



PROVA DE BOLSAS

— ESTRATÉGIA MED —

CADERNO DE RESPOSTAS

CLÍNICA MÉDICA

01 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Rodrigo Frezatti - Neurologia) Sobre o estado confusional agudo, assinale a alternativa correta:

- A) A presença de alteração do nível de consciência é necessária para o diagnóstico.
- B) O uso de neurolépticos é o padrão-ouro para o tratamento dessa condição.
- C) Idade avançada é o principal fator precipitante dessa síndrome.
- D) A tomografia de crânio faz parte da investigação desses pacientes.
- E) Um paciente que não apresenta desatenção, não preenche critérios para *delirium*.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, tema clássico em provas de Neurologia. O estado confusional agudo pode ser deflagrado por inúmeras condições e seu diagnóstico é feito clinicamente, a partir dos critérios da ferramenta CAM-ICU, que envolve quatro características:

Necessariamente:

1. Presença de alteração aguda e flutuante do estado mental (confusão)
2. Desatenção

Ao menos 1:

3. Pensamento desorganizado
4. Alteração do nível de consciência

Cerca de 15% dos pacientes no PS e 20% dos internados apresentam essa complicação. Idade avançada, sexo masculino, antecedente de declínio cognitivo, privação de sono e depressão são fatores predisponentes para o quadro, ao passo que infecções, hipo/hipernatremia, uso de benzodiazepínicos, alguns antibióticos como quinolonas e cefepime, disfunção renal e outros fatores que alterem a homeostase são causas em potencial, ou fatores precipitantes.

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

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. A alteração do nível de consciência, como vimos acima, não precisa, necessariamente, estar presente.

Incorreta a alternativa B. Dois erros. Primeiro, o neuroléptico não trata o *delirium*. Na verdade, nos casos de *delirium* hiperativo, pode ser uma alternativa no manejo da agressividade. “Pode ser”, porque, nos pacientes com quadros parkinsonianos prévios, o manejo da agitação, quando necessário, deve ser feito com benzodiazepínicos.

Incorreta a alternativa C. Idade avançada é um importante fator predisponente de *delirium*, não precipitante.

Incorreta a alternativa D. Não necessariamente. Em casos típicos de *delirium*, esse exame não será necessário.

Correta a alternativa E.

Como vimos acima, pelos critérios CAM-ICU, a presença de desatenção é necessária para o diagnóstico de *delirium*.

02 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Taysa Moreira - Reumatologia) Homem, 46 anos, procura atendimento por piora recente de sua asma com uso cada vez mais frequente de salbutamol. Relata diagnóstico na adolescência, no entanto estava bem até há cerca de 2 meses quando a dispneia e o chiado retornaram. Além disso, notou nódulos indolores nos antebraços e perda involuntária de 5 kg no período. Ao exame físico: murmúrio vesicular presente com sibilos expiratórios bilaterais, frequência respiratória = 24 irpm, satO₂ em ar ambiente = 95%, presença de nódulos fibroelásticos em superfície extensora de antebraços. Radiografia de tórax mostra nódulos pulmonares não cavitados bilaterais. Exames laboratoriais com Hb 11,4 g/dL, leucócitos 9.600/mm³ com 40% de neutrófilos, 35% de linfócitos e 20% de eosinófilos, plaquetas 300.000/mm³, PCR 8 mg/L (VR < 5), creatinina 1,2 mg/dL e ureia 45 mg/dL.

Tendo em vista a principal hipótese diagnóstica, qual dos exames abaixo têm mais probabilidade de ser encontrado nesse paciente?

- A) HLA-B27
- B) Fator reumatoide
- C) c-ANCA.
- D) FAN
- E) p-ANCA

COMENTÁRIO:

Estrategista, temos aqui um homem de meia-idade com relato de piora recente da asma, perda de peso involuntária e nódulos subcutâneos. Além disso, exames complementares mostram nódulos pulmonares, anemia, eosinofilia e aumento de PCR. Diante desses achados, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser a granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA), mais conhecida como síndrome de Churg-Strauss.

A GEPA é uma vasculite de pequenos vasos associada ao ANCA que acomete homens e mulheres em torno dos 40 a 50 anos e que cursa com sinais e sintomas constitucionais devido a processos inflamatórios sistêmicos (p. ex., fadiga, mal-estar, perda de peso), atópicos (p.e x., rinite alérgica, polipose nasal, asma) e vasculíticos.

O quadro é, em geral, insidioso, e o achado mais frequente nessa vasculite é a asma, com relato de piora recente e difícil

controle medicamentoso. Sintomas de vias aéreas superiores decorrentes de rinossinosite e polipose nasal também são comuns. Outras manifestações características são lesões cutâneas granulomatosas (como os nódulos apresentados pelo paciente), mononeurite múltipla, envolvimento cardíaco (p.ex., arritmias, insuficiência), gastrointestinal (p.ex., dor abdominal, sangramento) e renal (glomerulonefrite).

Exames laboratoriais mostram achados compatíveis com o processo inflamatório sistêmico, como anemia normocítica e normocrômica e elevação de PCR e VHS, mas a alteração mais típica da GEPA é a eosinofilia, tanto em números absolutos (> 1.500/mm³) quanto relativos (> 10% do diferencial). Entre os achados de imagem mais frequentes, temos infiltrados migratórios e nódulos pulmonares não cavitados.

Dito isso, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: o HLA-B27 está associado às espondiloartrites, principalmente à espondilite anquilosante, sem qualquer relação com as vasculites associadas ao ANCA.

Incorreta a alternativa B: ainda que o fator reumatoide seja inespecífico e possa estar presente em diferentes cenários, as vasculites associadas ao ANCA não possuem relação direta com a sua positividade.

Incorreta a alternativa C: apesar de a GEPA ser uma vasculite associada ao ANCA, o padrão c-ANCA (citoplasmático) não é o esperado. Esse padrão é classicamente relacionado à granulomatose com poliangeíte, mais conhecida como granulomatose de Wegener.

Incorreta a alternativa D: as vasculites associadas ao ANCA não possuem relação direta com anticorpos antinucleares e, conseqüentemente, com a positividade do FAN.

Correta a alternativa E:

o padrão p-ANCA (perinuclear) é o tipicamente associado à GEPA e à poliangeíte microscópica e o anticorpo esperado, nesses casos, é o anti-MPO (antimieloperoxidase). Grave essas associações, porque elas são bastante exploradas nas provas.

03 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Juan Demolinari - Pneumologia) Um senhor de 65 anos procura seu consultório para esclarecimentos sobre o tratamento de sua doença pulmonar obstrutiva crônica. O paciente apresentou 1 exacerbação há 2 semanas, com necessidade de internação, e, apesar de estar bem no momento, apresenta dispneia para andar 100 metros há 1 ano. É tabagista há 30 anos, com carga tabágica de 30 maços/ano. Ele trouxe exames complementares, entre os quais uma espirometria que evidencia relação VEF1/CVF: 0,58 pós-broncodilatador, VEF1 pós-broncodilatador de 58% do previsto e prova broncodilatadora negativa. Apresentava hemoglobina: 14,2 g/dL, hematócrito: 42%, eosinofilia de 350 cel/mm³. Sua gasometria mostra pH: 7,36, PaO₂: 58 mmHg, PaCO₂: 50 mmHg, HCO₃: 30 mEq/L, saturação de O₂: 89%. Ecocardiograma normal. Diante desses dados, o indivíduo questiona-o que medidas seriam capazes de alterar a mortalidade de sua doença e você responde, **exceto**:

- A) Cessação tabágica
- B) Oxigenoterapia domiciliar prolongada
- C) Reabilitação pulmonar
- D) Uso de Bipap domiciliar
- E) Tiotrópio + formoterol + budesonida

COMENTÁRIO:

A DPOC é uma doença respiratória crônica caracterizada por obstrução ao fluxo aéreo e que pode ser causada por fatores como tabagismo e exposição a poluentes. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos e espirométricos, incluindo uma relação VEF1/CVF

< 0,7 pós-broncodilatador.

Em relação às terapias capazes de modificar a história da DPOC, temos 6 opções com suas respectivas restrições que detalharemos nas alternativas:



O enunciado pede a incorreta:

Correta a alternativa A: a cessação tabágica é a principal medida que prolonga a sobrevida na DPOC e deve ser encorajada em qualquer paciente.

Incorreta a alternativa B:

a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) está indicada apenas em pacientes com $PO_2 \leq 55$ mmHg ou $sat. O_2 \leq 88\%$, **OU** PaO_2 56-59 mmHg ou $sat. O_2$ 89% em vigência de hipertensão pulmonar, poliglobulia ou *cor pulmonale*;

Correta a alternativa C: a reabilitação pulmonar reduz a mortalidade em pacientes hospitalizados ou que tiveram alta há menos de 4 semanas.

Correta a alternativa D: o uso do bilevel domiciliar reduz a mortalidade em pacientes com DPOC estável e que persistem com hipercapnia.

Correta a alternativa E: a terapia tripla medicamentosa (LAMA + LABA + corticoide inalatório) reduz a mortalidade em sintomáticos com exacerbações frequentes ou graves e eosinofilia > 300 cel/mm³.

04 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Clarissa Cerqueira - Infectologia) Qual é a antibioticoprofilaxia de escolha para pacientes submetidos à cirurgia eletiva do cólon?

- A) Oxacilina
- B) Cefazolina
- C) Ceftriaxone
- D) Cefoxitina
- E) Metronidazol

COMENTÁRIOS:

No caso de cirurgias colorretais, devemos usar antibióticos profiláticos com cobertura para Gram-positivos, Gram-negativos e anaeróbios.

Incorreta a alternativa A. A oxacilina só tem cobertura contra bactérias Gram-positivas, como o *S. aureus*. Não tem ação contra Gram-negativas e anaeróbios.

Incorreta a alternativa B. A cefazolina tem basicamente cobertura contra bactérias Gram-positivas. Não tem boa ação contra Gram-negativas nem anaeróbios.

Incorreta a alternativa C. O ceftriaxone não tem ação contra anaeróbios.

Correta a alternativa D.

A cefoxitina é uma cefalosporina de segunda geração que tem ação contra Gram-positivos, Gram-negativos e anaeróbios. Por esse motivo, pode ser usada para profilaxia de cirurgias colorretais.

Incorreta a alternativa E. O metronidazol cobre anaeróbios, porém não tem ação contra outros agentes importantes como o *S. aureus* e *E. coli*.

05 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bruno Souza - Dermatologia) Paciente de 32 anos, sexo masculino, apresenta lesões de pele que surgiram há 4 dias. Refere que as manchas doem e coçam esporadicamente. Exame físico: afebril, bom estado geral, máculas, pápulas e placas eritematosas com dupla borda e aspecto em tiro ao alvo em pernas e braços. Na mucosa oral, havia pequena área de erosão. Esse quadro sugere a seguinte hipótese diagnóstica:

- A) Herpes-zóster
- B) Eritema marginado
- C) Varicela
- D) Eritema nodoso
- E) Eritema multiforme

COMENTÁRIOS:

O eritema multiforme é uma doença de pele caracterizada pela presença de máculas, pápulas e placas eritematosas com uma dupla borda distintiva, o que lhe confere um aspecto em "tiro ao alvo". As lesões podem se desenvolver em diferentes áreas do corpo, mas são comuns nas extremidades, como pernas e braços. Além disso, algumas lesões podem causar dor e coceira.

Os fatores desencadeantes do eritema multiforme incluem infecções virais (principalmente herpes simples) ou bacterianas, reações medicamentosas e, em alguns casos, causa desconhecida (forma idiopática). A mucosa oral também pode ser afetada com a ocorrência de pequenas áreas de erosão conhecidas como "erosões em alvo" ou "lesões em alvo menor".

Incorreta a alternativa A. O herpes-zóster é uma infecção viral que causa dor e erupções cutâneas vesiculares ao longo de um dermatoma. Não apresenta o padrão característico de "tiro ao alvo" visto no eritema multiforme.

Incorreta a alternativa B. O eritema marginado é uma manifestação cutânea da febre reumática, caracterizado por lesões em forma de anel que surgem após a infecção por *Streptococcus pyogenes*. As lesões do eritema marginado são diferentes do aspecto "tiro ao alvo" do eritema multiforme.

Incorreta a alternativa C. A varicela, também conhecida como catapora, é uma infecção viral que causa máculas, pápulas e vesículas em todo o corpo. As lesões da varicela têm características distintas do eritema multiforme.

Incorreta a alternativa D. O eritema nodoso é uma condição caracterizada por nódulos subcutâneos sensíveis, frequentemente localizados nas pernas. Não apresenta o padrão típico de "tiro ao alvo" do eritema multiforme.

Correta a alternativa E. Alternativa perfeita e sem ressalvas.

06 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Thales Thaumaturgo - Psiquiatria) Paciente masculino, agricultor, 35 anos, é conduzido à UPA pelo Corpo de Bombeiros, após colegas de trabalho o terem encontrado desacordado perto de um trator da propriedade rural onde trabalham. Em uma rápida avaliação, notam-se bradicardia, broncorreia, sialorreia, vômitos, diarreia, sudorese intensa, miose e tremores. Diante desse quadro, qual é o provável diagnóstico e sua respectiva conduta?

- A) Intoxicação por cocaína – administração de diazepam
- B) Intoxicação por amitriptilina – administração de naloxona

- C) Intoxicação por carbamato – administração de pralidoxima
- D) Intoxicação por fentanil – administração de atropina
- E) Intoxicação por paracetamol – administração de n-acetilcisteína

COMENTÁRIOS:

A **Síndrome Colinérgica**, também conhecida como **Síndrome Anticolinesterásica**, é causada pela inibição da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina. Com o acúmulo da acetilcolina, há o aumento do tônus colinérgico no sistema nervoso central, periférico e autônomo, devido à **hiperestimulação dos receptores muscarínicos e nicotínicos**.

O acúmulo de acetilcolina pode causar sintomas como miose, broncorreia, sialorreia, diarreia, agitação psicomotora,

cefaleia, tonturas, convulsões e rebaixamento do nível de consciência. Os principais responsáveis são os tóxicos carbamatos e organofosforados, largamente encontrados em defensivos agrícolas, mas também frequentemente empregados em raticidas. Por isso, fique atento ao contexto da exposição e à ocupação da vítima. O tratamento é feito com uso de atropina, um fármaco anticolinérgico, ou pralidoxima, uma droga reativadora da acetilcolinesterase.

Incorreta a alternativa A. A intoxicação por drogas como cocaína e crack podem desencadear a síndrome simpatomimética adrenérgica, causando agitação, taquicardia, hipertensão e midríase. O tratamento é feito com o uso de benzodiazepínicos.

Incorreta a alternativa B. Antidepressivos tricíclicos causam sintomas opostos aos observados nesta questão, pois cursam com a síndrome anticolinérgica. Nesse caso, observaríamos pele seca, hipertermia, taquicardia, agitação psicomotora e midríase. Bicarbonato de sódio e benzodiazepínicos podem ser úteis nesses casos.

Correta a alternativa C.

Intoxicação por substâncias com ação colinérgica, como o carbamato e organofosforados causam a toxíndrome responsável pelo quadro clínico desta questão. O tratamento é feito com atropina (1ª linha) ou pralidoxima (2ª linha).

Incorreta a alternativa D. Opioides causam redução do nível de consciência, depressão respiratória, bradicardia, hipotensão e hipotermia, além de, normalmente, produzirem miose. O antídoto é a naloxona ou o nalmefeno.

Incorreta a alternativa E. Intoxicações graves por paracetamol causam lesão hepática. O tratamento é realizado com n-acetilcisteína.

07 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Hugo Brisolla - Hematologia) A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma complicação grave do tratamento de doenças oncológicas, especialmente onco-hematológicas, como a leucemia linfoblástica aguda e os linfomas. Assinale a alternativa que apresenta alterações presentes na SLT.

- A) Hipercalcemia e hipercalemia
- B) Hipocalcemia e hipocalemia
- C) Hipouricemia e hipocalemia
- D) Hiperuricemia e hipercalemia
- E) Hipocalcemia e hipofosfatemia

COMENTÁRIOS:

A **síndrome de lise tumoral (SLT)** é uma condição clínica causada pela destruição maciça de grande quantidade de células tumorais, podendo ser **espontânea** ou, mais comumente, **provocada** por quimio ou radioterapia. Acontece principalmente no tratamento dos **linfomas** de rápido crescimento, como o linfoma difuso ou o linfoma de Burkitt, e da leucemia linfoblástica aguda, a **LLA**.

Nesse quadro, a destruição das células neoplásicas leva à **liberação do seu conteúdo intracelular**, especialmente potássio,

Lembrando de todas essas alterações, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: pelo contrário, o cálcio sérico é quelado pelo fósforo liberado com a destruição das células neoplásicas. Esperamos, assim, encontrar hipocalcemia na SLT.

Incorreta a alternativa B: o potássio é o principal íon intracelular, sendo liberado em grandes quantidades na SLT. Assim, esperamos hipercalemia.

Incorreta a alternativa C: o ácido úrico é um metabólito dos ácidos nucleicos, tendo seu nível aumentado na SLT. Desse modo, encontramos hiperuricemia nessa condição.

Correta a alternativa D: as alterações laboratoriais clássicas da SLT são hipercalemia, hiperfosfatemia, hiperuricemia e hipocalcemia.

Incorreta a alternativa E: o fósforo é o segundo íon intracelular mais comum, sendo também liberado em grandes quantidades na SLT. Portanto, essa condição cursa com hiperfosfatemia.

08 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Fernanda Badiani - Nefrologia) Mulher, 65 anos, portadora de hipertensão arterial e diabetes de longa data, em seguimento ambulatorial regular, comparece para avaliação de rotina. Faz uso domiciliar de losartana, atenolol, metformina e linagliptina. No momento, sem queixas. Ao exame, apresenta PA 152x76mmHg; FC 62bpm; sem edemas; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Exames laboratoriais: Creatinina 3,2mg/dL (taxa de filtração glomerular 16mL/min/1.73m²); Ureia 88mg/dL; Sódio 137mEq/L; Potássio 4,9mEq/L; pH 7,34; Bicarbonato 20,5 mmol/L; Glicemia de jejum 111mg/dL; Hemoglobina glicada 6,8%; Hemoglobina 11,2 g/dL; Ferritina 120ng/mL; Índice de saturação de transferrina 32%; Urina 1: Proteína 2+ - Glicose +; Leucócitos 5.000; Hemácias 7.000.

Em relação ao manejo dessa paciente, qual é a alternativa correta?

- A) Suspender losartana e metformina e iniciar inibidor de SGLT-2.
- B) Associar furosemida e bicarbonato de sódio em pó.
- C) Suspender metformina apenas, associar anlodipino e bicarbonato de sódio em pó.
- D) Associar furosemida e eritropoetina.
- E) Suspender losartana e metformina, associar anlodipino, eritropoetina e bicarbonato de sódio em pó.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta questão traz o caso de uma senhora portadora de doença renal crônica (DRC), que apresenta hipertensão com mau controle, diabetes em uso de metformina com taxa de filtração glomerular muito reduzida, além de acidose metabólica. O objetivo da questão é contemplar o manejo da DRC.

Os principais sintomas da DRC surgem nas **fases mais avançadas da doença** e trazem importante redução da qualidade de vida dos pacientes. Um dos sintomas que mais trazem desconforto é a sobrecarga de volume, que pode cursar com dispneia, descontrole pressórico e edema de membros inferiores. Para o controle, podemos reduzir a entrada de água por meio da orientação de restrição hídrica e reforçar a dieta hipossódica. Para aumentar a eliminação de água, podemos associar diuréticos ao tratamento medicamentoso e maximizar a diurese desses

indivíduos, sendo utilizados principalmente os diuréticos de alça, como a furosemida. Também preconiza-se o controle pressórico, com alvo **< 130x80mmHg** em pacientes portadores de DRC em tratamento conservador segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), sendo que os anti-hipertensivos de escolha são os inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) caso haja proteinúria $\geq 300\text{mg}/24$ horas ou $\geq 30\text{mg}/24$ horas, se o paciente for diabético. Se não houver, podemos utilizar qualquer outra droga, desde que haja o controle pressórico adequado.

Entre as mudanças do estilo de vida, incentiva-se a realização de atividades físicas, cessação do tabagismo e controle do peso para manter o índice de massa corpórea dentro da normalidade.

O alvo glicêmico é uma **hemoglobina glicada (HbA1c) ao redor de 7%**. Níveis mais altos podem ser tolerados em pacientes com alto risco de hipoglicemia, múltiplas comorbidades ou expectativa de vida limitada. Sempre devemos nos lembrar de **ajustar ou suspender os antidiabéticos orais segundo a taxa de filtração glomerular**. Os principais ajustes são:

- Metformina: deve ter a dose máxima limitada a 1g/dia com TFG entre 45-30mL/min/1,73m² e suspensa se TFG <30mL/min/1,73m² pelo risco de acidose láctica.
- Inibidores da DDP-4: podem ser utilizados mesmo em DRC em diálise, desde que reduzida a dose.

Atualmente, além do efeito renoprotetor comprovado dos iECA e BRA, a classe de medicações dos inibidores do SGLT-2 (cotransportador renal sódio-glicose tipo 2) também foi comprovadamente eficaz em retardar a progressão da nefropatia diabética e não diabética, principalmente nos pacientes proteinúricos, e é recomendada, em conjunto com as primeiras drogas citadas, como medicações renoprotetoras.

Essa classe de medicação age por meio do bloqueio da absorção de sódio e glicose no túbulo contorcido proximal, o que aumenta o aporte de sódio à mácula densa. Dessa forma, o rim sente que está bem perfundido e, por meio do feedback túbulo-glomerular, provoca vasoconstrição da arteríola aferente, reduzindo o fluxo sanguíneo que chega ao rim e, assim, diminuindo a pressão intraglomerular.

A recomendação atual é incluir o uso dessas medicações para pacientes diabéticos e não diabéticos com as seguintes recomendações:

- Taxa de filtração glomerular de 20-44mL/min/1,73m² (independentemente do nível de proteinúria).
- Taxa de filtração glomerular de 89-45mL/min/1,73m² com proteinúria (RAC $\geq 200\text{mg}/\text{g}$).

Uma ressalva importante é que essas medicações **NÃO** devem ser iniciadas com taxa de filtração glomerular < 20mL/min/1,73m², mas elas podem ser mantidas em pacientes com declínio da função renal até o início de diálise, ou seja, devemos suspender se houver início de diálise!

Os distúrbios hidroeletrólíticos mais comuns são a **acidose metabólica** e a hiperpotassemia. Ambos ocorrem por dificuldade de eliminação renal de potássio e hidrogênio. Assim como a água, devemos limitar a ingestão de alimentos com excesso desses íons, por meio da orientação da limitação da proteína na dieta até 0,8g/kg/dia, com preferência à ingestão de proteínas de origem vegetal. Alguns alimentos também possuem alto teor de potássio e sua ingestão deve ser limitada, principalmente certas frutas. Para corrigir os distúrbios, pode-se prescrever reposição de bicarbonato de sódio via oral, **com alvo de bicarbonato sérico $\geq 22\text{mmol/L}$** .

A anemia é muito prevalente na DRC devido à menor absorção de ferro (o ambiente urêmico deixa os paciente mais inflamados) e menor produção de eritropoetina. Assim, devemos dosar os estoques de ferro e repor quando necessário – os alvos são **ferritina $> 100\text{ng/mL}$ e índice de saturação de transferrina $> 20\%$** . Após reposição dos estoques de ferro, se houver persistência da anemia, é indicada a **reposição de eritropoetina**, em geral via subcutânea. O alvo de hemoglobina para o paciente DRC deve ser entre 10-12g/dL.

Analisando as alternativas, temos:

Incorreta a alternativa A. Não há necessidade de suspender a losartana devido ao potássio sérico controlado, e a TFGé é baixa para iniciar inibidor de SGLT-2.

Incorreta a alternativa B. Não há necessidade de introduzir furosemida devido ao potássio sérico controlado e à ausência de sinais de sobrecarga volêmica.

Correta a alternativa C. Todas as medidas corretas.

Incorreta a alternativa D. Não há necessidade de introduzir furosemida devido ao potássio sérico controlado e à ausência de sinais de sobrecarga volêmica. Não há necessidade de eritropoetina devido à hemoglobina estar entre 10-12 g/dL.

Incorreta a alternativa E. Não há necessidade de suspender a losartana devido ao potássio sérico controlado. Não há necessidade de eritropoetina devido à hemoglobina estar entre 10-12 g/dL.

09 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bruno Ferraz - Cardiologia) Um paciente do sexo masculino, com 60 anos de idade, é admitido na emergência com diagnóstico prévio de miocardiopatia dilatada devido ao consumo crônico de álcool. Ele relata dispnéia progressiva, palpitações e edema em membros inferiores há 5 dias. No exame físico, apresenta uma frequência respiratória de 26 respirações por minuto, pressão arterial de 150/90 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm e é auscultado o som de uma terceira bulha cardíaca. Ruídos crepitantes são identificados em ambos os pulmões até 1/3 médio. Com base no perfil hemodinâmico do paciente, qual é a terapia farmacológica mais apropriada?

- A) Furosemida e Morfina
- B) Espironolactona e Carvedilol
- C) Carvedilol e Losartana
- D) Furosemida e Nitroglicerina
- E) Dapagliflozina e Sacubitril/Valsartana

COMENTÁRIOS:

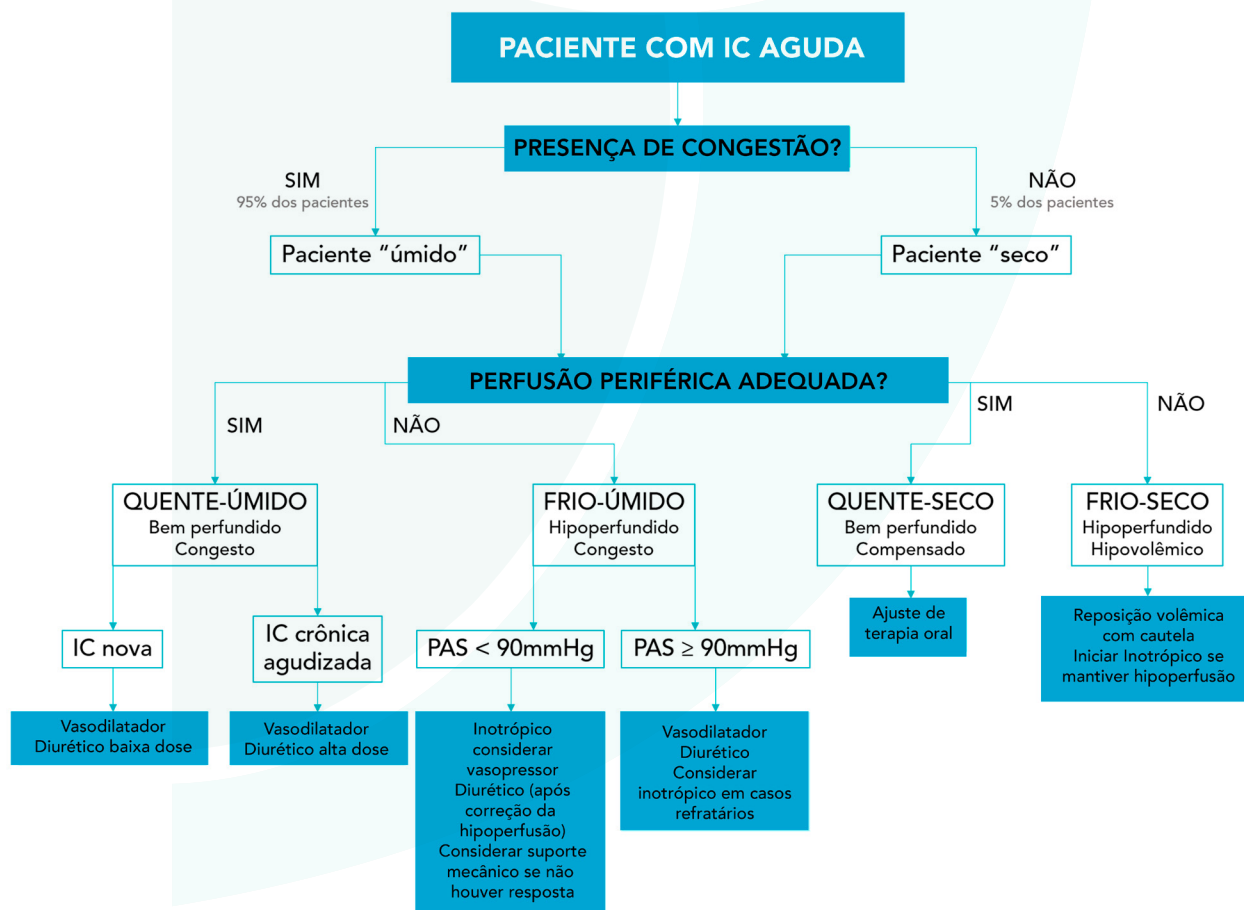
Caro Estrategista,

No paciente da questão, temos sinais e sintomas inequívocos de insuficiência cardíaca (IC) aguda: dispneia progressiva, edema de membros inferiores, B3, crepitações pulmonares.

Devemos avaliar se há baixa perfusão (extremidades frias, baixo débito urinário, estado mental alterado entre outros) e congestão (turgência jugular, refluxo hepatojugular, edema periférico, B3, dispnéia, crepitações entre outros). Em algumas bibliografias, esses perfis são classificados por letras:



Este paciente apresenta sinais clássicos de congestão pulmonar e sistêmica com perfusão preservada. Portanto, está classificado como quente e úmido. Como vamos tratar? Veja o algoritmo:



Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Os opióides são utilizados para redução da sensação de dispneia com melhora da ansiedade e da pré-carga (efeito vasodilatador). Devem ser utilizadas com cautela pelo risco de depressão respiratória e broncoespasmo por liberação de histamina. O opioide mais utilizado é a morfina. Muito recomendada nos casos de edema agudo de pulmão. No entanto, o uso atual de morfina vem sendo reduzido pois algumas publicações sugeriram aumento da taxa de intubações e mortalidade com seu uso, visto que os opióides promovem depressão respiratória e maior incidência de vômitos (risco de broncoaspiração)

Incorreta a alternativa B. Na fase aguda de descompensação, devemos considerar, primeiramente, o uso de drogas endovenosas. A espironolactona deve ser introduzida após otimização de betabloqueador e inibidor da ECA. Idealmente, o betabloqueador deve ser introduzido quando houver melhora da congestão.

Incorreta a alternativa C. Na fase aguda de descompensação, devemos considerar, primeiramente, o uso de drogas endovenosas. Além disso, não está indicado o início do betabloqueador em pacientes congestos.

Correta a alternativa D.

Tratamento preconizado no paciente portador do perfil “quente-úmido”, visando controle pressórico e redução da congestão.

Incorreta a alternativa E. Existem poucas evidências quanto ao uso dessas drogas na fase aguda da descompensação da IC. Elas devem ser iniciadas quando há melhora do quadro congestivo.

10 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Isabella Parente - Gastroenterologia) Qual dos achados abaixo não é compatível com o diagnóstico de Retocolite Ulcerativa?

- A) Fístulas perianais
- B) Diarreia profusa com muco e sangue
- C) Colangite esclerosante primária
- D) Proctite
- E) Pioderma gangrenoso

COMENTÁRIOS:

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal que afeta a mucosa do RETO e do CÓLON de forma contínua e ascendente. Seus sintomas, portanto, relacionam-se diretamente aos locais afetados pela doença e variam de intensidade, a depender de sua extensão.

O autor quer saber qual das alternativas não comporta achado compatível com o diagnóstico de RCU.

Correta a alternativa A.

As fístulas perianais são comumente encontradas na Doença de Crohn, devido ao seu envolvimento transmural. Na retocolite ulcerativa, são extremamente incomuns.

Incorreta a alternativa B. O paciente típico de RCU é aquele que apresenta intermitentemente uma diarreia invasiva com muco e sangue. Períodos de exacerbação e acalmia são descritos, mas a doença configura-se como crônica. A ocorrência de diarreia profusa pode ocorrer, incluindo hemorragia maciça.

Incorreta a alternativa C. A colangite esclerosante primária (CEP) é uma das manifestações extraintestinais hepatobiliares possíveis no contexto das doenças inflamatórias intestinais. Caracteriza-se pela inflamação dos ductos intra e extra-hepáticos, levando à fibrose, que pode culminar com cirrose hepática e insuficiência hepática. A CEP é mais comum em portadores de RCU

Incorreta a alternativa D. Em caso de acometimento retal, a RCU cursa com proctite (inflamação do reto), que ocasiona eliminação de sangue e/ou muco ao evacuar, com fezes normais ou duras. Isso ocorre porque o bolo fecal já foi formado ao longo de todo o restante do intestino, que se encontra saudável.

Incorreta a alternativa E. O pioderma gangrenoso é uma das manifestações extraintestinais dermatológicas possíveis no contexto das doenças inflamatórias intestinais. Caracteriza-se por pústula inicial que evolui para úlcera com bordas emolduradas e bem delimitadas, violáceas, com centro necrótico. Pode acometer qualquer superfície cutânea, sobretudo as pernas. É comum sua ocorrência adjacente ao estoma após colectomia ou em cicatrizes cirúrgicas. O pioderma gangrenoso pode ocorrer em qualquer das DIIs, mas é mais comum na RCU (1-10% dos pacientes).

CIRURGIA GERAL

11 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. David Nordon - Ortopedia) Paciente de 4 meses é levado ao pronto-socorro em torno do meio-dia, após ter passado a noite chorando. Encontra-se sonolento, pouco responsivo aos estímulos, com fontanela funda. Pais referem que ocorreu convulsão durante a noite, mas, ainda assim, acharam melhor esperar pela manhã. Qual é a conduta **menos** importante no momento?

- A) Notificação do conselho tutelar
- B) Solicitar radiografia de corpo inteiro
- C) Solicitar eletroencefalograma
- D) Solicitar tomografia de crânio
- E) Solicitar fundoscopia de olhos

COMENTÁRIOS:

Discussão sobre a questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Se o candidato tem capacidade de diagnosticar a Síndrome do Bebê Chacoalhado (SBC).

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Maus tratos

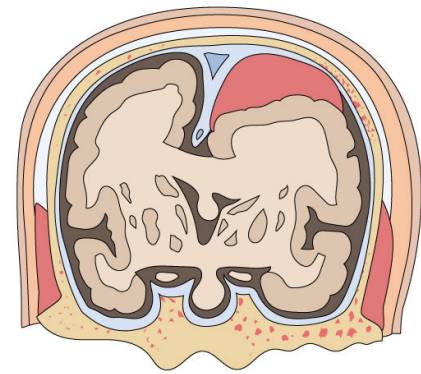
A criança que é submetida a maus tratos pode sofrer por agressão (verbal, física ou psicológica) ou simplesmente negligência.

São sinais de maus-tratos: lesões em diversos estágios de cicatrização (hematomas e equimoses – particularmente na nuca, costas, abdome e coxas; mordeduras; queimaduras – em especial na forma de ferro, numulares como bituca de cigarro, ou dos pés

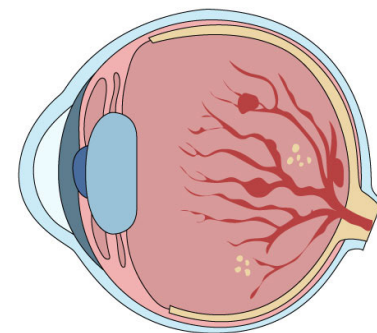
e nádegas – como se a criança tivesse sido colocada sentada, contra a vontade, em água fervente); múltiplas fraturas em vários estágios de consolidação; fraturas de alto risco; hematoma subdural; hemorragias retinianas; alterações comportamentais da criança (triste, arredia, agressiva, irritadiça, queda do rendimento escolar).

A combinação de **hemorragia retiniana**, **hematoma subdural** e **lesões de partes moles** forma o diagnóstico da SBC, que pode ser fatal. Ela ocorre pelo movimento *violento* de chacoalhar a criança para frente e para trás, causando trauma cerebral com lesão axonal difusa, hemorragia e edema. A hemorragia retiniana é marcante nessa condição. Em **provas**, **hemorragia retiniana = maus tratos**. Na prática, porém, não é um sinal patognomônico.

Síndrome do bebê chacoalhado



Hemorragia subdural



Hemorragia retiniana



Lesões de partes moles



Na suspeita de maus tratos, a criança deve ser internada para sua própria proteção (além do tratamento das lesões), e o conselho tutelar ou a vara da infância devem ser notificados.

Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A, pois o conselho tutelar deve ser notificado mesmo na simples suspeita de maus tratos.

Incorreta a alternativa B, pois crianças abaixo de dois anos devem ser submetidas à radiografia de corpo inteiro para buscar lesões ósseas.

Correta a alternativa C,

pois, embora o paciente supostamente tenha apresentado uma convulsão, a principal suspeita não é de uma síndrome epiléptica, e, sim, de síndrome do bebê chacoalhado. Caso venha a apresentar uma nova convulsão presenciada, aí, sim, é possível se fazer uma avaliação específica.

Incorreta a alternativa D, pois a tomografia de crânio é essencial para buscar os sangramentos e a causa das alterações neurológicas da criança.

Incorreta a alternativa E, pois a fundoscopia é, também, essencial para buscar as alterações de vasos retinianos características da síndrome.

12 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Renatha Paiva - Cirurgia) Paciente masculino, 34 anos, retorna para consulta ambulatorial no 7º pós-operatório de uma herniorrafia inguinal esquerda feita pela técnica de Lichtenstein. Refere muita dor e edema testicular do mesmo lado da cirurgia. Ao exame clínico, edema de bolsa escrotal, testículo esquerdo aumentado, sem sinais flogísticos. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada para o caso?

- A) Infecção do sítio cirúrgico e drenagem pela incisão.
- B) Lesão do ramo genital do nervo genitofemoral.
- C) Orquite isquêmica e reoperação.
- D) Atrofia testicular e orquiectomia.
- E) Orquite isquêmica e observação clínica.

COMENTÁRIOS:

Estamos diante de um paciente no 7º PO de herniorrafia inguinal esquerda evoluindo com dor e aumento do testículo ipsilateral. Nesse caso, por se tratar de um pós-operatório recente de herniorrafia inguinal, devemos pensar em alguma complicação, e nossa principal hipótese diagnóstica deve ser orquite isquêmica.

A ORQUITE ISQUÊMICA ocorre por uma lesão venosa, mais especificamente uma lesão ao plexo pampiniforme no cordão espermatóico. O plexo pampiniforme é responsável pela drenagem

venosa testicular: quando ocorre intensa manipulação do cordão espermatóico e uso excessivo do eletrocautério, ele pode ser lesado, levando à estase venosa, que acaba por comprometer a irrigação testicular. Ela costuma manifestar-se dentro de uma semana após a cirurgia, com um testículo aumentado de tamanho, endurecido e doloroso do mesmo lado operado e pode levar à atrofia testicular. O tratamento consiste em analgesia e uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Raramente, a orquiectomia é necessária.

Incorreta a alternativa A. Não temos sinais flogísticos na ferida operatória, o que fala contra infecção do sítio cirúrgico.

Incorreta a alternativa B. O ramo genital do nervo genitofemoral é um dos nervos mais lesionados no reparo aberto de uma hérnia inguinal e responsável pela inervação sensitiva do escroto. No entanto, o quadro clínico de uma lesão nervosa seria dor em queimação ou pontada/facada ao longo de uma distribuição específica do nervo da virilha, bem como evidência de alteração na sensibilidade no trajeto do nervo. A presença de aumento testicular fala contra esse diagnóstico.

Incorreta a alternativa C. O diagnóstico de orquite isquêmica está correto, porém raramente é necessária reoperação. O tratamento da orquite isquêmica consiste em analgesia, anti-inflamatórios e observação.

Incorreta a alternativa D. A atrofia testicular pode ser decorrente de orquite isquêmica, mas é uma evolução mais tardia, geralmente em 6 a 12 semanas. O paciente pode ser acompanhado, não estando indicada a orquiectomia rotineiramente.

Correta a alternativa E.

Como vimos, nossa principal hipótese diagnóstica é a orquite isquêmica e o tratamento consiste em analgesia e anti-inflamatórios e observação.

13 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Renatha Paiva - Cirurgia) Recém-nascido a termo, mãe não realizou pré-natal, apresenta defeito de parede abdominal conforme imagem em anexo. É correto afirmar:

- A) O defeito apresentado é denominado onfalocele.
- B) A exteriorização do fígado é comum nesses casos.
- C) Em 40% dos casos, a malformação é paramediana direita.
- D) Atresias jejunoileais são as malformações associadas mais frequentes.
- E) O tratamento consiste em ressecção das alças exteriorizadas e fechamento da parede abdominal.



COMENTÁRIOS

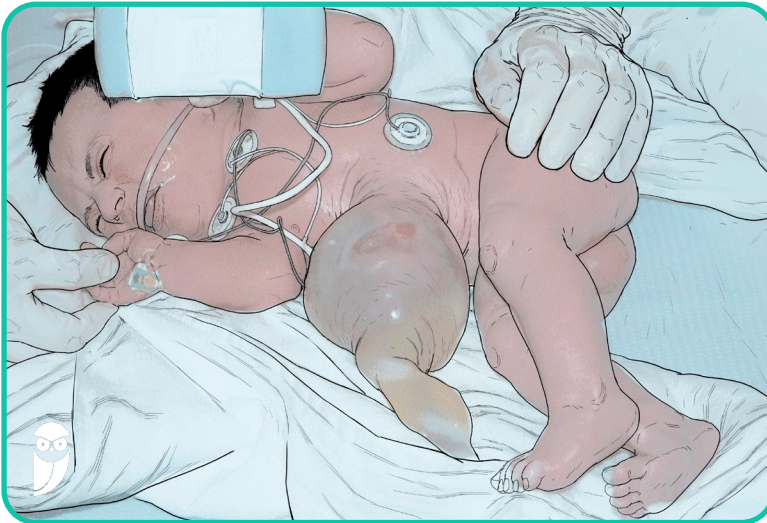
A imagem apresentada representa um caso típico de gastrosquise.

Nesta questão, vamos falar um pouco das malformações da parede abdominal, presentes ao nascimento.

Gastrosquise: malformação é paramediana e acontece à direita do cordão umbilical, que está inserido normalmente. A associação com outras anomalias é menor, mas em cerca de 15% dos casos associa-se à atresia intestinal. O defeito costuma ser pequeno (< 4 cm), não é recoberto por membrana amnioperitonial e é acompanhado por evisceração de alças de delgado, parte do intestino grosso e, algumas vezes, estômago, tubas uterinas, ovários e bexiga urinária. Um fato bastante característico desse defeito refere-se ao fígado, que não se exterioriza, permanecendo em sua posição normal, ao contrário do que acontece em parte dos casos de onfalocele, em que o fígado é exteriorizado em cerca de 30% das vezes. Devido à ausência do saco amnioperitonial e à exposição direta do intestino ao líquido amniótico no útero, as alças são tipicamente espessadas, edematosas e encurtadas. Portanto, bebês com gastrosquise devem receber cuidados especiais para evitarmos a lesão dessas alças intestinais expostas e para minimizarmos a perda de fluidos.



FONTE: Prova de acesso direto UNESP 2013



Onfalocele: malformação da parede abdominal, em que há formação de um defeito na linha média, de tamanho variável, na altura do anel umbilical. Através desse defeito, há evisceração de parte do conteúdo do intra-abdominal, que inclui: intestino delgado, intestino grosso, estômago e até mesmo o fígado, em 30% dos casos. A onfalocele é revestida internamente por peritônio e externamente por âmnio e o cordão umbilical está sempre no ápice do defeito. O defeito na parede abdominal é variável, mas geralmente apresenta diâmetro maior que 4 cm e, quanto maior o defeito abdominal, pior o prognóstico. Apresenta importante associação com outras anomalias congênitas estruturais (cardiovasculares, defeitos do tubo neural, meningocelos, má rotação intestinal, anomalias

músculo-esqueléticas, hérnia diafragmática) e com anomalias cromossômicas. A incidência de anomalias associadas é de até 50%.

Veja, na tabela abaixo, as principais diferenças entre essas duas malformações. É exatamente isso que as bancas costumam cobrar!

PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE A ONFALOCELE E A GASTROSQUISE.

ONFALOCELE	GASTROSQUISE
É recoberta por membrana (âmnio e peritônio).	Ausência de membrana amniótica recobrindo as vísceras.
Defeito umbilical; cordão umbilical sempre inserido no ápice do defeito.	Defeito paraumbilical, à direita do cordão umbilical.
Geralmente, o fígado ou parte dele fazem parte do conteúdo herniário.	Raramente há protrusão do fígado ou de parte dele.
Defeito abdominal > 4 cm.	Defeito abdominal pequeno (< 4 cm).
Frequente associação com outras malformações (> 40%).	Associação com outras malformações é menos frequente (15%). Quando presente, a maioria é representada pelas atresias jejunoileais.

O tratamento inicial de ambos os efeitos é feito com indicada hidratação, antibioticoterapia e decompressão gástrica. Em geral, as necessidades de fluidos são maiores na gastrosquise, devido à maior perda. As alças intestinais são reduzidas e o defeito na parede abdominal é fechado primariamente ou por meio de material aloplástico. Caso as vísceras não possam ser reduzidas de volta à cavidade abdominal, um silo protético é colocado para redução sequencial e fechamento estagiado, ao longo de 05 a 07 dias. Então, após a redução completa, é realizado o fechamento operatório da parede.

Agora, vamos às alternativas!

Incorreta alternativa A. Um defeito paraumbilical à direita, com evisceração do intestino, é típico de gastrosquise. Na onfalocele, o defeito da parede abdominal é na linha média, e o cordão umbilical está sempre no ápice do defeito, o que ajuda a diferenciar da gastrosquise.

Incorreta alternativa B. O fígado não se exterioriza na gastrosquise.

Incorreta a alternativa C. Tipicamente, a gastrosquise é paramediana e acontece à direita do cordão umbilical, que está inserido normalmente.

Correta a alternativa D.

Na gastrosquise, a associação com outras anomalias é menor, mas, em cerca de 15% dos casos, associa-se à atresia intestinal.

Incorreta a alternativa E. No tratamento, as alças intestinais são reduzidas e o defeito na parede abdominal é fechado primariamente ou por meio de material aloplástico. As alças só devem ser ressecadas se apresentarem isquemia/necrose/perfuração.

14 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Renatha Paiva - Cirurgia) Paciente masculino, 56 anos, pesando 80 kg, foi vítima de queimadura por álcool, totalizando 58% de superfície corpórea queimada. Feita reposição volêmica conforme orientação do ATLS. Na UTI, no 2º dia de internação evoluiu com importante distensão abdominal, oligúria e instabilidade hemodinâmica (FC= 110; PA: 80 x 40 mmHg). Sobre o caso apresentado, é correto afirmar:

- A) O diagnóstico é síndrome compartimental abdominal primária.
- B) A hipotensão deve ser corrigida com reposição volêmica de cristalóide.
- C) Com o quadro clínico apresentado, é possível indicar a peritoneostomia.
- D) O diagnóstico deve ser confirmado com a aferição da pressão intravesical.
- E) O valor da pressão de perfusão abdominal é calculado pela diferença entre a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão intra-abdominal (PIA).

COMENTÁRIOS:

Estamos diante de um paciente grande queimado, internado em UTI, evoluindo com quadro típico de síndrome compartimental abdominal (SCA).

A síndrome compartimental abdominal (SCA) é definida como um aumento sustentado da pressão intra-abdominal > 20 mmHg associado à disfunção orgânica nova.

A tríade clássica da síndrome compartimental abdominal é:

- Oligúria;
- Aumento da pressão de pico das vias aéreas; e
- Aumento da pressão intra-abdominal.

Veja no quadro abaixo conceitos importantes sobre a SCA:

CONCEITO	DEFINIÇÃO
Pressão intra-abdominal	Pressão estática dentro da cavidade abdominal Varia de 5 a 7 mmHg Pacientes obesos mórbidos e gestantes podem apresentar pressão intra-abdominal mais elevada
Pressão de perfusão abdominal	É a diferença entre a pressão arterial média e a pressão intra-abdominal Parâmetro mais útil para o tratamento da síndrome compartimental abdominal Valor ideal é > 60 mmHg
Hipertensão intra-abdominal	Pressão intra-abdominal sustentada \geq 12 mmHg
Síndrome compartimental abdominal	Pressão intra-abdominal sustentada > 20 mmHg Associada à disfunção orgânica nova

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A síndrome compartimental abdominal PRIMÁRIA é o resultado de uma hipertensão intra-abdominal causada por uma patologia intra-abdominal. Ela ocorre, por exemplo, em pacientes politraumatizados, especialmente após cirurgia de controle de danos, e é consequência de íleo pós-operatório, sangramento, coagulopatia e empacotamento abdominal. Outros fatores que também podem causar síndrome compartimental abdominal primária são ascite volumosa, hematoma retroperitoneal, pancreatite, pneumoperitônio e pacientes submetidos à correção de hérnias gigantes com perda do domicílio.

Já a síndrome compartimental abdominal SECUNDÁRIA desenvolve-se na ausência de patologia intra-abdominal e é, em parte, iatrogênica, secundária à ressuscitação volêmica agressiva, como fazemos nos pacientes sépticos, em choque hemorrágico. Nosso paciente recebeu uma grande infusão de cristalóide devido à queimadura extensa ($80 \times 58 \times 2 = 9280$ ml em 24 horas).

Incorreta a alternativa B. Se o paciente tiver indicação de tratamento conservador da SCA, e isso vai depender do valor da PIA, o tratamento clínico consiste em otimizar o balanço hídrico, evitando a hiper-hidratação e objetivando um balanço hídrico negativo. Pode ser necessária a utilização de hemodiálise.

Incorreta a alternativa C. A decompressão abdominal, feita por meio da peritoneostomia, está indicada nos casos de hipertensão intra-abdominal grau IV, ou seja, com PIA > 25 mmHg. Dessa forma, antes de indicar a peritoneostomia, a aferição da PIA deve ser feita por meio da medição da pressão intravesical.

A classificação mais utilizada para graduar a hipertensão intra-abdominal é a da World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS):

Grau	Pressão (mmHg)	Pressão (cmH ₂ O)
I	12 – 15	10 – 15
II	16 – 20	16- 25
III	21 – 25	26 – 35
IV	> 25	> 35

Segue abaixo, um resumo do tratamento:

Grau	Pressão (mmHg)	Conduta
I	12 – 15	<ul style="list-style-type: none"> Descompressão gástrica com sonda nasogástrica Posicionamento adequado no leito Evacuar lesões que estejam ocupando espaço na cavidade intra-abdominal
II	16 – 20	<ul style="list-style-type: none"> Otimizar a complacência abdominal, com sedação e analgesia adequadas; o uso de bloqueadores neuromusculares pode ser necessário Otimizar o balanço hídrico, evitando a hiper-hidratação e objetivando um balanço hídrico negativo. Pode ser necessária a utilização de hemodiálise
III	21 – 25	<ul style="list-style-type: none"> Otimização hemodinâmica <p>>> Caso o manejo conservador não seja eficaz e a pressão continue elevando-se, está indicada a descompressão cirúrgica<<</p>
IV	> 25	Descompressão cirúrgica, realizando laparotomia e mantendo o paciente em peritoneostomia

Correta a alternativa D.

Para confirmar o diagnóstico de HIA, é necessária a medição da pressão intra-abdominal, sendo a técnica mais empregada a medição da pressão intravesical.

Incorreta a alternativa E. O valor da pressão de perfusão abdominal é calculado pela diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a pressão intra-abdominal (PIA). É o parâmetro mais útil para o tratamento da síndrome compartimental abdominal. O valor ideal é > 60 mmHg.

15 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Renatha Paiva - Cirurgia) São indicações de sigmoidectomia eletiva em pacientes com histórico de diverticulite aguda prévia, exceto:

- A) Presença de fístula colovaginal
- B) Paciente em uso prolongado de glicocorticoides.
- C) Paciente com episódios de suboclusão intestinal por estenose colônica.
- D) Quatro episódios de diverticulite aguda não complicada no último ano.
- E) Diverticulite aguda Hinchey II tratada com antibioticoterapia endovenosa e drenagem percutânea de abscesso.

COMENTÁRIOS:

Questão sobre as indicações de cirurgia eletiva (sigmoidectomia com anastomose primária) em paciente com histórico de diverticulite aguda.

A cirurgia eletiva costuma ser realizada após seis a oito semanas da diverticulite, devido à regressão do processo

inflamatório, e após uma colonoscopia. Se a colonoscopia for negativa, a diverticulite não complicada (independentemente do número de episódios) e o paciente for imunocompetente, não há necessidade de tratamento cirúrgico, apenas orientação nutricional e mudanças comportamentais.

Segundo a SOCIEDADE AMERICANA DE CIRURGIÕES CÓLON RETAIS DE 2020 – ASCRS, são indicações de cirurgia eletiva após diverticulite aguda:

1. **Diverticulite latente crônica:** paciente mantém sintomas por mais de 6 semanas (dor, sangramento, alteração do hábito intestinal).
2. **Alto risco de desenvolver complicações graves ou morrer de diverticulite recorrente:**
 - ✓ Após um único episódio de diverticulite aguda complicada (abscesso, fístula, obstrução, estenose).
 - ✓ Imunocomprometidos: maior risco de apresentar doença recorrente e complicada.
 - * O número de ataques de diverticulite aguda não complicada e idade não são mais critérios para indicação de cirurgia eletiva
 - * Imunocomprometidos = capacidade diminuída de combater um processo infeccioso. Por exemplo, pacientes em quimioterapia, imunossupressão de transplantes, terapia prolongada com glicocorticoides ou com condições médicas crônicas como diabetes, insuficiência renal e distúrbios vasculares de colágeno, como lúpus ou desnutrição.

Incorreta a alternativa A. A presença de fístula colovaginal é uma complicação da diverticulite aguda. Logo, há indicação de tratamento cirúrgico eletivo.

Incorreta a alternativa B. Paciente em uso prolongado de glicocorticoides é considerado imunocomprometido, por isso a indicação de tratamento cirúrgico eletivo.

Incorreta a alternativa C. Estenose colônica capaz de causar alteração do hábito intestinal e quadros suboclusivos é uma complicação da diverticulite com indicação de tratamento cirúrgico eletivo.

Correta a alternativa D.

O número de ataques de diverticulite aguda não complicada não é mais considerado critério para indicação de cirurgia eletiva. Antigamente, após 2 episódios de diverticulite aguda não complicada, estava indicada a cirurgia.

Incorreta a alternativa E. Diverticulite aguda Hinchey II, ou seja, diverticulite complicada com abscesso pélvico, também tem indicação de tratamento cirúrgico eletivo.

16 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Considerando a classificação de Cormack-Lehane, qual das alternativas corresponde à situação em que apenas a parte posterior da glote pode ser vista à laringoscopia:

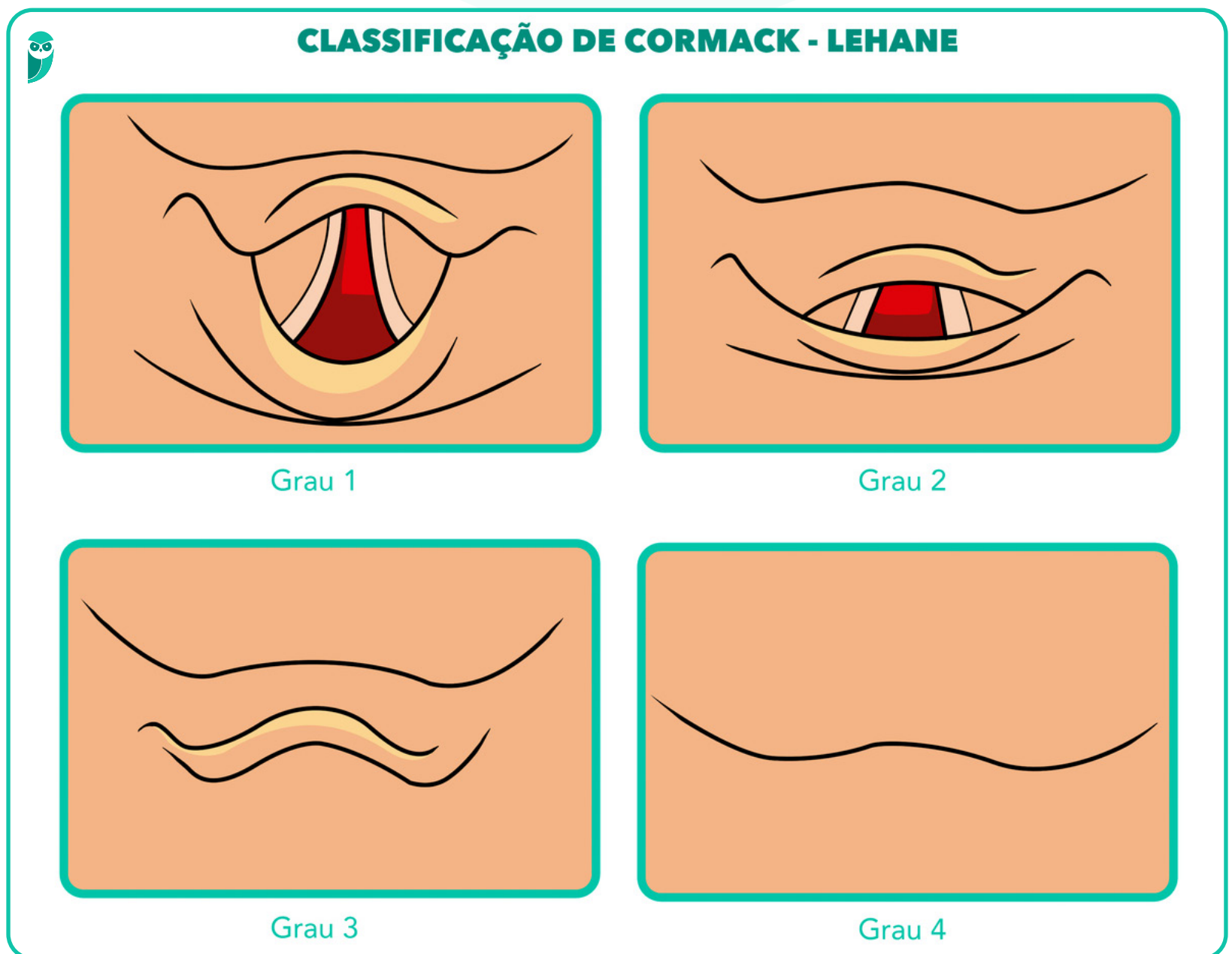
- A) Grau I
- B) Grau II
- C) Grau III
- D) Grau IV
- E) Grau V

COMENTÁRIOS:

A classificação de Cormack-Lehane é feita no momento da laringoscopia, a partir da visualização dos elementos da laringe. Essa é uma classificação utilizada no diagnóstico de via aérea difícil, sendo que os **graus III e IV estão associados à dificuldade de intubação por laringoscopia**.

A identificação de anatomia desfavorável pode sugerir que métodos alternativos de intubação sejam empregados, como o uso de um videolaringoscópio, por exemplo.

Abaixo, podemos ver a representação esquemática da classificação de Cormack-Lehane



Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. No grau 1, é visualizada praticamente toda a glote (abertura entre as cordas vocais).

Correta a alternativa B.

No grau 2, apenas a parte posterior da glote é vista.

Incorreta a alternativa C. No grau 3, a glote não é visualizada, mas a epiglote sim.

Incorreta a alternativa D. No grau 4, nem mesmo a epiglote é vista.

Incorreta a alternativa E. Não existe grau 5 na classificação de Cormack-Lehane.

17 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) No contexto de trauma elétrico e condução de energia, qual destas sequências demonstra corretamente a resistividade elétrica dos tecidos, em ordem crescente.

- A) Nervo, músculo, pele, ossos
- B) Vasos, pele, músculo, ossos
- C) Ossos, tendões, pele, músculo
- D) Tendões, ossos, pele, vasos
- E) Nervo, tendões, músculo, pele

COMENTÁRIOS:

A sequência de resistividade dos tecidos apresenta-se conforme o diagrama abaixo:



Vale lembrar que o mecanismo de queimadura elétrica acontece segundo o efeito Joule, em que o corpo da vítima funciona como um resistor e a passagem da corrente elétrica produz calor.

Os ossos, como apresentam grande resistividade elétrica, produzem a maior temperatura para uma mesma corrente.

Os tecidos com menor resistividade elétrica incluem os nervos e os vasos.

Tipicamente, observamos que as vítimas de queimadura elétrica apresentam uma lesão de entrada e uma lesão de saída da corrente.

Essas duas lesões são apenas a ponta do *iceberg*. Afinal, entre elas, houve passagem de corrente elétrica e, conseqüentemente, houve lesão térmica de diversas estruturas, **especialmente músculos, nervos e vasos**.

Como grande parte dos ferimentos elétricos é profunda, algumas das lesões secundárias a esse tipo de queimadura podem não ser evidentes, mesmo após 7 a 14 dias do evento inicial.

Correta a alternativa A.

18 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Um homem de 34 anos, vítima de queimadura, em ventilação mecânica há 3 semanas, evolui com quadro de melena e saída de sangue vivo através da sonda nasogástrica. Considerando o caso acima, assinale a principal hipótese diagnóstica:

- A) Úlcera de Cushing
- B) Úlcera de Marjolin
- C) Úlcera de Curling
- D) Síndrome de Mallory Weiss
- E) Úlcera de Forrester

COMENTÁRIOS:

A história clínica apresentada pelo enunciado remete-nos a um quadro de hemorragia digestiva alta, que pode ser caracterizado pela presença de sangue vivo na sonda nasogástrica e pela melena.

Esse tipo de hemorragia, em vítimas de queimadura, deve nos remeter a úlceras de estresse, também chamadas úlceras de Curling. Tratam-se de lesões que geralmente acometem as porções mais proximais do estômago e estão associadas a pacientes

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. As úlceras de Cushing são ulcerações gástricas de pacientes críticos relacionadas a eventos neurológicos, como o TCE.

Incorreta a alternativa B. Úlcera de Marjolin é o epônimo dado ao carcinoma espinocelular que surge a partir da degeneração maligna de lesões crônicas, tais como cicatrizes de queimadura.

Correta a alternativa C. Como vimos, essa é a alternativa correta.

Incorreta a alternativa D. A síndrome de **Mallory-Weiss** é caracterizada pela laceração das mucosas do esôfago distal e do estômago proximal, causada por aumento abrupto da pressão intra-abdominal, como acontece em casos de vômitos, ou soluços.

Incorreta a alternativa E. Forrest é uma classificação que prediz a possibilidade de ressangramento de úlceras gástricas e é aplicada para indicar a necessidade de tratamento endoscópico da úlcera.

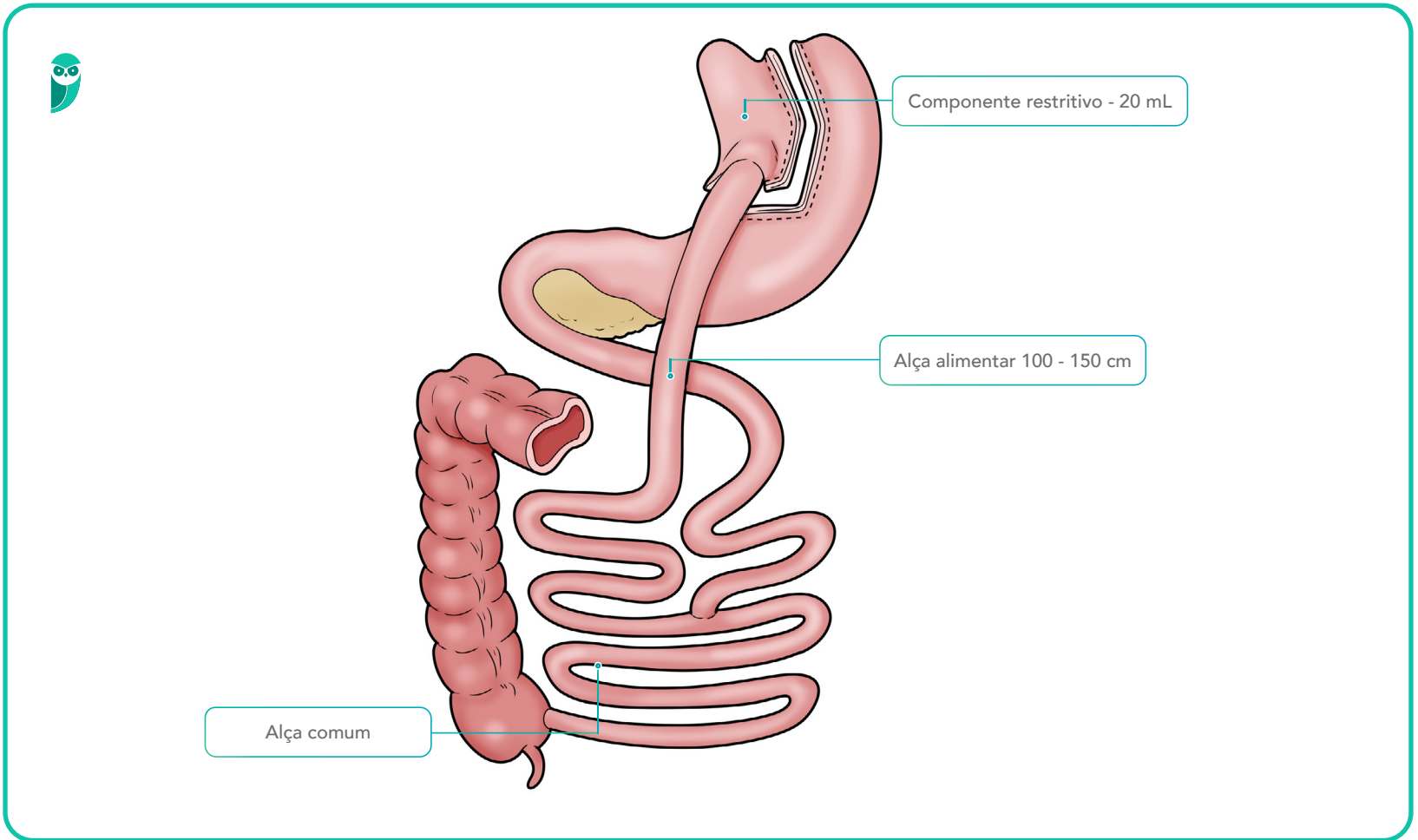
19 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Antonio Rivas - Cirurgia) Qual destas técnicas cirúrgicas para tratamento de obesidade apresenta menor segmento de alça comum e, portanto, maior componente disabsortivo?

- A) Bypass gástrico em Y de Roux
- B) Cirurgia de Scopinaro
- C) Switch duodenal
- D) Cirurgia de Hess
- E) Cirurgia de Fobi-Capella

COMENTÁRIOS:

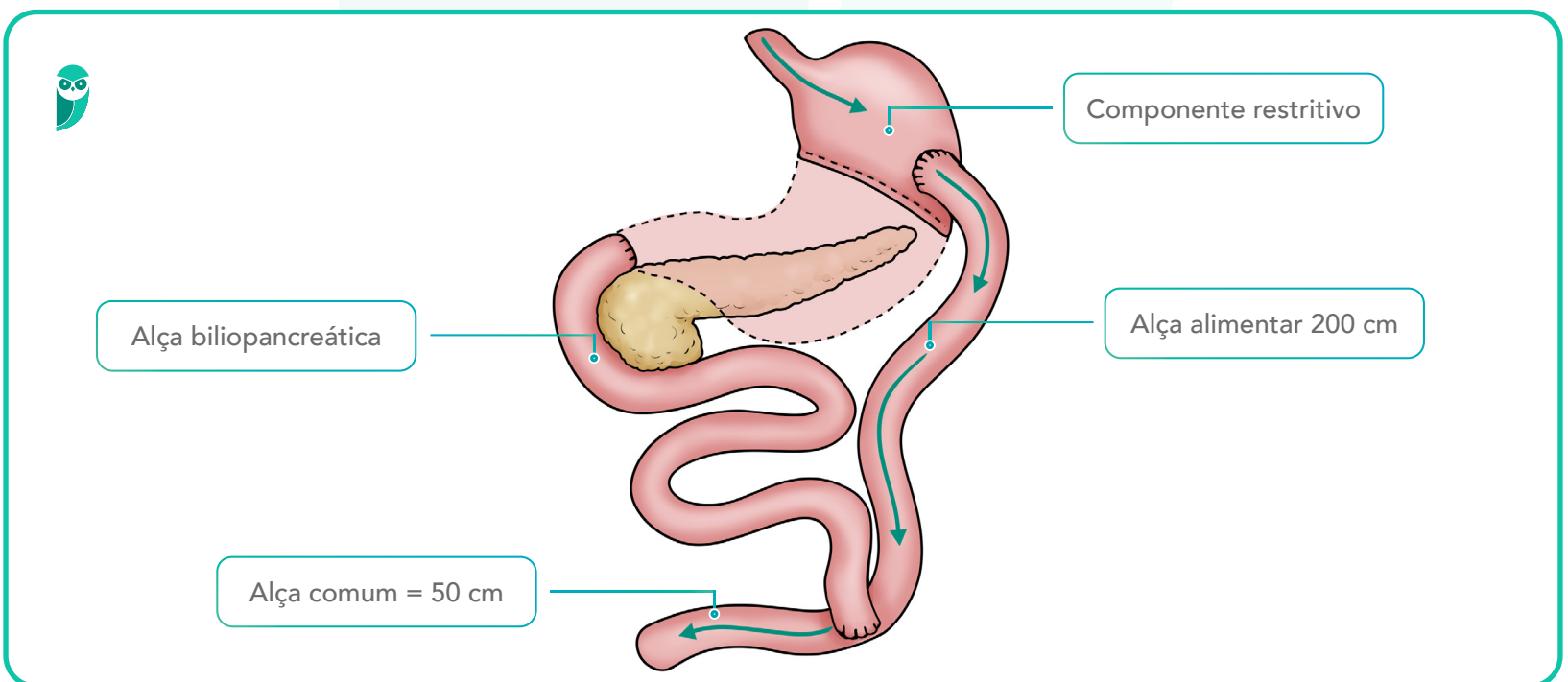
Todas as cirurgias descritas possuem um importante componente disabsortivo. Vamos discorrer brevemente sobre cada uma delas.

Incorreta a alternativa A. No Bypass gástrico em Y de Roux a alça comum é significativamente maior quando comparada à cirurgia de Scopinaro ou ao switch duodenal. Portanto, seu componente disabsortivo, comparativamente, é menor. Veja a imagem abaixo.

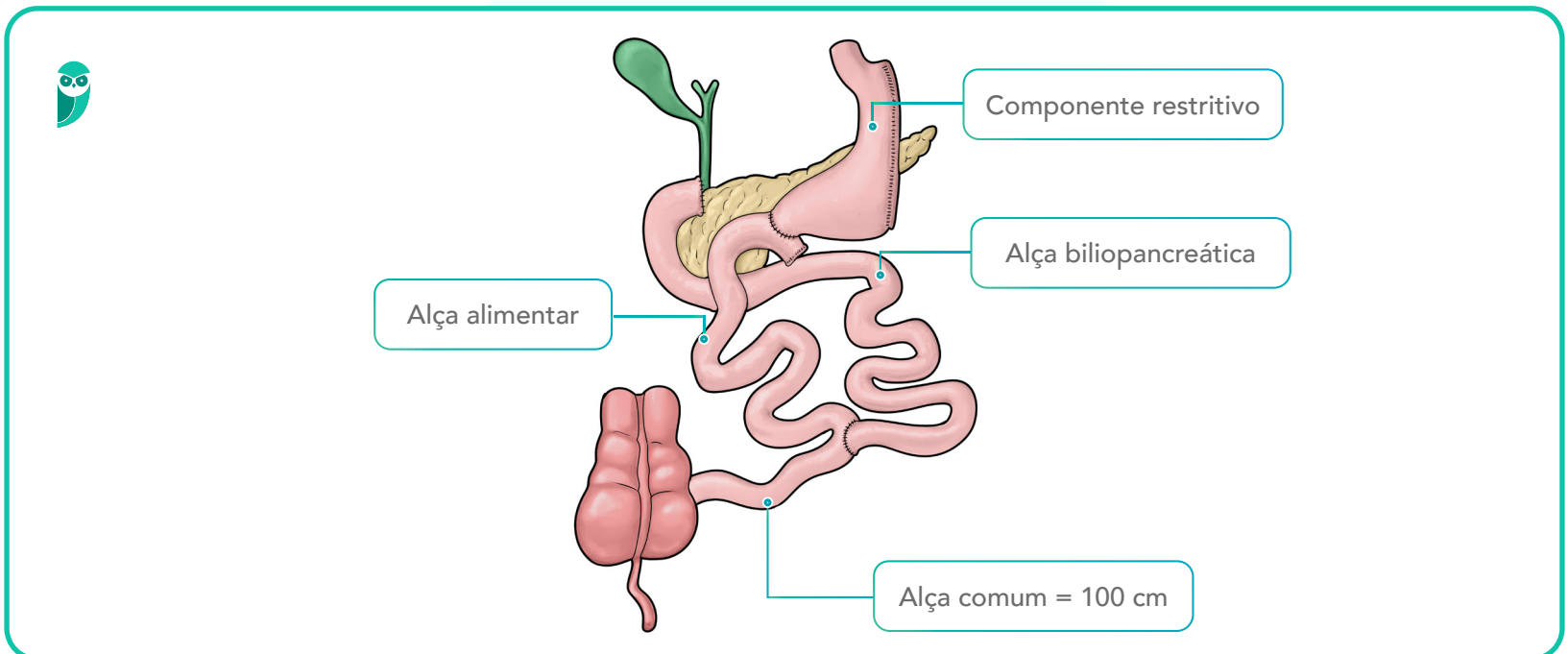


Correta a alternativa B.

A derivação biliopancreática (DBP), também conhecida como cirurgia de Scopinaro, tem como mecanismo de ação mais importante a disabsorção. Como isso ocorre? Por meio da constituição de um **canal comum curto** nos 50 cm distais do íleo terminal, para absorção de gorduras e de proteínas. A cirurgia de Scopinaro é a mais disabsortiva entre todas as elencadas nas alternativas. Veja a imagem abaixo.



Incorreta a alternativa C. No switch duodenal, a alça comum é construída a cerca de 100 cm da válvula ileocecal. Desse modo, apresenta-se com menos disabsorção quando comparada à cirurgia de Scopinaro. Veja a imagem abaixo.



Incorreta a alternativa D. Cirurgia de Hess é o epônimo do Switch duodenal

Incorreta a alternativa E. Cirurgia de Fobi-Capella é o epônimo utilizado para se referir ao Bypass gástrico em y de Roux. Vale lembrar que, na técnica de Capella original, além do bypass, era feito o acoplamento de um anel elástico externo à nova câmara gástrica.

20 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Isabella Parente - Gastroenterologia) Sobre o procedimento de Puestow no contexto do tratamento da dor na pancreatite crônica, assinale a alternativa correta:

- A) É indicado para casos em que o ducto pancreático é $< 7\text{mm}$.
- B) Trata-se de uma técnica de pancreatectomia corpocaudal.
- C) Tem como vantagem a preservação das funções endócrina e exócrina do pâncreas.
- D) Complicações são comuns e ocorrem em cerca de 80% dos pacientes operados.
- E) A recorrência de dor após a cirurgia é inferior a 10%.

COMENTÁRIO:

A pancreatite crônica é uma doença de tratamento clínico, porém a dor abdominal refratária é a principal motivação para um tratamento cirúrgico.

Os objetivos da cirurgia são: aliviar a dor de maneira eficaz e duradoura; minimizar a morbidade a curto e longo prazo; preservar o parênquima pancreático e, portanto, a função pancreática a longo prazo.

Várias técnicas cirúrgicas são possíveis e, basicamente, o que irá guiar o tipo de técnica a ser executada são a presença, ou não, de ducto pancreático dilatado e a morfologia das glândulas pancreáticas. Em geral, pacientes com ducto pancreático dilatado (definido como diâmetro $> 7\text{ mm}$) necessitam de um procedimento de descompressão. Já os pacientes com ducto pancreático não dilatado requerem ressecção. O resumo dos procedimentos pode ser visto no esquema a seguir:

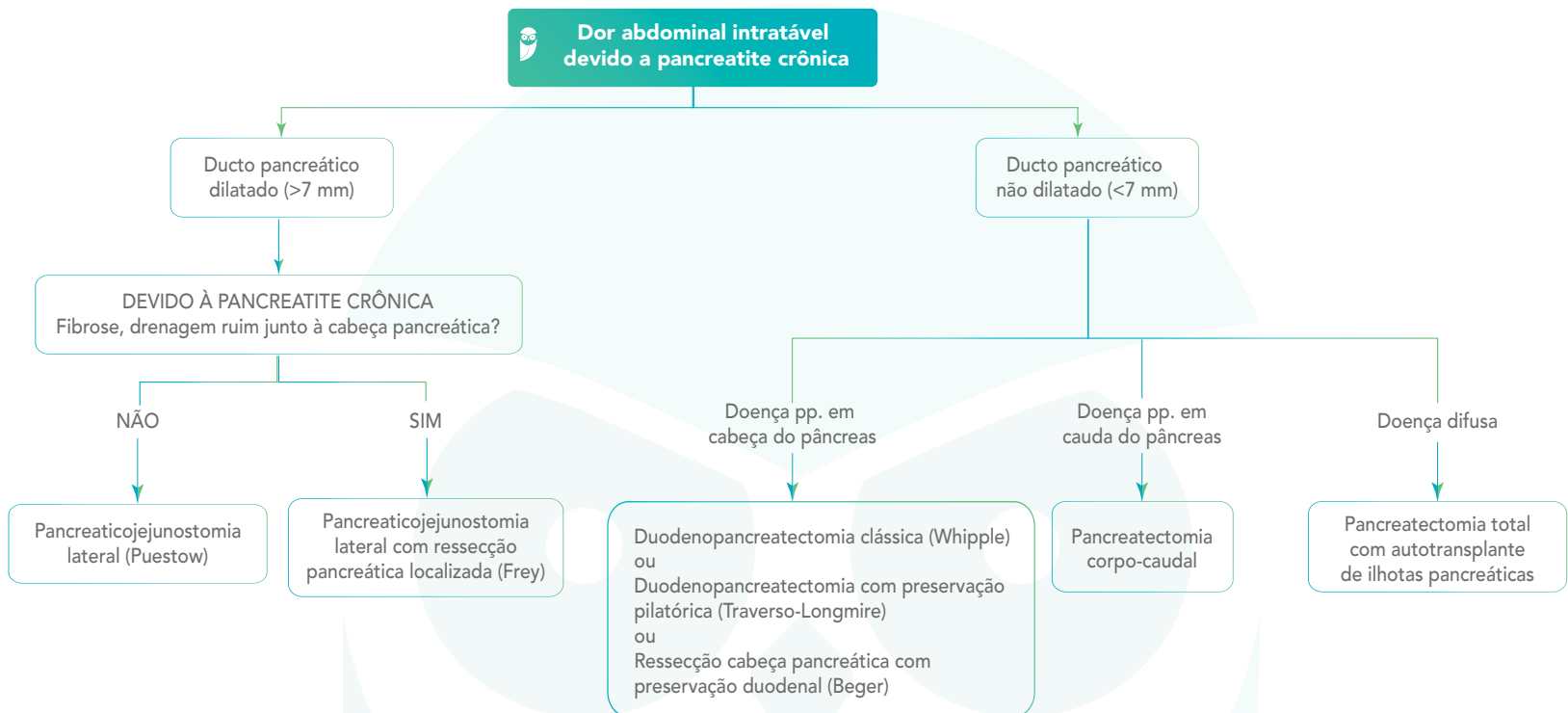


Figura: Algoritmo para o tratamento cirúrgico da pancreatite crônica.

Em relação ao procedimento de Puestow, vamos em busca da alternativa correta.

Incorreta a alternativa A. Puestow é um procedimento de descompressão, destinado aos casos em que temos ducto pancreático dilatado (> 7 mm).

Incorreta a alternativa B. Trata-se de uma pancreaticojejunostomia lateral. Os passos principais da cirurgia são:

1. abertura do ducto pancreático em sua face anterior, em sua extensão longitudinal;
2. divisão do jejuno;
3. anastomose do ducto pancreático ao jejuno (laterolateral);
4. jejuno-jejunal anastomose (em Y de Roux).

Correta a alternativa C.

Essa cirurgia preserva o parênquima pancreático, sendo a consequente preservação das funções endócrina e exócrina a sua principal vantagem.

Incorreta a alternativa D. As complicações são incomuns (20%), incluindo hemorragia intraoperatória, hemorragia pós-operatória e fístula anastomótica (10%).

Incorreta a alternativa E. O procedimento de Puestow modificado fornece palição da dor em 80% dos casos. No entanto, trinta por cento dos casos apresentam recorrência, geralmente em um período de três a cinco anos após a cirurgia. A recorrência da dor está ligada à fibrose ou litíase na cabeça pancreática que não foi tratada durante a cirurgia

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

21 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Carlos Eduardo - Ginecologia) A endometriose é definida como a presença de endométrio fora da cavidade uterina. É uma doença que pode comprometer, expressivamente, a qualidade de vida da mulher e gera consequências socioeconômicas importantes, devido a seu alto custo com diagnóstico e tratamento. Em relação a essa patologia, assinale a alternativa correta.

- A) Os ligamentos redondos são o sítio de implantação mais frequente.
- B) A fisiopatologia está bem estabelecida e a principal teoria para explicar a ocorrência da doença é a da menstruação retrógrada.
- C) Há uma relação direta entre a extensão da doença e a sintomatologia da paciente.
- D) A videolaparoscopia ainda é o padrão-ouro para o diagnóstico da doença.
- E) Em caso de tratamento cirúrgico, ele sempre deve envolver a histerectomia, a fim de evitar recidivas.

COMENTÁRIOS:

A endometriose é uma doença benigna. O tecido endometrial ectópico causa inflamação, produzindo os sintomas de dismenorrea, dispareunia, dor pélvica crônica e infertilidade. A endometriose é uma doença dependente do estrogênio que afeta as mulheres, principalmente, durante o período reprodutivo,

mas, em alguns casos, até mesmo antes da menarca e após a menopausa.

Dividimos a endometriose em três doenças distintas: endometriose peritoneal, endometriose ovariana e endometriose profunda.

Endometriose		
Superficial/Peritoneal	Ovariana	Profunda
Presença de implantes superficiais no peritônio.	Implantes superficiais ou cistos (endometriomas).	Lesão que se estende sobre ou sob o peritônio. Lesões nodulares, que podem invadir estruturas adjacentes e distorcer a arquitetura anatômica. Lesões no septo retovaginal, reto, sigmoide, bexiga, ureter, ligamentos uterinos e vagina.

Incorreta a alternativa A, pois os ligamentos redondos são estruturas pouco acometidas pela endometriose. Na tabela abaixo, estão dispostos os sítios mais acometidos em ordem decrescente.

Locais mais frequentes de acometimento pela endometriose
Ovários
Fundo de saco anterior e posterior
Ligamentos uterossacros
Ligamentos largos posteriores
Útero (serosa)
Trompas
Sigmoide, apêndice
Ligamentos redondos

Incorreta a alternativa B, pois, apesar de a teoria da menstruação retrógrada ser uma das mais aceitas, a fisiopatologia da endometriose não está elucidada.

Incorreta a alternativa C, pois não existe uma relação direta entre sintomas e extensão de doença. Pacientes com poucas lesões podem ter muitos sintomas e o oposto também é verdadeiro.

Correta a alternativa D,

pois apesar dos avanços nos exames de imagem, a videolaparoscopia ainda é o padrão-ouro para diagnóstico de endometriose.

Incorreta a alternativa E, pois a conduta cirúrgica dependerá do sítio de acometimento e do desejo reprodutivo da paciente, não sendo obrigatória a realização de histerectomia.

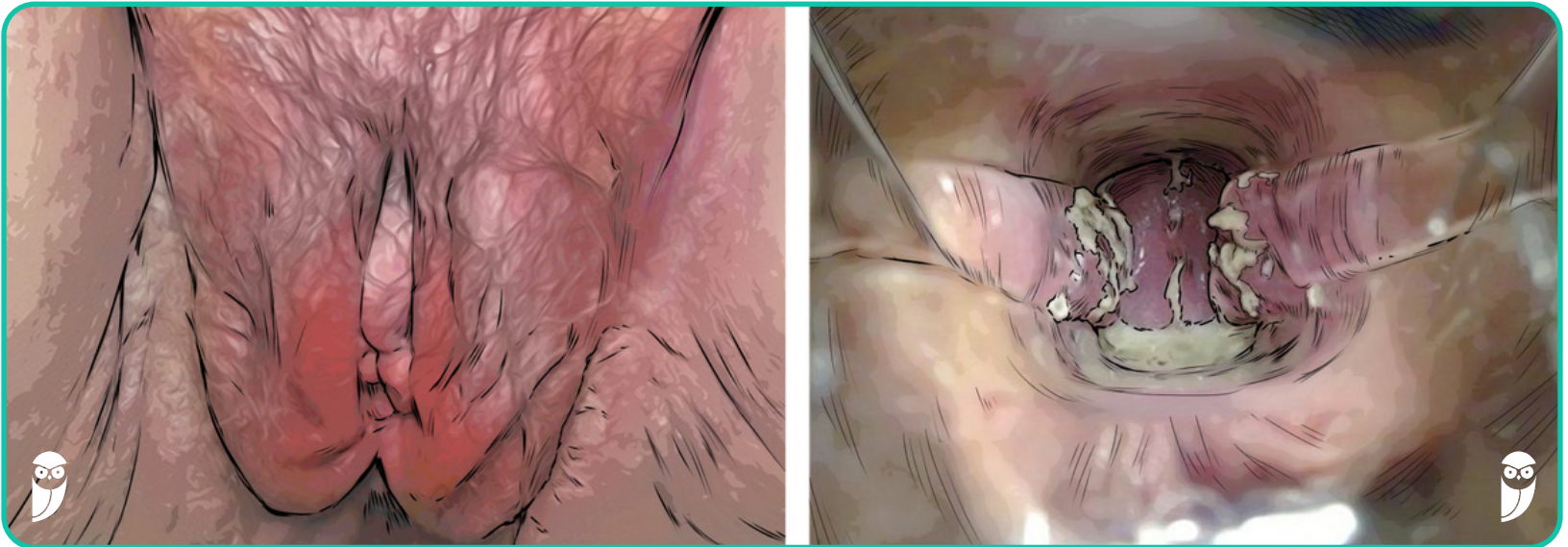
22 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Carlos Eduardo - Ginecologia) Uma paciente de 23 anos com queixa de corrimento vaginal busca atendimento. Ela refere que o corrimento não tem cheiro, mas que causa intenso prurido. Refere que já teve episódios semelhantes e eles sempre ocorrem pouco antes dela menstruar. A paciente tem vida sexual ativa e utiliza contraceptivo hormonal combinado oral. Diante da principal hipótese para o quadro, assinale a alternativa correta.

- A) O pH vaginal deve estar acima de 4,5.
- B) O teste das aminas provavelmente é positivo.
- C) A coilocitose é um achado comum na citologia.
- D) O metronidazol é uma opção de tratamento.
- E) Como não se trata de IST, o parceiro não precisa ser tratado.

COMENTÁRIOS:

O quadro clínico da vulvovaginite fúngica caracteriza-se por prurido, de intensidade variável, acompanhado de corrimento vaginal esbranquiçado com aspecto de “leite coalhado” ou “queijo cottage”, sem odor associado. Se houver muita inflamação, pode haver queixa de dispareunia, queimação e disúria. Os sintomas

geralmente são piores na semana que antecede a menstruação. Ao exame ginecológico, pode ser observada hiperemia vulvar, edema e fissuras. O exame especular mostra mucosa vaginal hiperemiada e o corrimento vaginal aderido às paredes vaginais.



O quadro da paciente é bem sugestivo de candidíase, apesar de não podermos afastar completamente uma vaginose citolítica. De qualquer forma, a candidíase é muito mais prevalente e deve ser a primeira hipótese.

Incorreta a alternativa A, pois o pH deve estar abaixo de 4,5.

Incorreta a alternativa B, pois o teste das aminas é negativo nesses casos.

Incorreta a alternativa C, pois a colilocitose é uma alteração associada à infecção pelo HPV.

Incorreta a alternativa D, pois o metronidazol não é um antifúngico.

Correta a alternativa E, pois a candidíase não é uma IST e o parceiro não precisa ser tratado de rotina.

23 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Carlos Eduardo - Ginecologia) Em relação ao câncer de endométrio, é correto afirmar:

- A) O carcinoma de células claras é um dos tipos histológicos com pior prognóstico e não está relacionado à hiperplasia endometrial.
- B) São considerados fatores de risco para o câncer de endométrio a menopausa tardia, a nuliparidade e o tabagismo.
- C) O rastreamento com ultrassonografia e colpocitologia anuais são considerados efetivos para o câncer de endométrio.
- D) O câncer de endométrio é responsável por mais da metade dos casos de sangramento pós-menopausa.
- E) O estadiamento da neoplasia pode ser realizado por exames de imagem e exame clínico.

COMENTÁRIOS:

O câncer do endométrio é o câncer ginecológico mais frequente nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, predomina o câncer do colo do útero. O carcinoma endometrióide é o tipo histológico mais comum de carcinoma endometrial. Os tumores endometrióides tendem

a ter um prognóstico favorável e, geralmente, apresentam-se precocemente com sangramento uterino anormal. Outros tipos histológicos de carcinoma endometrial (por exemplo, seroso e de células claras), estão associados a um mau prognóstico.

O câncer de endométrio são divididos em dois tipos de acordo com seu comportamento biológico:

- **Tumores do tipo I:** são os tumores da histologia endometriode de grau 1 ou 2. São os mais frequentes, representando aproximadamente 80% dos carcinomas endometriais e apresentam bom prognóstico. Sua fisiopatologia está relacionada à exposição do endométrio ao estrogênio sem a oposição da progesterona. São originados de uma hiperplasia endometrial e, geralmente, diagnosticados nos estádios iniciais.
- **Tumores do tipo II:** esses tumores incluem os tumores endometrioides grau 3 e os tumores não endometrioides. Os tipos histológicos desse tipo são o carcinoma seroso, carcinoma de células claras, de células mistas, carcinoma mucinoso, escamoso, células de transição, mesonéfricos e indiferenciados. Representam 10 a 20% dos casos de câncer de endométrio. Essas neoplasias apresentam um prognóstico pior. Sua fisiopatologia não está relacionada ao estímulo estrogênico e, geralmente, ocorrem na presença do endométrio atrófico.

Correta a alternativa A, conforme foi explicado na introdução acima.

Incorreta a alternativa B, pois o tabagismo é considerado um fator de proteção para o câncer de endométrio por levar a um hipoestrogenismo.

Incorreta a alternativa C, pois não existe rastreamento preconizado para o câncer de endométrio.

Incorreta a alternativa D, pois cerca de 70 a 80% dos casos de sangramento pós-menopausa são por atrofia endometrial.

Incorreta a alternativa E, pois o estadiamento do câncer de endométrio é cirúrgico. Os exames de imagem servem para uma programação pré-operatória.

24 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Carlos Eduardo - Ginecologia) Paciente de 30 anos, com 2 filhos, foi submetida à conização de colo uterino devido à biópsia com adenocarcinoma *in situ*. A peça cirúrgica confirmou o diagnóstico e trouxe margens comprometidas pela lesão. Qual é a conduta diante desse achado?

- A) Cirurgia de Wertheim-Meigs
- B) Histerectomia total simples
- C) Reconização de colo uterino
- D) Seguimento com colpocitologia e colposcopia
- E) Histerectomia total+ salpingooforectomia bilateral.

COMENTÁRIOS:

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria mudou o procedimento de estadiamento do câncer de colo uterino no ano de 2018. Anteriormente, era apenas clínico, mas, atualmente, a avaliação cirúrgica e radiológica também é utilizada. O estadiamento cirúrgico e o radiológico fornecem informações importantes, que podem impactar o tratamento. O estadiamento preciso do câncer cervical, no pré-tratamento, é fundamental, pois determina a terapia (isto é, cirurgia, quimioterapia + radioterapia ou quimioterapia apenas) e o prognóstico.

Estadiamento do câncer de colo de útero

Estádio	Descrição
I	Tumor restrito ao colo do útero
IA	Microscópico, com invasão de até 5mm
IA1	Invasão < 3mm
IA2	Invasão entre 3-5mm
IB	Profundidade de invasão ≥ 5 mm (maior que estágio IA) com lesão restrita ao colo
IB1	Tumor < 2cm
IB2	Tumor entre 2-4cm
IB3	Tumor ≥ 4cm
II	Invade além do útero sem atingir 1/3 inferior da vagina ou parede pélvica
IIA	Invade 2/3 superiores da vagina
IIA1	< 4cm
IIA2	≥ 4cm
IIB	Invasão parametrial sem atingir parede pélvica

Estadiamento do câncer de colo de útero

Estádio	Descrição
III	Tumor atinge 1/3 inferior da vagina, ou parede pélvica, ou hidronefrose, ou linfonodos
IIIA	1/3 inferior da vagina
IIIB	Parede pélvica/hidronefrose/rim não funcionante
IIIC	Linfonodos pélvicos ou para-aórticos
IIIC1	Linfonodos pélvicos
IIIC2	Linfonodos para-aórticos
IV	Invasão além da pelve, ou bexiga, ou reto
IVA	Metástases em órgãos pélvicos adjacentes
IVB	Metástases em órgãos a distância

O diagnóstico do estágio IA (IA1 e IA2) é feito por meio do exame anatomopatológico de procedimento excisional e este deve ter margens livres (atenção para esse detalhe). Também pode ser feito em amostra de traquelectomia ou hysterectomia.

A cirurgia é adequada para estágios iniciais, em que conização cervical, hysterectomia total simples ou hysterectomia total radical podem ser selecionadas de acordo com o estágio da doença e a extensão da disseminação do câncer cervical.

A conização é diagnóstica e, também, terapêutica, nos casos de carcinoma *in situ*. Como já vimos, o diagnóstico do estadiamento IA só pode ser dado por meio de produto de EZT com margens livres. Sendo assim, caso uma paciente tenha realizado conização e o anatomopatológico presente, como resultado, carcinoma microinvasor com margens comprometidas, a paciente deve ser submetida a novo procedimento excisional, para descartar doença francamente invasora no restante da peça.

Incorreta a alternativa A, pois a cirurgia de Wertheim-Meigs é indicada em casos mais avançados de câncer de colo uterino, como Ib1 e Ib2.
Incorreta a alternativa B, pois a histerectomia simples seria aceita nessa paciente se as margens estivessem livres e ela não tivesse desejo reprodutivo.

Correta a alternativa C,

pois, nesse caso, devemos afastar a possibilidade de um carcinoma invasor antes de proceder ao tratamento. Caso a margem venha livre e essa paciente não tenha desejo reprodutivo, devemos fazer uma histerectomia simples. Caso ela ainda tenha desejo reprodutivo, podemos seguir com colpocitologia e colposcopia.

Incorreta a alternativa D, pois não podemos fazer seguimento para margens comprometidas com adenocarcinoma *in situ*.

Incorreta a alternativa E, pois, nessa paciente jovem, não há indicação de remoção dos ovários, mesmo em casos mais avançados.

25 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Carlos Eduardo - Ginecologia) Paciente de 32 anos, nuligesta, está tentando engravidar há 15 meses sem sucesso. Em exame de ultrassonografia foi evidenciado um mioma submucoso tipo III, com 3 cm, pela classificação da Sociedade Europeia de Ginecologia endoscópica. Qual é a melhor conduta no caso dessa paciente?

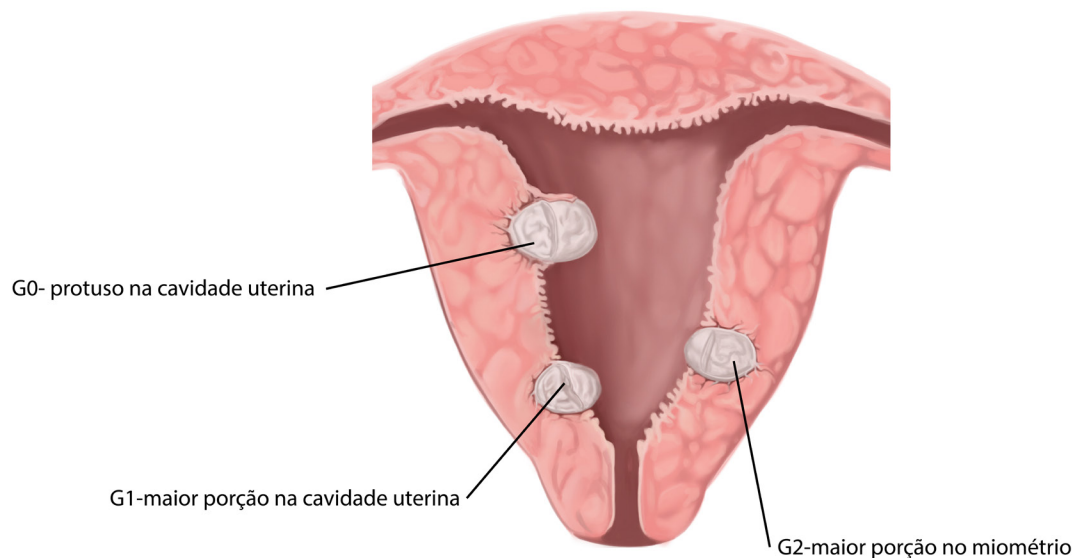
- A) Miomectomia histeroscópica
- B) Embolização de artérias uterinas
- C) Miomectomia videolaparoscópica
- D) Análogo de GnRH
- E) Contraceptivo hormonal combinado por 12 meses para reduzir o tamanho do mioma.

COMENTÁRIOS:

A prova do IAMSPE tem como hábito cobrar a classificação dos miomas submucosos pela classificação da Sociedade Europeia de Ginecologia Endoscópica, algo que não é comum em outras provas.

A classificação divide os miomas em:

- G0: totalmente intracavitários - tipo 0 (FIGO)
- G1: > 50% intracavitário – tipo 1 (FIGO)
- G2: < 50% intracavitário – tipo 2 (FIGO)



Os miomas G0 podem ser ressecados pela histeroscopia cirúrgica, os miomas G1 podem ser ressecados pela histeroscopia

cirúrgica após o uso de análogos de GnRH, e os miomas G2 não são passíveis de ressecção por meio da histeroscopia cirúrgica.

Incorreta a alternativa A, pois, como se trata de um mioma com o maior componente intramural, a ressecção histeroscópica não é recomendada.

Incorreta a alternativa B, pois a embolização de artérias uterinas não é recomendada para pacientes com desejo reprodutivo porque pode diminuir a vascularização endometrial.

Correta a alternativa C, pois essa paciente tem indicação cirúrgica devido à infertilidade, a via laparoscópica é uma opção.

Incorreta a alternativa D, pois os análogos de GnRH são uma opção para miomas muito volumosos a fim de reduzi-los e facilitar a cirurgia conservadora.

Incorreta a alternativa E, pois os contraceptivos hormonais não reduzem o tamanho dos miomas.

26 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Natalia Carvalho - Obstetria) Com relação à sífilis na gestação, assinale a alternativa correta.

- A) No caso de gestante com alergia comprovada à penicilina, opta-se pelo uso de doxiciclina.
- B) Considera-se resposta imunológica adequada quando há queda da titulação em 2 diluições em 3 meses ou 4 diluições em 6 meses.
- C) A monitorização pós-tratamento deve ser realizada com teste treponêmico (VDRL) mensalmente, até o final da gestação.
- D) Deve-se tratar todas as parcerias sexuais dos últimos 90 dias, que apresentarem sorologia positiva.
- E) O intervalo entre as doses de penicilina é de 7 dias e, se ultrapassar 14 dias, deve-se reiniciar o tratamento.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre sífilis na gestação.

O único tratamento seguro e eficaz para sífilis na gestação é a **benzilpenicilina benzatina intramuscular**, pois essa é a única droga com eficácia comprovada que passa a barreira placentária e previne a sífilis congênita. Qualquer outra medicação usada para tratar sífilis na gestação é considerada como tratamento inadequado. Além disso, não existe evidência de resistência à penicilina pelo *Treponema pallidum* no Brasil e no mundo.

Caso a gestante seja comprovadamente alérgica à penicilina, deve ser dessensibilizada com penicilina oral em ambiente hospitalar e, em seguida, tratada com penicilina benzatina na dose adequada. Considera-se alergia prévia à penicilina se houve reação anafilática ou lesões cutâneas graves, como a síndrome de Stevens-Johnson.

As parcerias sexuais dos últimos 90 dias das gestantes com sífilis devem ser testadas e tratadas com pelo menos uma dose de

penicilina benzatina IM de 2,4 milhões UI, de preferência em conjunto com a gestante mesmo que apresentem testes imunológicos não reagentes. Caso o teste seja reagente para sífilis, o tratamento deve ser conforme o estágio clínico da infecção, como nas gestantes, e de preferência com penicilina benzatina.

A monitorização pós-tratamento deve ser feita **mensalmente** para gestantes com **teste não treponêmico** (VDRL ou RPR). Já após o parto, o seguimento é trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano.

É importante lembrar que a monitorização do tratamento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento e diagnosticar possíveis reinfecções. Assim, a resposta ao tratamento pode ser classificada como: **resposta imunológica adequada ou critérios de retratamento (reativação e/ou reinfecção)**.

Considera-se **resposta imunológica adequada** se ocorrer a queda da titulação em duas diluições (4 vezes) dentro de 6 meses para sífilis recente e até 12 meses para sífilis tardia na gestação (exemplo: de 1:64 para 1:16) ou, ainda, se ocorrer diminuição da titulação do teste não treponêmico em duas diluições em até três meses e quatro diluições em até seis meses, com evolução até a negatificação.

Caso não haja resposta imunológica adequada, os **critérios de retratamento (reativação ou reinfeção)** são:

Ausência de redução da titulação em duas diluições (4 vezes) no intervalo de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia

Aumento da titulação em duas diluições (4 vezes) ou mais

Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos

Comentários:

Incorreta a alternativa A: diante de gestante alérgica à penicilina, deve-se dessensibilizar a gestante em ambiente hospitalar e tratar com penicilina benzatina após a dessensibilização.

Correta a alternativa B:

considera-se que a paciente apresentou resposta imunológica adequada se:

- VDRL pós tratamento negativo OU
- Queda da titulação de VDRL em duas diluições em 3 meses ou quatro diluições em 6 meses OU
- Queda da titulação de VDRL em duas diluições em 6 meses para sífilis recentes ou 12 meses para sífilis tardia.

Incorreta a alternativa C: a monitorização pós-tratamento deve ser realizada com testes não treponêmicos (VDRL ou RPR), que são testes tituláveis.

Incorreta a alternativa D: deve-se tratar todas as parcerias sexuais dos últimos 90 dias com pelo menos uma dose de penicilina benzatina, independentemente da sorologia apresentada.

Incorreta a alternativa E: o intervalo entre as doses de penicilina benzatina é de 7 dias e, se ultrapassar 9 dias, o tratamento deve ser reiniciado.

27 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) Primigesta, 33 anos, inicia o pré-natal na unidade básica de saúde. A paciente apresenta na primeira consulta de pré-natal, com 12 semanas de gestação, IMC de 35 kg/m², PA 120 x 80 mmHg. Nega comorbidades. Refere que prima apresentou eclâmpsia na gestação e foi a óbito. Após terminar a consulta obstétrica, o médico receita aspirina 100 mg para a gestante usar até 36 semanas. O que indicou o uso de aspirina para essa gestante?

- A) História familiar de eclâmpsia e nuliparidade
- B) Obesidade e idade materna avançada
- C) História familiar de eclâmpsia e obesidade
- D) Obesidade e nuliparidade
- E) Idade materna avançada e nuliparidade

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre predição e prevenção de pré-eclâmpsia.

Predizer quais são as gestantes que desenvolverão pré-eclâmpsia é de extrema importância, uma vez que existem medidas de prevenção dessa doença para as mulheres que apresentam um risco maior.

A principal forma de identificar as gestantes com risco de desenvolver pré-eclâmpsia é por meio da avaliação dos fatores de risco. Considera-se **gestação de alto risco** para desenvolver pré-eclâmpsia quando há **um único fator de risco alto ou dois fatores de risco moderados**.

RISCO ALTO*	RISCO MODERADO
História pregressa de pré-eclâmpsia	Gravidez prévia com eventos adversos (descolamento prematuro de placenta, prematuridade e baixo peso ao nascer > 37 sem.)
Obesidade (IMC > 30)	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e irmã)
Hipertensão arterial crônica	Nuliparidade
Diabetes tipo 1 e tipo 2	Idade materna ≥ 35 anos
Doença renal	Intervalo interpartal > 10 anos
Doenças autoimunes (lúpus, SAAF)	
Tratamento de reprodução assistida	
Gestação múltipla	
*Adaptada da ISSHP, FIGO, ACOG e MS	

A identificação de gestantes com alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e a realização de medidas para a sua prevenção ao longo do pré-natal é fundamental para se diminuir a ocorrência dessa patologia, principalmente as suas formas graves.

Em **gestantes com alto risco** de desenvolver pré-eclâmpsia, tanto pelo rastreamento combinado no primeiro trimestre como pela avaliação dos fatores de risco maternos isolados, a **prevenção primária** consiste na **administração de aspirina em baixa dose** (100-150 mg) diariamente a partir de 12 semanas, podendo ser iniciada em até 20 semanas, mas preferencialmente até 16 semanas, sendo mantida até 36 semanas de gestação. O uso de baixa dose de aspirina antes de 20 semanas de gestação **diminuiu o risco de pré-eclâmpsia**, principalmente a pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas), e de

restrição de crescimento fetal em gestantes de alto risco. Lembre-se de que é preciso suspender o AAS caso a paciente evolua para pré-eclâmpsia.

A **suplementação de cálcio nas gestantes de alto risco** deve ser feita na dose de **1,05 g a 2 g/dia**, quando há baixa ingestão dietética de cálcio desde o início do pré-natal até o parto, pois essa medida reduz o risco de pré-eclâmpsia para esse grupo de mulheres.

Não existe evidência de que a suplementação das vitaminas C, D, E, óleo de peixe, ácido fólico e restrição de sal possam reduzir o risco de pré-eclâmpsia.

Além disso, o uso de heparina de baixo peso molecular não está indicado para a prevenção da pré-eclâmpsia, pois essa medida não reduz o risco dessa patologia.

Comentários:

Incorreta a alternativa A: considera-se história familiar apenas a ocorrência de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em mães e irmãs. Nuliparidade é um fator de risco moderado que isolado não indica o uso de aspirina.

Incorreta a alternativa B: obesidade é um fator de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e indica o uso de aspirina na gestação. Idade materna é um fator de risco moderado, porém a gestante tem 33 semanas e não apresenta idade materna avançada.

Incorreta a alternativa C: A: considera-se história familiar apenas a ocorrência de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em mães e irmãs. Obesidade é um fator de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e indica o uso de aspirina na gestação.

Correta a alternativa D:

nuliparidade é um fator de risco moderado que isolado não indica o uso de aspirina, mas, em associação a outro fator de risco moderado, indica seu uso. Obesidade é um fator de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e indica o uso de aspirina na gestação.

Incorreta a alternativa E: Idade materna é um fator de risco moderado, porém a gestante tem 33 semanas e não apresenta idade materna avançada. Nuliparidade é um fator de risco moderado que isolado não indica o uso de aspirina.

28 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) Puérpera, parto normal há 2 horas, sem intercorrências, apresentou tontura e mal-estar ao sentar na cama. Ao exame: PA 90 x 70 mmHg, pulso 100 bpm, útero contraído na cicatriz umbilical e sangramento vaginal aumentado. Paciente foi encaminhada imediatamente para o centro obstétrico, onde foi realizada expansão volêmica e uma medicação endovenosa. Foi feita revisão do canal de parto, não sendo observado laceração ou hematomas. Qual deve ser a medicação realizada naquele momento e qual deve ser a próxima conduta?

- A) Ocitocina e balão de tamponamento intrauterino
- B) Ocitocina e curetagem uterina
- C) Metilergometrina e sutura de B-Lynch
- D) Ácido tranexâmico e curetagem uterina
- E) Ácido tranexâmico e histerectomia

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre hemorragia pós-parto.

As principais causas de HPP estão resumidas no mnemônico dos “4Ts”:

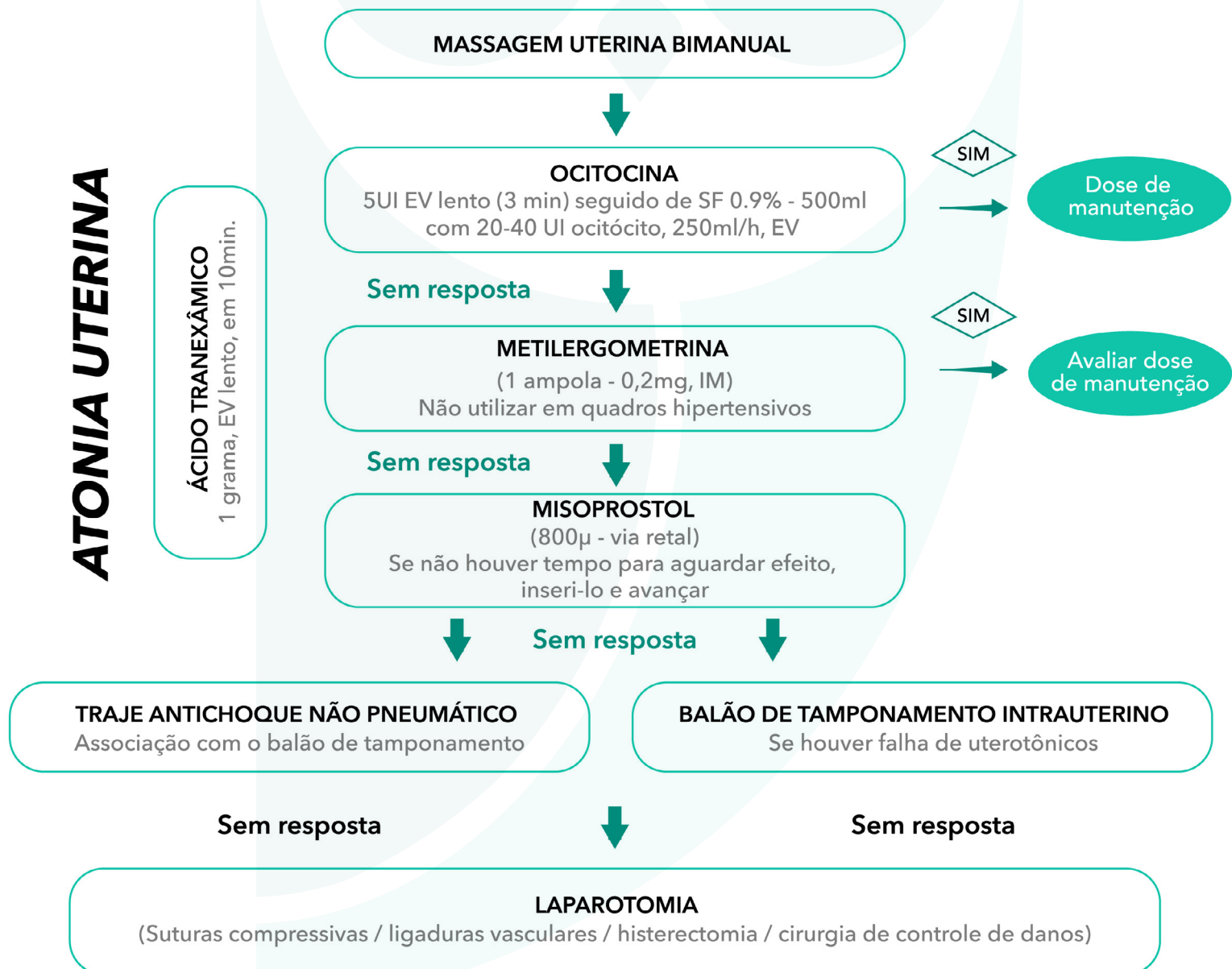
“4 TS”	CAUSA ESPECÍFICA	FREQUÊNCIA
TÔNUS	Atonia uterina (1ª causa)	70%
TRAUMA	Laceração (2ª causa), hematoma, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário (3ª causa), coágulos, acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias e uso de anticoagulantes	1%

O tratamento para HPP deve começar com as condutas para atonia uterina por se tratar da causa mais frequente, mesmo que não se tenha certeza desse diagnóstico. A investigação de outras causas deve ocorrer concomitantemente às condutas para atonia uterina.

Na atonia uterina, o tratamento medicamentoso resolve o sangramento na maioria das vezes. A ocitocina intravenosa é o uterotônico de primeira escolha no tratamento da HPP. Os outros uterotônicos utilizados são: metilergometrina intramuscular e misoprostol endovenoso. A massagem uterina bimanual (manobra de Hamilton), a reposição hídrica de cristaloides em acesso venoso calibroso, a administração de ácido tranexâmico e a sondagem vesical devem ser feitos concomitantemente aos uterotônicos para todas as puérperas com HPP.

Se o sangramento não parar, apesar do tratamento com todos os uterotônicos disponíveis, deve-se fazer o tamponamento com balão e utilizar o traje antichoque não pneumático (TAN). Quando, a despeito do tratamento conservador, o sangramento se mantiver, o uso de intervenções cirúrgicas (sutura compressiva de B-Lynch e suturas vasculares) é necessário. A histerectomia deve ser a última medida diante de uma HPP, feita somente após todas as outras intervenções falharem.

Concomitantemente à cascata de intervenções para atonia uterina (figura a seguir), deve-se afastar as outras causas de HPP, realizando a revisão do canal de parto à procura de lacerações e a curagem/curetagem uterina para afastar retenção de tecido placentário.



Comentários:

Incorreta a alternativa A: como a paciente não apresenta atonia uterina (útero contraído e na cicatriz umbilical) não há necessidade de fazer ocitocina endovenosa. O balão de tamponamento intrauterino é conduta na atonia uterina e sempre deve ser descartado na presença de retenção de tecido placentário antes de sua utilização.

Incorreta a alternativa B: como a paciente não apresenta atonia uterina (útero contraído e na cicatriz umbilical) não há necessidade de fazer ocitocina endovenosa. Como foi realizada a revisão do canal de parto e não foi encontrada laceração ou hematomas, deve-se partir para curetagem uterina, a fim de avaliar a presença de retenção de tecido placentário.

Incorreta a alternativa C: a metilergometrina é uma medicação utilizada na presença de atonia uterina.

Correta a alternativa D:

temos uma puérpera com hemorragia pós-parto, em que, pelo exame físico apresentado, é possível descartar atonia uterina (útero contraído na cicatriz umbilical). Sendo assim deve-se pensar nas duas outras causas mais comuns de HPP, que são laceração do canal de parto e retenção de tecido placentário. Como foi realizada revisão do canal de parto e não foi encontrada laceração ou hematomas, deve-se partir para curetagem uterina, a fim de avaliar a presença de retenção de tecido placentário. A medicação endovenosa que deve ser feita em todos os casos de HPP, independentemente da causa, é o ácido tranexâmico.

Incorreta a alternativa E: a medicação endovenosa que deve ser feita em todos os casos de HPP, independentemente da causa, é o ácido tranexâmico. A histerectomia é a última medida a ser realizada diante de HPP.

29 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) Primigesta, 38 semanas, sem comorbidades, sem intercorrências no pré-natal, dá entrada na maternidade em trabalho de parto. Com 8 cm de dilatação, apresentou saída de líquido amniótico sanguinolento em grande quantidade. Ao exame: PA 120 x 80 mmHg, pulso 90 bpm, AU 36 cm, DU presente, BCF 100 bpm, tônus uterino normal, especular com saída de sangue vermelho-vivo pelo orifício interno do colo. Paciente foi encaminhada para cesariana de urgência. Qual é o diagnóstico provável para esse caso?

- A) Descolamento prematuro de placenta
- B) Placenta prévia
- C) Rotura uterina
- D) Rotura de seio marginal
- E) Rotura de vasa prévia

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre sangramento da segunda metade da gestação.

Os diagnósticos diferenciais de sangramento da segunda metade estão resumidos na tabela a seguir:

Patologia	Principal fator de risco	Diagnóstico	Sinais e sintomas	Conduta
Placenta prévia	Cesárea anterior	Clínico e ultrassonográfico	Sangramento intermitente e indolor de origem materna	Cesárea eletiva Cesárea de urgência se sangramento intenso
Descolamento prematuro de placenta	Hipertensão gestacional	Clínico	Sangramento súbito, associado à dor abdominal, hipertonia uterina e alteração da vitalidade fetal	Cesárea de urgência se feto vivo
Rotura de vasa prévia	Rotura das membranas	Clínico e ultrassonográfico	Sangramento indolor após a rotura das membranas fetais, sem repercussão materna, alteração da vitalidade fetal	Cesárea de urgência
Rotura uterina	Cesárea anterior	Clínico	Sangramento e dor abdominal súbitos, parada das contrações, subida da apresentação fetal, bradicardia fetal ou BCF ausente, choque hemorrágico e sinais de sangramento intra-abdominal	Cesárea de urgência e reparo da rotura uterina
Rotura de seio marginal	Não há	Anatomopatológico	Sangramento vaginal vermelho vivo, indolor, contínuo e de pequena quantidade, que não desencadeia repercussões maternas ou fetais	Monitorização materno-fetal

Comentários:

Incorreta a alternativa A: no descolamento prematuro de placenta, temos tônus uterino aumentado e instabilidade hemodinâmica materna associada a sangramento vaginal e alteração de vitalidade fetal.

Incorreta a alternativa B: na placenta prévia, o sangramento é intermitente e dificilmente leva à alteração de vitalidade fetal.

Incorreta a alternativa C: na rotura uterina, temos dor abdominal súbita, instabilidade hemodinâmica materna, além da alteração da vitalidade fetal.

Incorreta a alternativa D: na rotura de seio marginal, não há alteração da vitalidade fetal.

Correta a alternativa E: temos uma parturiente que apresenta sangramento vaginal vermelho-vivo após rotura das membranas, associado à alteração de vitalidade fetal, com tônus uterino normal e sem instabilidade hemodinâmica materna. A principal hipótese para esse caso deve ser a rotura de vasa prévia, pois ocorre sofrimento fetal, sem instabilidade hemodinâmica materna.

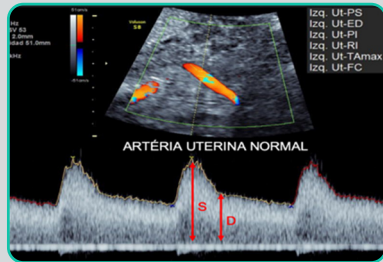

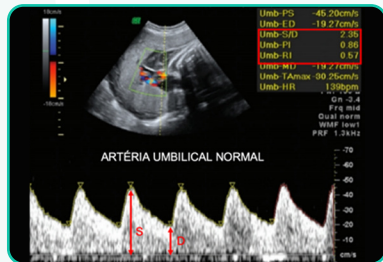
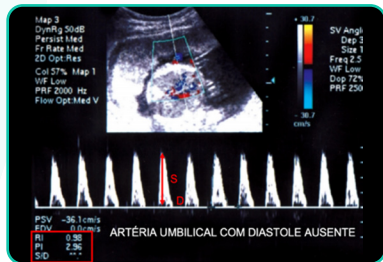
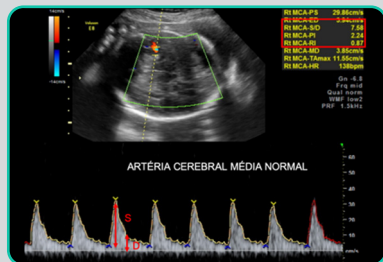
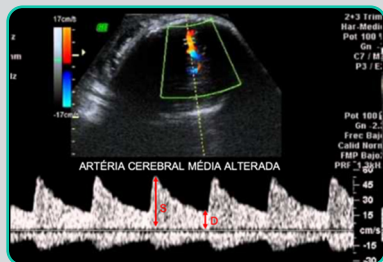
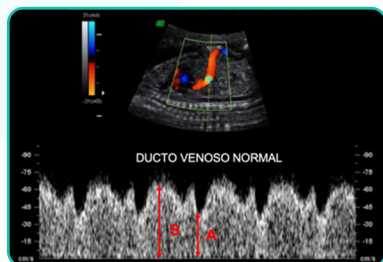
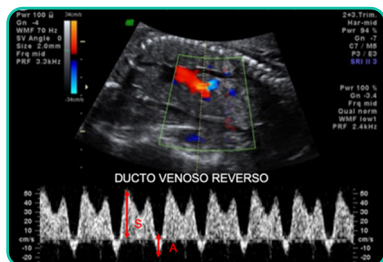
30 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia) Sobre o uso da Dopplervelocimetria na prática obstétrica, assinale a alternativa correta:

- A) Ducto venoso com onda A reversa no primeiro trimestre indica acidemia fetal.
- B) Artéria cerebral média com índice de pulsatilidade acima do percentil 95 indica centralização de fluxo fetal.
- C) Artéria cerebral média com pico de velocidade sistólico acima do normal para a idade gestacional indica anemia fetal.
- D) Artéria uterina com índice de resistência abaixo do percentil 5 indica maior risco de pré-eclâmpsia.
- E) Artéria umbilical com índice de pulsatilidade abaixo do percentil 5 indica insuficiência placentária.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre Dopplervelocimetria obstétrica.

A tabela a seguir resume as características de todos os vasos avaliados na Dopplervelocimetria obstétrica e suas respectivas alterações.

Território avaliado	Significado da alteração	Valor alterado	Vaso Normal	Vaso Alterado
Artéria uterina	Invasão trofoblástica inadequada	IP > p95 OU incisura protodiastólica		
Artéria umbilical	Resistência placentária aumentada	IP > p95 OU fluxo diastólico diminuído, ausente ou reverso		
Artéria cerebral média	Território arterial fetal alterado	IP < p5		
Ducto venoso	Território venoso fetal alterado	IP > 1 ou 1,5		

Comentários:

Incorreta a alternativa A: ducto venoso com onda reversa no primeiro trimestre não indica acidemia fetal, mas pode indicar aneuploidias, anomalias cardíacas fetais, infecções congênitas e outras alterações intrínsecas do feto ou pode ainda ser algo transitório sem repercussão para o feto.

Incorreta a alternativa B: artéria cerebral média com índice de pulsatilidade ABAIXO do percentil 5 indica centralização de fluxo fetal.

Correta a alternativa C:

o aumento do pico de velocidade sistólico da artéria cerebral média acima de 1,5 MOM para determinada idade gestacional indica anemia fetal.

Incorreta a alternativa D: artéria uterina com índice de resistência ACIMA do percentil 95 está relacionada a maior risco de pré-eclâmpsia.

Incorreta a alternativa E: artéria umbilical com índice de pulsatilidade ACIMA do percentil 95 indica insuficiência placentária.

PEDIATRIA

31 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Diógenes Paiva - Otorrinolaringologia) Daniel de 2 anos apresenta quadro de falta de apetite, tosse e febre há 1 dia, associado ao hábito de colocar a mão no ouvido esquerdo. Ao exame: temperatura 38 graus; orofaringe com hiperemia e hipertrofia de tonsilas; otoscopia sem alterações nos condutos auditivos com abaulamento da membrana timpânica à esquerda e hiperemia na membrana direita; AP com roncos. Assinale a conduta correta:

- A) Azitromicina
- B) Amoxicilina
- C) Amoxicilina-clavulanato
- D) Ciprofloxacino tópico
- E) Sintomáticos e reavaliação em 48 horas

COMENTÁRIOS:

Futuro Residente, nesta questão, apresentei um paciente com otite média aguda unilateral derivada de um provável quadro de rinfaringite viral. Esse assunto foi abordado nas provas do IAMSPE e em boa parte das provas para R1 de todo o país e merece sua atenção.

Boa parte dos casos de OMA podem ser precedidos por IVAS, justificando a associação de **rinorreia, obstrução nasal e febre**

baixa.

Otalgia associada à febre de intensidade moderada a alta, são os principais sintomas clínicos que devem levantar a suspeita dessa infecção.

Lactentes e crianças pequenas, que não conseguem descrever os sintomas, podem apresentar: **recusa alimentar, prostração, irritabilidade e quadro de choro persistente.**

ATENÇÃO
DECORE!



É o exame físico que irá “carimbar” o diagnóstico na maioria dos enunciados, pois febre e sintomas nasais podem ocorrer nas mais diversas IVAS. Um sinal verificado à otoscopia, que é fundamental para fechar o diagnóstico de OMA, é o **abaulamento da membrana timpânica.**

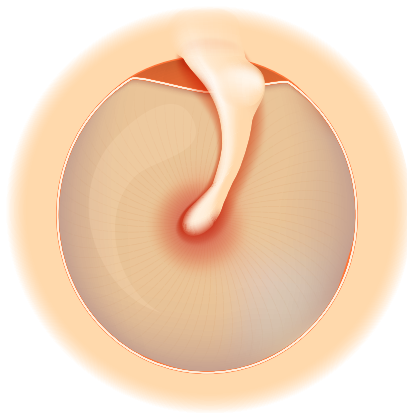
Apenas hiperemia de membrana timpânica, mesmo com os demais sintomas, não é suficiente para o diagnóstico.

Não “coma esta isca”! OMA quase sempre (mas não em todos os casos) tem abaulamento da membrana timpânica.

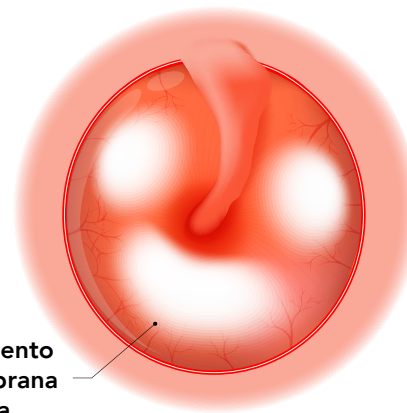


Fonte: Shutterstock.

Membrana timpânica normal de um ouvido direito



Otite Média Aguda



Abaulamento da membrana timpânica

Fonte: Shutterstock.

O diagnóstico é **totalmente clínico** na grande maioria dos casos de OMA, baseado nos sintomas associados à identificação do abaulamento da membrana timpânica à otoscopia.

O tratamento da OMA, apesar de não apresentar uma grande variedade de opções, contempla vários detalhes sobre

dosagens, tipos de drogas e de grupos que devem ou não ser tratados farmacologicamente.

Essas infecções, mesmo nos casos que apresentam diagnóstico clínico de etiologia bacteriana, **podem evoluir de forma auto-resolutiva**.

QUANDO UTILIZAR ANTIBIÓTICOS NA OTITE MÉDIA AGUDA

CRANÇAS < 6 MESES	• Tratamento imediato em todos os casos	
6 MESES A DOIS ANOS	OBSERVAÇÃO	ANTIBIÓTICO
	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral • Sintomas leves (otalgia < 48h e temperatura < 39 graus) 	Pela alta taxa de falha em alguns pacientes = tratamento com antibiótico
> DOIS ANOS (24 MESES)	OBSERVAÇÃO	ANTIBIÓTICO
	<ul style="list-style-type: none"> • Imunocompetentes • Sem anormalidades craniofaciais • Sinais e sintomas leves • Sem otorreia • Os cuidadores entenderam riscos/benefícios 	<ul style="list-style-type: none"> • Pareçam tóxicas • Otolgia persistente > 48 horas • Febre > 39°C • OMA bilateral * • Otorreia • Acesso incerto ao sistema de saúde

Baseando-se na tabela acima, temos que nosso paciente tem dois anos, sintomas leves, com abaulamento unilateral e sem otorreia.

Temos assim uma boa indicação de mantermos conduta expectante em relação a esta otite, utilizando a lavagem nasal com solução salina para tratamento da rinosinusite viral e retorno em 48 horas para reavaliação.

Incorreta a alternativa A. Mesmo nos casos em que está indicado o uso dos antibióticos, não devemos prescrever a azitromicina, considerando que o *Streptococcus pneumoniae* e o *H. influenzae*, as principais bactérias responsáveis pela OMA, apresentam resistência crescente a sua ação.

Incorreta a alternativa B. A amoxicilina isolada na sua dose dobrada de 90 mg/kg/dia é a primeira opção na maioria dos casos de OMA não recorrente quando existe indicação de utilização de antibióticos de acordo com o exposto nos comentários acima.

Incorreta a alternativa C. A amoxicilina com clavulanato deve ser utilizada nos casos de OMA com indicação de antibiótico, em pacientes que fizeram utilização de betalactâmicos nos últimos 30 dias, em casos de OMA recorrente e quando apresentam conjuntivite associada, pela maior probabilidade de ser causada pelo *H. influenzae* que produz betalactamases.

A tabela abaixo resume as indicações dos antibióticos nas OMAs:

ANTIBIÓTICOS NA OTITE MÉDIA AGUDA	
<p>Primeira escolha: Sem uso de terapia betalactâmica recente Sem conjuntivite purulenta associada Sem histórico recorrente de OMA</p>	<p>Amoxicilina 90 mg/kg/dia < 2 anos por 10 dias > 2 anos por 5 a 7 dias</p>
<p>Primeira escolha: Com uso de terapia betalactâmica recente e/ou Conjuntivite purulenta associada e/ou Histórico recorrente de OMA</p>	<p>Amoxicilina-Clavulanato Concomitância com conjuntivite aumenta a probabilidade de infecção por <i>H. influenzae</i> não típavel 90 mg/kg/dia < 2 anos por 10 dias > 2 anos por 5 a 7 dias</p>
<p>Alergia à penicilina</p>	<p>Axetilcefuroxima (cefalosporina de segunda geração) Clindamicina Ceftriaxona (reservada para complicações ou resistências)</p>
<p>Não utilizar/Proibido</p>	<p>Azitromicina e Claritromicina (resistência do <i>Streptococcus</i>) Sulfametoxazol-Trimetoprim (resistência do <i>Streptococcus</i>) Quinolonas em crianças</p>

Incorreta a alternativa D. Gotas otológicas são utilizadas para tratamento da otite externa que não cursa com febre nem é precipitada por IVAS. Além disso, no exame físico, esperamos identificar edema, hiperemia e sensibilidade no conduto auditivo externo sem alterações na membrana timpânica, o que difere do descrito neste enunciado.

Correta a alternativa E.

32 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Adolescente de 13 anos e 6 meses, sexo feminino, apresenta baixa estatura, encontra-se impúbere e apresentou edema de mãos e pés ao nascimento. O exame físico revela pescoço alado. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Síndrome de Klinefelter
- B) Síndrome de Down
- C) Síndrome de Turner
- D) Síndrome de Marfan
- E) Síndrome de Edwards

COMENTÁRIOS:

Querido Estrategista, fique atento! Quando você estiver diante de uma menina com atraso puberal e baixa estatura, deve pensar em primeiro lugar na Síndrome de Turner.

A síndrome de Turner (ST) ocorre apenas no sexo feminino, devido à perda de 1 cromossomo X ou parte dele. O cariótipo mais comum é o 45X. Consiste na anomalia cromossômica sexual mais comum em meninas, sendo encontrada em 1:2.000 nascidos vivos. Suas principais características são a baixa estatura e o atraso puberal.

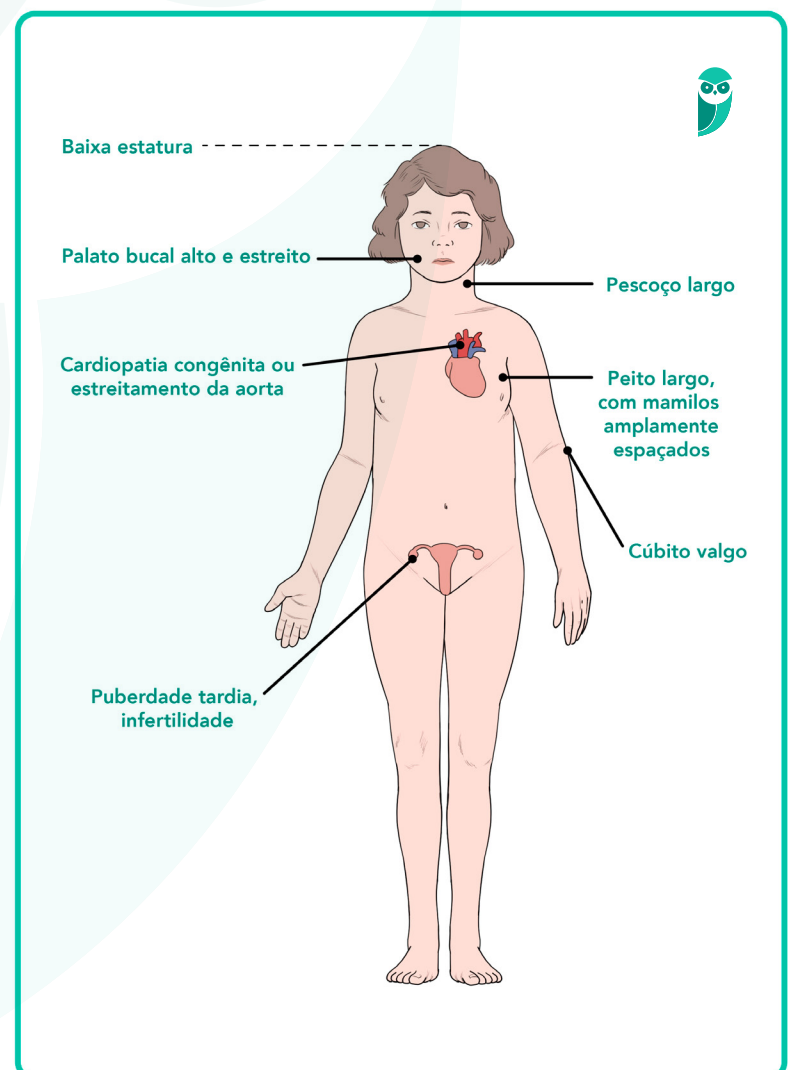
Quanto aos estigmas, nem sempre eles estão presentes, pois muitas dessas meninas apresentam mosaicos, que atenuam as características fenotípicas da síndrome.

Agora, vamos aos estigmas:

- Tórax em escudo;
- Hipertelorismo mamário;
- Pescoço alado;
- Baixa implantação de orelhas e de cabelo;
- Cúbito valgo;
- Deformidade de Madelung no antebraço;
- Linfedema de mãos e pés ao nascimento;
- Displasia ungueal;
- Palato alto e estreito;
- Quarto metacarpo curto;
- *Nevus pigmentares.*

Observe a figura:

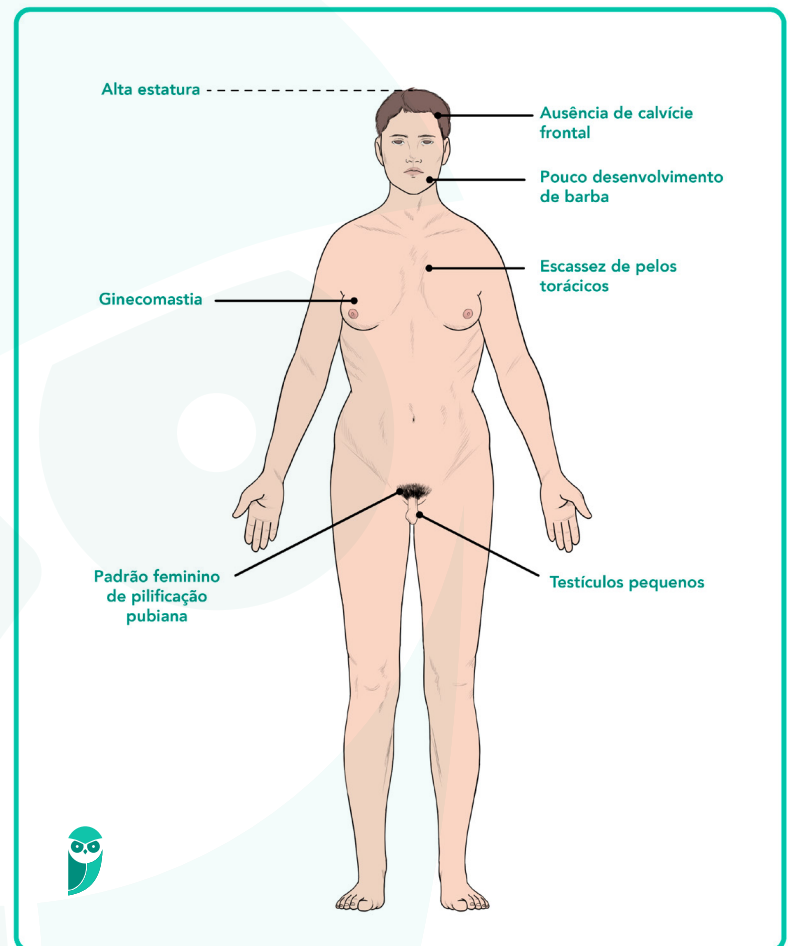
SÍNDROME DE TURNER



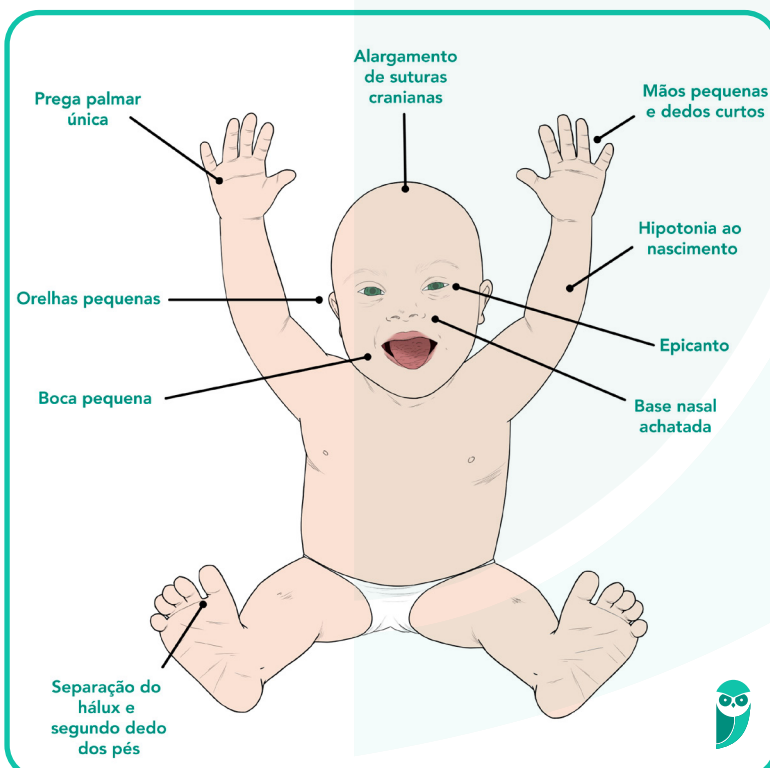
Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A síndrome de Klinefelter acomete apenas o sexo masculino e o cariótipo mais comum é o 47XXY. Esses meninos apresentam alta estatura e envergadura, atraso puberal, dificuldades escolares e problemas de comportamento. Veja a figura:

SÍNDROME DE KLINEFELTER



SÍNDROME DE DOWN



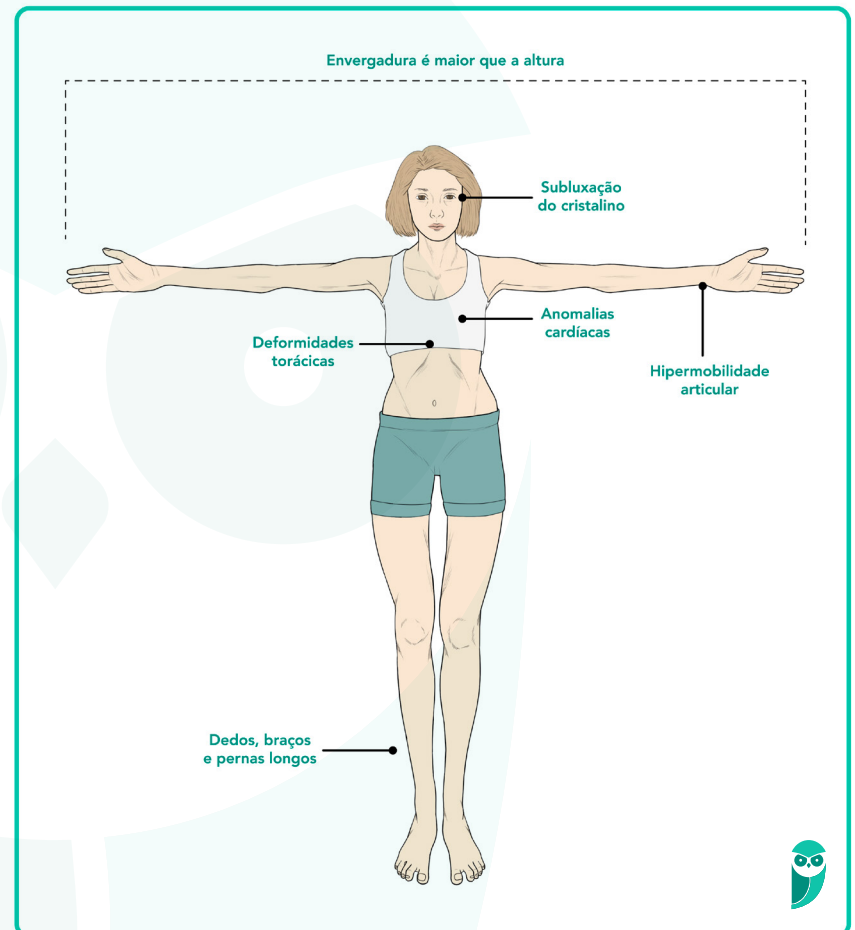
Incorreta a alternativa B. A síndrome de Down é causada, na maior parte das vezes, pela trissomia do cromossomo 21. Suas principais características são: hipotonia, hipoplasia facial, pregas epicânticas, atraso mental, cardiopatias, entre outros achados. Observe:

Correta a alternativa C.

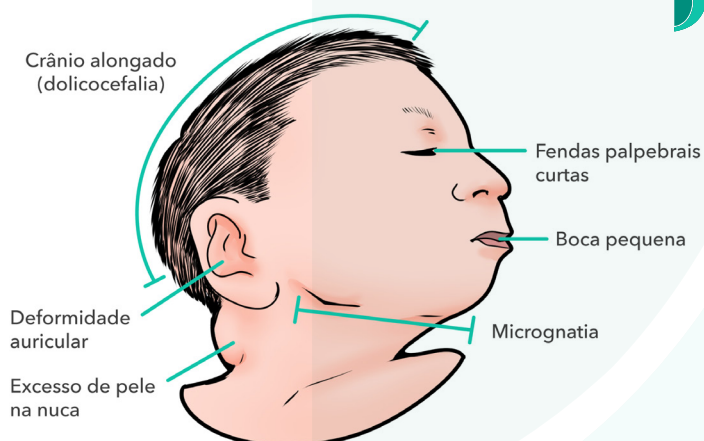
A síndrome de Turner pode apresentar as manifestações descritas no enunciado, sendo o diagnóstico mais provável para esse caso.

Incorreta a alternativa D. A síndrome de Marfan é uma condição autossômica dominante, determinada por mutações no cromossomo 15, em que ocorre a decodificação da proteína fibrilina. O defeito resulta em manifestações musculoesqueléticas (hipermobilidade articular, envergadura maior que a estatura e deformidades esqueléticas), cardiovasculares (prolapso de válvula mitral e aneurisma de aorta) e oftalmológicas (subluxação do cristalino). Veja a figura a seguir:

SÍNDROME DE MARFAN



SÍNDROME DE EDWARDS



OUTRAS MANIFESTAÇÕES:
Cardíacas, rim em ferradura,
gastrointestinais, oculares



Incorreta a alternativa E. A síndrome de Edwards é a trissomia do cromossomo 18 e apresenta as seguintes manifestações: restrição de crescimento intrauterino, crânio alongado, boca de tamanho pequeno, tendência à hipertonia, micrognatia, rins em ferradura, defeitos cardíacos (principalmente CIV), pés em mata-borrão, mãos em garra, problemas gastrointestinais: onfalocele, divertículo de Meckel. Veja:

33 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Criança de 9 anos apresenta febre, artrite em tornozelo esquerdo há 1 semana, que migrou para joelho direito. A ausculta cardíaca revela sopro sistólico 3+/6+ em foco mitral. Exames laboratoriais: FAN negativo, VHS aumentado, ASLO aumentada. Diante dessas informações, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Artrite idiopática juvenil
- B) Lúpus eritematoso sistêmico
- C) Endocardite
- D) Febre reumática
- E) Doença de Kawasaki

COMENTÁRIOS:

A Febre Reumática (FR) é uma doença prevalente em nosso meio e causa importante cardiopatia adquirida em idade jovem. Ela consiste em uma seqüela não supurativa de uma infecção estreptocócica de orofaringe. Ocorre após algumas semanas da infecção e é mais comum entre 5 e 15 anos de vida.

Os critérios de Jones sofreram várias atualizações sendo

a última em 2015 pela American Heart Association, quando foi definido que o diagnóstico de Febre Reumática (FR) tem critérios diferenciados entre países de alto e baixo risco para a doença.

Veja abaixo os critérios diagnósticos para a Febre Reumática (FR) para países de Moderado e alto risco para FR:

CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
Poliartrite migratória (poliartralgia ou monoartrite)	Alteração de VHS (maior que 30mm na primeira hora) e PCR maior ou igual a 3 mg/dL
Cardite	Aumento do PR no ECG corrigido para a idade (quando não houver cardite)
Coreia	Febre maior ou igual a 38°C
Eritema marginado	Artralgia
Nódulos subcutâneos	

Para o diagnóstico da FR são necessários (associados à evidência de infecção estreptocócica recente):

- 2 critérios maiores
- 1 critério maior e 2 menores.

A evidência de infecção estreptocócica pode ser feita por:

- cultura de orofaringe
- teste rápido antigênico para o estreptococo em orofaringe
- dosagem de anticorpos: ASLO, anti DNase.

Assim, concluímos que a criança fecha os critérios diagnósticos para FR pois apresenta:

- artrite (maior)
- cardite (maior)
- febre (menor)
- ASLO aumentada

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a artrite idiopática juvenil (AIJ) é uma artropatia de caráter crônico, com duração das queixas articulares igual ou superior a 6 semanas. Além disso, não tem relação com sopro cardíaco apresentado pela paciente.

Incorreta a alternativa B, o lúpus eritematoso, além de mais raro, é de evolução crônica. Esse paciente tem um quadro agudo e preenche os critérios diagnósticos para FR, que é mais comum nessa idade.

Incorreta a alternativa C, porque a endocardite infecciosa é uma infecção bacteriana grave, que pode ocorrer após manipulação dentária, em portadores de valvulopatias, ou uso de catéteres endovenosos. Sua sintomatologia é exuberante, com febre persistente, prostração, anemia, petéquias, esplenomegalia, entre outros. Requer tratamento prolongado com antibioticoterapia de amplo espectro. A hemocultura em pacientes com endocardite é positiva para bactérias.

Correta a alternativa D, a criança preenche critérios diagnósticos para febre reumática.

Incorreta a alternativa E, a doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica, que se manifesta com febre elevada com duração maior ou igual a 5 dias e quatro dos seguintes critérios:

- alterações de mucosa oral,
- conjuntivite bilateral não exsudativa,
- exantema polimorfo,
- adenopatia cervical,
- edema e eritema de mãos e pés.

34 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Um lactente de 8 meses apresenta pneumonias de repetição desde os 4 meses de idade, com histórico de internação em UTI em uma das vezes, associado à diarreia crônica e baixo ganho de peso. A criança não faz acompanhamento de rotina, não recebe suplementação de ferro e vitamina D e não tem o resultado do teste do pezinho. Diante desses dados apresentados, indique a principal hipótese diagnóstica:

- A) Pneumonia afebril do lactente
- B) Fibrose cística
- C) Tuberculose
- D) Doença celíaca
- E) Bronquiolite obliterante

COMENTÁRIOS:

Olá, querido Estrategista, vamos extrair os principais dados desse enunciado:

- Lactente de 8 meses
- Pneumonias de repetição
- Diarreia crônica
- Baixo ganho ponderal
- Sem informações sobre o teste do pezinho.

Esses dados são muito sugestivos de fibrose cística, uma doença genética de caráter autossômico recessivo, crônica, progressiva, de caráter sistêmico e potencialmente letal, em consequência de um defeito na proteína CFTR (cystic fibrosis transmembrane regulator), que regula o transporte do cloro nas células epiteliais.

As mutações no gene que codifica a CFTR tornam não funcionantes os canais permeáveis do cloro. Com isso, a secreção de cloro diminui e causa desidratação das mucosas, aumento da

viscosidade das secreções e consequente diminuição do *clearance* das vias respiratórias. Esse mecanismo acarreta obstrução dos ductos por rolha de muco com reação inflamatória, resultando em uma doença sistêmica que acomete principalmente o trato respiratório e o gastrointestinal.

Essa doença pode ser detectada precocemente por meio do teste de triagem neonatal, contudo esse lactente não faz acompanhamento pediátrico de rotina. Por esse motivo, não tem o diagnóstico e não foi tratado de forma adequada até o momento.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a pneumonia afebril do lactente ocorre em lactentes de 1 a 3 meses de idade, que apresentam tosse prolongada, sem febre, com antecedente de parto normal e conjuntivite prévia. Essa criança encontra-se fora da faixa etária para esse diagnóstico.

Correta a alternativa B, essa é a principal hipótese diagnóstica para esse lactente.

Incorreta a alternativa C, a tuberculose na criança geralmente manifesta-se como uma pneumonia que não melhora com o tratamento habitual, contudo essa criança tem sintomas respiratórios desde os quatro meses, associados à diarreia, assim, essa hipótese é pouco provável.

Incorreta a alternativa D, a doença celíaca é uma intolerância permanente ao glúten, caracterizada por atrofia da mucosa duodenal, que acarreta má absorção de macro e micronutrientes. Existem 2 formas de doença, a clássica e a não clássica. A primeira ocorre mais na infância precoce, após a introdução do glúten na dieta e caracteriza-se por diarreia crônica, perda de peso, distensão abdominal, vômitos e irritabilidade. A forma não clássica, com manifestações extraintestinais (artrite, anemia, constipação), manifesta-se em indivíduos mais velhos. O que nos fala contra a doença celíaca é a presença de manifestações respiratórias graves desde os 4 meses de idade.

Incorreta a alternativa E, a bronquiolite obliterante caracteriza-se por uma síndrome de obstrução crônica do fluxo aéreo associada à lesão inflamatória das pequenas vias aéreas, em idade pediátrica, sendo a etiologia pós-infeciosa a mais frequente. Não está relacionada à diarreia crônica, embora possa cursar com exacerbações respiratórias.

35 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria) Em relação à doença celíaca em crianças, é incorreto afirmar:

- A) A doença celíaca manifesta-se com diarreia precoce, que tem início logo após o nascimento.
- B) As manifestações extraintestinais podem ser observadas em alguns casos, como manifestações neurológicas, anemia e atraso puberal.
- C) Na forma clássica, as manifestações costumam surgir após a introdução alimentar.
- D) O diagnóstico deve ser realizado por meio de sorologia, dosagem de IgA e de biópsia intestinal por endoscopia.
- E) O tratamento consiste na exclusão do glúten da dieta.

COMENTÁRIOS:

Querido Estrategista, a Doença Celíaca (DC) é definida como uma enteropatia imunomediada, desencadeada pela ingestão do glúten, que está presente no trigo e outras proteínas encontradas

em cereais como a cevada e o centeio. A DC ocorre em indivíduos geneticamente predispostos, com manifestações de graus variáveis, e com a presença de autoanticorpos celíacos específicos.

Vamos, agora, apresentar as duas principais formas da DC na criança:

DOENÇA CELÍACA CLÁSSICA: após a introdução do glúten na dieta, o lactente passa a apresentar diarreia crônica, vômitos, irritabilidade, esteatorreia, distensão abdominal, constipação, diminuição da musculatura glútea, perda de peso, deficiência de vitaminas, ferro e outros nutrientes. As três principais características encontradas na doença celíaca clássica são:

- Síndrome de má absorção;
- Alterações histológicas na mucosa intestinal;
- Resolução das lesões e dos sintomas após a retirada dos alimentos que contêm glúten.

NÃO CLÁSSICA OU ATÍPICA: os sintomas não são específicos do sistema gastrointestinal, observe:

- Baixa estatura;
- Atraso puberal;
- Hipotonia;
- Atraso do Desenvolvimento neuropsicomotor;
- Distúrbios de aprendizado;
- Cefaleia;
- Ataxia;
- Epilepsia;
- Alteração das transaminases;
- Dor abdominal, constipação;
- Dermatite herpetiforme, entre outros.

O diagnóstico da DC baseia-se em testes sorológicos e biópsia intestinal.

A estratégia inicial é a dosagem da anti-TTG IgA e dosagem de IgA total. Caso a anti-TTG IgA esteja positiva, indica-se a biópsia intestinal. Caso esteja negativa e o paciente apresente deficiência de IgA, a dosagem de anticorpos da classe IgG como antiendomísio, peptídeo de antigliadina deaminada e anti-TTG IgG são necessários.

Embora os achados histológicos não sejam específicos da DC, o critério padrão-ouro para o seu diagnóstico são as alterações vilositárias na biópsia intestinal, associadas ao teste sorológico positivo.

As alterações histológicas encontradas são características, mas não são patognômicas pois podem estar presentes em outras condições clínicas como: infecções parasitárias, espru tropical, imunodeficiências, enteropatia pelo vírus HIV.

Devem ser colhidas de 4 a 6 amostras para biópsia da segunda parte do duodeno e do bulbo duodenal.

Os achados mais característicos da biópsia intestinal na DC são:

- Aumento de linfócitos intraepiteliais (>25/100 células epiteliais);
- Hiperplasia de criptas;
- Atrofia vilositária;
- Infiltração de células mononucleares na lâmina própria;
- Anomalias estruturais nas células epiteliais.

O tratamento da Doença Celíaca consiste em oferecer uma dieta isenta de glúten por toda a vida. Todos os alimentos que contêm trigo, cevada e centeio devem ser excluídos da dieta. Mesmo pequenas quantidades ingeridas de glúten podem ser prejudiciais. Esses pacientes devem ser orientados a pesquisar a presença de glúten em rótulos de alimentos industrializados e a observar medicamentos que contenham glúten.

Incorreta a alternativa A, porque as crianças com doença celíaca passam a apresentar sintomas gastrointestinais após a exposição ao glúten, que ocorre no momento da introdução alimentar, usualmente após os seis meses de idade.

Correta a alternativa B, porque mencionou manifestações esperadas na forma atípica.

Correta a alternativa C, porque, durante a introdução alimentar, a criança é exposta ao glúten, que desencadeia toda a sintomatologia da doença.

Correta a alternativa D, porque indicou a forma de se chegar ao diagnóstico da DC.

Correta a alternativa E, porque mencionou o tratamento apropriado da DC.

36 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Acerca da vacinação dos prematuros, é correto afirmar:

- A) Os prematuros são vacinados com a idade gestacional corrigida.
- B) A vacina contra BCG só pode ser aplicada em maiores de 34 semanas e com mais de 2000g.
- C) Crianças com cardiopatias congênitas devem receber o palivizumabe nos primeiros dois anos de vida.
- D) Prematuros extremos expostos à varicela materna deverão receber imunoglobulina.
- E) Todos os menores de 34 semanas e/ou 1800g deverão receber vacina e imunoglobulina anti-hepatite B ao nascimento.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, vamos falar de vacinação do prematuro?

Aqui, o que você tem que ter em mente é que os prematuros devem ser vacinados na idade cronológica. Não se deve corrigir a idade gestacional!

PREMATUROS – VACINAR NA IDADE CRONOLÓGICA!

Então, a maioria das vacinas devem ser dadas na mesma idade das crianças nascidas a termo. Porém, algumas particularidades devem ser levadas em conta, são elas:

VACINAS	INDICAÇÃO
BCG	Realizar apenas em bebês com mais de 2000g.
Hepatite B	Menores de 33 semanas e/ou 1800g. Realizar obrigatoriamente 4 doses. Podendo ser utilizado o esquema de vacinas ao nascer e aos 2, 4 e 6 meses ou ao nascer e com 1, 2 e 6 meses.
DTP	Utilizar de preferência a DTPa (acelular), especialmente em RNs internados em UTI neonatal.
Rotavírus e Pólio Oral	Não utilizar em ambiente hospitalar.
Palivizumabe	Aplicar nos meses de maior circulação do vírus sincicial respiratório para pacientes selecionados.

Vamos rever as indicações do Palivizumabe

Pelo Ministério da Saúde:

- Recém-nascidos pré-termo menores de 29 semanas de idade gestacional no primeiro ano de vida.
- Portadores de cardiopatias congênitas, com repercussão hemodinâmica desde que em tratamento para a doença de base, nos dois primeiros anos de vida.
- Portadores de distúrbios pulmonares da prematuridade nos dois primeiros anos de vida.

A Sociedade Brasileira de Pediatria acrescenta como indicação:

- Recém-nascidos pré-termo, nascidos com 29 a 32 semanas de idade gestacional até o sexto mês. Para esses pacientes, o Palivizumabe está disponível no sistema privado e, em alguns estados do Brasil, já está disponível no sistema público.

Por fim, vamos lembrar a profilaxia pós-exposição da varicela.

A varicela é uma doença exantemática geralmente benigna e autolimitada, mas que pode levar a complicações e até a óbito em pacientes especiais.

Sua prevenção, pelo Programa Nacional de Imunizações, é feita com duas doses da vacina.

- Aos 15 meses, na tetra viral: sarampo, caxumba, rubéola e varicela.
- Aos 4 anos, na vacina varicela isolada.

A profilaxia pós-exposição está indicada para indivíduos suscetíveis à doença e pode ser feita por meio do bloqueio vacinal ou do uso de imunoglobulina.

Observe:

CONTACTANTES DE VARICELA		
VACINA	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores de 9 meses imunocompetentes. 	Até 3 a 5 dias após exposição
IMUNOGLOBULINA	<ul style="list-style-type: none"> • Imunodeprimidos. • Gestantes. • Menores de um ano em contato hospitalar com o vírus. • RNs de mães que desenvolveram a doença 5 dias antes ou 2 dias após o parto. • Prematuros > 28 semanas, cuja mãe nunca teve varicela. • Prematuros < 28 semanas, independentemente da história materna de varicela. 	Até 96 horas após exposição

Vamos às alternativas?

Incorreta a alternativa A. Os prematuros são vacinados conforme a idade gestacional cronológica.

Incorreta a alternativa B. A vacina BCG só pode ser aplicada em RNs com mais de 2000g, a idade gestacional não é parâmetro de vacinação.

Incorreta a alternativa C. Não são todas as cardiopatias congênitas que são elegíveis para o palivizumabe, apenas aquelas com repercussão hemodinâmica.

Correta a alternativa D.

Prematuros extremos são os menores de 28 semanas, sempre que expostos à varicela materna, eles têm indicação de imunoglobulina.

Incorreta a alternativa E. A indicação para imunoglobulina anti-hepatite B é de neonatos filhos de mães com HbsAg positivo.

37 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Você atende no PSI uma mãe com seu bebê de 20 dias de vida. Ele apresenta bom estado geral e febre (acima de 38°C) há 48 horas, sem outras queixas. A mãe refere que todos em casa “pegaram uma gripe”. O exame físico é normal, exceto pela febre. Qual é a conduta adequada para esse bebê?

- A) Internar, coletar hemograma, hemocultura, liquor, urina, fazer radiografia de tórax e iniciar antibioticoterapia empírica.
- B) Internar, coletar hemograma, hemocultura, fazer radiografia de tórax e iniciar antibioticoterapia empírica.
- C) Internar, coletar hemograma, hemocultura, fazer radiografia de tórax e aguardar o resultado dos exames para definir conduta.
- D) Coletar hemograma, hemocultura, fazer radiografia de tórax, iniciar antibioticoterapia ambulatorial e reavaliar diariamente.
- E) Prescrever antitérmico e reavaliar diariamente.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a primeira coisa a saber aqui é que todo neonato com febre deve ser investigado e tratado empiricamente devido ao grande risco de evolução rápida e grave para sepse.

Vamos lembrar a sepse neonatal?

A sepse neonatal é uma síndrome clínica decorrente da presença de agentes patogênicos em fluidos previamente estéreis, como sangue, urina ou liquor.

Ela pode ser classificada quanto ao tempo de aparecimento em:

- SEPSE NEONATAL PRECOCE: ocorre em até 72 horas de vida.
- SEPSE NEONATAL TARDIA: ocorre após 72 horas de vida.

A sepse precoce é a principal forma de sepse e está relacionada aos agentes da flora geniturinária materna. São eles: *Streptococo beta agalactiae* (EGB ou GBS), *E. coli*, *Estafilococo coagulase negativo* e *Listeria monocytogenes*. Fique ligado no mnemônico!

"GeLo de COCO"
GeBS
Listeria
E. COLI
E. COagulase negativo



A tardia pode trazer agentes comunitários, quando o RN já estiver de alta, sendo a *E.coli* e o *S. aureus* os principais; ou os agentes da flora hospitalar, em caso de internamento prolongado.

Os sinais clínicos da sepse são inespecíficos, portanto devemos unir fatores de risco + história clínica + exame físico.

Os neonatos podem apresentar distúrbio respiratório, apneia, cianose, dificuldade para se alimentar, má perfusão, sinais de choque, irritabilidade, letargia, distensão abdominal, vômitos, icterícia, instabilidade térmica, taqui ou bradicardia.

Já na suspeita de sepse neonatal, devemos coletar, no mínimo, hemograma, hemocultura e liquor.

Vamos voltar ao caso? Temos, aqui, uma febre sem sinais localizatórios em um neonato, os exames mínimos a serem feitos são hemograma, hemocultura e liquor, mas, devido ao caso, é recomendado acrescentar urina, urocultura e radiografia de tórax. Além disso, devemos iniciar antibioticoterapia empírica de imediato.

Os demais exames dependem do protocolo de cada instituição e dos sinais clínicos do paciente. Caso a febre seja sem sinais localizatórios, é recomendado coletar urina, urocultura e fazer radiografia de tórax.

Além dos exames, devemos instituir o uso de antibióticos empíricos endovenosos na simples suspeita.

Para a sepse precoce, a antibioticoterapia mais utilizada é a ampicilina associada à gentamicina.

Para a sepse tardia, iniciamos geralmente com oxacilina e amicacina.

No caso de meningite associada, devemos sempre combinar uma cefalosporina de terceira ou quarta geração.

Correta a alternativa A.

Incorreta a alternativa B: está faltando liquor na triagem laboratorial.

Incorreta a alternativa C: não devemos aguardar os exames para definir a conduta.

Incorreta a alternativa D: a antibioticoterapia deve ser venosa e com o RN internado.

Incorreta a alternativa E: no neonato, a triagem e o tratamento são mandatórios.

38 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Você atende em sala de parto um neonato de 38 semanas de idade gestacional, que nasceu hipotônico e com choro fraco. Você, então, leva-o à mesa de reanimação e realiza os passos iniciais em 30 segundos. Na reavaliação, ele está chorando, ativo, com FC 140bpm, mas sua saturação está em 75% e ele apresenta cianose de extremidades. Qual é a conduta a ser realizada?

- A) Colocar o RN em CPAP e encaminhar à UTI neonatal.
- B) Colocar cateter nasal ou máscara de oxigênio e aguardar até a melhora da saturação.
- C) Iniciar ventilação com pressão positiva com balão, máscara e oxigênio a 21%.
- D) Iniciar ventilação com pressão positiva com balão, máscara e oxigênio a 100%.
- E) Não há necessidade de oxigênio, encaminhar ao contato pele a pele materno.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, temos um detalhe aqui que faz toda diferença, mas, primeiramente, vamos rever a reanimação neonatal?

A primeira coisa que você precisa entender sobre reanimação neonatal é que ela é uma SEQUÊNCIA DE PASSOS.

Começamos na recepção do RN, quando fazemos três perguntas:

1. RN é ≥ 34 semanas?
2. RN respira ou chora?
3. RN tem bom tônus?

A primeira define a diretriz a ser utilizada. As duas últimas definem se ele tem boa vitalidade, nesse caso, ele pode fazer o contato pele a pele e ter seu cordão clampeado tardiamente, independentemente da idade gestacional.

Caso a resposta seja "Não" para qualquer uma das duas últimas perguntas, independentemente da idade gestacional, iniciamos a sequência de reanimação neonatal.

REANIMAÇÃO PARA MAIORES DE 34 SEMANAS.

1. **PASSOS INICIAIS.** Levar o RN à mesa de reanimação. Colocar ele sob fonte de calor radiante. Prevenir a hipotermia por meio da secagem, retirada de campos úmidos e colocação de touca. Manter vias aéreas abertas por meio do posicionamento do pescoço em leve extensão e aspiração de vias aéreas, se necessário.

Avaliar frequência cardíaca (deve estar acima de 100bpm) e ritmo respiratório (deve ser regular) para decidir se há necessidade de manobras adicionais.

2. Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100bpm = ventilação com pressão positiva (VPP), com balão, máscara e oxigênio a 21% (ar ambiente), por 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.
3. Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100bpm, primeiro consideramos máscara laríngea. Se falhar ou não estiver disponível, intubar e ventilar por mais 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.
4. Se FC estiver menor que 60bpm, iniciar a massagem cardíaca por 60 segundos, sincronizada com a ventilação, 3 compressões:1 ventilação. Revisar a técnica e reavaliar.
5. Se FC persistir menor que 60bpm, administrar adrenalina.

Agora, podemos voltar ao caso.

O neonato nasceu deprimido e precisou iniciar a reanimação. Quando iniciamos a reanimação, é mandatória a colocação de oxímetro de pulso no RN.

Foram feitos os passos iniciais e, na reavaliação, ele está chorando, ativo e com FC maior que 100bpm, ou seja, está com boa vitalidade e pode ir para o contato pele a pele! Mas, profe, e a saturação? Está dentro do alvo! Você precisa lembrar que todo neonato nasce com saturação baixa e cianose, ao longo dos primeiros minutos ele vai corando e a saturação sobe. Observe, na tabela abaixo, os alvos de saturação para o RN!

SATURAÇÃO NOS PRIMEIROS MINUTOS DE VIDA	
MINUTOS DE VIDA	SATURAÇÃO IDEAL PRÉ-DUCTAL
Até 5	70-80%
5 a 10	80-90%
Mais de 10	85-95%

Correta a alternativa E .

Como está tudo normal e o RN está com boa vitalidade, ele vai para o contato pele a pele materno.

Incorreta a alternativa A. O CPAP é indicado para neonatos que tenham *drive* respiratório, porém com distress, por exemplo, na síndrome do desconforto respiratório ou na taquipneia transitória.

Incorreta a alternativa B. Essas duas interfaces não são utilizadas na reanimação neonatal, além disso, a saturação está dentro do ideal.

Incorreta a alternativa C. Não há necessidade de ir para a próxima etapa da reanimação.

Incorreta a alternativa D. Além de não irmos para a próxima etapa, se fossemos, iniciariamos com O₂ a 21%.

39 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Qual é a classificação de um neonato do sexo feminino, com 30 semanas de idade gestacional, peso igual a 1200g, no percentil 12 da curva de Fenton.

- A) Muito pré-termo, baixo peso extremo, pequeno para idade gestacional.
- B) Muito pré-termo, muito baixo peso, adequado para idade gestacional.
- C) Pré-termo extremo, muito baixo peso, pequeno para idade gestacional
- D) Pré-termo extremo, baixo peso extremo, adequado para idade gestacional.
- E) Pré-termo extremo, muito baixo peso, adequado para idade gestacional.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, vamos relembrar as classificações do neonato.

1. Quanto à idade gestacional

A idade gestacional de nascimento do bebê pode ser calculada de três formas:

- A partir da data da última menstruação da mãe.
- A partir da data estimada por ultrassonografia.
- Pela avaliação clínica do RN.

Atualmente, a recomendação é o cálculo por meio da segunda opção. Se a ultrassonografia for realizada no primeiro trimestre (idealmente antes de 14 semanas), ela é a mais fidedigna.

• PRÉ-TERMOS

Também chamados de prematuros, os pré-termos são todos recém-nascidos que nasceram com menos de 37 semanas de idade gestacional.

Dentro dessa classificação, há várias subdivisões, com grandes diferenças, afinal, um bebê que nasce com 36 semanas costuma apresentar menor morbimortalidade do que um que nasce com 26 semanas.

Esse grupo, então, é subdividido dessa forma:

- Pré-termo extremo: nascidos com menos/igual a 27 semanas e 6 dias.
- Muito pré-termo: nascidos entre 28 a 31 semanas e 6 dias.
- Pré-termo moderado: nascidos entre 32 a 36 semanas e 6 dias.

ATENÇÃO! Alguns autores ainda acrescentam uma classificação para os maiores de 34 semanas - Pré-termo tardio: nascidos entre 34 a 36 semanas e 6 dias.

- TERMOS

São todos aqueles bebês que nascem entre 37 semanas até 41 semanas e 6 dias de idade gestacional.

Aqui, também temos algumas subdivisões, apesar de menos utilizadas.

- Termo precoce: nascidos entre 37 a 38 semanas e 6 dias.
- Termo completo: nascidos entre 39 a 40 semanas e 6 dias.
- Termo tardio: nascidos entre 41 a 41 semanas e 6 dias.

- PÓS-TERMOS

Por fim, os nascidos após 42 semanas são considerados pós-termos.

2. Quanto ao peso de nascimento.

O peso do neonato ao nascer também é utilizado para classificação. Consideramos que:

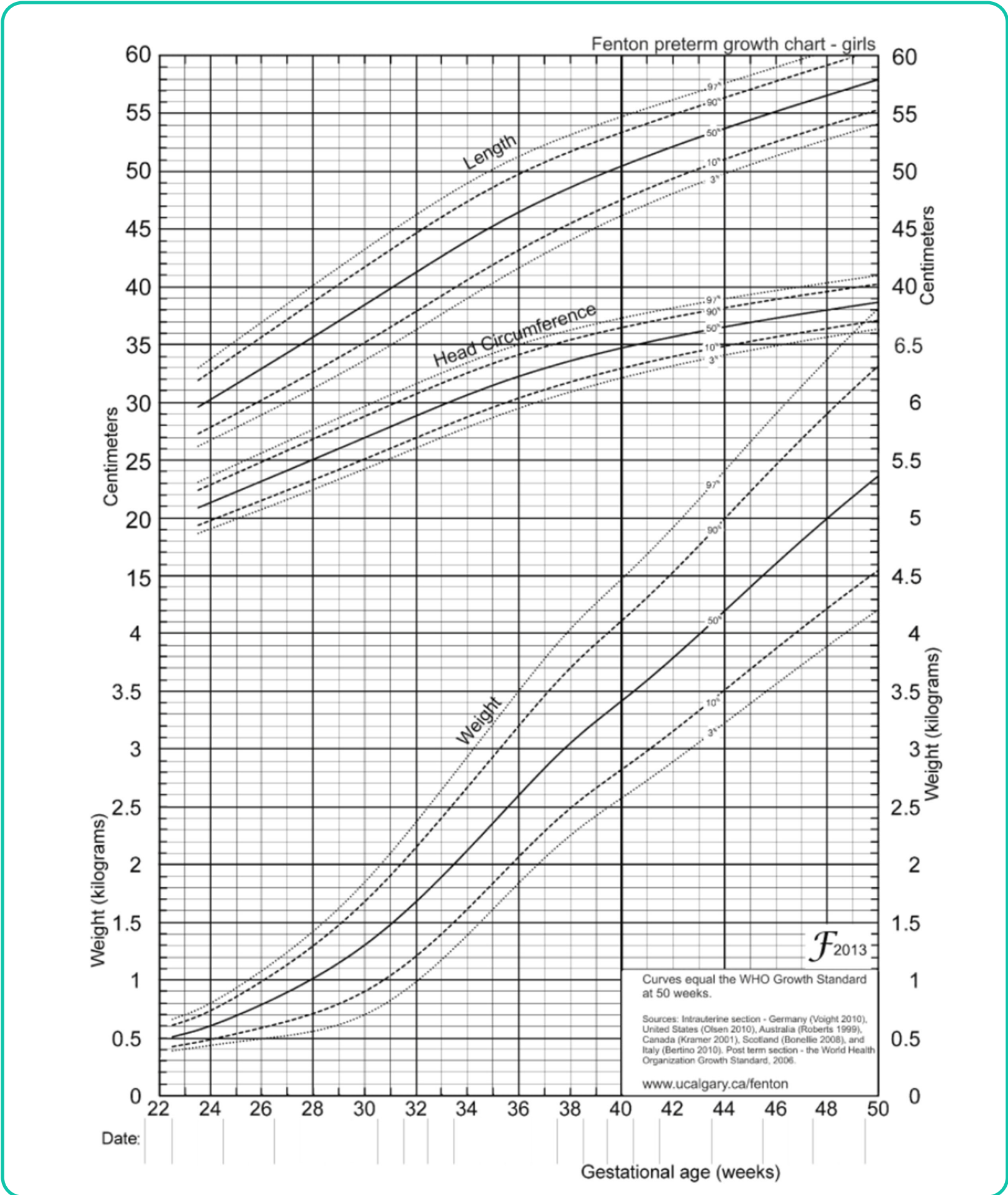
- Extremo baixo peso ao nascer: < 1.000 g.
- Muito baixo peso ao nascer: 1.000 g a 1.499 g.
- Baixo peso ao nascer: 1.500 g até 2.499 g.
- Macrossômico: 4.000 g ou mais.

O Tratado de Pediatria 5ª edição ainda classifica os RNs com peso entre 2500g a 2999g como RN com peso insuficiente.

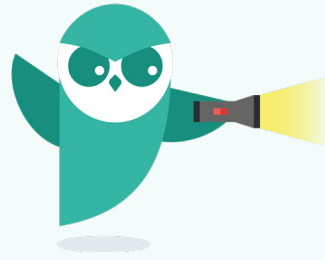
3. Quanto à relação peso x idade gestacional

Por fim, podemos relacionar os fatores idade gestacional e peso de nascimento a partir de curvas de crescimento padronizadas. As curvas utilizadas são: curva de crescimento do *Intergrowth-21th*, de Fenton e de Lubchenco. Mas, não se preocupe em decorá-las, o que você precisa saber é a classificação do RN! Elas são divididas em:

- Pequeno para idade gestacional (PIG): aqueles com peso de nascimento MENOR do que o percentil 10 para a idade gestacional.
- Adequado para idade gestacional (AIG): aqueles com peso de nascimento ENTRE o percentil 10 e o percentil 90 para a idade gestacional.
- Grande para idade gestacional (GIG): aqueles com peso de nascimento MAIOR do que o percentil 90 para a idade gestacional.



PARA NÃO ESQUECER!
ESCLARECENDO!



IDADE GESTACIONAL	PESO AO NASCIMENTO	IDADE X PESO
<p>PRÉ-TERMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extremos: < 27 semanas e 6 dias. • Muito pré-termo: 28 a 31 semanas e 6 dias. • Moderado: 32 a 36 semanas e 6 dias. • Tardios: 34 a 36 semanas e 6 dias. 	<p>Extremo baixo peso ao nascer: < 1.000 g.</p> <p>Muito baixo peso ao nascer: 1.499 g a 1000 g.</p>	<p>Pequeno para idade gestacional (PIG): percentil < 10.</p> <p>Adequado para idade gestacional (AIG): percentil entre 10 e 90.</p> <p>Grande para idade gestacional (GIG): percentil > 90.</p>
<p>TERMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 37 semanas até 41 semanas e 6 dias. • Precoce: 37 a 38 semanas e 6 dias. • Completo: 39 a 40 semanas e 6 dias. • Tardio: 41 a 41 semanas e 6 dias. 	<p>Baixo peso ao nascer: < 2.500 g até 1.500 g.</p> <p>RN de peso insuficiente: 2500g até 2999g.</p>	
<p>PÓS-TERMOS > 42 semanas.</p>	<p>Macrossômico: ≥ 4.000 g.</p>	

Voltando ao caso:

30 semanas de idade gestacional = muito pré-termo

Peso de 1200g = muito baixo peso

Percentil 12 da curva de Fenton = adequado para idade gestacional

Correta a alternativa B.

40 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Helena Schetinger - Pediatria) Assinale a alternativa que apresenta a correspondência correta entre as manifestações e a cardiopatia congênita.

- A) Crises de cianose – Coarctação de aorta
- B) Desdobramento fixo de B2 – Comunicação interventricular
- C) Choque cardiogênico precoce – Persistência do canal arterial
- D) Hipofluxo pulmonar – Tetralogia de Fallot
- E) Sopros em maquinaria – Comunicação interatrial

COMENTÁRIOS:

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. As crises de cianose, também chamadas de crise de hipóxia, são características da Tetralogia de Fallot. Isso porque um dos componentes do Fallot é a estenose pulmonar. Algumas situações podem fazer uma constrição mais severa do infundíbulo pulmonar, piorando a estenose, dificultando a passagem do sangue para os pulmões e invertendo o *shunt* para a direita-esquerda. São elas: choro, febre, anemia, esforço físico e situações de depleção de volume ou desidratação (como em diarreias). A criança inicialmente começa com agitação e/ou choro e evolui para respirações rápidas e profundas, com piora súbita da cianose. Após esse período de agitação, vem um de sonolência e apatia, podendo ocorrer perda de consciência e eventos mais graves, como parada cardiorrespiratória.

Na coarctação de aorta, temos um obstáculo na passagem do sangue, então ele tem dificuldade para seguir para os membros inferiores e acumula-se antes da coarctação, aumentando o fluxo para os membros superiores. Com isso, temos: pulsos dos membros inferiores reduzidos em relação aos dos membros superiores e pressão arterial aumentada em membros superiores, podendo levar a uma hipertensão arterial secundária.

Incorreta a alternativa B. O desdobramento fixo de B2 é característico da comunicação interatrial. Esse desdobramento ocorre por causa de um atraso na ejeção do VD devido ao aumento do fluxo que passa por ele.

Na CIV, temos um sopro holossistólico, mais evidente na borda esternal esquerda baixa, entre o terceiro e o quarto espaço intercostal.

Incorreta a alternativa C. O choque cardiogênico precoce, geralmente, decorre de cardiopatias graves, que são dependentes de canal arterial, como a hipoplasia do coração esquerdo e a transposição de grandes vasos.

Na PCA, canais arteriais pequenos podem ser pouco sintomáticos, apresentando apenas sopro cardíaco e exame físico normal. Canais maiores podem levar à insuficiência cardíaca congestiva e ao precórdio hiperdinâmico (hipercinético). Nos prematuros, observa-se sudorese, taquicardia, taquipneia, irritabilidade e perda ou ganho insuficiente de peso.

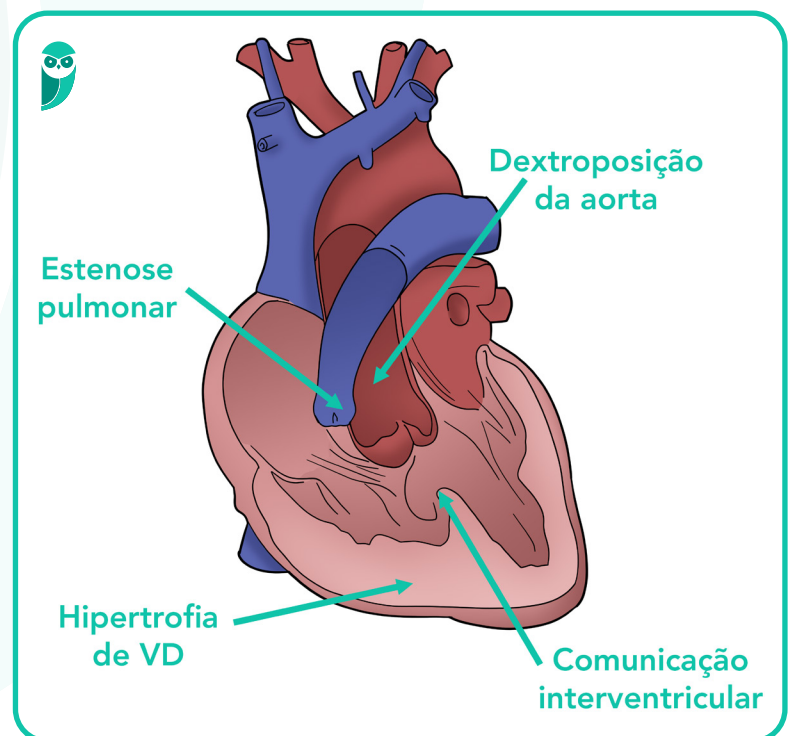
Correta a alternativa D.

A Tetralogia de Fallot é composta por um quadro de alterações que compõe o mnemônico: “Hoje ESTUDEI DEMAIS CIV”.

- Hipertrofia do ventrículo direito, secundário à obstrução da via de saída de VD.
- EStenose pulmonar infundibular ou infundibulovalvar, com obstrução da via de saída do ventrículo direito em diferentes graus, podendo estar associada à hipoplasia ou até à atresia pulmonar em casos mais extremos.
- DExtroposição da aorta em relação ao septo interventricular (aorta cavalgando os ventrículos).
- Comunicação InterVentricular.

Como temos estenose pulmonar, o fluxo tem dificuldade de chegar ao pulmão, causando hipofluxo.

Incorreta a alternativa E. O sopro contínuo em maquinaria é o sopro da persistência do canal arterial. Como vimos, na CIA, temos desdobramento fixo de B2.



MEDICINA PREVENTIVA

41 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Rodrigo Frezatti - Neurologia) Mulher, 56 anos, previamente diabética e hipertensa com controle inadequado, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde por queixa de cefaleia há 2 meses. Refere que as crises são unilaterais, pulsáteis, pioram com esforço, associam-se a náuseas e fotofobia e em geral duram várias horas. Nega queixas similares no passado.

Sobre o caso apresentado, assinale a alternativa correta:

- A) Trata-se de migrânea episódica e o tratamento com triptanos está indicado.
- B) O diagnóstico de migrânea é clínico e pode ser firmado no caso em questão, sem a necessidade de exames.
- C) A cefaleia, considerando a faixa etária da paciente, provavelmente está associada à hipertensão, cujo tratamento poderá aliviar as crises de dor.
- D) O diagnóstico de cefaleia primária não pode ser definido na primeira consulta.
- E) O uso de venlafaxina é uma boa alternativa profilática para essa paciente.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, este é um tema recorrente em provas de Neurologia. Saber identificar os sinais de alerta para uma cefaleia secundária é essencial para as provas e para a prática clínica.

Antes de qualquer coisa, a cefaleia pode ser primária,

quando não há uma causa específica (enxaqueca, cefaleia tensional) ou secundária, quando a cefaleia é sintoma de alguma outra doença. Nesse grupo, temos causas potencialmente graves como a hemorragia subaracnóidea, a trombose venosa cerebral e as meningites, por exemplo.

Diante de um paciente com cefaleia, identificar os sinais de alerta para cefaleia secundária será fundamental para a elaboração da estratégia de investigação. Veja abaixo os principais sinais de alerta, agrupados no mnêmico SNOOP:

- **Sistêmico:** febre, rigidez de nuca, HIV, uso de medicações imunossupressoras e neoplasias.
- **Neurológico:** déficit neurológico focal, crises epiléticas, edema de papila.
- **Older:** cefaleia que inicia após os 50 anos de idade.
- **Onset:** início súbito da dor, pior dor da vida e dor desencadeada por esforço físico/manobra de Valsalva.
- **Pattern:** cefaleia refratária, mudança de padrão prévio de dor ou caráter progressivo.

Outra forma de lembrar esses sinais é por meio do mnêmico criado pelo professor Victor Fiorini: insípida.

I: início súbito

N: déficit neurológico

S: sinais sistêmicos

I: inédito

P: papiledema

I: idade >50 anos

D: despertar pela dor

A: uso de anticoagulantes

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Embora os sintomas sejam compatíveis com os da migrânea, a paciente tem mais de 50 anos! Sendo assim, deve-se investigar para afastar causas secundárias. Além disso, ainda que o diagnóstico de migrânea fosse possível, os triptanos não seriam as drogas de escolha, já que são fármacos para o tratamento da crise, não profiláticos.

Incorreta a alternativa B. Como vimos acima, o diagnóstico de migrânea não pode ser firmado, ainda.

Incorreta a alternativa C. Raramente, a hipertensão é causa de cefaleia. Geralmente, a elevação pressórica ocorre como consequência da sensação de dor.

Correta a alternativa D. Exato! Como já vimos.

Incorreta a alternativa E. Como vimos, o diagnóstico não está firmado. Ainda que estivesse, a paciente é hipertensa com controle inadequado, portanto a venlafaxina não é uma opção.

42 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Taysa Moreira - Reumatologia) Mulher, 37 anos, procura a unidade básica de saúde referindo dor e limitação de movimentos em mãos e punhos há cerca de 3 meses. Refere que as dores são piores pela manhã e dificultam a realização de atividades rotineiras. Nega antecedentes. Ao exame físico, dor e edema em 2 e 3ª metacarpofalangeanas bilateralmente, 4ª interfalangeana proximal à direita e punhos bilateralmente. Em seu retorno, após a realização de exames, o médico dá o diagnóstico de artrite reumatoide soropositiva (fator reumatoide e anti-CCP positivos).

Tendo em vista as evidências mais atuais, assinale a alternativa que contém tratamento medicamentoso adequado para a paciente neste momento.

- A) Metotrexato e azatioprina.
- B) Prednisona e naproxeno.
- C) Pregabalina e hidroxicloroquina.
- D) Metotrexato e prednisona.
- E) Adalimumabe e naproxeno.

COMENTÁRIO:

Estrategista, tão importante quanto reconhecer o padrão característico da artrite reumatoide (AR) é saber diagnosticá-la e tratá-la. Mulher dos 30 aos 60 anos, apresentando poliartrite crônica e simétrica de pequenas e grandes articulações deve ter AR como principal hipótese diagnóstica.

Laboratorialmente, caracteriza-se por achados compatíveis com inflamação sistêmica, como aumento de PCR e VHS e presença de anemia normocítica e normocrômica. Além disso, está associada à presença de autoanticorpos na maioria dos casos. São eles o

fator reumatoide e o anti-CCP. A positividade desses anticorpos, especialmente se em altos títulos (3 vezes ou mais o limite superior da normalidade) está associada a manifestações extra-articulares e pior prognóstico.

Feito o diagnóstico, devemos iniciar o tratamento o mais precocemente possível para evitar progressão radiográfica da doença e surgimento de erosões marginais, responsáveis por deformidades fixas e limitação funcional.

Para melhora rápida das queixas decorrentes da artrite, devemos iniciar uma medicação de ação sintomática, o que inclui anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e glicocorticoides, principalmente a prednisona. Mas, as medicações que constituem o pilar do tratamento da AR são as drogas modificadoras do curso

da doença (DMARDs), ou seja, capazes de evitar progressão radiográfica. Os DMARDs sintéticos são as drogas indicadas na primeira linha de tratamento e, entre eles, existe uma que se destaca como primeira escolha e que deverá funcionar como a “âncora” do tratamento da AR: o metotrexato.

Dito isso, vamos às alternativas para aprofundarmo-nos um pouco mais:

Incorreta a alternativa A: ainda que o metotrexato esteja indicado, a azatioprina é um imunossupressor que não teve sua eficácia comprovada no tratamento da AR. Assim, não deve ser utilizada.

Incorreta a alternativa B: tanto a prednisona, quanto o naproxeno são drogas de ação sintomática. Logo, precisamos de um DMARD para tratamento adequado.

Incorreta a alternativa C: a pregabalina é um gabapentinoide utilizado no tratamento da fibromialgia e de dor neuropática, entre outras indicações. Não possui qualquer ação anti-inflamatória ou modificadora do curso de doença na AR e, por isso, não está indicada.

Correta a alternativa D:

conforme discutimos acima, o tratamento inicial da AR deve envolver o uso de um DMARD sintético (preferencialmente metotrexato) associado a uma droga de ação sintomática, como a prednisona.

Incorreta a alternativa E: o adalimumabe é um DMARD biológico indicado como parte da terapia de segunda linha no tratamento da AR, após a falha dos DMARDs sintéticos. Logo, neste momento, não está indicado.

43 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bruno Souza - Dermatologia) Pré-escolar de 5 anos consulta na Unidade Básica de Saúde com manchas pruriginosas na pele, recidivantes. Ao exame, o médico observa lesões eritemato-descamativas bilaterais em fossa poplíteica e cubital, além de liquenificação. Há ainda xerose cutânea importante. De acordo com os dados descritos, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Dermatite atópica
- B) Escabiose
- C) Dermatite seborreica
- D) Psoríase
- E) Dermatite de contato

COMENTÁRIOS:

Esse quadro de dermatose eczematosa recidivante localizada nas áreas flexurais é típico de dermatite atópica.

Correta a alternativa A.

Existem três subgrupos de DA: lactente (3 meses a 2 anos de idade), pré-puberal (2 a 12 anos de idade) e adulta (a partir de 12 anos de idade). O primeiro grupo é o mais comum, sendo que 45% desenvolvem nos primeiros 6 meses de vida. Nos pacientes lactentes, as lesões ocorrem principalmente na face, poupando a região central (nariz e boca), no couro cabeludo, no tronco e na região extensora dos membros, poupando a região coberta pelas fraldas. Já na fase pré-puberal, os locais mais acometidos são as dobras, principalmente fossas poplíteicas e cubitais. Na fase adulta, essa distribuição permanece, porém as lesões assumem um caráter mais liquenificado, indicando a cronicidade do quadro. O tratamento é realizado com emolientes e corticoides tópicos.

Incorreta a alternativa B. A escabiose, também conhecida como sarna, é uma infestação causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. As lesões da escabiose são mais comumente observadas entre os dedos, pulsos, axilas e áreas genitais, e caracterizam-se por serem pequenas pápulas e vesículas, acompanhadas de intensa coceira, que piora à noite.

Incorreta a alternativa C. A dermatite seborreica é uma condição crônica da pele que pode causar lesões graxentas (oleosas) e descamativas no couro cabeludo, face e outras áreas do corpo com glândulas sebáceas. Ela tem dois picos de incidência: um antes do terceiro mês de vida e o segundo após a adolescência.

Incorreta a alternativa D. A psoríase é uma doença inflamatória da pele que causa placas eritematosas com escamas prateadas localizadas principalmente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e tronco. Não é comum acometer fossa poplíteica e cubital como descrito.

Incorreta a alternativa E. A dermatite de contato é uma reação inflamatória da pele em resposta ao contato com uma substância irritante ou alérgica. As lesões são frequentemente localizadas na área de contato com o agente causador e não costumam acometer as fossas cubitais e poplíteicas, pois não são áreas que estão em contato com a maioria dos agressores exógenos.

44 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Thales Thaumaturgo - Psiquiatria) Mulher, 20 anos, vai ao atendimento e relata história de episódios curtos de “sensação de morte, bateadeira no peito e calafrios”, com duração aproximada de 15 minutos cada. Refere cerca de 9 episódios semelhantes nos últimos 2 meses. Percebeu que, em locais públicos, como parques e praças, as crises surgem com mais frequência, embora também ocorram de maneira imprevisível e em qualquer situação, o que a deixa insegura em sair de sua casa. Diante desse quadro, quais são os prováveis diagnósticos?

- A) Ataque de pânico com agorafobia.
- B) Transtorno de Ansiedade Generalizada com agorafobia.
- C) Transtorno Obsessivo Compulsivo com Fobia Social.
- D) Transtorno de Pânico com agorafobia.
- E) Depressão com agorafobia.

COMENTÁRIOS:

Incorreta a alternativa A. Um ataque de pânico é a ocorrência isolada de um evento súbito de ansiedade. Nesse caso, são vários ataques, o que caracteriza o transtorno de pânico. A hipótese de agorafobia, que se trata de medo desproporcional de se expor a lugares públicos ou movimentados, com medo de passar mal e não poder receber ajuda, é compatível com a descrição do quadro.

Incorreta a alternativa B. Transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se por um estado permanente de tensão, preocupação ou ansiedade antecipatória, presente na maior parte do dia do paciente, que considera difícil controlar esses sentimentos, incompatível com os sintomas do enunciado.

Incorreta a alternativa C. O TOC é caracterizado por obsessões e compulsões. As primeiras podem ser representadas por pensamentos ou imagens recorrentes, que são difíceis de serem suprimidas. Já as compulsões são atitudes, ações repetitivas, rituais como mania de limpeza, checagens, contagens, verificações, entre outros. A principal característica da fobia social ou transtorno de ansiedade social é o medo ou ansiedade de situações do convívio social em que o indivíduo se sente avaliado ou julgado por outras pessoas.

Correta a alternativa D.

O transtorno do pânico caracteriza-se por ataques ou crises recorrentes de pânico, que são episódios de ansiedade intensos, muitas vezes acompanhados de sintomas físicos, como tontura, náuseas, vômitos, diarreia, dor no peito, falta de ar e sensação de morte iminente, iniciando subitamente, em intensidade crescente e durando cerca de 15 minutos. Agorafobia trata-se de medo desproporcional de se expor a lugares públicos ou movimentados, com medo de passar mal e não poder receber ajuda. Ambos os quadros são compatíveis com a descrição do quadro e frequentemente apresentam-se de maneira comórbida.

Incorreta a alternativa E. Não há relato de humor deprimido ou anedonia (sintomas nucleares do episódio depressivo) para considerarmos a hipótese de depressão maior.

45 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) João, de 38 anos, trabalha como pescador desde os 18 anos de idade como forma de sustento próprio e de sua família. Durante uma das pescarias em alto mar, acabou sofrendo uma amputação traumática do polegar da mão esquerda com um cabo de aço, tendo procurado de imediato o pronto atendimento local. Após estabilização do quadro e encaminhamento ao centro cirúrgico, quais são as medidas, do ponto de vista trabalhista, que o médico que atendeu esse paciente deverá tomar:

- A) Emitir a CAT e só notificar o acidente de trabalho ao SINAN se não for possível reimplantar o polegar de João na cirurgia.
- B) Não emitir a CAT e notificar o acidente de trabalho ao SINAN em até 7 dias.
- C) Não emitir a CAT e notificar o acidente de trabalho ao SINAN em até 24 horas.
- D) Emitir a CAT e notificar o acidente de trabalho ao SINAN de forma imediata.
- E) Não emitir a CAT e não notificar ao SINAN, pois trata-se de trabalhador autônomo.

COMENTÁRIOS:

TEMA: SAÚDE DO TRABALHADOR**Referências Bibliográficas:**

1. Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Bases da Saúde do Trabalhador. São Paulo, 2023.
2. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0217_02_03_2023.html.

As notificações no contexto dos acidentes de trabalho apresentam dois grandes objetivos:

1. Informar ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sobre o ocorrido, contribuindo com a liberação de benefícios previdenciários ao trabalhador acidentado; e
2. Informar ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Vigilância Epidemiológica, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a ocorrência de um acidente de trabalho, como forma de permitir a investigação, avaliação, coleta de dados e implementação de medidas preventivas que visem a melhora e o aprimoramento da saúde do trabalhador em território nacional.

O informe ao INSS é feito por meio de um documento chamado “Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)”, emitido em quatro vias para todos os acidentes de trabalho ocorridos com empregados formais, empregados domésticos

e segurados especiais (indivíduos que trabalham em regime de economia familiar, utilizando-se dele como meio de subsistência - ex: pescadores artesanais, seringueiros, trabalhadores rurais, marisqueiros, etc).

A CAT deve ser emitida até o primeiro dia útil após a ocorrência do acidente ou de forma imediata nos casos onde o acidente ocasionou a morte do trabalhador. Além disso, deve ficar claro que sua emissão é uma obrigação do empregador ou do empregador doméstico, mas pode eventualmente ser emitida por médicos em geral, pelo sindicato de classe, pelos

familiares do acidentado, pelo próprio trabalhador ou por outras autoridades públicas nos casos dos segurados especiais ou quando a empresa não emitir esse documento por qualquer motivo.

De forma resumida, são essas as principais informações concernentes à CAT que devemos memorizar:

Quando emitir a CAT?	Diante de qualquer acidente de trabalho ocorrido com empregados, empregados domésticos e segurados especiais.
Quem deve emitir a CAT?	Empregador, Empregador doméstico e, nos casos do segurado especial, os sujeitos apontados na linha abaixo.
Quem pode emitir a CAT?	Trabalhador, seus dependentes, sindicato, médicos que assistiram o trabalhador e qualquer autoridade pública
Em quantas vias é emitida a CAT?	Quatro vias (trabalhador, sindicato, empresa e INSS).

Figura: Principais conceitos acerca de Comunicação de Acidente de Trabalho. Fonte Estratégia MED.

Já a notificação à Vigilância Epidemiológica é feita por meio da “Ficha Individual de Notificação de Acidentes de Trabalho” que, atualmente, de acordo com a Portaria nº 217, de 1º de março de 2023, do Ministério da Saúde, deve ser preenchida para todos os acidentes de trabalho, independentemente do vínculo empregatício do trabalhador.

Essa atualização modificou de forma drástica as

notificações em saúde do trabalhador no país, já que, antes desse documento, deveríamos apenas notificar os acidentes de trabalho com exposição à material biológico e os acidentes de trabalho graves, com óbito ou de ocorrência em menores de idade.

Veja abaixo como ficaram as notificações em saúde do trabalhador após a Portaria nº 217:

COMO ERA	COMO FICOU
Notificação compulsória:	Notificação compulsória:
<ul style="list-style-type: none"> Acidente de trabalho com exposição à material biológico (em até 7 dias). Acidentes de trabalho graves, com óbito ou em menores de idade (em até 24 horas). 	<ul style="list-style-type: none"> Acidente de trabalho com exposição à material biológico (em até 7 dias). Acidentes de trabalho (em até 24 horas).

Figura: Modificações nas notificações de acidentes de trabalho após a Portaria GM/MS nº 217 de 1º de março de 2023. Fonte: Estratégia MED, construído com base na referência bibliográfica número dois (2).

Portanto, avaliando a situação que foi trazida pela questão, estamos diante de um acidente de trabalho em um segurado especial do INSS, um pescador, sendo fundamental a emissão da CAT. Além disso, como vimos acima, todos os acidentes de trabalho devem ser notificados, sendo essa notificação, para a situação apresentada, feita em até 24 horas.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. A CAT precisa ser emitida, pois trata-se de trabalhador que goza da condição de segurado especial do INSS. Além disso, estamos diante de um acidente de trabalho e, como descrito no comentário introdutório, todos os acidentes de trabalho necessitam de notificação compulsória ao SINAN, independentemente de qualquer outro fator.

Incorreta a alternativa B. Pois a CAT deve ser emitida e o acidente de trabalho notificado de forma imediata, ou seja, em até 24 horas.

Incorreta a alternativa C. Apesar de a notificação do acidente de trabalho estar corretamente definida, sabemos que a CAT também deverá ser emitida no contexto apresentado.

Correta a alternativa D.

Como vimos, na situação em tela, tanto a CAT quanto a notificação compulsória ao SINAN devem ser realizadas, sendo a última feita de forma imediata.

Incorreta a alternativa E. Além de emitirmos a CAT, é de suma importância notificarmos o acidente de trabalho, cabendo destacar que essa notificação deve ser feita independentemente do vínculo empregatício do paciente, seja ele informal ou formal.

46 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Acerca do efeito placebo, que pode ocorrer em estudos do tipo Ensaio Clínico, assinale a alternativa correta:

- A) O efeito placebo pode ser definido como a mudança de comportamento de um participante do estudo pelo simples fato de saber que está sendo observado.
- B) Uma das formas de reduzir o efeito placebo é por meio da randomização dos sujeitos participantes da pesquisa.
- C) O efeito placebo, apesar de classicamente ser observado nos estudos de Ensaio Clínico, pode ser constatado em qualquer tipo de delineamento, inclusive naqueles de caráter observacional.
- D) Nos estudos em que é oferecido um placebo ao grupo controle, tanto faz se haverá ou não cegamento dos participantes da pesquisa.
- E) O placebo é aplicado no grupo controle com o objetivo de nivelar a interferência do efeito placebo no grupo experimental.

COMENTÁRIOS:

TEMA: ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS: EFEITO PLACEBO

Referência Bibliográfica:

1. Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Pesquisa Epidemiológica e Medidas de Associação. São Paulo, 2023.

Nos estudos de intervenção, ao aplicarmos uma medida em seus participantes, podemos ter um efeito benéfico dela sob a condição clínica desses sujeitos sem que essa “melhora” se dê em razão da intervenção aplicada. À isso damos o nome de efeito placebo!

Esse efeito pode ser entendido, de forma simplificada, como uma mudança positiva no estudo de saúde de um participante da pesquisa pelo simples fato dele saber que está recebendo uma intervenção. Deve ficar claro que isso não é oriundo das propriedades reais dela, mas sim de uma interpretação do paciente de que o tratamento que está recebendo está lhe causando o bem.

Entenda que o efeito placebo prejudica a avaliação dos resultados dos estudos experimentais, já que não conseguiremos saber até que ponto os benefícios observados se devem à intervenção propriamente dita ou a esse efeito.

É nesse contexto que iremos aplicar o chamado “placebo”, que consiste em uma intervenção inócua e sem efeitos que será introduzida no grupo controle. O objetivo da aplicação do placebo é exatamente o de “gerar um efeito placebo” nesse grupo, para que façamos um nivelamento do efeito entre os dois grupos e, as diferenças entre eles, possam ser atribuídas à intervenção que está sendo aplicada no grupo experimental.

Por fim, é importante ressaltar que todos os participantes do estudo devem ser cegados quanto ao grupo que pertencem, de modo a acreditarem que estão recebendo uma intervenção que, de fato, possui efeitos sobre sua condição de saúde. Caso não façamos isso,

não iremos obter um efeito placebo no grupo controle, que saberá que está recebendo uma medida inócua (placebo) e, portanto, tende a não apresentar a “melhora” em razão dessa medida.

Agora, vamos avaliar as alternativas:

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Aqui, não estamos diante da definição de efeito placebo, mas sim de efeito Hawthorne, que nada mais é que uma alteração positiva de algum parâmetro clínico no indivíduo pelo simples fato dele estar sendo observado, ou seja, fazendo parte do estudo.

Incorreta a alternativa B. A randomização é a seleção aleatória dos participantes da pesquisa para alocação em grupos controle ou experimental. Essa ferramenta em nada interfere no efeito placebo, que só passa a ocorrer a partir do momento em que introduzimos uma intervenção nos componentes da amostra do estudo.

Incorreta a alternativa C. Como o efeito placebo apresenta relação direta com a intervenção aplicada, este só pode ser observado em estudos experimentais, não ocorrendo nas pesquisas observacionais, em que o pesquisador não irá aplicar nenhuma intervenção.

Incorreta a alternativa D. Para que haja controle do efeito placebo por meio da aplicação do placebo, é de suma importância que os indivíduos dos grupos experimental e controle não possuam ciência do grupo do qual fazem parte. Dessa forma, o cegamento dos sujeitos da amostra do estudo é fundamental.

Correta a alternativa E.

O efeito placebo ocorre em certa medida em todo o grupo que recebe uma intervenção. Como forma de nivelar esse efeito, aplicamos uma medida interventiva no grupo experimental e uma no grupo controle, sendo que os primeiros recebem um tratamento verdadeiramente eficaz e os últimos, um tratamento inócua, sem influência no desfecho estudado, o placebo.

Assim, usaremos o placebo no grupo controle para controlar o efeito placebo no grupo experimental, já que esse efeito estará presente, agora, nos dois grupos, permitindo-nos diferenciar os desfechos de ambos sob a perspectiva da intervenção eficaz aplicada no grupo experimental.

47 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Acerca dos conceitos relacionados ao processo de terminalidade da vida e morte, assinale a alternativa correta:

- A) Uma das formas de se evitar a eutanásia é por meio das chamadas “*diretivas antecipadas de vontade*”.
- B) A kalotanásia é o processo de aceitação e ressignificação do processo de morte, com o envolvimento de elementos culturais e estéticos a essa etapa da vida.
- C) Segundo o artigo 41 do Código de Ética Médica brasileiro, é proibido ao médico abreviar a vida de um paciente, mesmo que por ele solicitado ou por seu representante legal. Esse é um claro posicionamento das autoridades médicas do país contra a prática da distanásia.
- D) A prática da ortotanásia é aceita no Brasil, sendo os cuidados intensivos em unidade fechada um dos seus principais exemplos.
- E) A morte de um indivíduo em um hospital particular, cercado de cuidados empregados por profissionais especializados pode ser considerada um exemplo de mistanásia.

COMENTÁRIOS:

TEMA: CONCEITOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE MORTE

Referência Bibliográfica

1. **Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Ética Médica. São Paulo, 2023.**
2. **Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Código de Ética Médica (CEM). Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.**

A terminalidade e o processo de morte ganharam muita importância nos últimos anos, passando de um tabu para um tema discutido dentro e fora da Medicina. Assim, diversos estudiosos começaram a se debruçar sobre essa misteriosa etapa da vida, cercada de incertezas e descobertas.

Fato é que nunca se falou tanto acerca de “como se quer

morrer” quanto atualmente. Nesse contexto, diversas questões humanitárias e bioéticas foram levantadas, gerando várias conceituações relacionadas ao processo de morte.

Nesse sentido, conhecer o que cada um desses conceitos quer dizer é muito importante.

Vamos juntos compreendê-los:

1. **Eutanásia:** trata-se do processo de antecipação da morte, quando esta ocorre antes do que deveria, antecedendo o curso natural do processo de forma intencional. Em nosso país, a prática da eutanásia é proibida à todos os profissionais de saúde, sendo enquadrada como homicídio pelo artigo 121 do Código Penal brasileiro.
2. **Distanásia:** diz respeito ao processo de postergar a morte, não permitindo sua ocorrência no momento certo, prolongando de forma fútil a vida de um paciente cujo processo de morte já foi iniciado e não há como ser revertido. Nesse contexto, família, paciente e equipe de saúde sofrem com a morte ocorrendo de forma dolorosa, sendo permeada por condutas assistenciais desnecessárias perante a situação inexorável de morte futura.
3. **Ortotanásia:** consiste na “morte no momento certo”, ou seja, entende-se que o paciente apresenta um tempo limitado de vida e não é praticada nenhuma medida obstinada para manutenção da vida, permitindo que a morte ocorra naturalmente, com o máximo de conforto e ausência de sofrimento físico, psíquico e social. O exemplo máximo da prática da ortotanásia são os chamados cuidados paliativos.
4. **Mistanásia:** nada mais é do que a morte de um indivíduo socialmente vulnerável, que ocorre em razão da falta de acesso aos serviços básicos que deveriam ser ofertados pelo Estado. É uma morte que poderia ser evitada se não existissem diferenças de acesso aos cuidados de saúde baseadas nas questões socioeconômicas.
5. **Kalotanásia:** pode ser vista como o processo de aceitação da morte e ressignificação da sua chegada, englobando elementos culturais e estéticos ao processo, como a realização de cerimônias de despedida com a participação do paciente.

Por fim, vamos resumir cada um desses conceitos em uma palavra-chave para que você os memorize com maior facilidade:

CONCEITO	PALAVRA-CHAVE
Eutanásia	Antecipar a morte
Distanásia	Adiar a morte
Ortotanásia	Permitir a morte
Mistanásia	Negligenciar a morte
Kalotanásia	Ressignificar a morte

Figura: Conceitos acerca do processo de morte. Fonte: Estratégia MED.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. As diretivas antecipadas de vontade representam um conjunto de desejos do paciente quanto às intervenções médicas que deseja receber no contexto da terminalidade de sua vida, quando esse não for mais capaz de ter autonomia. Esse documento pode conter informações acerca de procedimentos como ressuscitação cardíaca, intubação orotraqueal, uso de drogas vasoativas etc. Sua aplicação é um exemplo de combate às medidas fúteis para manutenção da vida quando esta já não é mais possível, ou seja, representam uma forma de se evitar a distanásia.

Correta a alternativa B.

Exato! Essa é a definição de kalotanásia, como visto no comentário introdutório da questão.

Incorreta a alternativa C. A proibição dos profissionais médicos de abreviarem a vida de seus pacientes, mesmo quando em estado terminal, representa um posicionamento contrário à prática da eutanásia.

Incorreta a alternativa D. Os cuidados em unidades fechadas, como os Centros de Terapia Intensiva (CTI), muitas vezes podem ser executados sob a perspectiva de manutenção inócua da vida de um indivíduo gravemente enfermo. Nesse contexto, os cuidados muitas vezes acabam por prolongar a vida de forma artificial, trazendo mais dor e sofrimento do que conforto. Desse modo, são fonte fértil para caracterização da distanásia. Assim, os grandes representantes da ortotanásia acabam por ser os cuidados paliativos, sobretudo aqueles executados no ambiente do indivíduo (ex: sua residência ou a residência de familiares).

Incorreta a alternativa E. A mistanásia é caracterizada como uma morte evitável, que se dá em um indivíduo socialmente vulnerável em decorrência da omissão do Estado perante à oferta de serviços básicos para a população.

48 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Um estudo de acurácia foi realizado para a avaliação de um novo teste rápido de sífilis. Os pesquisadores aplicaram o teste em 500 indivíduos entre janeiro e junho de 2023 e confrontaram os resultados com o padrão-ouro daquela enfermidade. O estudo produziu a seguinte tabela de contingência 2 x 2:

		Padrão-ouro para Sífilis		Total
		Doentes	Saudáveis	
Novo teste rápido	Positivo	90	40	130
	Negativo	210	160	370
	Total	300	200	500

A partir da análise da tabela, é correto afirmar que:

- A) O odds ratio diagnóstico é igual a 1,71.
- B) De acordo com a razão de verossimilhança positiva do teste, um resultado positivo confirma o diagnóstico de sífilis com elevada probabilidade.
- C) A razão de verossimilhança negativa é igual a 0,3.
- D) Se o número de doentes aumentar de 300 para 400, mantendo-se a população testada em 500 pessoas, observaremos o aumento do valor preditivo negativo e a diminuição do valor preditivo positivo.
- E) A acurácia do novo teste é igual a 60%.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

Prepare-se para questões de testes diagnósticos que apresentam cálculos, pois elas certamente aparecerão na sua prova.

Por isso, o primeiro ponto fundamental é você relembrar rapidamente os subgrupos da tabela. Vamos lá:

		Padrão-ouro para Sífilis		Total
		Doentes	Saudáveis	
Novo teste rápido	Positivo	Verdadeiro-positivos (90)	Falso-positivos (40)	Resultados positivos (130)
	Negativo	Falso-negativos (210)	Verdadeiro-negativos (160)	Resultados negativos (370)
	Total	Total de doentes (300)	Total de saudáveis (200)	População total (500)

Observe que o examinador trouxe diferentes conceitos nas alternativas, por isso, vamos analisar cada uma delas:

Correta a alternativa A.

O *odds ratio* diagnóstico (ODR) é uma medida em que comparamos os produtos dos resultados verdadeiros (verdadeiro-positivo x verdadeiro-negativo) em relação aos produtos dos resultados falsos (falso-positivo x falso-negativo). Veja, portanto, que ele é calculado de forma semelhante ao famoso *odds ratio* que já conhecemos dos estudos de caso-controle. No caso do *odds ratio* diagnóstico, o ideal é que ele tenha valor superior a 1, pois isso indica que o produto dos resultados verdadeiros é maior. Além disso, quanto maior for o seu valor, melhor será o teste, pois isso também indica uma maior proporção de resultados verdadeiros em relação aos resultados falsos. No exemplo acima, temos que:

$$ORD = (VP \times VN)/(FP \times FN) = (90 \times 160)/(40 \times 210) = 14.400/8.400 = 1,71.$$

Incorreta a alternativa B. A razão de verossimilhança positiva (RV+) é a medida que compara a probabilidade de um indivíduo doente ter um resultado positivo (verdadeiro-positivo) com a probabilidade de um indivíduo saudável ter o mesmo resultado positivo (falso-positivo). O ideal é que tenhamos uma RV+ elevada, já que isso indicará que a probabilidade de termos um verdadeiro-positivo é maior.

De forma geral, razões de verossimilhança positivas próximas de 1 são consideradas baixas no sentido de confirmar o diagnóstico. Entre 5 e 10 são consideradas moderadas e acima de 10, elevadas.

Para o cálculo da RV+, é necessário o conhecimento da sensibilidade e da especificidade. Portanto:

$$\text{Sensibilidade} = (\text{verdadeiro-positivos}/\text{doentes}) = (90/300) = 0,3.$$

$$\text{Especificidade} = (\text{verdadeiro-negativos}/\text{saudáveis}) = (160/200) = 0,8.$$

Observe que não multiplicamos os resultados acima por 100. Isso porque, para o cálculo da RV+, o ideal é que os valores NÃO estejam em porcentagem.

Agora sim, vamos calcular a RV+:

$$RV+ = \text{sensibilidade}/(1-\text{especificidade}) = 0,3/(1-0,8) = 0,3/0,2 = 1,5.$$

Observe que essa RV+ está abaixo de 5, sendo bem próxima de 1. Portanto, um resultado positivo nesse teste não altera muito a probabilidade pré-teste. Logo, não confirma com segurança o diagnóstico de sífilis.

Incorreta a alternativa C. Aqui temos um raciocínio muito parecido com o da alternativa anterior. A razão de verossimilhança negativa (RV-) é a medida que compara a probabilidade de um indivíduo doente ter um resultado negativo (falso-negativo) com a probabilidade de um indivíduo saudável ter o mesmo resultado negativo (verdadeiro-negativo). O ideal é que tenhamos uma RV- baixa, já que isso indicará que a probabilidade de termos um falso-negativo é menor que a de um verdadeiro-negativo. De forma geral, razões de verossimilhança negativas próximas de 1 são consideradas ruins para a exclusão do diagnóstico. Entre 0,2 e 0,1 são consideradas moderadas e abaixo de 0,1 representam grande probabilidade de exclusão do diagnóstico.

Para essa alternativa, o examinador deseja apenas que calculemos a RV-, portanto:

$$RV - = (1-sensibilidade)/especificidade = (1-0,3)/0,8 = 0,7/0,8 = 0,875.$$

Observe que a RV- foi igual a 0,875 e não 0,3. Veja que ela está próxima do número 1, conferindo baixa probabilidade de exclusão do diagnóstico.

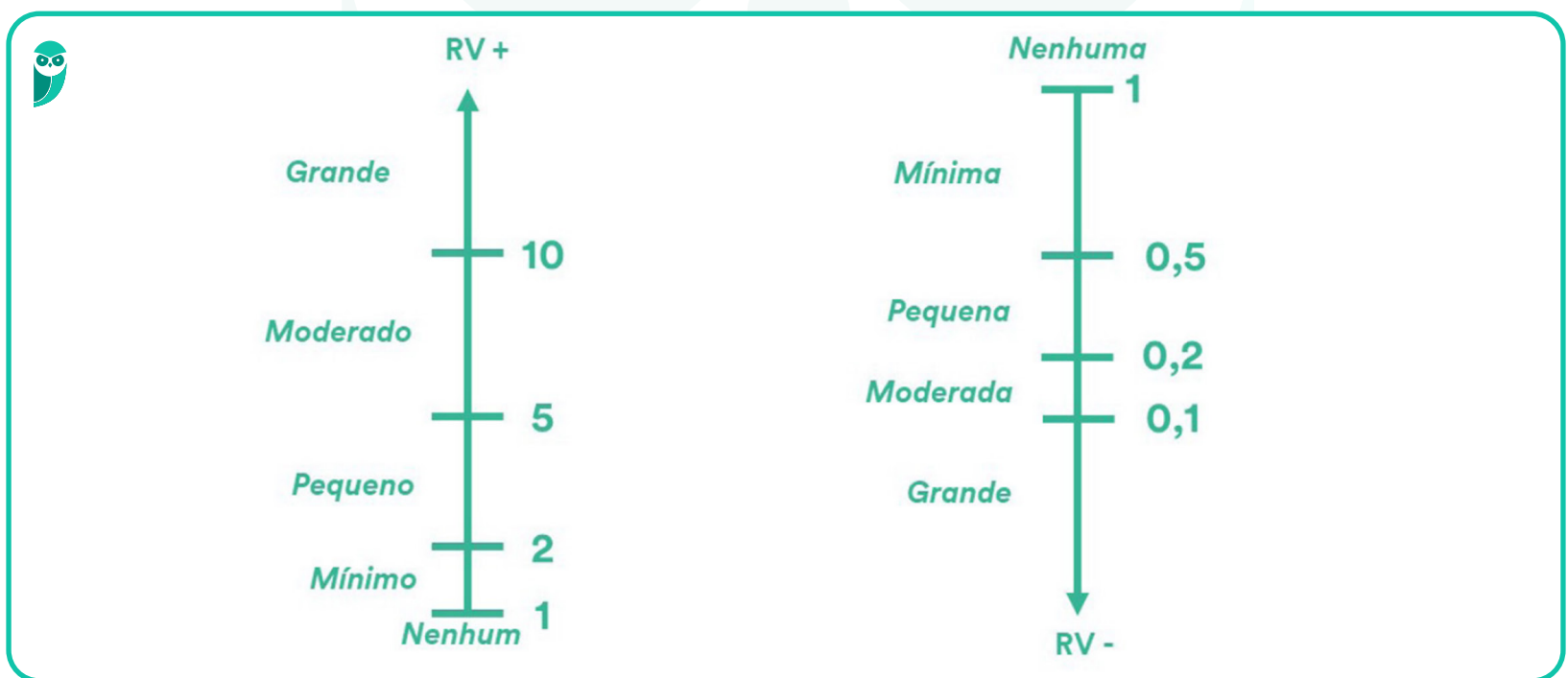


Figura 1 – Razões de verossimilhança positiva e negativa. Fonte: Estratégia MED.

Incorreta a alternativa D. Se aumentarmos o número de doentes, e não alterarmos a população total, haverá o aumento da prevalência ou da probabilidade pré-teste. Logo, observaremos um aumento no valor preditivo positivo (VPP) e uma diminuição no valor preditivo negativo (VPN).

Incorreta a alternativa E. A acurácia foi de 50%.

$$\text{Acurácia} = [(verdadeiro-positivo + verdadeiro-negativo)/população total] \times 100$$

$$\text{Acurácia} = [(90 + 160)/500] \times 100$$

$$\text{Acurácia} = [250/500] \times 100 = 50\%.$$

49 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bárbara D’Alegria – Medicina Preventiva) Duas amigas viajaram recentemente para o leste europeu onde contraíram uma infecção por um novo parasita não presente no ocidente. Ao retornarem ao país de origem, já sintomáticas, acabaram por transmitir a infecção para seus familiares. Do ponto de vista epidemiológico, e tendo por base o Sistema de Vigilância Epidemiológica do país de origem das duas amigas, elas deverão ser consideradas como:

- A) Casos autóctones e casos incidentes da doença.
- B) Casos alóctones e casos secundários da doença.
- C) Casos autóctones e casos coprimários da doença.
- D) Casos alóctones e casos primários da doença.
- E) Casos autóctones e casos-índice da doença.

COMENTÁRIOS:

TEMA: CONCEITOS DE CASO - PROCESSO EPIDÊMICO

Referência Bibliográfica:

1. **Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Financiamento em Saúde. São Paulo, 2023.**
2. **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 1: apresentação e marco conceitual. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 30 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_1.pdf**

Um dos pontos de maior relevância para a Vigilância Epidemiológica de doenças infectocontagiosas é entender como está ocorrendo o processo de transmissão da condição, qual foi sua origem, seu destino e todos os atores envolvidos nessa cadeia, em especial o agente etiológico e os casos da afecção.

Portanto, é nessa situação que os conceitos de caso se fazem importantes e nos ajudam a compreender como a doença está se distribuindo do ponto de vista epidemiológico.

Nesse sentido, diante de um caso de uma determinada doença, devemos responder primeiramente a seguinte pergunta: trata-se de um caso de transmissão local da condição ou ele foi importado de outra região?

Se estivermos diante de um caso que adquiriu a doença no ambiente onde vive, estamos diante de um **caso autóctone**, que nos indica que está havendo transmissão local da afecção. Por outro lado, se estivermos diante de um indivíduo que adquiriu a doença fora do local onde vive, tendo estado em outras regiões antes, diremos que se trata de um caso **alóctone**, o que não garante a transmissão local da doença.

A seguir, devemos tentar compreender se esse caso está introduzindo a doença naquele ambiente, ou seja, se é o primeiro indivíduo portador da condição naquela cadeia epidemiológica. Se a resposta for sim, estaremos diante de um **caso primário**. Se não, poderemos estar diante de um **caso secundário**, ou seja, caso que surge após o contato com o caso primário e respeita o período de incubação da doença, vindo a manifestar os sinais e sintomas da infecção após vencido esse período. Ainda nesse escopo, temos os chamados **casos coprimários**, que são aqueles casos que surgem após o contato com o caso primário, mas manifestam os sinais e sintomas antes do período de incubação da doença se encerrar, o que pode indicar contato com outros casos que não o primário.

Por fim, mais dois conceitos são relevantes: o de **caso-índice**, que nada mais é do que o primeiro caso da doença registrado pelas autoridades de saúde, e o de **casos incidentes**, que são aqueles indivíduos que no início da observação estavam sadios e que acabam por adoecer ao longo dela.

Feita essa exposição, podemos avaliar o caso das duas amigas infectadas por um parasita no leste europeu. Perceba que, ao chegarem na região onde vivem, não existe transmissão desse agente, sendo elas, então, as primeiras a introduzi-lo no local, o que as caracteriza como casos primários da doença. Além disso, deverão ser consideradas como casos alóctones, já que adquiriram

a infecção em um ambiente diferente do local onde vivem.

Em contrapartida, seus familiares serão descritos como casos incidentes da doença, além de serem casos autóctones (indicando transmissão local) e secundários (pois tiveram contato com os casos primários).

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Incorreta a alternativa A. Pois essas duas pacientes contraíram a infecção fora de seu local de vivência, portanto serão consideradas como casos alóctones. Ainda nesse contexto, como já estavam doentes no começo da observação, não serão consideradas como casos incidentes, sendo estes representados pelos familiares que adoeceram.

Incorreta a alternativa B. De fato, tratam-se de casos alóctones, mas como são os casos que iniciaram as cadeias epidemiológicas, são consideradas casos primários, enquanto seus familiares são casos secundários.

Incorreta a alternativa C. Como já discutido no texto do comentário da alternativa A, essas pacientes serão consideradas pela Vigilância Epidemiológica local como casos “importados”, ou seja, alóctones.

Correta a alternativa D.

Por tratarem-se de casos de uma nova doença adquirida fora de seu local de vivência habitual e por serem as primeiras a introduzirem essa condição na localidade, deveremos, sob o ponto de vista da Vigilância Epidemiológica local, considerá-las como casos alóctones e primários da parasitose em discussão.

Incorreta a alternativa E. Essas pacientes serão consideradas casos alóctones como já explicitado acima. Além disso, como não temos a informação de que elas foram os primeiros casos a serem levados ao conhecimento das autoridades de saúde locais, não podemos afirmar que tratam-se dos casos-índice da doença.

50 - (Estratégia MED 2023 - Inédita – Prof. Bruno Ferraz - Cardiologia) Paciente do sexo masculino de 58 anos de idade, negro, é acompanhado regularmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) com o diagnóstico de hipertensão arterial. Nega sintomas desde a última consulta. Usa losartana 50 mg 2x ao dia e clortalidona 25mg/dia. No exame físico, você identifica o paciente em bom estado geral, FC = 78bpm, PA = 152 x 88 mmHg, sem outras alterações. O exame laboratorial revela apenas hiperuricemia. Sobre esse caso clínico, assinale a alternativa correta:

- A) A meta de pressão arterial, neste paciente, é abaixo de 130 x 80mmHg.
- B) Está indicada a introdução de betabloqueador.
- C) O bloqueador do receptor de angiotensina é contraindicado em doentes negros.
- D) Este paciente tem elevado risco de hipocalcemia pelo uso concomitante de clortalidona e losartana.
- E) A clortalidona deve ser substituída por anlodipina.

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista,

Para esse tipo de questão, vou propor um passo a passo que vai ajudá-lo a resolver todas as questões nesse tópico:

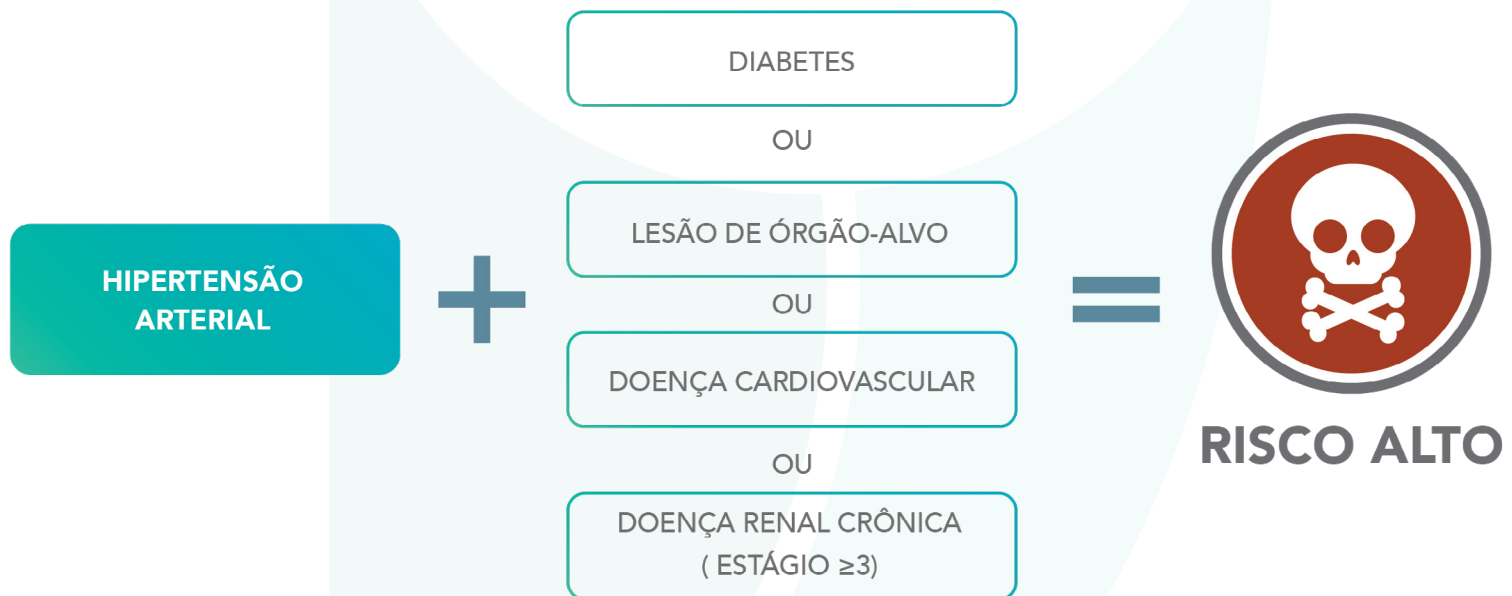
- 1ª) Paciente tem diagnóstico de HAS?
- 2ª) Paciente é de alto risco ou estágio > 1?
- 3ª) Há alguma condição especial?
- 4ª) Há alguma contraindicação?

Fazemos o diagnóstico de HAS em 3 situações:

- 2 medidas em momentos diferentes (consultório + MAPA ou MRPA ou 2ª medida no consultório) acima de 140 x 90 mmHg
- 1 medida acima de 140 x 90 mmHg em paciente de alto risco cardiovascular
- 1 medida acima de 180 x 110 mmHg (estágio 3)

Em algumas questões, o paciente já terá o diagnóstico estabelecido de HAS.

Para definir o risco cardiovascular, usaremos a figura abaixo:



A definição de risco é importante para a definição da estratégia de tratamento e estabelecimento de metas. As metas de tratamento estão abaixo:

	Risco cardiovascular baixo ou moderado	Risco cardiovascular alto	Idosos hígidos	Idosos frágeis
PA sistólica (mmHg)	< 140	120-129	130-139	140-149
PA diastólica (mmHg)	<90	70-79	70-79	70-79

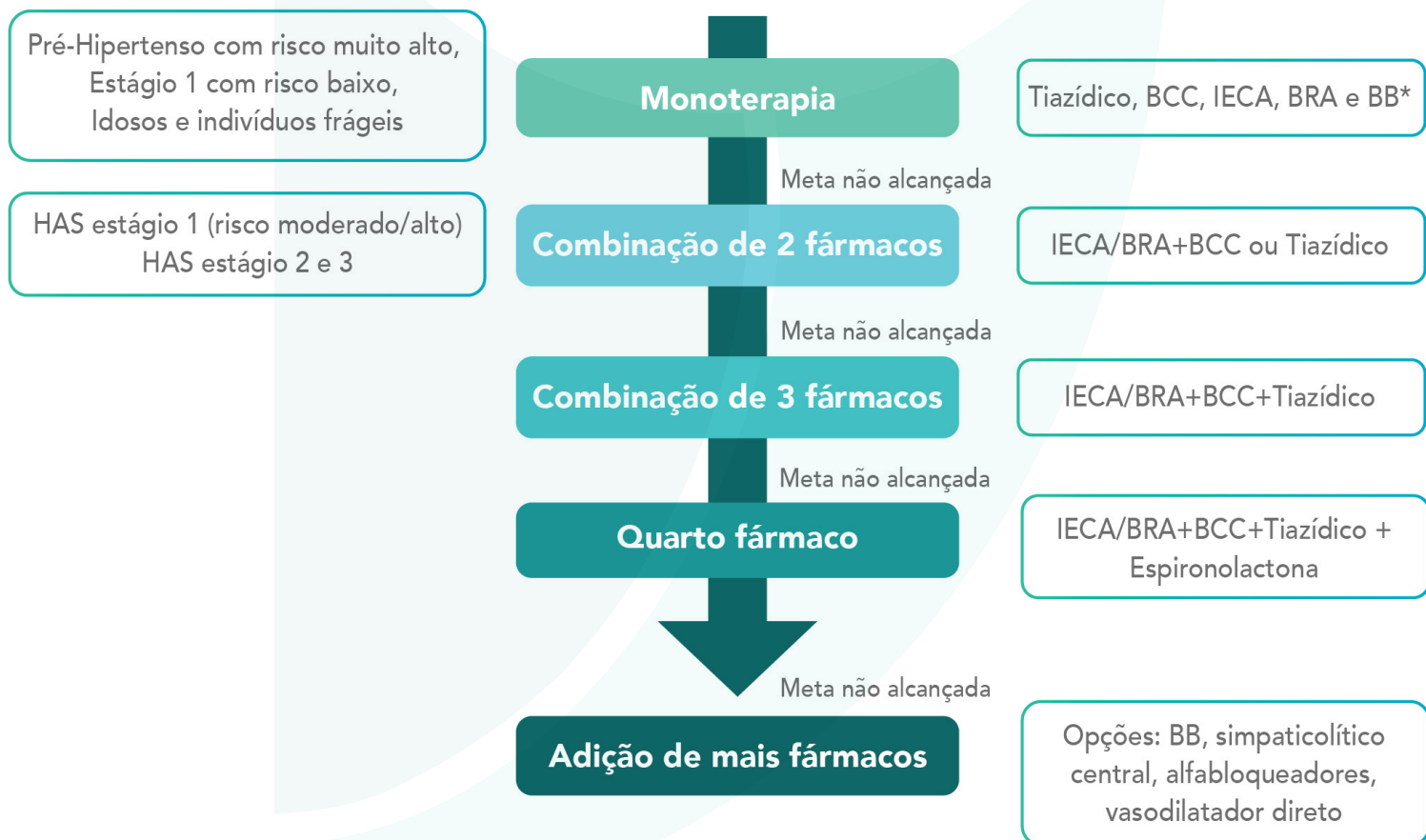
Do ponto de vista da estratégia de tratamento, veja que utilizaremos, na maioria das vezes, o tratamento combinado com 2 drogas:



Legenda: TNM: tratamento não medicamentoso.

Segue abaixo o fluxograma de tratamento da hipertensão:

FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



Legenda: BBC: bloqueador do canal de cálcio; IECA: inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA: bloqueador do receptor da angiotensina; BB: betabloqueador. *Betabloqueador só pode ser utilizado em monoterapia como droga de primeira linha se o paciente for portador de insuficiência cardíaca ou doença arterial coronariana.

Com isso, você deve ter reparado que as drogas de primeira linha no tratamento da hipertensão são: IECA/BRA, BCC e diurético tiazídico. Para a escolha, devemos buscar alguma condição especial ou alguma contraindicação.

Estas são as condições especiais e as drogas favoritas:

Condição especial	Droga de escolha
Diabetes	IECA
Doença coronariana	Betabloqueador e IECA
Insuficiência cardíaca	Betabloqueador e IECA
Doença renal crônica	IECA
Negro	BCC e diurético
Idoso	Diurético e BCC
Hipertensão resistente	Espironolactona
Hiperuricemia	Losartana

E estes são os principais efeitos colaterais e contraindicações:

Droga	Efeitos colaterais/Contraindicações
Bloqueadores dos canais de cálcio	Edema periférico (relacionado à dose e mais comum em pacientes com insuficiência cardíaca) e edema pulmonar (mais comum em pacientes com insuficiência cardíaca).
Diuréticos tiazídicos	Glicosúria, hipercalcemia, hiperuricemia , hipocalcemia , hipomagnesemia e hiponatremia. Não usar no paciente com gota.
IECA	Tosse seca (5-20% dos pacientes), hipercalcemia , angioedema e erupção cutânea. Após a introdução deste medicamento, ocorre elevação discreta e reversível de ureia e creatinina. Na elevação progressiva da creatinina, deve-se pensar em estenose de artéria renal. Seu uso é contraindicado na gravidez e na estenose bilateral da artéria renal.
Bloqueador do receptor de angiotensina	Seus principais efeitos colaterais são raros e mais frequentes nos portadores de nefropatia diabética.
Espironolactona	Hipercalcemia, ginecomastia . Não usar na disfunção renal grave.
Betabloqueadores	Broncoespasmo , bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual. Podem acarretar intolerância à glicose, induzir o aparecimento de novos casos de diabetes, hipertrigliceridemia com elevação do LDL-colesterol e redução do HDL-colesterol. Atenção: o impacto sobre o metabolismo da glicose é potencializado quando em conjunto com diuréticos tiazídicos.
Vasodilatador direto	Cefaleia, flushing, taquicardia reflexa e reação lupus-like (dose-dependente). Também pode acarretar anorexia, náusea, vômito e diarreia. Um efeito colateral comum do minoxidil é o hirsutismo (80% dos pacientes). Um efeito menos comum é a expansão generalizada de volume circulante e taquicardia reflexa
Simpaticolíticos de ação direta	Sonolência , tonteiras, <i>rash</i> transitório, dermatite de contato, xerostomia , dor abdominal, bradicardia, palpitações, bloqueio atrioventricular, entre outros.

Com essas informações, vamos analisar o caso clínico:

Temos um doente sabidamente hipertenso que já está em uso de medicação anti-hipertensiva e segue com PA não controlada. Além disso, ele já está usando a dose máxima dos anti-hipertensivos (lembre-se de que não há benefício anti-hipertensivo na progressão

de dose do tiazídico para 50mg, aumentando, apenas, efeitos colaterais). Com isso, devemos iniciar outra droga de primeira linha para o tratamento da hipertensão: o bloqueador do canal de cálcio. Além disso, o paciente está apresentando hiperuricemia, limitando o uso do diurético tiazídico, que deve ser suspenso, idealmente.

Vamos analisar as alternativas?

Incorreta a alternativa A: essa é a meta de pressão arterial em pacientes de alto risco.

Incorreta a alternativa B: betabloqueador não é droga de primeira linha, somente em pacientes com doença coronariana e insuficiência cardíaca.

Incorreta a alternativa C: não há contraindicação à prescrição de drogas que atuem no sistema renina-angiotensina-aldosterona em negros. A droga de escolha inicial será o bloqueador de canal de cálcio seguido do diurético.

Incorreta a alternativa D: losartana promove hipercalemia.

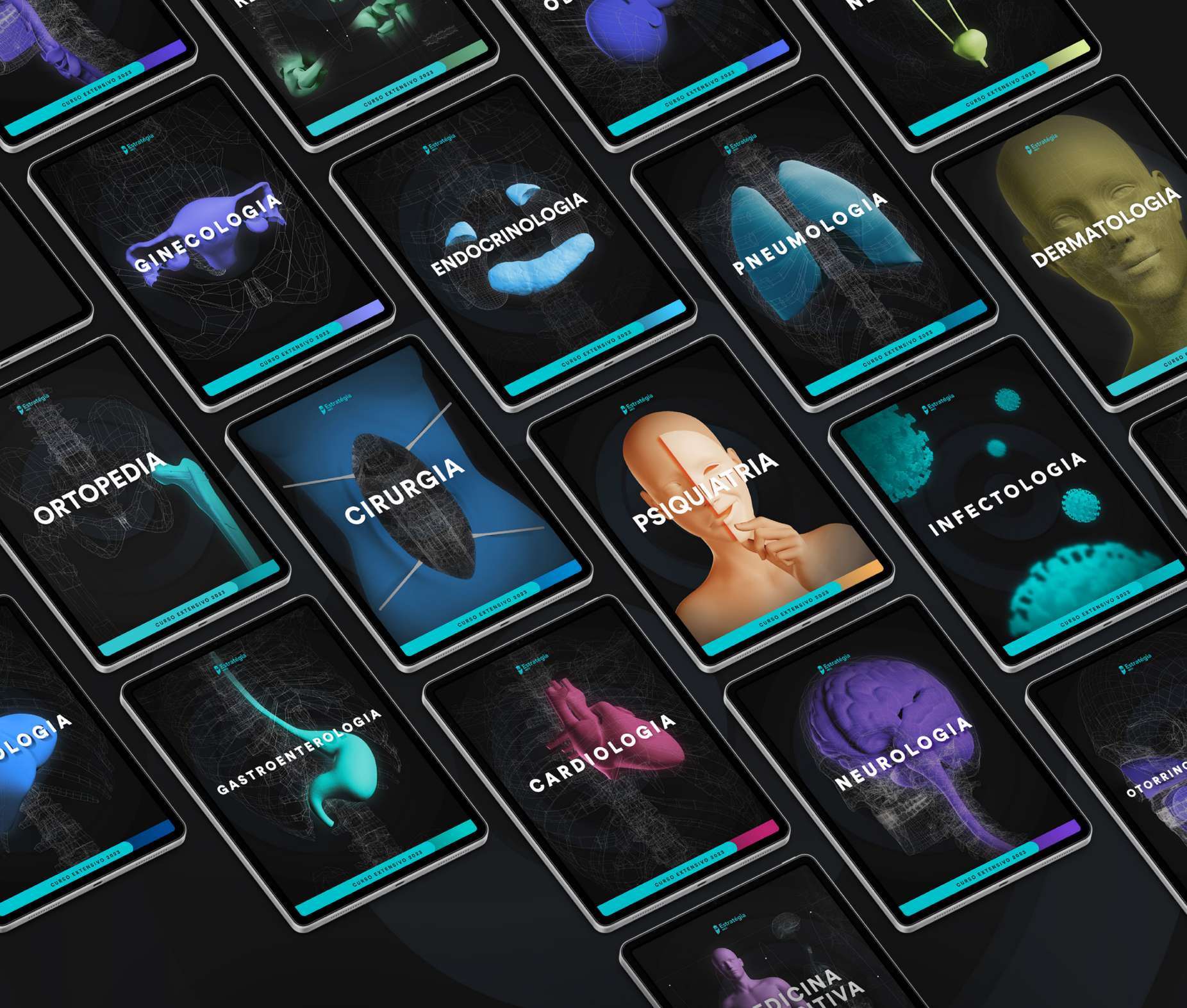
Correta a alternativa E:

em virtude da hiperuricemia, o tiazídico deve ser substituído, idealmente, pelo bloqueador do canal de cálcio.



VEJA O RANKING





Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com