidente grave, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.

4. Morcegos e outros animais silvestres

- Independente do tipo de acidente, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.

O QUE MUDOU?

Vamos comparar para facilitar?

	ANTES	AGORA
<p>✓ CONTATO INDIRETO</p>	NÃO MUDOU!	
<p>Apenas lavar com água e sabão, não realizar profilaxia.</p>		
 <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, independente 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>Mocergos e mamíferos silvestres</p>	NÃO MUDOU!	
	<p>Independente do tipo de acidente, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.</p>	

1.4 RASTREAMENTO DO DIABETES *MELLITUS* TIPO 2



Estrategista, entre 2021 e 2022, tivemos atualização de três diretrizes no tocante ao rastreamento do diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2):

- United States Preventive Services Task Force (USPSTF);
- American Diabetes Association (ADA); e
- Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).

USPSTF

Como era:

- Adultos de **40** a 70 anos de idade com sobrepeso ou obesidade.

Como ficou:

- Adultos de **35** a 70 anos de idade com sobrepeso ou obesidade.

ADA

Como era:

Um dos critérios a seguir:

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

Como ficou:

Um dos critérios a seguir:

- \geq **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

- 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. Caso evidenciem pré-DM, devem ser repetidos anualmente.

SBD

Como era:

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 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 (USPSTF, 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

1.5 METAS GLICÊMICAS DO DIABETES MELLITUS



Atenção, Estrategista!

Em sua diretriz de 2022, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (SBD) atualizou suas recomendações em relação às metas glicêmicas para o paciente com diabetes *mellitus* (DM).

Como era:

Na diretriz de 2020, a SBD preconizava as seguintes metas glicêmicas:

- Glicemia pré-prandial: < 100 mg/dL
- Glicemia pós-prandial: < 160 mg/dL
- HbA1c: < 7%

Como ficou:

Agora, precisamos considerar a faixa etária do paciente e, caso ele seja idoso, devemos ponderar a existência de comorbidades crônicas, o estado funcional e o estado cognitivo; consoante a consideração desses três pontos, o paciente será classificado em três categorias: saudável, comprometido e muito comprometido. Quanto mais comprometido for o estado de saúde do idoso, mais parcimoniosas as metas devem ser, com o intuito de se evitar a ocorrência de hipoglicemias. Antes de expormos as metas numéricas, preciso que você entenda como o idoso deve ser categorizado. Observe a tabela a seguir:

Tabela 1 - Classificação do paciente idoso			
	Saudável	Comprometido	Muito comprometido
Comorbidades crônicas	Poucas	Múltiplas	Doença terminal
Estado funcional	Preservado	Comprometimento leve a moderado	Comprometimento grave
Estado cognitivo	Preservado	Comprometimento moderado	Comprometimento grave

Fonte: Pititto B, Dias M, Moura F, Lamounier R, Calliari S, Bertoluci M. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-65-5941-622-6.

As comorbidades crônicas a serem consideradas são as seguintes: câncer, artrite reumatoide, insuficiência cardíaca congestiva, depressão grave, enfisema, doença de Parkinson, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica classe III ou pior.

Como “doença terminal”, a SBD refere-se às seguintes condições: câncer metastático, insuficiência cardíaca classes 4-5, doença pulmonar crônica demandando oxigenioterapia e pacientes em diálise.

Na tabela a seguir, você confere as metas preconizadas para cada situação:

Tabela 2 - Metas de controle glicêmico da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022					
	Crianças e adolescentes	Adultos	Idosos saudáveis	Idosos comprometidos	Idosos muito comprometidos
Glicemia de jejum e pré-prandial (mg/dL)	70 – 130	80 – 130	80 – 130	90 – 150	100 – 180
Glicemia 2h pós-prandial (mg/dL)	< 180	< 180	< 180	< 180	–
Glicemia ao deitar-se (mg/dL)	90 – 150	90 - 150	90 - 150	100 - 180	110 - 200
HbA1c (%)	< 7	< 7	< 7,5	< 8,5	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia

Fonte: Pititto B, Dias M, Moura F, Lamounier R, Calliari S, Bertoluci M. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-65-5941-622-6.

Entretanto, a própria diretriz reforça a recomendação de que, independentemente da faixa etária, idealmente as metas glicêmicas devem ser individualizadas e adaptadas diante do caso concreto e das limitações clínicas, logísticas e financeiras que o cercam.

1.6 HANSENÍASE



ATUALIZAÇÃO
Hanseníase
DERMATOLOGIA
 Prof. Bruno Souza
 CRM: 179.167/SP RQE: 79.161

Confira essa atualização em vídeo!

Estrategista, esse ano o Ministério da Saúde incorporou um teste rápido para detecção de anticorpos anti-*M. leprae* como ferramenta auxiliar das ações de controle da hanseníase. Mas essa não é a única novidade! Também foi incorporado ao SUS um teste laboratorial para detecção de *M. leprae* resistente a antimicrobianos. A técnica é baseada na amplificação de DNA. Essas mudanças impactam principalmente na questão de protocolo de tratamento dos pacientes multibacilares e na avaliação de contatos. Acompanhe comigo as novidades.

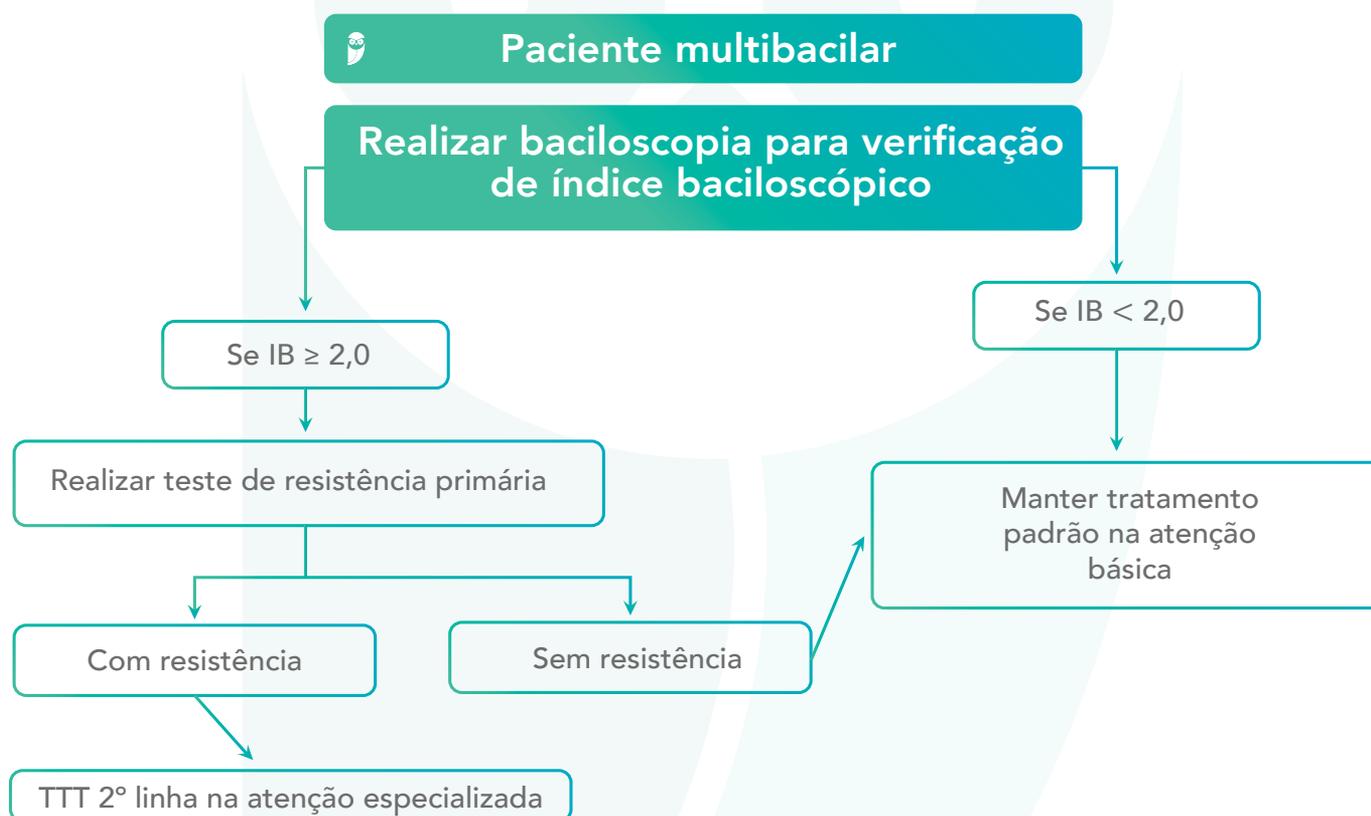
1.6.1 QUANTO AO TRATAMENTO

Como era:

Quando realizávamos o diagnóstico de um paciente multibacilar, já iniciávamos o tratamento com rifampicina, dapsona e clofazimina.

Como ficou:

Com a mudança do protocolo, quando realizamos o diagnóstico de hanseníase multibacilar, devemos realizar o índice baciloscópico (avaliar quantidade de bacilos pela baciloscopia). Se esse índice for menor que 2, devemos realizar o tratamento normalmente. Caso esse índice seja maior ou igual a 2, devemos realizar teste de detecção de *M. leprae* resistente a antimicrobianos. Caso não haja resistência, o tratamento é o mesmo com as três drogas. Caso haja resistência, devemos encaminhar para o atendimento especializado, para avaliação de melhor esquema alternativo. Observe a figura abaixo.



1.6.2 QUANTO À AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE CONTATOS

Como era:

Todas as pessoas que residem, ou tenham residido, convivam, ou tenham convivido (contato domiciliar) com o paciente nos últimos cinco anos deveriam ser avaliadas. Se houvesse alguma pessoa com hanseníase, deveria ser tratada de acordo com a classificação operacional. Se não, todas deveriam ser seguidas anualmente, por cinco anos.

Como ficou:

Aqueles que não possuem sinais da doença devem ser submetidos ao teste rápido imunocromatográfico para detecção de anticorpo IgM (anti-PGL1). Os que apresentarem teste rápido positivo devem ser submetidos, uma vez por ano, a exame dermatoneurológico completo, por 5 anos. Após esse período, recebem alta, mas com orientações sobre a possibilidade de surgirem sinais e sintomas de hanseníase no futuro. Os com teste rápido negativo devem ser orientados a realizar autoexame e voltar ao Serviço de Saúde se surgir alguma alteração suspeita. Observe o fluxograma abaixo para melhor entendimento.



1.7 ATUALIZAÇÕES SOBRE SEPSE



ATUALIZAÇÃO
As principais
mudanças
sobre Sepse
INFECTOLOGIA
Prof. Bruno Buzo
CRM BA: 36216

Confira essa atualização em vídeo!

Estrategista, em outubro de 2021 tivemos uma mudança importante nos consensos de sepse. Essa mudança refletiu principalmente em novas condutas no diagnóstico e no tratamento precoce dessa condição tão ameaçadora à vida e bastante prevalente nas Unidades de Emergência e Terapia Intensiva, então vamos lá!

É importante lembrar que as definições de sepse não mudaram, elas continuam as mesmas do Sepsis-3 (2016):

- **Infecção:** doença causada por microrganismos, sem resposta inflamatória intensa ou disfunção orgânica;
- **Sepse:** infecção que gera uma resposta inflamatória intensa e, consecutivamente, disfunção orgânica;
- **Choque séptico:** sepse com hipoperfusão gerando hipotensão, que não responde à ressuscitação volêmica, mantendo-se com PAM < 65 mmHg ou lactato > 2 mmol/L após a ressuscitação com fluidos.

Antes, o Sepsis-3 recomendava o uso do *quick* SOFA para identificar se um paciente tinha sepse ou não. Nessa modificação de outubro, feita pelo *Surviving Sepsis Campaign*, é dito que o *quick* SOFA **não deve ser utilizado isoladamente e que outros critérios podem ser aplicados** para o diagnóstico de sepse (como os critérios de SIRS, score MEWS, score NEWS, entre outros).

Outra mudança importante foi sobre o tempo para iniciar antimicrobianos na sepse. Antes, tínhamos que administrar o antibiótico o mais rápido possível, dentro da primeira hora de atendimento. Agora, administramos antibióticos **na primeira hora**

apenas nos casos com alta suspeição ou com choque séptico identificado. Quando o paciente está estável ou pode ter um diagnóstico alternativo (como um IAM ou um TEP, por exemplo), podemos usar antibióticos em até 3 horas.

A última mudança importante foi em relação ao uso de corticosteroides. Antes, eram usados apenas no choque refratário (aquele que não responde à expansão, noradrenalina e dobutamina). Nesse novo consenso, **os corticosteroides já podem ser iniciados junto à noradrenalina.**

Fiz, aqui, algumas tabelas para ajudá-lo nas principais mudanças que podem cair em sua prova:

	2016	2021				
Rastreio	Quick SOFA poderia ser utilizado como ferramenta de triagem	Quick SOFA e SIRS não devem ser utilizados isoladamente como ferramenta de triagem				
Ressuscitação volêmica inicial	Recomendam 30 ml/Kg de cristalóide	Sugerem 30 mL/Kg de cristalóide				
	Qualquer cristalóide (soro fisiológico, Ringer ou soluções balanceadas)	Preferir Ringer e soluções balanceadas				
Timing de antimicrobianos	Sepse ou choque séptico: 1 hora	<table border="1"> <tr> <td>Com choque ou Alta chance de sepse</td> <td>1 HORA</td> </tr> <tr> <td>Sem choque e Diagnóstico diferencial possível</td> <td>3 HORAS</td> </tr> </table>	Com choque ou Alta chance de sepse	1 HORA	Sem choque e Diagnóstico diferencial possível	3 HORAS
Com choque ou Alta chance de sepse	1 HORA					
Sem choque e Diagnóstico diferencial possível	3 HORAS					

	2016	2021
 Espectro de ATB	Antimicrobianos de amplo espectro, considerando procedência.	Não colonizado/baixa chance de MRSA, não cobrir MRSA empírico.
Espectro de ATB	Antimicrobianos de amplo espectro, considerando procedência.	Alto risco de candidíase disseminada ou micose sistêmica: antifúngico empírico.
Uso de DVA	?	Começar DVA no periférico enquanto se aguarda CVC.
Uso de corticosteroides	Apenas para choque refratário.	Pode ser utilizado no choque inicial caso o paciente use DVA.

Conte conosco nesta reta final!

CAPÍTULO

2.0 GINECOLOGIA

2.1 VACINAÇÃO CONTRA HPV



ATUALIZAÇÃO
Mudanças na Vacinação do HPV
GINECOLOGIA
Prof. Alexandre Melitto
CRM: 107061

 **Confira essa atualização em vídeo!**

As vacinas contra o HPV representam um marco no âmbito da imunização, particularmente na prevenção de tumores da área anogenital. São produzidas por meio da tecnologia de DNA recombinante. Em sua constituição, as vacinas contêm partículas que se assemelham às proteínas do capsídeo viral (VLPs: *virus-like particles*). Dessa maneira, **as VLPs utilizadas são partículas não infecciosas e apenas imitam a infecção natural pelo HPV**, produzindo anticorpos específicos contra os tipos de HPV contidos na vacina. Sendo uma ação para prevenir o desenvolvimento de patologias HPV-induzidas, as vacinas contra o HPV são uma **medida de prevenção primária**.

Existem três vacinas contra HPV disponíveis e aprovadas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária):

- Bivalente:** protege contra os tipos 16 e 18;
- Quadrivalente:** protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18;
- Nonavalente:** protege contra os subtipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58. Essa vacina ainda não está disponível para venda no mercado nacional.

A vacinação para o HPV está disponível no calendário vacinal brasileiro desde 2014 e, a partir de 2017, o sexo masculino foi incluído na população-alvo. **A vacina disponível é a quadrivalente.** O objetivo do Ministério da Saúde é a prevenção de câncer de colo de útero, vulva, vagina, canal anal, pênis e orofaringe. A estratégia de vacinação para meninos também contribui para reduzir a transmissão do vírus para as mulheres e, assim, reduzir adicionalmente a incidência de doenças relacionadas ao HPV na população feminina.

Os estudos mostraram que, em pessoas com idade inferior a 15 anos, a quantidade de anticorpos gerada com apenas duas doses da vacina é semelhante ao esquema de três doses em pacientes acima dessa idade, por isso, em pacientes até 15 anos, o calendário vacinal brasileiro preconiza duas doses da vacina apenas. **Esse esquema só não é indicado para pacientes imunossuprimidos.**

Como era antes?

A vacina quadrivalente para o HPV era disponibilizada no SUS para as **meninas de 9 a 14 anos** e para os **meninos de 11 a 14 anos** de idade, com aplicação de 2 doses, com intervalo de 6 meses. As mulheres imunossuprimidas (vivendo com HIV/AIDS, transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicas) poderiam receber a vacina dos **9 aos 45 anos**, em 3 doses (0, 1-2 e 6 meses). Os homens imunossuprimidos (vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos), poderiam receber a vacina dos **9 aos 26 anos**, em 3 doses (0, 1-2 e 6 meses).

Como ficou?

A vacinação para o HPV recebeu duas atualizações recentemente. Em primeiro lugar houve ampliação da faixa etária de vacinação para os pacientes imunossuprimidos do sexo masculino, que ficou igual à faixa etária das pacientes imunossuprimidas do sexo feminino. Ou seja, devem ser vacinados **meninos e meninas de 9 a 45 anos**, portadores de HIV, transplantados de órgãos sólidos ou em tratamento quimioterápico, a vacina deve ser realizada no esquema original de 3 doses (0,2 e 6 meses).

Além disso, a vacinação dos meninos e meninas (imunocompetentes) também foi igualada para a faixa etária de 9 a 14 anos, no esquema de duas doses, com intervalo de 6 meses.

A tabela abaixo mostra as indicações atuais da vacina contra o HPV pelo Ministério da Saúde:

INDICAÇÕES VACINA QUADRIVALENTE HPV (MINISTÉRIO DA SAÚDE- 2022)

<p>MENINAS e MENINOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 9-14 anos (duas doses: 0 e 6 meses); • 9-45 anos (três doses: 0, 2 e 6 meses): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Convivendo com HIV/AIDS ◦ Transplantadas de órgãos sólidos ◦ Em quimioterapia
--	--

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
Ofício Nº 810/2022/CGPNI/DEIDT/SVS/MS (22/06/2022)
Processo No 25000.122013/2022-83

2.2 LEI DA LAQUEADURA



Como era antes?

No Brasil, as esterilizações voluntárias eram indicadas seguindo as regulamentações da **Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263)**, instituída em 1996. O objetivo dessa lei é evitar esterilizações precoces sem orientação prévia, que podem culminar no arrependimento da paciente. Seguem, abaixo, os principais artigos da Lei:

LEI 9.263/96

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos**, desde que observado o **prazo mínimo de sessenta dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - **risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito**, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de **expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado**, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É **vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto**, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, **sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia**.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização **depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges**.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

"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.

LAQUEADURA TUBÁRIA

A laqueadura tubária é o método contraceptivo mais empregado no Brasil. Envolve a oclusão das tubas uterinas, impedindo o transporte dos espermatozoides até a região ampolar, onde a fecundação acontece. Quando comparada com a vasectomia, a esterilização feminina tem um risco vinte vezes maior de complicações, três vezes mais riscos de falha e é três vezes mais cara. Entretanto, representa quase 70% dos procedimentos de

esterilização do mundo devido a questões socioculturais.

Em termos de eficácia, todos os métodos de esterilização usados atualmente têm taxas de gravidez pós-esterilização de 5 a 10 anos menores que 1%. As taxas de gravidez aumentam com o passar dos anos: nos primeiros um a dois anos após o procedimento, ocorre, em média, 1 gravidez a cada 1.000 procedimentos realizados, sete a doze anos depois, esse número aumenta para 10.

Como ficou?

LEI 14443/22

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Art. 2º A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Art. 9º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico**, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

II - **risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto**, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de **expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado**, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º **A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.**

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, **sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.**

§ 5º (REVOGADO)

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

“Esta lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial”

Brasília, 2 de setembro de 2022.

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.

2.3 RESOLUÇÃO DO CFM SOBRE NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA.



ATUALIZAÇÃO
Mudanças na regulamentação da Reprodução Humana
GINECOLOGIA
 Prof. Carlos Martins
 CRM: 175773

Confira essa atualização em vídeo!

O Brasil não dispõe até hoje de uma legislação específica sobre os tratamentos de reprodução assistida. Considerando a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas conforme os princípios de ética médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publica resoluções com todas as normas éticas que devem ser seguidas por pacientes, médicos e clínicas. A última resolução foi publicada em 2022 (Resolução CFM nº 2.320/2022) e você pode acessá-la na íntegra em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>.

As questões sobre esse tema abordam sempre pequenos detalhes como limites de idade, número de embriões que podem ser utilizados em cada faixa etária, etc.

A resolução de 2022 trouxe poucas modificações em relação à resolução de 2021. Abaixo trazemos os artigos que foram modificados.

Como era?

II – PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.

V – CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

2. O número total de embriões gerados em laboratório **não poderá exceder a 8 (oito)**. Será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, conforme determina esta Resolução. Os excedentes viáveis serão criopreservados. Como não há previsão de embriões viáveis ou quanto a sua qualidade, a decisão deverá ser tomada posteriormente a essa etapa.

3. **No momento da criopreservação**, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los.

4. Os embriões criopreservados com **três anos ou mais** poderão ser descartados se essa for a vontade expressa dos pacientes, mediante **autorização judicial**.

5. Os embriões criopreservados e **abandonados por três anos ou mais** poderão ser descartados, mediante **autorização judicial**.

VI – DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE EMBRIÕES

1. As técnicas de RA podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças, podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s), devidamente documentada com consentimento informado livre e esclarecido específico. **No laudo da avaliação genética, só é permitido informar se o embrião é masculino ou feminino em casos de doenças ligadas ao sexo ou de aneuploidias de cromossomos sexuais.**

Como ficou?

II – PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

O artigo abaixo que constava da resolução de 2021 foi retirado

2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.

IV – DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

O seguinte artigo foi adicionado:

2.2.A doadora de óvulos ou embriões não pode ser a cedente temporária do útero.

V – CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

2. O **número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco**, conforme determina esta Resolução. Os excedentes viáveis devem ser criopreservados.

3. **Antes da geração dos embriões**, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino dos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los.

Os artigos abaixo da resolução de 2021 foram omitidos:

4. Os embriões criopreservados com **três anos ou mais** poderão ser descartados se essa for a vontade expressa dos pacientes, mediante **autorização judicial**.

5. Os embriões criopreservados e **abandonados por três anos ou mais** poderão ser descartados, mediante **autorização judicial**.

OBS: Nesse ponto da resolução, como não há uma determinação do CFM quanto ao descarte de embriões, deve ser seguida a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105, de 24/03/2015). A Lei não deixa claro que é permitido o descarte dos embriões após 3 anos, porém permite que eles sejam empregados para fins de pesquisa e terapia, após 3 anos de congelamento e se houver autorização dos genitores.

A resolução do CFM de 2017 especificava que após 3 anos os embriões poderiam ser descartados. Já a resolução de 2021, determinava a necessidade de autorização judicial após 3 anos e essa resolução de 2022 não faz menção ao descarte.

VI –DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE EMBRIÕES

1.As técnicas de reprodução assistida podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças, podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s), devidamente documentada com consentimento informado livre e esclarecido.

OBS: Na resolução de 2022, foi omitida a menção sobre a proibição da divulgação do sexo genético do embrião nos laudos genéticos.

A tabela abaixo traz as principais mudanças da Resolução de 2021 para a resolução atual:

COMO ERA (2021)	COMO FICOU (2022)
É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros	O artigo da resolução de 2021 foi retirado
No momento da criopreservação , os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los.	Antes da geração dos embriões , os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino dos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los.
No laudo da avaliação genética, só é permitido informar se o embrião é masculino ou feminino em casos de doenças ligadas ao sexo ou de aneuploidias de cromossomos sexuais.	Esse trecho foi retirado na resolução atual, não havendo restrição para informar o sexo genético do embrião.
O número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8 (oito)	Não há número limite de embriões gerados em laboratório
O descarte dos embriões pode ser realizado após 3 anos, mediante autorização judicial	Não há menção direta sobre o descarte de embriões , devendo ser seguida a Lei de Biossegurança
<p>ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO</p> <p>A cedente temporária do útero deve ter pelo menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Demais casos estão sujeitos à avaliação e autorização do CFM</p>	<p>ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO</p> <p>A cedente temporária do útero deve ter pelo menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Demais casos estão sujeitos à avaliação e autorização do CFM</p> <p>A cedente temporária não pode ser a doadora de gametas.</p>

CAPÍTULO

3.0 OBSTETRÍCIA

Olá, Estrategista,

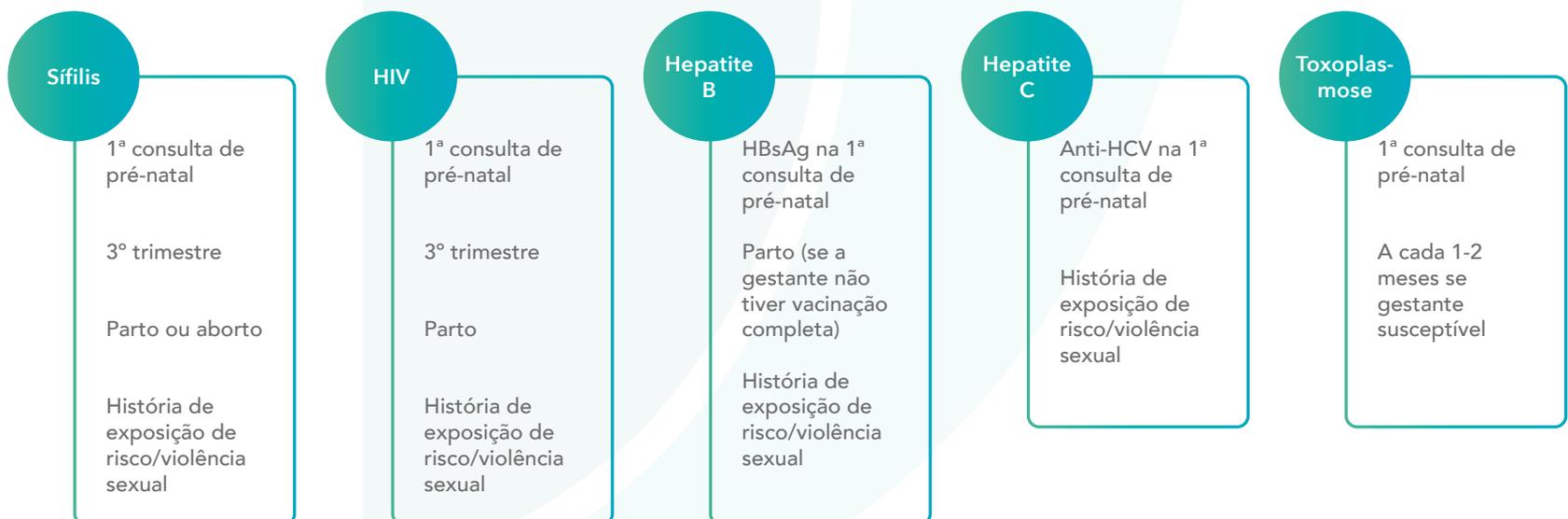
O ano de 2022 foi marcado por atualizações importantes na Obstetrícia. As principais publicações referentes a essas atualizações foram o Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical (PCDT-PV). A seguir, vou resumir cada um desses tópicos que têm grandes chances de serem cobrados na sua prova!

3.1 INFECÇÕES CONGÊNITAS

As principais atualizações em obstetrícia foram relacionadas às infecções congênitas, tema queridinho das provas de Residência Médica! Por isso, preste muita atenção no que mudou, pois são tópicos que, possivelmente, serão cobrados este ano.

A primeira mudança foi em relação à triagem sorológica para prevenção de transmissão vertical. Até essa atualização, o MS não preconizava a investigação de hepatite C para todas as gestantes,

somente para grupos de risco. O PCDT-PV de 2022 indica que a pesquisa de hepatite C deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, de maneira universal. Então, agora, a sorologia para hepatite C precisa ser realizada de rotina para todas as gestantes! A figura a seguir resume como e quando deve ser feita a triagem sorológica para prevenção de transmissão vertical.

**3.2 TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO**

O manual de alto risco do MS de 2022 trouxe diversas mudanças nos protocolos de acompanhamento de toxoplasmose na gestação como veremos a seguir:

3.2.1 USO DA ESPIRAMICINA

Como era:

A espiramicina era iniciada somente quando a gestante tinha o diagnóstico confirmado de toxoplasmose aguda:

- Soroconversão na gestação.
- Sorologia IgG e IgM positiva com avidéz baixa antes de 16 semanas.
- Sorologia IgG e IgM positiva a partir de 16 semanas.

Como ficou:

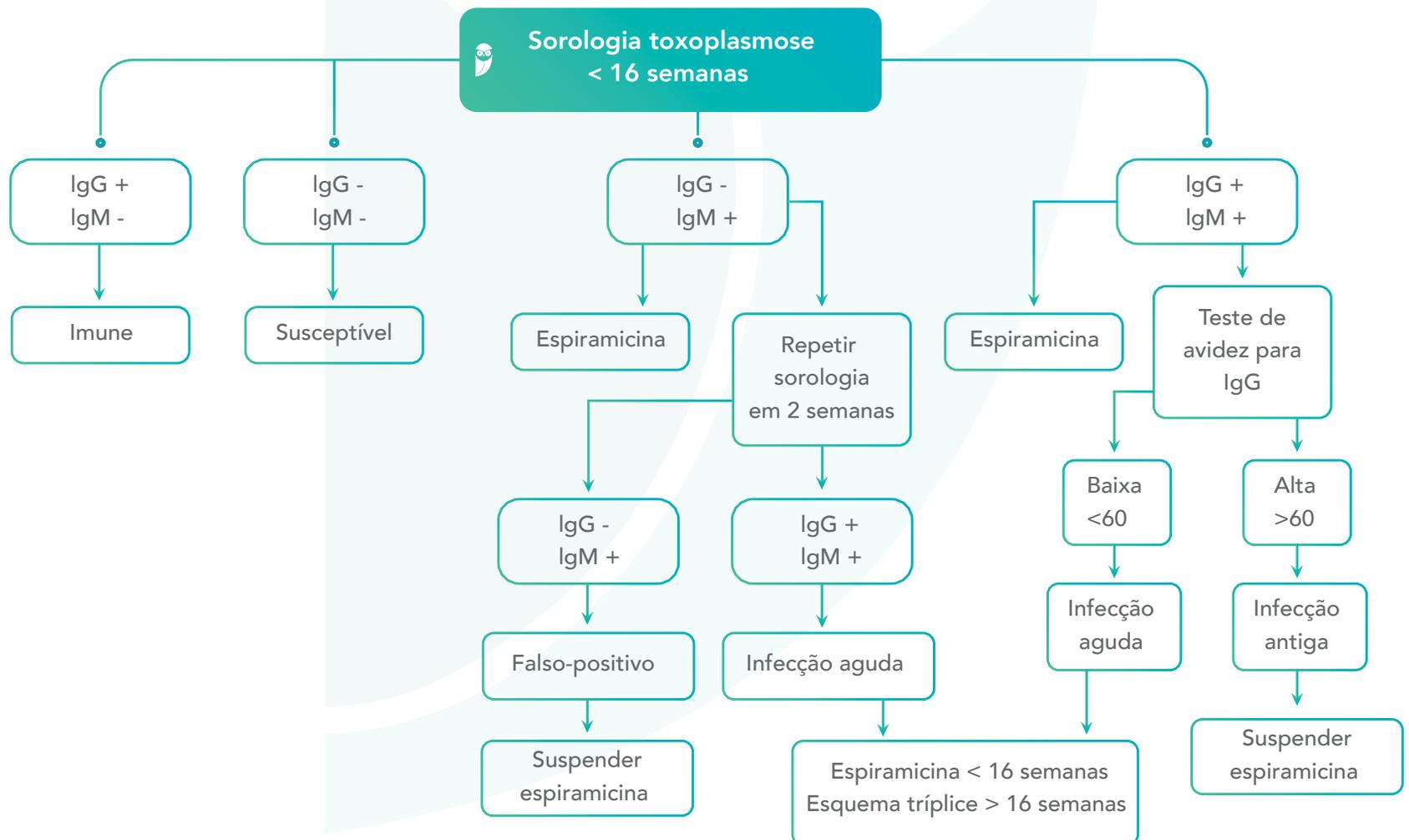
A espiramicina deve ser iniciada a partir da **suspeita** de toxoplasmose aguda, não devendo aguardar a confirmação para iniciar a medicação.

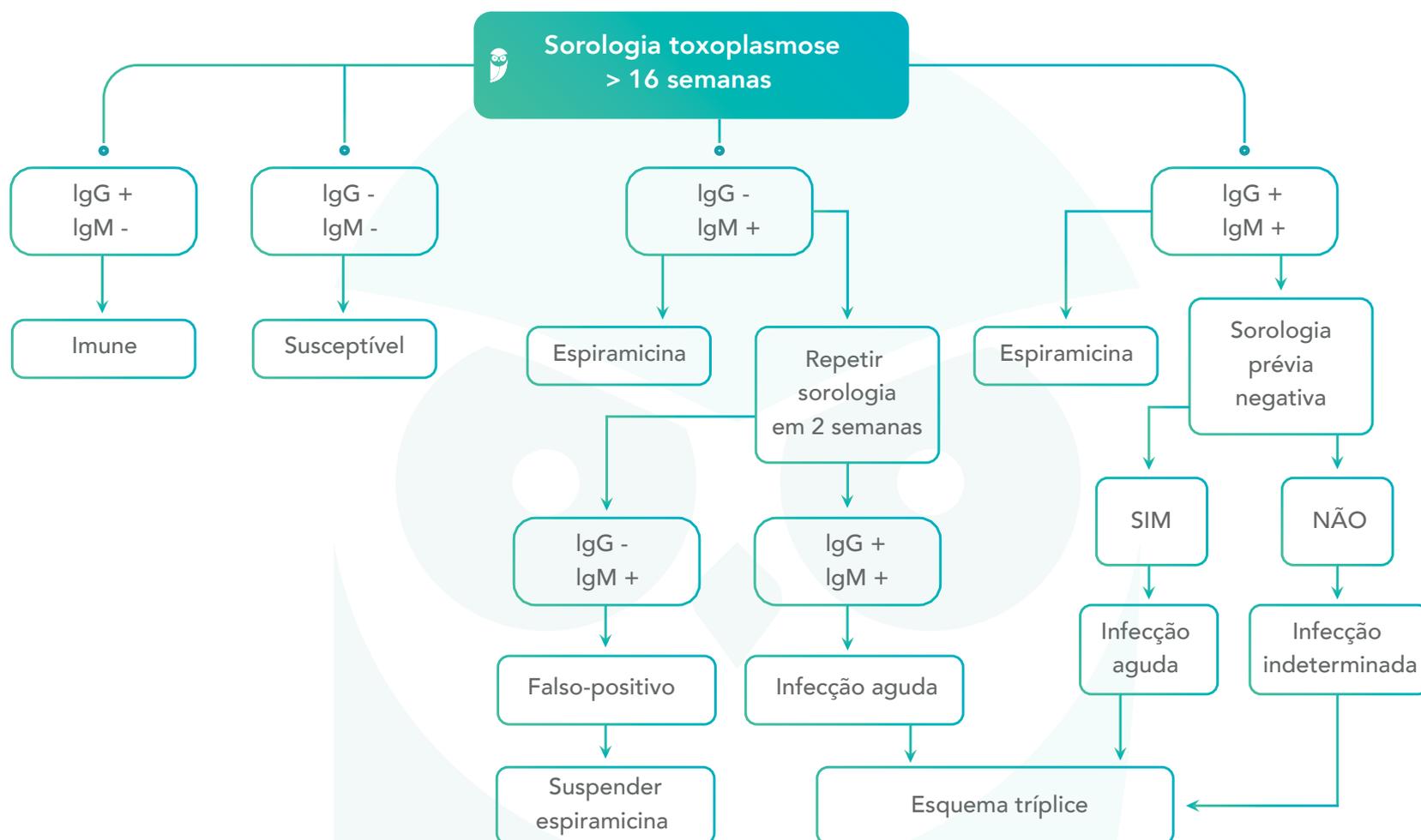
As situações sorológicas que indicam suspeita de toxoplasmose aguda são:

- Sorologia IgM positiva e IgG negativa.
- Sorologia IgM positiva e IgG positiva.

Nessas situações de suspeita de toxoplasmose aguda, deve-se iniciar o uso da espiramicina e continuar a investigação diagnóstica, que é feita da seguinte maneira:

- Se IgM positiva e IgG negativa, deve-se repetir a sorologia em 2-3 semanas para avaliar se houve soroconversão.
- Se IgM positiva e IgG positiva < 16 semanas, deve-se fazer o teste de avidéz.
- Se IgM positiva e IgG positiva >16 semanas, considera-se toxoplasmose indeterminada, pois não é possível confirmar toxoplasmose aguda.





3.2.2 USO DO ESQUEMA TRÍPLICE (PIRIMETAMINA, SULFADIAZINA E ÁCIDO FOLÍNICO)

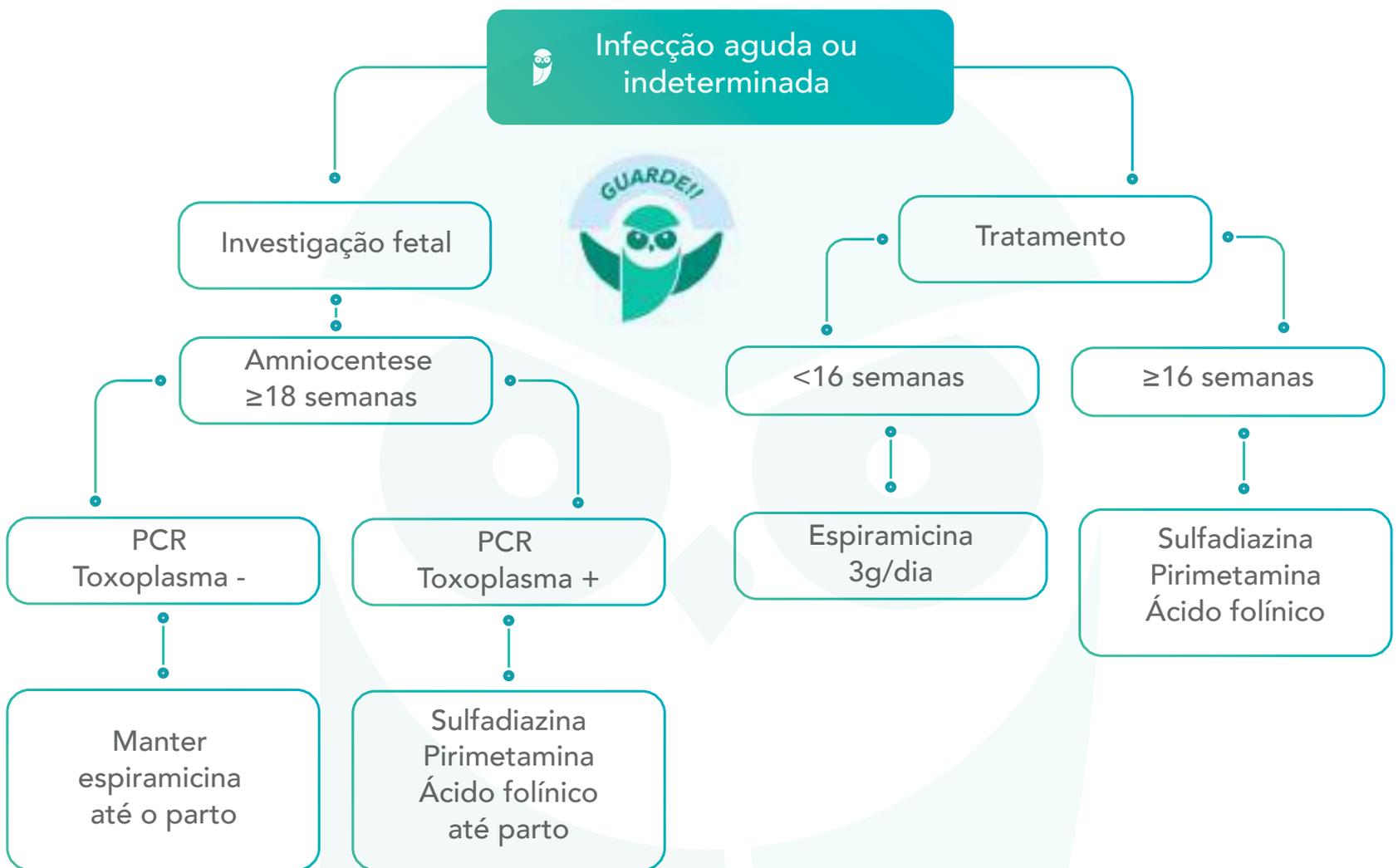
Como era:

O uso do esquema tríplice era indicado somente se a pesquisa de infecção fetal por meio da avaliação do PCR de toxoplasma colhido na amniocentese fosse positiva ou se não fosse possível fazer esse exame.

Como ficou:

Todas as gestantes com diagnóstico de toxoplasmose aguda após 16 semanas devem parar o uso da espiramicina e iniciar o uso do esquema tríplice até realizar a pesquisa de infecção fetal por meio da amniocentese, que deve ser feita após 18 semanas. Se a pesquisa vier positiva, mantém-se o esquema tríplice até o parto, sem necessidade de intercalar com espiramicina. Se a pesquisa vier negativa, suspende-se o esquema tríplice e retoma-se a espiramicina.

Caso não seja possível realizar pesquisa de infecção fetal por meio da amniocentese, deve-se manter o esquema tríplice até o parto.



3.3 HIV NA GESTAÇÃO

ATUALIZAÇÃO

Sífilis, HIV, Hepatite B e C na Gestação

OBSTETRÍCIA

Prof.ª Natalia Carvalho
CRM: 139108

Confira essa atualização em vídeo!



O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical (PCDT-PV) de 2022 trouxe uma mudança importante no tratamento de HIV na gestação. Essa mudança simplificou muito o tratamento antirretroviral (TARV) preconizado na gestação, o que facilitou bastante, não somente para as provas como também para a prática diária do Obstetra.

3.3.1 TARV PREFERENCIAL PARA GESTANTES SEM TRATAMENTO PRÉVIO

Como era:

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

Como ficou:

Independentemente da idade gestacional, a TARV preferencial na gestação deve ser:

- tenofovir+lamivudina+ dolutegravir (TDF+3TC+ DTG)

3.4 SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A única mudança encontrada no PCDT-PV em relação à sífilis na gestação é referente aos critérios utilizados para considerar **uma resposta imunológica adequada** ao seu tratamento.

Como era:

- Negativação do teste não treponêmico.
- OU
- Queda da titulação em duas diluições (4x), dentro de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia

Como ficou:

- Diminuição da titulação do teste não treponêmico em duas diluições (4x) em até três meses e em quatro diluições (16x) em até seis meses, com evolução até a negativação.

OU

- Queda da titulação em duas diluições (4x), dentro de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia.

3.5 HEPATITE B NA GESTAÇÃO

Houve uma mudança sutil no tratamento de hepatite B na gestação, como veremos a seguir. A mudança ocorreu apenas nas indicações de tratamento com tenofovir na gestação, as indicações

de profilaxia com tenofovir continuam as mesmas. Lembre-se, Estrategista: não confunda a profilaxia com tenofovir com o tratamento com tenofovir.

3.5.1 TRATAMENTO COM TENOFOVIR NA GESTAÇÃO:

Como era:



Gestantes com >30 anos E HBeAg reagente

Gestantes com CV-HBV > 2000UI/ml E ALT 1 x o limite superior da normalidade, mantido por 3 a 6 meses

Gestantes com HBV crônica em tratamento devem manter o tratamento com TDF

Como ficou:

A única mudança foi em relação aos valores de ALT para gestantes com carga viral maior do que 2000 UI/ml. Pelo protocolo de 2022, considera-se alterado ALT acima de 1,5 vezes o limite superior da normalidade. Observe como ficaram, então, as indicações de tratamento de Hepatite B na gestação:



Gestantes com >30 anos E HBeAg reagente

Gestantes com CV-HBV > 2000UI/ml E ALT 1,5 x o limite superior da normalidade, mantido por 3 a 6 meses

Gestantes com HBV crônica em tratamento devem manter o tratamento com TDF

3.6 CITOMEGALOVÍRUS NA GESTAÇÃO

O manual de alto risco de 2022 trouxe também uma mudança importante no acompanhamento de gestantes com citomegalovírus. Até então, o Ministério da Saúde não reconhecia nenhum tipo de tratamento para citomegalovírus na gestação. Agora, orienta o uso de valaciclovir, até 21 semanas, para gestantes com soroconversão no primeiro trimestre.



Soroconversão no primeiro trimestre



Valaciclovir até 21 semanas

3.7 TRABALHO DE PARTO PREMATURO

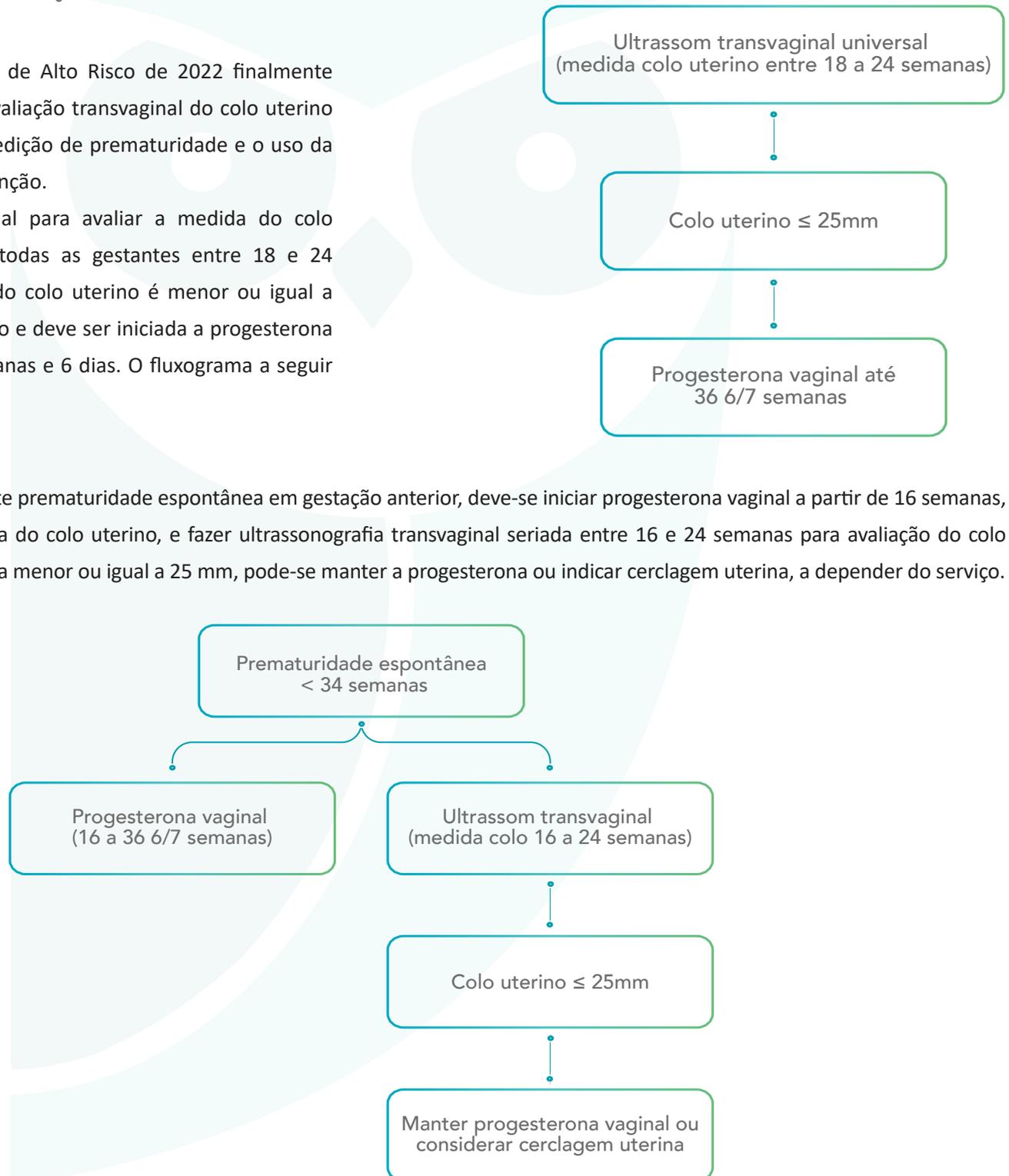
A última atualização do Ministério da Saúde sobre trabalho de parto prematuro era de 2013, no antigo Manual de Alto Risco. De lá para cá, tivemos mudanças importantes, principalmente no que se refere à predição e prevenção de prematuridade, e o Manual de Alto Risco de 2022 contempla essas mudanças, como veremos a seguir.

3.7.1 PREDIÇÃO E PREVENÇÃO DE PREMATURIDADE

O Manual de Gestão de Alto Risco de 2022 finalmente incluiu nas suas diretrizes a avaliação transvaginal do colo uterino no segundo trimestre para predição de prematuridade e o uso da progesterona para a sua prevenção.

O ultrassom transvaginal para avaliar a medida do colo uterino deve ser feito para todas as gestantes entre 18 e 24 semanas. Quando a medida do colo uterino é menor ou igual a 25 mm, considera-se colo curto e deve ser iniciada a progesterona vaginal e mantida até 36 semanas e 6 dias. O fluxograma a seguir resume essa conduta.

Caso a gestante apresente prematuridade espontânea em gestação anterior, deve-se iniciar progesterona vaginal a partir de 16 semanas, independentemente da medida do colo uterino, e fazer ultrassonografia transvaginal seriada entre 16 e 24 semanas para avaliação do colo uterino. Caso o colo uterino seja menor ou igual a 25 mm, pode-se manter a progesterona ou indicar cerclagem uterina, a depender do serviço.



3.7.2 INDICAÇÃO DE TOCÓLISE

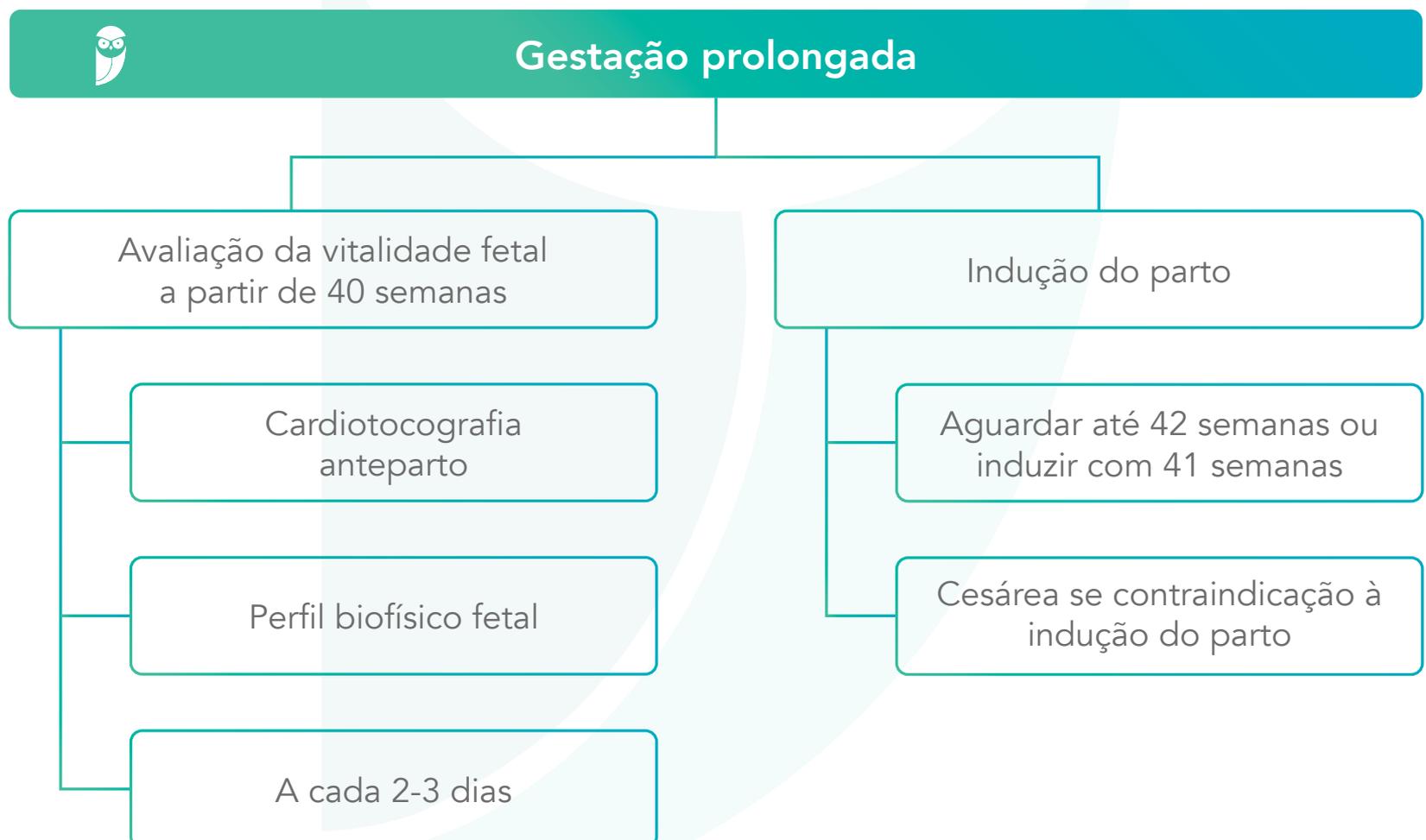
O Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde de 2022 define em que situações está indicada a inibição do trabalho de parto com a utilização de tocolíticos. Até então, essas situações eram bem controversas na literatura. Abaixo, temos os critérios que devem ser preenchidos para que a gestante tenha indicação de tocolítico:

- Trabalho de parto prematuro
- Idade gestacional entre 24 e 34 semanas
- Membranas íntegras
- Até 4-5 cm de dilatação cervical

3.8 GESTAÇÃO PROLONGADA

A conduta na gestação prolongada é um tópico bem controverso na literatura e cada instituição tem seu protocolo. O manual de alto risco de 2022 trouxe a conduta preconizada pelo MS. Está indicada a avaliação da vitalidade fetal a partir de 40 semanas

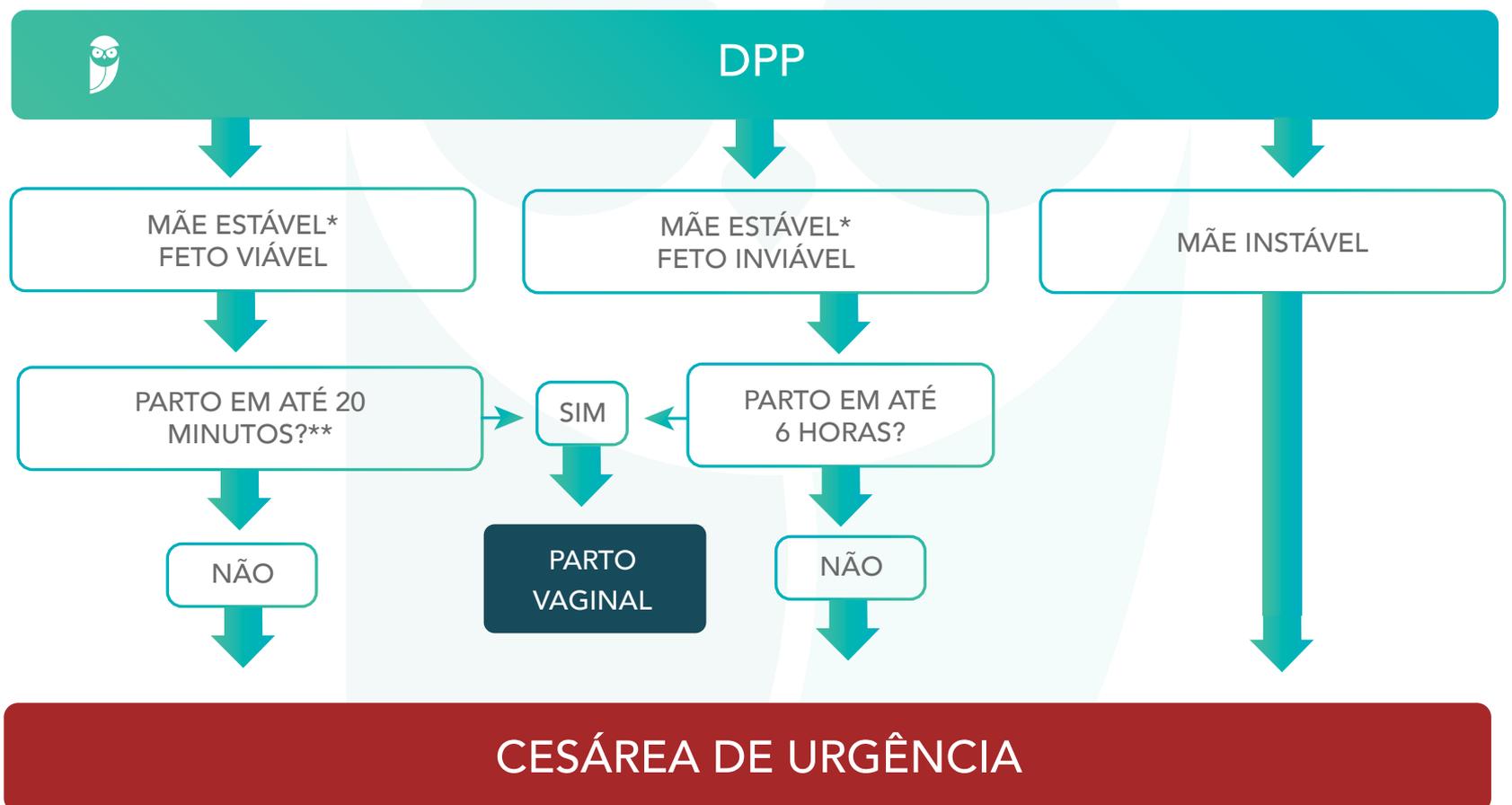
por meio da cardiocotografia anteparto e do perfil biofísico fetal. A indução deve ser iniciada, preferencialmente, com 41 semanas e não deve ultrapassar as 42 semanas. O fluxograma a seguir resume as condutas na gestação prolongada:



3.9 DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Sabe-se que a conduta diante de um DPP é a resolução da gestação. A literatura médica é controversa em relação à via de parto nas diferentes situações (feto viável/inviável e mãe estável/instável). O Manual de Alto Risco do MS de 2022 trouxe um fluxograma indicando o tempo preconizado para se aguardar o parto vaginal quando isso é possível. Sendo assim, diante de gestante **instável**, está preconizada a cesárea de urgência, independentemente

da viabilidade fetal. Quando a gestante está instável, avalia-se a viabilidade fetal. Se o feto é **viável** e o parto é iminente (em até 20 min), pode-se aguardar o parto vaginal, caso o parto demore mais do que 20 min, está indicada a cesariana. Se o feto é **inviável** e a mãe está estável, pode-se aguardar o parto em até 6h, se não evoluir, indica-se cesariana de urgência. O fluxograma a seguir resume essas condutas:



*O quadro materno deve ser reavaliado a cada hora por meio de pressão arterial, pulso, diurese, hemograma e coagulograma. Havendo alterações, o fluxograma deve ser reavaliado.

**Considerar abreviar expulsivo por meio de parto instrumentalizado.

3.10 ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO

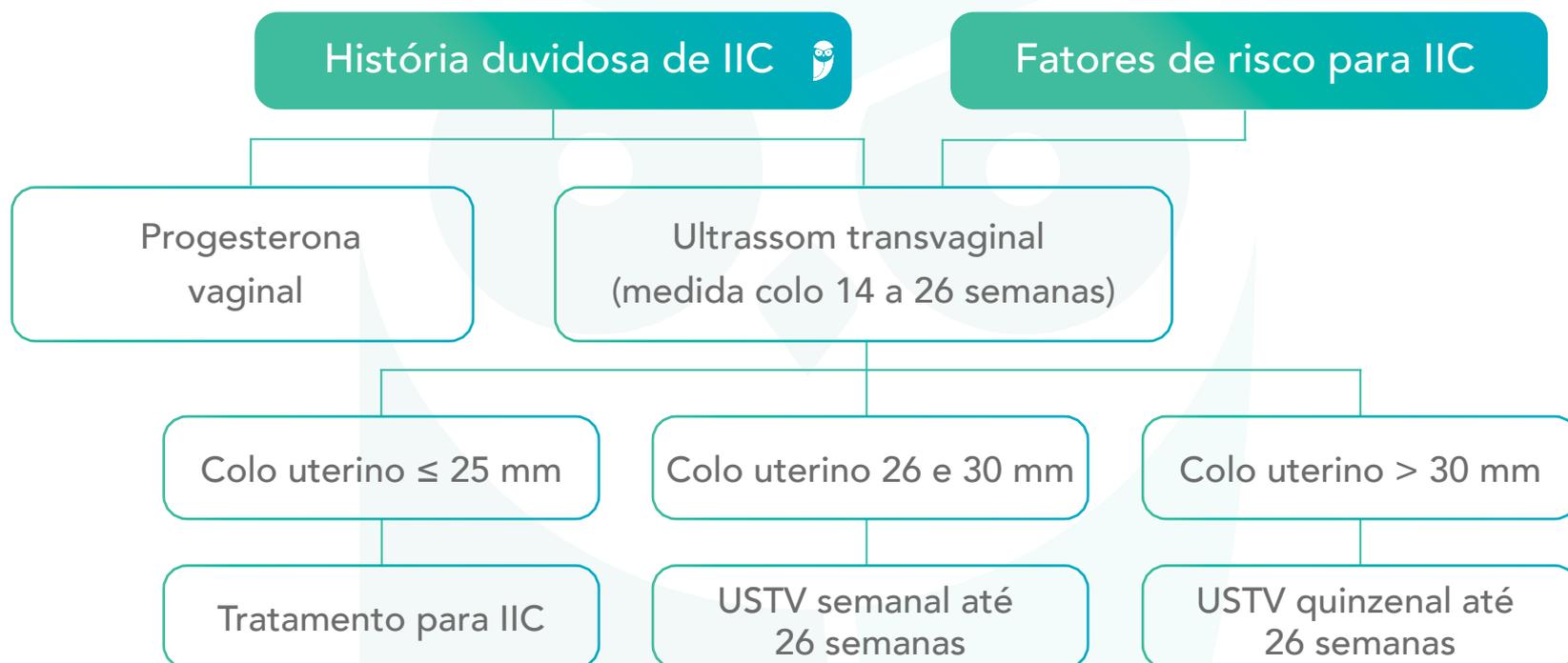
Houve duas mudanças das condutas diante do abortamento de repetição. A primeira mudança envolve o diagnóstico e conduta da IIC e a outra mudança envolve a conduta diante de abortamentos precoces de repetição. Veremos essas duas mudanças a seguir.

3.10.1 INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL (IIC)

O Manual de Alto Risco do MS 2022 indica como deve ser feita a investigação diagnóstica de gestantes com história duvidosa de IIC. Lembre-se de que a história obstétrica clássica de IIC envolve, pelo menos, duas perdas gestacionais no segundo trimestre (abortamento tardio ou parto prematuro extremo), que ocorrem de maneira indolor, rápida e com pouco sangramento. Quando a história

obstétrica é clássica, está indicada a cerclagem uterina.

Nos casos de história obstétrica duvidosa, deve-se iniciar o uso da progesterona vaginal e solicitar ultrassonografia para avaliar o colo uterino, entre 14 e 26 semanas. Se o colo uterino é menor ou igual a 25 mm, está indicada a cerclagem uterina. Se o colo for maior, deve-se fazer a avaliação seriada até 26 semanas.



3.10.2 ABORTAMENTOS PRECOSES DE REPETIÇÃO.

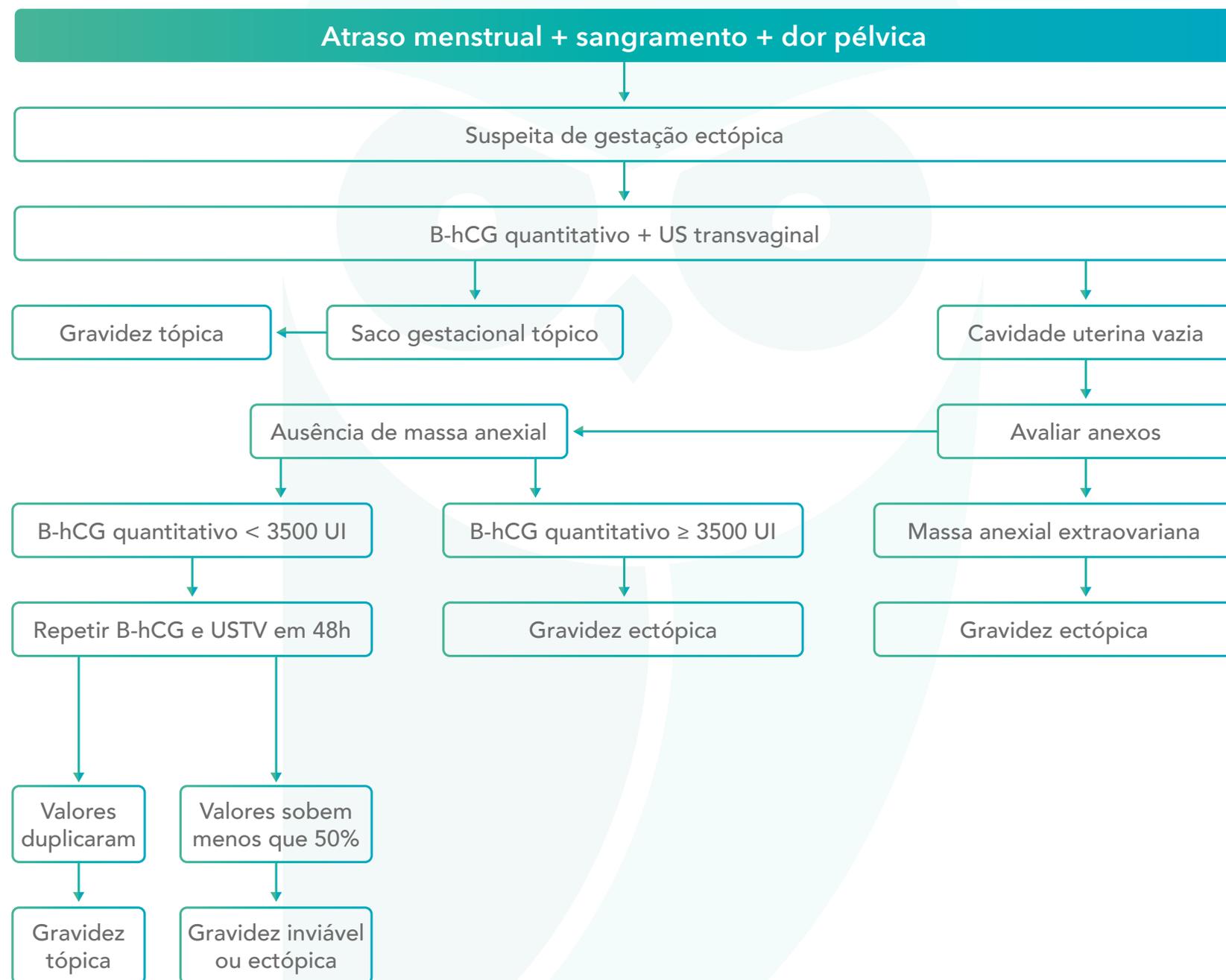
O Manual de Alto Risco do MS de 2022 indica que gestantes com abortamento de repetição de até 12 semanas (abortamentos precoce) têm benefícios no uso da progesterona vaginal na dose de 200 mg por dia, por isso esse tratamento deve ser indicado para esse grupo de gestantes. Lembre-se de que, para ser abortamento de repetição, deve-se ter pelo menos dois abortamentos prévios.

Benefício do uso da progesterona na dose de 200mg por via vaginal nas pacientes com abortamento de repetição até 12 semanas.



3.11 GESTAÇÃO ECTÓPICA

Os parâmetros utilizados no diagnóstico de gestação ectópica variam de instituição para instituição. O Manual de Alto Risco do MS de 2022 aderiu ao protocolo utilizado pela UNIFESP e está resumido no fluxograma a seguir:



Os critérios utilizados para indicar o tratamento expectante e medicamentoso também variam de uma instituição para outra. O Manual de Alto Risco de 2022 indica os seguintes critérios para o tratamento expectante:

- Com estabilidade hemodinâmica.
- Declínio dos títulos de beta-hCG no intervalo de 24 a 48 horas.
- Beta-hCG <2.000 mUI/mL.
- Ultrassonografia transvaginal com ausência de embrião vivo, massa tubária inferior a 5 cm e desejo de gravidez futura.

Já o tratamento medicamentoso deve ser indicado nas seguintes situações:

- Estabilidade hemodinâmica.
- Diâmetro da massa anexial <3,5 cm.
- Beta-hCG inicial <5.000 mUI/mL.
- Ausência de dor abdominal.
- Desejo de gravidez futura.
- Termo de consentimento assinado.

CAPÍTULO

4.0 PEDIATRIA**4.1 REANIMAÇÃO NEONATAL**

Olá, querido Estrategista. Em 2022, foram atualizadas as diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e, apesar de muita coisa ter se mantido igual, mudanças importantes ocorreram. Preste muita atenção neste assunto, pois sabemos que é um tópico bastante cobrado em provas de Residência Médica e no Revalida! Aqui, eu trago as principais mudanças.

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 clampamento 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)

4.2 HIPOGLICEMIA NEONATAL - SBP



A atualização de hipoglicemia neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria saiu em 2022 e, apesar de ter simplificado e padronizado os limites de hipoglicemia em um novo fluxograma, persistem algumas confusões e o documento parece incompleto. Vamos analisar.

COMO ERA:

Muito confuso! A Sociedade Brasileira de Pediatria trazia vários limites em diferentes textos.

O quadro abaixo utilizava os valores demonstrados no Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) - 4ª edição, que dividia em RN termo saudável, RN sintomático e RN assintomático, mas com fatores de risco para hipoglicemia. De acordo com a engenharia reversa do Estratégia MED, estes eram os limites utilizados nas provas de Residência.

RN	LIMITES PARA HIPOGLICEMIA
RN TERMO SAUDÁVEL	<24 horas de vida: 30-35 mg/dL >24 horas de vida: 45-50 mg/dL
RN SINTOMÁTICO	45 mg/dL
RN ASSINTOMÁTICO, MAS COM FATORES DE RISCO PARA HIPOGLICEMIA	36 mg/dL

Já o documento de 2015, intitulado “DIRETRIZES SBP – HIPOGLICEMIA NO PERÍODO NEONATAL”, relatava que, ao nascimento, a transmissão de glicose pela placenta cessa de maneira abrupta e os níveis glicêmicos do RN caem rapidamente, até cerca de 30 mg/dL durante as primeiras 1 a 2 horas, e mantém-se em 45 mg/dL nas primeiras 12 horas. Essas diretrizes também afirmavam que a maioria dos autores sugeria que a dosagem plasmática inferior a 47 mg/dL deveria ser investigada e tratada. O mesmo documento também citava um estudo de meta-análise que definia o limite inferior da normalidade variando de 40 a 48 mg/dL nas primeiras 24 até 72 horas de vida.

O Tratado de Pediatria ainda definia a conduta baseada nos sintomas e medida da glicemia.

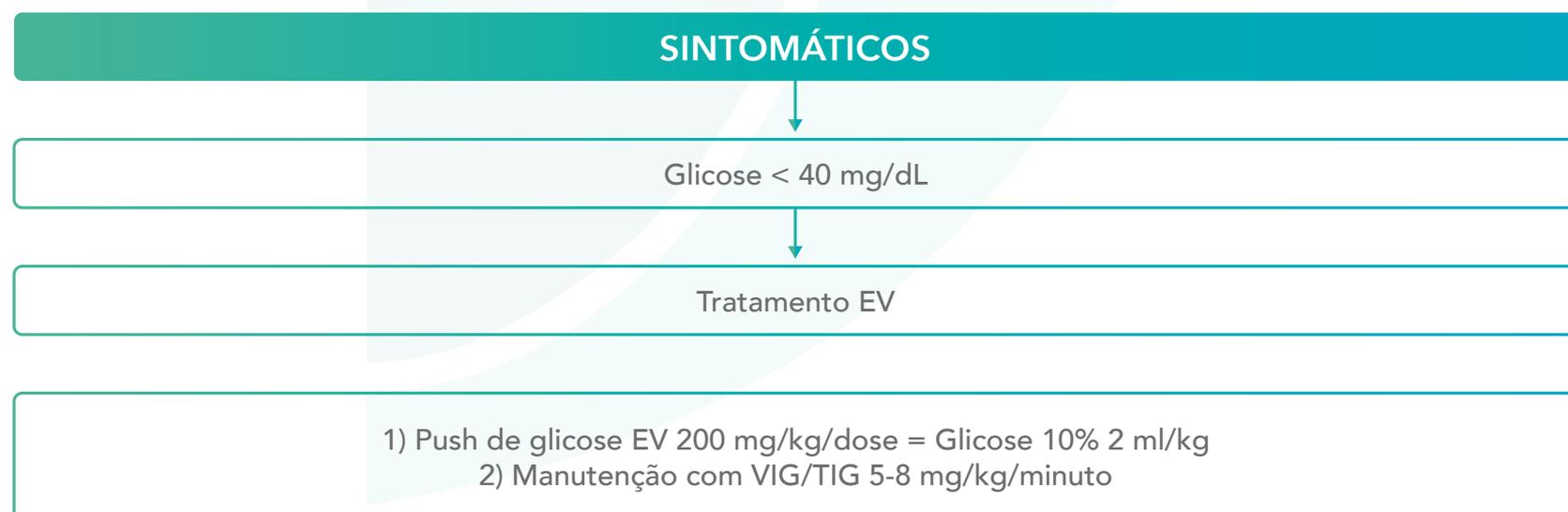
RN	CONDUTA
ASSINTOMÁTICO, COM GLICEMIA \geq 25 mg/dL	Alimentar e reavaliar em uma hora
ASSINTOMÁTICO, COM GLICEMIA $<$ 25 mg/dL	Bólus de glicose 10% 2 ml/kg+ Infusão contínua de glicose (6-8 mg/kg/min) EV
SINTOMÁTICO	Bólus de glicose 10% 2 ml/kg+ Infusão contínua de glicose (6-8 mg/kg/min) EV

COMO FICOU

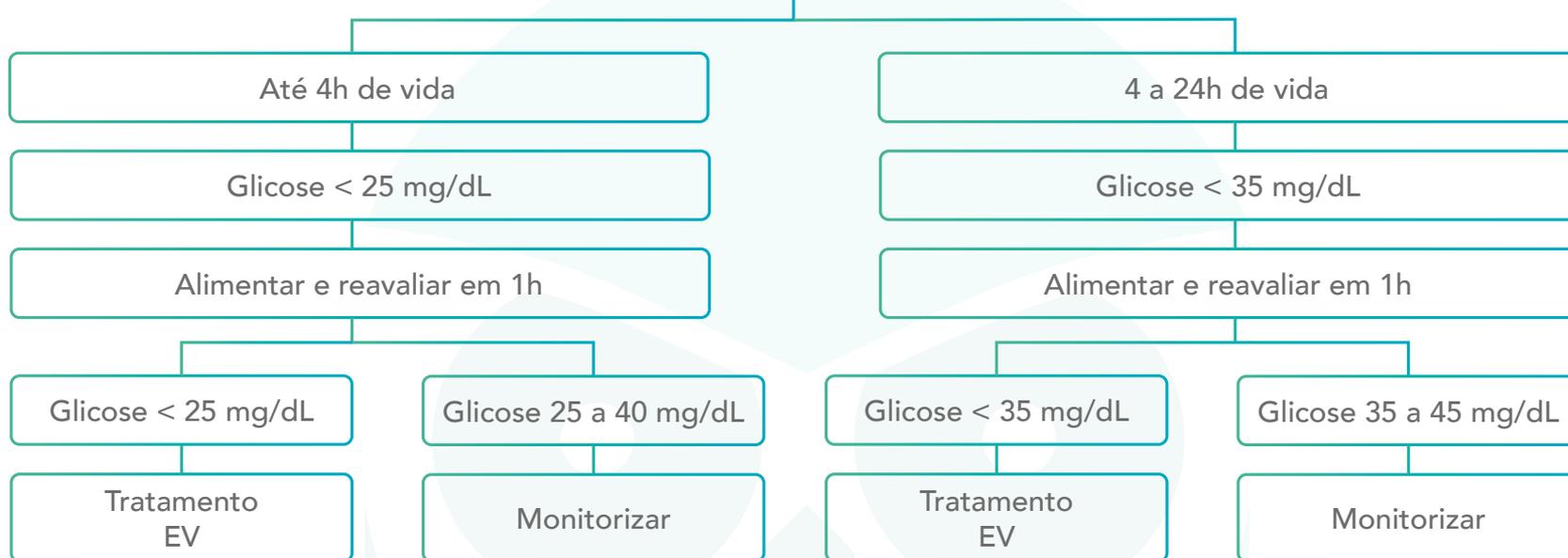
O documento “Hipoglicemia neonatal” da Sociedade Brasileira de Pediatria, de 2022, mantém um certo grau de confusão. Ele começa falando que os limites glicêmicos no período neonatal variam conforme a Associação Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade de Endocrinologia Pediátrica (PES). Confira:

- RN até 48 horas de vida: glicemia deve estar acima de 47 mg/dL (AAP) ou 50 mg/dL (PES).
- RN com mais de 48 horas de vida: “*Há resultados conflitantes sobre a definição de um nível alvo de glicemia de segurança. Atualmente, um limite aceitável para este grupo ainda é considerado 60 mg/dL*”
- Após 72 horas de vida: 70 mg/dL de acordo com AAA e PES.

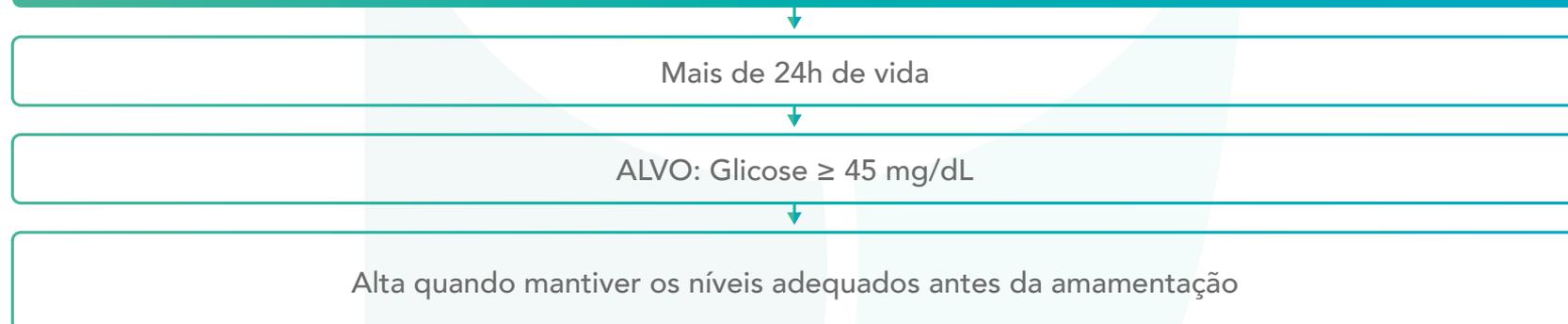
Porém, logo abaixo, no documento, a SBP padroniza os limites e condutas em fluxogramas. Observe:



ASSINTOMÁTICOS COM FATOR DE RISCO



ASSINTOMÁTICOS COM FATOR DE RISCO



Vamos comparar as condutas identificando as principais diferenças:

	COMO ERA	COMO FICOU
Limite de glicemia para sintomáticos	45 mg/dL	40 mg/dL
Limite de glicemia para assintomáticos com fatores de risco	36 mg/dL	Até 4h de vida: 25 mg/dL De 4 a 24h de vida: 35 mg/dL
Conduta inicial nos assintomáticos	Se glicemia ≥ 25 mg/dL: alimentação Se glicemia < 25 mg/dL: glicose endovenosa	Até 24 horas de vida: sempre iniciar com alimentação e reavaliar em uma hora
Limite de glicemia para assintomáticos com fatores de risco após 24 horas de vida	Não previa limite de horas de vida, mantinha 36 mg/dL	45 mg/dL
Conduta inicial nos assintomáticos com fatores de risco após 24 horas de vida	Não previa limite de horas de vida, dependia se glicemia era menor/igual ou maior que 25 mg/dL	Sem informação no documento atual

4.3 CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL EM MÃES PORTADORAS DO VÍRUS HIV

Estrategista, essa mudança ocorreu em documento assinado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde.



ATUALIZAÇÃO

Clampeamento do Cordão Umbilical em Recém Nascidos exposto ao HIV Materno

PEDIATRIA

Prof.ª Helena Schetinger
CRM PR: 26266

Confira essa atualização em vídeo!

COMO ERA	Independentemente da vitalidade ao nascer, filhos de mães HIV-positivas deveriam ter seu cordão umbilical clampeado de imediato.
COMO FICOU	Filhos de mães HIV-positivas podem ter seu cordão clampeado tardiamente, a depender de uma 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.



Porém, preste atenção!

O MINISTÉRIO DA SAÚDE MANTÉM A RECOMENDAÇÃO DO CLAMPEAMENTO IMEDIATO EM FILHOS DE MÃES HIV-POSITIVAS.

Portanto, fique atento à bibliografia do concurso ou à fonte solicitada na questão!

4.4 RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA PARA A SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA DE FERRO EM LACTENTES



ATUALIZAÇÃO

Anemia Ferropriva

PEDIATRIA

Prof.ª Ariadne Becker
CRM PR: 39.360

Confira essa atualização em vídeo!

A alta prevalência da anemia ferropriva na população pediátrica brasileira é motivo de grande preocupação, devido a estar associada a efeitos deletérios no desenvolvimento neuropsicomotor, alterações na imunidade, modificações no paladar e apetite, resposta ao estresse metabólico, desenvolvimento da visão e audição em crianças e adolescentes. Muitos desses efeitos podem ser irreversíveis.

Com o objetivo de evitar as repercussões negativas da deficiência de ferro, a Sociedade Brasileira de Pediatria revisou as recomendações para a suplementação de ferro em lactentes e salientou a importância de se identificar precocemente os **fatores de risco** relacionados à anemia ferropriva.

Como era:

A suplementação de ferro era recomendada para todos os recém-nascidos a termo com peso adequado, independentemente do regime de aleitamento, a partir de três meses de idade até 24 meses na dose de 1 mg/kg/dia.

Lactentes em uso de menos de 500 mL de fórmula infantil por dia, também deveriam iniciar a suplementação aos três meses, na mesma dose dos que recebiam o aleitamento materno.

Para lactentes com antecedente de prematuridade ou baixo peso (<2500 g), tanto a Sociedade Brasileira de Pediatria como o Ministério da Saúde indicavam o início da suplementação aos 30 dias de vida, em doses diferenciadas de acordo com a tabela abaixo:

Condição	Suplementação de Fe recomendada pelo MS e SBP
RNT < 2.500g ou Prematuro de 2.500g a 1.500g	2 mg/kg/dia até 1 ano
Prematuro de 1.500g a 1.000g	3 mg/kg/dia até 1 ano
Prematuro < 1.000g	4 mg/kg/dia até 1 ano
Observação: depois de 1 ano, a suplementação continua como a do RNT/AIG, ou seja: 1 mg/kg/dia até os 2 anos	

Como ficou:

Em 2021, a Sociedade Brasileira de Pediatria reforçou o conceito dos **fatores de risco** para o desenvolvimento da anemia ferropriva em crianças e adolescentes e pautou suas recomendações de suplementação de ferro na presença de fatores de risco.

Dessa forma, os fatores de risco a serem considerados encontram-se no quadro abaixo:

FATORES DE RISCO PARA ANEMIA FERROPRIVA (SBP, agosto 2021)				
↓ RESERVA MATERNA	↓ FORNECIMENTO	↑ DEMANDA METABÓLICA	SANGRAMENTOS	MÁ ABSORÇÃO
Gestações múltiplas e intervalo curto entre elas	Clampeamento de cordão antes de 1 min	Velocidade de crescimento > p90;	Trauma	Doença Celíaca
Dieta materna pobre em Fe	Atraso na Introdução Alimentar (> 6 meses)	Atletas de competição;	Menorragia	Doença inflamatória intestinal
Sangramento na gestação	Consumo de leite de vaca antes de 1 ano		Uso de AINE Infecção por <i>H.pylori</i>	Gastrite atrófica
Não suplementação de Fe na gestação	Baixo consumo de alimentos ricos em Fe		Verminoses	Uso de antiácidos, inibidor de bomba de prótons (IBP) ou bloqueador H2
			Discrasias sanguíneas	
			Malária	

A partir da análise dos fatores de risco, as recomendações passam a ser as seguintes:

- Lactentes de termo com peso adequado, em aleitamento materno, **sem fatores de risco**: iniciar a suplementação de ferro aos 180 dias na dose de 1mg/kg/dia até os 24 meses de vida.
- Lactentes de termo com peso adequado, independentemente do tipo de alimentação, **com fatores de risco**: iniciar a suplementação de ferro aos 90 dias, na dose de 1mg/kg/dia até os 24 meses de vida.

Quanto aos prematuros e ou com baixo peso ao nascimento, as recomendações de doses permanecem as mesmas.

Contudo, há uma ressalva quanto à necessidade de transfusão de hemácias, pois deve ser realizada uma avaliação individual em lactentes prematuros que necessitaram de transfusão de hemácias com volume maior do que 100 mL, com o objetivo de se adiar o início da suplementação para além dos 30 dias de vida, em casos selecionados. Observe o quadro abaixo:

Condição	Suplementação de Fe recomendada pelo MS e pela SBP
RNT < 2.500g ou Prematuro de 2.500g a 1.500g	2 mg/kg/dia até 1 ano
Prematuro de 1.500g a 1.000g	3 mg/kg/dia até 1 ano
Prematuro < 1.000g	4 mg/kg/dia até 1 ano
Prematuros com Transfusão de hemácias > 100ml	Avaliar individualmente (pode ser necessário adiar o início da suplementação de ferro para > 30 dias de vida).
Observação: depois de 1 ano, a suplementação continua como a do RNT/AIG, ou seja: 1 mg/kg/dia até os 2 anos.	

Cabe salientar que o Ministério da saúde, segue as recomendações da OMS e indica a suplementação universal de ferro a partir do sexto mês de vida, independentemente da presença de fatores de risco.

4.4.1 TRATAMENTO DA ANEMIA FERROPRIVA

Como era:

A terapêutica com ferro elementar preconizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria para a anemia ferropriva era de **3 a 5mg/kg/dia**, por um período mínimo de oito semanas. Os alvos do tratamento eram a reposição dos estoques do ferro e o índice a ser considerado para essa meta era de ferritina sérica maior de 15 µg/dL.

Como ficou:

A Sociedade Brasileira de Pediatria revisou a dose de tratamento da anemia ferropriva em crianças para **3 a 6 mg/kg/dia** de ferro elementar por um período de seis meses ou até que ocorra a reposição dos estoques de ferro, que pode ser confirmada pela normalização dos valores de hemoglobina, VCM, HCM, dosagem de ferro sérico, saturação da transferrina e ferritina.

CAPÍTULO

5.0 MEDICINA PREVENTIVA

5.1 MUDANÇA DA LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA



O ano de 2022 foi marcado por alterações importantes na **Lista Nacional de Notificação Compulsória**, documento que contém as doenças e agravos que devem ser notificados obrigatoriamente ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). O total de 6 entidades clínicas foram incluídas na lista, a saber:

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

De todas as doenças citadas acima, apenas a síndrome congênita do zika tem notificação semanal. As demais têm notificação imediata (isto é, em até 24 horas) para os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde).

Abaixo você encontra a lista completa e atualizada, que agora tem 53 tópicos entre doenças e agravos (lista atualizada após retificação no DOU de 06/09/2022).

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

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

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

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

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	Covid-19	X	X	X	
8	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
9	Difteria		X	X	
10	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
11	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
12	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
13	Doenças com suspeita de disseminação intencional:				
	a. Antraz pneumônico	X	X	X	
	b. Tularemia				
	c. Varíola				
14	Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes:				
	a. Arenavírus				
	b. Ebola	X	X	X	
	c. Marburg				
	d. Lassa				
	e. Febre purpúrica brasileira				
15	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
16	Esquistossomose				X
17	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
18	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
19	Febre Amarela	X	X	X	

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
20	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
21	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
22	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
23	Febre Tifoide		X	X	
24	Hanseníase				X
25	Hantavirose	X	X	X	
26	Hepatites virais				X
27	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
28	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
29	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
30	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
31	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
32	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
33	Leishmaniose Visceral				X
34	Leptospirose			X	
35	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	
36	Monkeypox (varíola dos macacos)	X	X	X	
37	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
38	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
39	Peste	X	X	X	
40	Raiva humana	X	X	X	
41	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
42	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
43	Sífilis:				
	a. Adquirida				
	b. Congênita				
	c. Em gestante				X

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
44	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
45	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à Covid-19	X	X	X	
46	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à Covid-19	X	X	X	
47	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada ao Coronavírus a. SARSCoV b. MERS- CoV c. SARS-CoV-2	X	X	X	
48	Síndrome Gripal suspeita de Covid-19	X	X	X	
49	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
50	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
51	Tuberculose				X
52	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
53	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

CAPÍTULO

6.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 (versão 4) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022;
2. Protocolo de profilaxia contra Raiva humana. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/esquema_profilaxia_raiva_humana.pdf
3. NOTA TÉCNICA Nº 8/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS Informa sobre atualizações no Protocolo de Profilaxia pré, pós e reexposição da raiva humana no Brasil. Ministério da Saúde 2022. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/cgzv-deidt-svs-ms-protocoloraiva-100322.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestão de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
6. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria Versão 2016 com atualizações em maio de 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBP-ReanimacaoRN_Maior34semanas-MAIO_2021.pdf
7. Reanimação do Prematuro < 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf
8. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/junho/06/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNigualMaior34semanas-MAIO2022a.pdf
9. Reanimação do recém-nascido < 34 semanas em sala de parto da Sociedade Brasileira de Pediatria 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/junho/06/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNmenor34semanas-MAIO2022a.pdf
10. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria – 4ª edição
11. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria – 5ª edição
12. Diretrizes SBP de hipoglicemia neonatal 2015 https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/diretrizessbp-hipoglicemia2014.pdf
13. Documento Científico do departamento Científico de Endocrinologia – Hipoglicemia Neonatal – 2022
14. Recomendações sobre o clameamento do cordão umbilical – SBP e FEBRASGO 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23396c-Diretrizes-Recom_Clamp_CordUmb.pdf
15. Documento científico da Sociedade Brasileira de Pediatria: Consenso sobre a anemia ferropriva: destaques 2021. Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia.
16. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 420, de 02 de março de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>.
17. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.102, de 13 de maio de 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1102_16_05_2022.html
18. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.418, de 31 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.418-de-31-de-agosto-de-2022-426206193>.



Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com



Estratégia
MED