



# 13° SIMULADO RESIDÊNCIA MÉDICA

**2023**

**CADERNO DE RESPOSTAS**

## CLÍNICA MÉDICA

**01 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Hematologia - Prof. Hugo Brisolla)** Em relação à crise de sequestração esplênica vista em pacientes com anemia falciforme, é correto afirmar:

- A) Ocorre principalmente após os 18 anos de idade.
- B) É uma condição benigna, de resolução espontânea.
- C) Decorre da infecção pelo parvovírus B19.
- D) Seu tratamento baseia-se no suporte hemodinâmico, com hidratação endovenosa e transfusão de concentrado de hemácias.

## COMENTÁRIO

**Anemia falciforme** é tema certo das questões de Hematologia das provas de Residência, Estrategista. Isso porque essa condição **hereditária** traz muita **morbimortalidade** à vida de seus portadores, além de ser marcada pela presença de uma série de **complicações** marcantes, uma delas é o **sequestro esplênico**.

A **sequestração esplênica** é uma intercorrência aguda em que as **hemácias em foice**, tão características da doença falciforme, **obstruem a circulação esplênica**, permanecendo aprisionadas dentro do **baço**. Assim, esse órgão aumenta de tamanho, levando a um quadro de **grande esplenomegalia**.

Além disso, o “roubo” das hemácias da circulação faz com que **a anemia do paciente piore** rapidamente, podendo, inclusive, precipitar quadros de grave **choque hipovolêmico**. De fato, o **sequestro esplênico é a segunda causa mais comum de morte em crianças falcêmicas!** Com isso, vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** a sequestração esplênica predomina em crianças de até cinco anos de idade, sendo rara após esta idade. Isso ocorre porque o baço dos pacientes falcêmicos costuma sofrer atrofia em torno dessa faixa etária, um processo que chamamos de autoesplenectomia.

**Incorreta a alternativa B:** pelo contrário, o sequestro esplênico é uma complicação grave e deve ser rapidamente identificada! O diagnóstico é clínico, feito através do achado de piora da anemia basal do paciente, associado a grandes esplenomegalias, muitas vezes até passando a cicatriz umbilical.

**Incorreta a alternativa C:** a infecção pelo parvovírus B19 é a causa da crise aplásica, uma outra complicação da anemia falciforme, em que a destruição das células-tronco eritroides da medula óssea por aquele patógeno leva à piora da anemia basal do paciente. Não cursa, no entanto, com esplenomegalia, como o sequestro esplênico.

**Correta a alternativa D:**

as principais medidas no tratamento do sequestro esplênico são a hidratação venosa e a transfusão de hemácias, capazes de impedir quadros de choque hipovolêmico. Após tratada a crise aguda, a esplenectomia deve ser realizada, mas visando impedir recorrência do quadro.

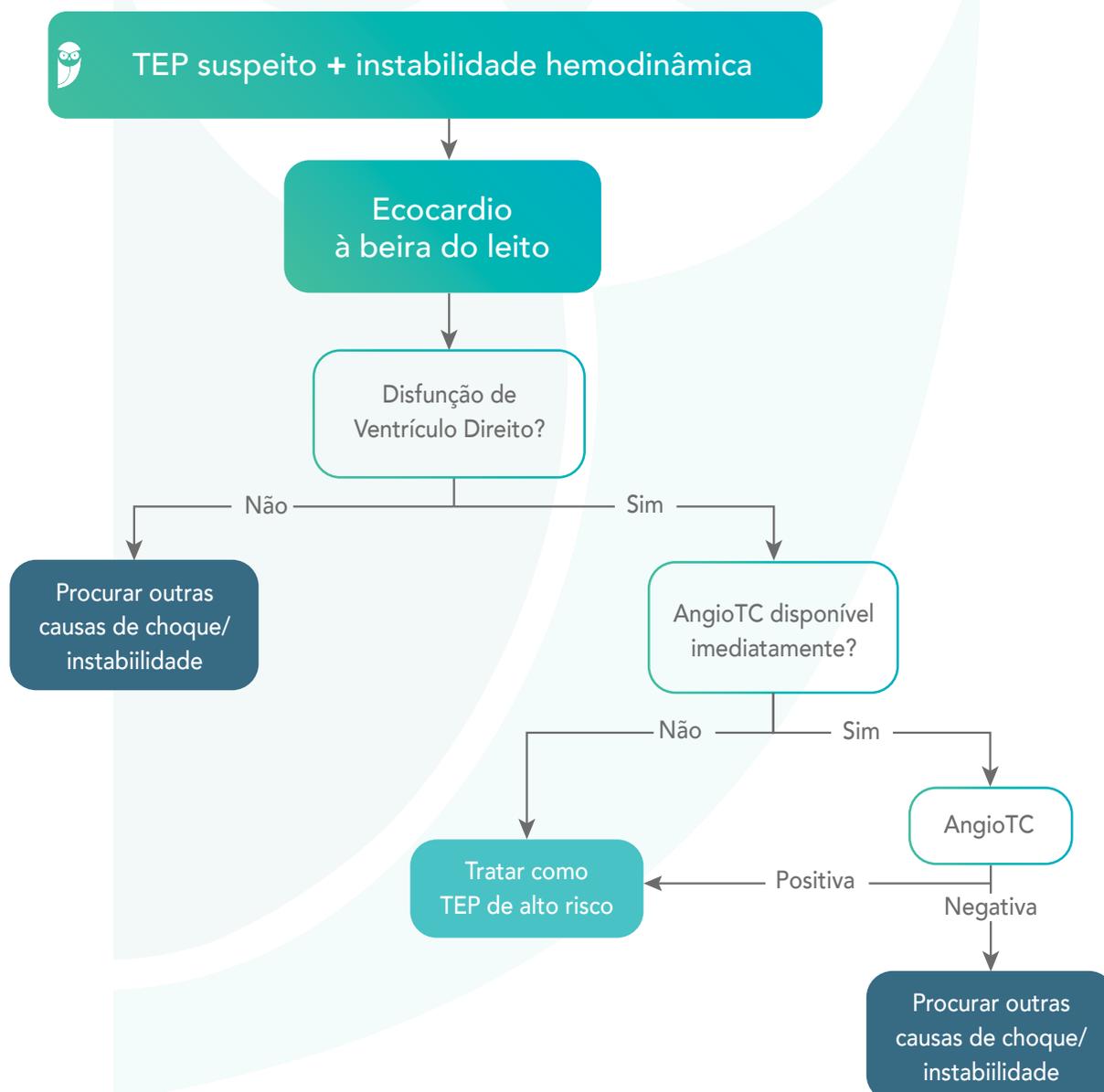
**02 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pneumologia - Prof. Juan Demolinari)** Você está avaliando um paciente internado em um leito de terapia intensiva que foi submetido a uma correção de fratura de fêmur à direita, apresenta edema assimétrico de membro inferior direito e iniciou um quadro de dispneia, hipoxemia, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão. Foi realizado um ecocardiograma à beira-leito que não evidenciou alterações de contratilidade ou tamanho do ventrículo esquerdo ou do ventrículo direito. Diante disso, você considera que:

- A) deve-se realizar uma angiotomografia de tórax, pois a principal hipótese para o quadro agudo é TEP instável.
- B) já há elementos suficientes para procedermos a trombólise química.
- C) deve-se aventar outras possibilidades que não TEP para a instabilidade do paciente.
- D) a solicitação de D-dímero é fundamental.

## COMENTÁRIO:

Estamos diante de uma questão que começa dando a entender que se trata de um quadro de tromboembolismo pulmonar: paciente em pós-operatório de fratura de fêmur, com edema assimétrico de membro inferior (TVP?), que iniciou quadro de dispneia e hipoxemia.

No entanto, o paciente também apresenta instabilidade hemodinâmica. O TEP com instabilidade hemodinâmica, também chamado de TEP maciço, ocorre por uma disfunção aguda do ventrículo direito. Sendo assim, o primeiro exame a ser solicitado nesse cenário é o ecocardiograma. Caso não haja sinais de sobrecarga de câmaras direitas, não podemos atribuir ao TEP a instabilidade do paciente. Preste bastante atenção, o ECO descarta que o TEP seja a causa da instabilidade, mas não descarta a presença ou não de TEP. Veja o fluxograma de investigação do TEP instável:



Vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** Com a disfunção do VD descartada, a hipótese de TEP instável cai por terra. Ainda assim, a investigação de TEP poderia persistir, mas não justificaria a instabilidade.

**Incorreta a alternativa B.** A trombólise química no TEP instável ocorrerá após um eco com disfunção do VD associado ou não à angiotomografia.

**Correta a alternativa C.**

Ao se descartar o comprometimento de câmaras direitas, devemos pensar em outras possibilidades para a instabilidade do paciente, como choque hemorrágico ou séptico.

**Incorreta a alternativa D.** No TEP instável não usamos D-dímero e nem escore de Wells.

**03 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti)** Uma mulher de 50 anos busca atendimento por fraqueza há 5 dias. No início, havia dificuldade em levantar os pés ao andar e, em pouco tempo, passou a não conseguir mais subir escadas. Refere ainda formigamento nos pés e dor lombar. Não tem comorbidades e nem usa medicamentos previamente. Nega queixas esfincterianas. Ao exame físico, apresenta PA 110/70 mmHg, FC 90 bpm, FR 20 irpm, SpO<sub>2</sub> em ar ambiente de 96%. Encontra-se alerta, orientada, corada e afebril. O exame dos membros superiores mostra fraqueza à flexão e extensão de punhos e dedos, com hiporreflexia bicipital e tricipital bilateral. A força nos membros inferiores está reduzida de forma simétrica, pior distalmente, observando-se ausência de reflexos patelar e aquileu. Há perda discreta da propriocepção com gradiente distal-proximal.

Assinale a alternativa que contém a hipótese diagnóstica MAIS PROVÁVEL e o comentário sobre o quadro MAIS ADEQUADO.

- A) Surto de Esclerose Múltipla. Espera-se encontrar lesão medular com realce pós contraste.
- B) Síndrome de Guillain Barré. A análise do LCR pode não revelar dissociação albumino-citológica.
- C) Mielite transversa. A RM de encéfalo costuma ser normal.
- D) Polineuropatia do doente crítico. A idade, por si só, pode levar a essa condição.

---

## COMENTÁRIOS:

---

A questão aborda conhecimentos acerca da Síndrome de Guillain Barré. Em termos anatômicos, essa doença envolve, de forma aguda, várias raízes nervosas, além do nervo periférico e, por isso, pode ser descrita como uma polirradiculoneuropatia aguda. Trata-se de uma doença imunomediada, sendo muito comum a identificação de um “gatilho” imunológico precedendo o início dos sintomas. No entanto, tal associação não é universal e existem casos sem essa correlação, como o descrito no enunciado.

Entre os gatilhos, as causas infecciosas são as mais comuns e, entre elas, a infecção pelo *Campylobacter jejuni* é a mais “clássica”. Além desse patógeno, o Zika vírus, HIV, dengue, Epstein Barr, varicela zóster e citomegalovírus também já foram associados a essa condição. Além das causas infecciosas, antecedente de vacinação e mais raramente, cirurgia ou trauma, também podem ser os gatilhos imunogênicos. Cabe destacar que, sobretudo para as causas infecciosas, costuma ocorrer intervalo de cerca de 2 semanas até o início dos sintomas neurológicos.

O quadro clínico clássico envolve déficit sensitivo e motor de caráter ascendente, simétrico, com expectativa de piora em até no máximo quatro semanas desde o início dos sintomas, corroborando o caráter agudo da condição. O diagnóstico é baseado no quadro clínico e na evidência de hipo/arreflexia ao exame físico. A demonstração de dissociação albuminocitológica no LCR (elevação de proteínas sem elevação de celularidade) e o exame de eletroneuromiografia podem auxiliar no diagnóstico. Apesar de frequentemente alterados, ambos os exames, especialmente se realizados precocemente, podem ser normais.

Destaca-se, ainda, a possibilidade de disautonomia no curso da doença, sendo possíveis as manifestações de alteração do ritmo cardíaco, hipertensão arterial e sudorese. O tratamento é feito com plasmaférese ou infusão de imunoglobulina, não sendo o corticoide uma opção terapêutica. Grave isso, Estrategista. O uso de corticoide NÃO é uma opção terapêutica. Deve-se estar atento a sinais de alerta que podem apontar para diagnósticos diferenciais, com destaque para: acometimento motor isolado (pólio-like, poliomielite), alterações psiquiátricas prévias, dor abdominal de repetição e hiponatremia (porfíria intermitente aguda) quadro descendente com disfunção pupilar (botulismo) e sinais de disfunção esfíncteriana precoce, nível sensitivo e síndrome do neurônio motor superior (mielopatias).

Vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** Em um surto medular de doenças desmielinizantes, entre as quais a esclerose múltipla é a principal, de fato, espera-se encontrar lesão medular com realce pós-contraste. No entanto, o quadro clínico descrito não é sugestivo de tal condição! Em um surto medular, esperaríamos encontrar sinais de disfunção do neurônio motor superior, déficit sensitivo em nível e transtorno esfíncteriano, achados não evidenciados no enunciado.

**Correta a alternativa B.**

Exatamente. Conforme vimos acima, o quadro clínico é sugestivo de síndrome de Guillain Barré. Muito embora a dissociação albumino-citológica e as alterações da neurocondução na eletroneuromiografia sejam clássicas dessa condição, não estão presentes em todos os casos. Em outras palavras, a ausência de tais achados NÃO invalida o diagnóstico de Guillain Barré.

**Incorreta a alternativa C.** Na mielite transversa, seriam esperados achados similares aos descritos para o surto de esclerose múltipla, uma vez que também se trata de uma mielopatia. O termo “transversa” indica o acometimento de toda a secção transversal da medula, inferindo, portanto, a apresentação completa da tríade: nível sensitivo + transtorno esfíncteriano + síndrome do neurônio motor superior. No surto de esclerose múltipla, a lesão pode ser excêntrica e não atingir toda a medula, portanto sem levar à apresentação completa dos sintomas descritos.

**Incorreta a alternativa D.** A polineuropatia do doente crítico ocorre no contexto de internação prolongada, sendo a perda de peso e o uso de corticosteroides e bloqueadores neuromusculares os principais fatores de risco. A idade, por si só, não leva a esse desfecho.

**04 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo)** Sobre a síndrome do esgotamento profissional, é incorreto afirmar:

- A) Trata-se de uma entidade clínica caracterizada por exaustão mental e perda da produtividade, especialmente na vida pessoal.
- B) Profissionais da saúde estão entre os profissionais mais acometidos.
- C) Ocorre especialmente em profissionais com empregos com muito contato interpessoal.
- D) Fatores predisponentes são: ambiente de trabalho desorganizado, cobranças inadequadas e excessivas.

---

## COMENTÁRIOS:

---

A síndrome do esgotamento profissional, também conhecida como Burnout, é uma síndrome com sintomas mentais com origem “ocupacional”, ou seja, é relativa ao trabalho, e tem, segundo a CID-11, as seguintes características:

- 1 - sentimentos de exaustão ou esgotamento;
- 2 - aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho;
- 3 - redução da eficácia profissional.

Segundo o atual entendimento sobre essa entidade, suas principais manifestações estão presentes, principalmente, no ambiente de trabalho ou seu contexto.

Caso os indícios do esgotamento estejam relacionados a prejuízo funcional extenso, humor deprimido, insônia, ansiedade, entre outros, nos demais aspectos da vida do indivíduo, outro diagnóstico deverá ser avaliado, como depressão maior ou transtorno ansioso.

Vamos às alternativas!

**Incorreta a alternativa A,**

portanto é o gabarito: conforme vimos na introdução, as manifestações da síndrome afetam o indivíduo especialmente no ambiente de trabalho.

**Correta a alternativa B:** trabalhadores da saúde estão sob constante pressão em seu ambiente de trabalho, lidam frequentemente com traumas, catástrofes e perdas humanas, por isso, frequentemente, desenvolvem o esgotamento.

**Correta a alternativa C:** como vimos, a síndrome está intimamente relacionada a organizações laborais ineficientes e ambiente interpessoal conflituoso. Apesar disso, mesmo nas ocupações mais solitárias, é possível sua ocorrência, embora seja menos provável.

**Correta a alternativa D:** essa síndrome é fruto de relacionamentos ruins, cobranças inadequadas, que minam a produtividade e motivação do indivíduo. Além disso, a dissonância entre expectativas do empregador e empregado também está frequentemente envolvida.

**05 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Gastroenterologia - Prof. Isabella Parente)** Sobre a Polipose Adenomatosa Familiar, assinale a alternativa correta:

- A) Trata-se de um distúrbio de natureza autossômica recessiva.
- B) Cursa com mutação no gene STK11.
- C) Na sua forma clássica, cursa com praticamente 100% de chance de evolução para câncer colorretal.
- D) A síndrome de Peutz-Jeghers é uma variante da PAF que cursa com manchas nos lábios.

## COMENTÁRIO:

Questão abordando uma síndrome hereditária que predispõe ao câncer colorretal, muito cobrada nas provas de Residência Médica, a famosa Polipose Adenomatosa Familiar (PAF).

Tal síndrome caracteriza-se por:

> Centenas a milhares de pólipos colorretais (adenomas), duodenais (adenomas) e gástricos (maioria dos pólipos gástricos são hiperplásicos);

> Presença de osteomas, tumores desmoides, cistos epidérmicos, lipomas, angiofibromas e dentes supranumerários

> Hipertrofia congênita do epitélio retiniano.

A seu respeito, busquemos a alternativa correta.

**Incorreta a alternativa A.** Trata-se de distúrbio autossômico dominante causado por mutação no gene APC, um importante supressor tumoral. Importante pontuar que, em  $\frac{1}{4}$  dos pacientes portadores de PAF, essa mutação é nova e o paciente não tem familiares acometidos pela síndrome!

**Incorreta a alternativa B.** O gene mutado na PAF é o gene APC. O gene STK11 está mutado na síndrome de Peutz-Jeghers.

**Correta a alternativa C.**

Um paciente com PAF clássica tem praticamente 100% de chance de evoluir para um câncer colorretal. Isso mesmo, 100%! Por esse motivo, a realização de colectomia, ou seja, remoção cirúrgica do cólon, está indicada para esses pacientes.

**Incorreta a alternativa D.** Síndrome bastante cobrada nas provas de Residência Médica, trata-se de doença autossômica dominante causada por mutação no gene STK11. Associa-se a múltiplos pólipos hamartomatosos gastrointestinais, benignos em sua maioria, mas que podem crescer e malignizar, representando maior risco de neoplasias malignas do trato gastrointestinal (câncer gástrico, pancreático, intestino delgado e colorretal). O percentual de portadores de síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) que desenvolvem câncer colorretal é de 36%. A SPJ também cursa com incidência aumentada de outras malignidades, tais quais mama, pulmão, útero e ovário. Entre as manifestações extraintestinais, destacam-se as mucocutâneas, caracterizadas por máculas pigmentadas (ou seja, manchas escurecidas) de cor azul a marrom, medindo até 5mm. Costumam ocorrer já nos primeiros anos de vida, principalmente nos lábios, região perioral, palmas, plantas e mucosa oral. A SPJ não é uma variante da PAF, as variantes da PAF são síndrome de Gardner e síndrome de Turcot.

**06 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cardiologia - Prof. Bruno Ferraz)** Homem de 19 anos, jogador profissional de vôlei, apresentou uma lesão no ligamento do ombro direito com necessidade de intervenção cirúrgica. Paciente é assintomático e faz atividades físicas regulares. Na avaliação pré-operatória, que exames não podem faltar na estratificação de risco?

- A) Hemograma e eletrocardiograma.
- B) Hemograma e coagulograma.
- C) Hemograma, coagulograma e eletrocardiograma.
- D) Não há necessidade de exames laboratoriais.

## COMENTÁRIOS

Caro Estrategista, na avaliação pré-operatória de procedimento eletivo, devemos sempre levar em consideração 2 pontos: o risco do paciente e o risco do procedimento. Existem vários escores para quantificar o risco cirúrgico de um paciente. Um dos mais utilizados, o algoritmo de Lee, inclui as seguintes variáveis: operação intraperitoneal, intratorácica ou vascular suprainguinal; doença arterial coronária (ondas Q, sintomas de isquemia, teste funcional positivo, uso de nitrato); insuficiência cardíaca congestiva (clínica ou radiografia de tórax com congestão); doença cerebrovascular; diabetes com insulino terapia e creatinina pré-operatória > 2,0 mg/dL. Quanto maior o número de alterações, maior o risco cirúrgico. O paciente da questão não apresenta nenhuma variável, configurando baixo risco.

A avaliação da capacidade funcional é outro item importante na avaliação pré-operatória. De acordo com a diretriz da American College of Cardiology/American Heart Association, um paciente com boa capacidade funcional ( $\geq 4$  equivalentes metabólicos ou METs) não demanda realização de nenhum teste de investigação coronariana. A solicitação de exames complementares deve ser baseada em situações específicas, citadas a seguir:

- Radiografia de tórax: (1) Pacientes com história ou propedêutica sugestivas de doenças cardiorrespiratórias; (2) Pacientes com idade superior a 40 anos; (3) Intervenções de médio a grande porte, principalmente as cirurgias intratorácicas e intra-abdominais.
- Hemograma completo: (1) Suspeita clínica de anemia ou presença de doenças crônicas associadas à anemia; (2) História de doenças hematológicas ou hepáticas; (3) Intervenções de médio e grande porte, com previsão de sangramento e necessidade de transfusão; (4) Todos os pacientes com idade superior a 40 anos.

- Função renal: (1) Portadores de nefropatia, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência hepática ou insuficiência cardíaca, se não tiver um resultado deste exame nos últimos 12 meses; (2) Intervenções de médio e grande porte; (3) Todos os pacientes com idade superior a 40 anos.
- Coagulograma: (1) Pacientes em uso de anticoagulação com varfarina; (2) Pacientes com insuficiência hepática; (3) Portadores de distúrbios de coagulação (história de sangramento); (4) Intervenções de médio e grande porte.
- Eletrocardiograma: (1) História e/ou anormalidades ao exame físico sugestivas de doença cardiovascular; (2) Pacientes submetidos a operações intracavitárias, transplantes de órgãos sólidos, cirurgias ortopédicas de grande porte e vasculares arteriais; (3) Alto risco de eventos estimado pelos algoritmos de risco pré-operatório; (4) Presença de diabetes; (5) Obeso; (6) Idade superior a 40 anos.
- Ecocardiograma: (1) Pacientes com insuficiência cardíaca ou sintomas sugestivos e que serão submetidos à cirurgia de risco intermediário ou alto, sem avaliação no último ano, ou que apresentaram piora clínica; (2) Pacientes portadores ou com suspeita de alteração anatômica valvar moderada/importante e que serão submetidos à cirurgia de risco intermediário ou alto, sem avaliação no último ano, ou que apresentaram piora clínica; (3) Pacientes que serão submetidos a transplante hepático; (4) Pacientes portadores de prótese intracardíaca, que serão submetidos à cirurgia de risco intermediário ou alto, e sintomáticos ou sem avaliação no último ano.

Por fim, devemos avaliar o risco da cirurgia. Uma cirurgia de joelho é considerada de risco intermediário. A tabela abaixo resume a classificação de risco das cirurgias não cardíacas:

<b>Risco alto (risco de eventos <math>\geq</math> 5%)</b>	Cirurgias vasculares arteriais de aorta e vasculares periféricas Cirurgias de urgência ou emergência
<b>Risco intermediário (risco de eventos entre 1 a 5%)</b>	Endarterectomia de carótida e correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal Cirurgia de cabeça e pescoço Cirurgias intraperitoneais e intratorácicas Cirurgias ortopédicas Cirurgias prostáticas
<b>Risco baixo (risco de eventos <math>&lt;</math>1%)</b>	Procedimentos endoscópicos Procedimentos superficiais Cirurgia de catarata Cirurgia de mama Cirurgia ambulatorial

Assim, temos um paciente de baixo risco cardiovascular que irá se submeter à cirurgia de risco intermediário.

**Incorreta as alternativas A, B e C,** pois o paciente não tem indicação de realização de exames complementares conforme exposto acima.

**Correta a alternativa D,** pois o paciente não tem indicação de realização de exame conforme exposto acima.

**07 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Nefrologia. - Prof. Diego Ennes)** Um paciente de 56 anos, com doença renal crônica estágio V, é admitido na sala de emergência com fraqueza extrema e bradicardia. Relata que viajou e perdeu as duas últimas sessões de diálise. Em relação ao provável distúrbio eletrolítico causador desses sintomas no paciente, assinale a alternativa INCORRETA:

- A) A solução com glicose e insulina auxiliará momentaneamente.
- B) O gluconato de cálcio constitui medida que trará melhora aos sintomas de fraqueza.
- C) Bradicardia com QRS alargado pode ser o achado do eletrocardiograma.
- D) A gasometria desse paciente mostraria acidemia, com acidose metabólica de ânion gap aumentado.

## COMENTÁRIOS:

Coruja, o tema em pauta aqui é HIPERCALEMIA.

E a suspeita vem pela combinação de achados de doença renal crônica, em terapia dialítica, com abstenção de diálise recente. Isso é bem sugestivo de risco para hipercalemia. A presença de bradiarritmia e fraqueza muscular corroboram tal hipótese.

**Correta a alternativa A:** a insulina possui propriedade de translocar o potássio para o intracelular. Mas não reduz o potássio corporal, uma vez que ele não é excretado como propriamente dito. Transitoriamente, pode ajudar na redução da calemia até a realização da hemodiálise.

**Incorreta a alternativa B:** o gluconato de cálcio possui ação protetora do cardiomiócito, não alterando o potássio sérico, tampouco melhorando a fraqueza muscular.

**Correta a alternativa C:** a primeira conduta na hipercalemia deve ser a realização de um eletrocardiograma para identificar possíveis alterações de toxicidade do cardiomiócito pela hipercalemia. Pare aqui, futuro Residente! Vamos lembrar as possíveis alterações do ECG?

Normal	Hipercalemia			
4,0 - 5,0	7,0	8,0	9,0	10,0
				
Normal	Onda T apiculada	Intervalo PR prolongado Onda P achatada Onda T apiculada	Ausência de onda P Bloqueio intraventricular	Fibrilação ventricular

**Correta a alternativa D:** de fato, o distúrbio ácido-básico esperado na doença renal avançada é uma acidose metabólica com acúmulo de ânion não mensurável.

**08 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza)** Paciente de 80 anos procura atendimento médico por se queixar de lesão em crescimento na coxa. Ao exame dermatológico, você visualiza a lesão demonstrada na imagem a seguir:



Você faz a hipótese diagnóstica e já raciocina que o principal indicador prognóstico desse paciente é:

- A) Tamanho da lesão
- B) Idade do paciente
- C) Grau de atipia celular
- D) Espessura tumoral

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma lesão escurecida e toda vez que estamos diante de uma lesão pigmentada devemos avaliar se há possibilidade de ser um melanoma. Para isso, utilizamos a regra do ABCDE.

- A – assimetria
- B – bordas irregulares
- C – múltiplas cores
- D – diâmetro maior ou igual a 6mm
- E – evolução

Essa é uma lesão pigmentada assimétrica, com bordas irregulares, várias cores e que está crescendo. Não sabemos o tamanho, mas com certeza é uma lesão altamente suspeita de ser um melanoma. Mas o que o examinador está perguntando é: qual é o principal fator prognóstico do melanoma. Sabemos que a espessura tumoral (também chamada de índice de Breslow) é o principal fator prognóstico. Quanto mais profundo for (maior o índice de Breslow), pior o prognóstico do paciente, pois há maior risco de metástase linfonodal e sistêmica.

**Incorreta a alternativa A.** O tamanho da lesão não influencia no prognóstico.

**Incorreta a alternativa B.** Os pacientes idosos apresentam pior prognóstico, porém esse não é o principal indicador.

**Incorreta a alternativa C.** Para o melanoma, o grau de atipia não influencia no prognóstico.

### Correta a alternativa D.

Alternativa perfeita. Lembre-se de que o índice de Breslow é uma medida em milímetros da camada granulosa até a célula mais profunda do tumor.

**09 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira)** Mulher de 24 anos procura atendimento por perda de peso, febre, mal-estar, artralgia, fadiga e lesão eritematosa em face. Seu exame físico mostra pressão arterial de 150x100 mmHg, dor e edema em mãos, punhos e joelhos, lesão eritematosa em ambas as regiões malares e sobre o nariz e edema compressível e simétrico em terço distal das pernas. Solicitados exames laboratoriais com os seguintes resultados: hemoglobina = 9,1 g/dL, leucócitos = 3.900/mm<sup>3</sup>, plaquetas = 103.000/mm<sup>3</sup>, creatinina = 2,9 mg/dL, ureia = 98 mg/dL, urina 1 com proteínas 3+/4+, eritrócitos 10.000/campo e proteinúria = 2 g/24 h, FAN nuclear homogêneo 1/640. Qual é o melhor tratamento para a paciente neste momento?

- A) Pulsoterapia com metilprednisolona 1 g por 3 dias consecutivos, associada ao micofenolato de mofetila 3 g para indução de remissão e, posteriormente, prednisona oral associada ao micofenolato de mofetil 2 g para manutenção.
- B) Prednisona 1 mg/kg oral associada à azatioprina para indução e, depois, manutenção com azatioprina e hidroxiclороquina.
- C) Pulsoterapia com metilprednisolona 1g por 3 dias consecutivos associada à ciclofosfamida endovenosa para indução de remissão de doença, em seguida utilizar metotrexato 25 mg/semana para manutenção.
- D) Prednisona 1 mg/kg oral associada à ciclofosfamida endovenosa por 6 meses.

## COMENTÁRIO:

Estrategista, mulher jovem apresentando sinais e sintomas constitucionais associados à artrite e a *rash* eritematoso em região malar deve ter lúpus eritematoso sistêmico (LES) como principal hipótese diagnóstica.

Ao analisarmos os achados de exames laboratoriais, nossa hipótese fortalece-se ainda mais ao notarmos o FAN reagente padrão nuclear homogêneo, citopenias, elevação de ureia e creatinina, proteinúria e sedimento urinário ativo.

Feito o diagnóstico, podemos partir para o tratamento. Sempre que você estiver diante de quadro de LES, deverá identificar a gravidade. Isso porque casos que envolvam órgãos vitais e que ameacem a vida do paciente deverão ser tratados de forma rápida e eficaz.

Nesse caso, temos uma nefrite lúpica cuja classe histológica, muito provavelmente, é classe IV (difusa) pelo fato de cursar com uma síndrome nefrítica, disfunção renal aguda e elevação de níveis pressóricos. Essa é a forma mais frequente e de pior prognóstico de nefrite lúpica, por isso devemos iniciar terapia imunossupressora potente para, primeiramente, conter os danos ocasionados pelo processo inflamatório imunomediado (terapia de indução) e, na sequência, manter a doença sob controle adequado (tratamento de manutenção). O esquema abaixo mostra como isso deve ser feito:

### INDUÇÃO

Metilprednisolona 1g EV  
3 dias consecutivos  
+  
Citotóxico:  
Ciclofosfamida  
OU  
Micofenolato de mofetila 3 g/dia

### MANUTENÇÃO

Corticoide oral com  
programação de desmame  
+  
Micofenolato de mofetila 2 g/dia  
OU  
Azatioprina

Dito isso, vamos às alternativas:

#### Correta a alternativa A:

note que essa é a descrição perfeita dos esquemas de indução e manutenção indicados para a nefrite lúpica classe IV.

**Incorreta a alternativa B:** não utilizamos corticoide por via oral para indução, por sua menor eficácia. Além disso, a azatioprina também não está indicada no tratamento de indução dessa classe histológica.

**Incorreta a alternativa C:** não utilizamos o metotrexato no manejo da nefrite lúpica. Ele está indicado no tratamento de outros acometimentos, como o articular.

**Incorreta a alternativa D:** como dito acima, corticoide oral não está indicado na terapia de manutenção.

**10 - (Estratégia MED 2023 – Inédita – Infectologia - Prof. Clarissa Cerqueira)** Paciente de 22 anos, sexo masculino, usuário de drogas intravenosas, apresenta-se há 13 dias com febre diária de até 39°C e mialgia intensa. Ao exame, encontra-se emagrecido, confuso, prostrado, temperatura axilar de 38,6°C, FC de 112 bpm e FR de 24 ipm. Apresenta petéquias em membros inferiores, sopro sistólico 2+/6 em focos mitral e tricúspide. À palpação de abdome, evidencia-se hepatoesplenomegalia. Foi realizada uma radiografia de tórax que evidenciou uma condensação pulmonar à direita. A respeito desse caso, assinale a alternativa correta.

- A) Deve-se colher hemoculturas e iniciar vancomicina imediatamente.
- B) A presença de petéquias descarta a possibilidade de endocardite.
- C) *Streptococcus pneumoniae* é o agente etiológico mais provável nesse caso.
- D) Deve-se postergar o início de qualquer medicação até que um ecocardiograma seja realizado e as hemoculturas sejam finalizadas.

---

## COMENTÁRIOS:

---

A questão trata de um caso de um usuário de drogas injetáveis com febre e sopro sistólico. Só por essas informações, a primeira hipótese diagnóstica deve ser endocardite. Muito provavelmente ele fez uma embolia séptica para o pulmão e desenvolveu uma pneumonia. Atente-se ao fato de que ele está grave por apresentar sinais/sintomas de sepse como confusão mental e taquipneia (2 pontos no qSOFA).

Vamos às alternativas:

**Correta a alternativa A.**

Sempre que pensar em endocardite, a primeira coisa a ser feita é coletar as hemoculturas para, em seguida, iniciar a antibioticoterapia empírica. Nesse caso, a droga de escolha é vancomicina, visto que o agente mais

comum é o *S. aureus*.

**Incorreta a alternativa B.** As petéquias podem estar presentes em 20 a 40% dos casos de endocardite. Outro achado cutâneo que pode ser observado são os nódulos de Osler, que são nódulos violáceos encontrados nos dedos das mãos e dos pés.

**Incorreta a alternativa C.** O agente mais comum em usuários de drogas injetáveis é o *Staphylococcus aureus*.

**Incorreta a alternativa D.** O ecocardiograma deve ser realizado o mais breve possível, porém não devemos postergar o uso de medicações para aguardar a realização desse exame. Além disso, esse paciente encontra-se com um quadro suspeito de sepse, logo também não devemos postergar o início da antibioticoterapia.

## CIRURGIA GERAL

**11 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Ortopedia - Prof. David Nordon)** Paciente do sexo masculino, com 33 anos de idade, refere dor na região lombar com irradiação para o membro inferior direito há duas semanas, desde que fez força ao realizar levantamento terra na academia. Ao exame físico, teste de Lasègue é negativo. Sem déficits neurológicos, sem história de trauma.

O melhor exame a ser solicitado e a conduta mais adequada são, respectivamente:

- A) Ressonância magnética de coluna lombar, encaminhamento para cirurgião de coluna.
- B) Radiografia de coluna lombar, tratamento conservador.
- C) Radiografia de coluna lombar, encaminhamento para cirurgião de coluna.
- D) Nenhum exame, tratamento conservador.

## COMENTÁRIOS:

**Discussão da questão:**

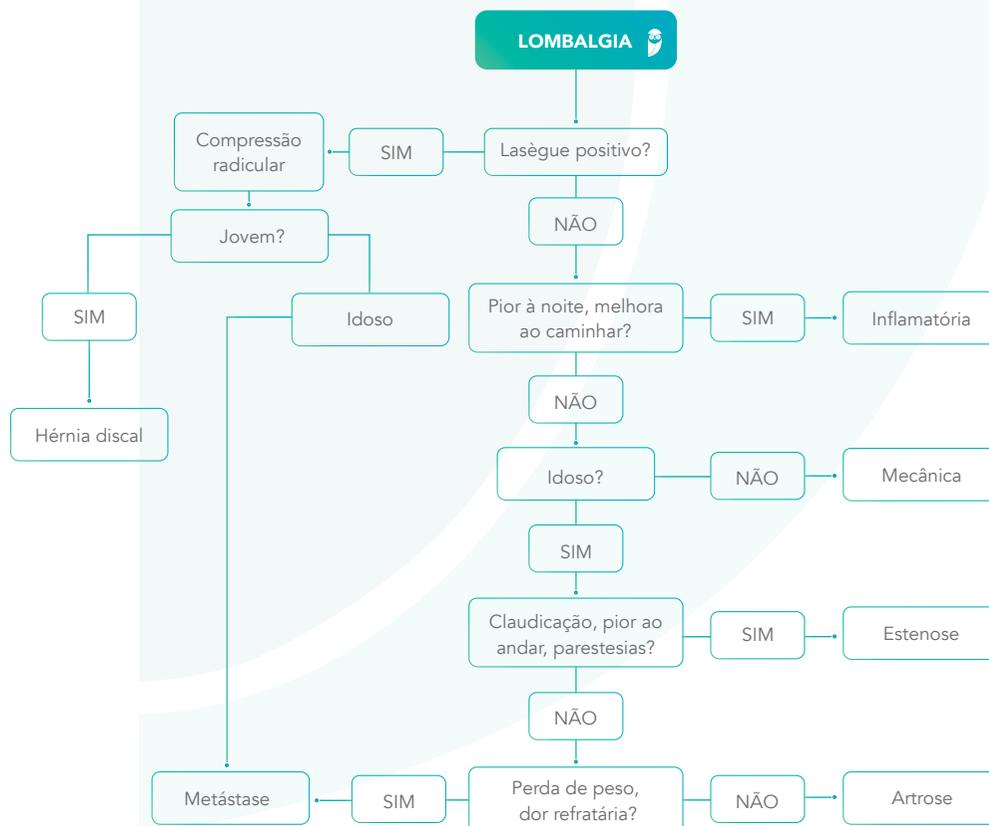
*O que o examinador deseja saber?*

Diagnóstico diferencial de lombalgia e suas condutas.

*O que você precisa saber para responder a essa pergunta?*

Diagnóstico diferencial da lombalgia:

Estrategista, a melhor forma de acertar o diagnóstico nas questões sobre lombalgia é usando este fluxograma aqui:



Observe que, no nosso caso, o paciente *não tem um Lasègue positivo*, pois isso seria apresentado por uma dor neuropática à flexão do quadril com o joelho estendido.

Ao apresentar protusões discais, o examinador quer confundir-lo! A protrusão discal é uma alteração natural do envelhecimento discal e é, na grande maioria dos casos, assintomática!

Vamos aproveitar para revisar sobre lombalgia mecânica:

#### Lombalgia mecânica simples

Existem basicamente dois tipos de dores da região lombar:

- Axial: localizada na região lombar.
- Irrradiada: segue geralmente pelos membros inferiores.

Existem, também causas mecânicas e secundárias:

- Mecânicas: lombalgia mecânica, geralmente por atrofia ou contratura muscular. Pode se associar a outras causas.
- Secundárias: artrose, inflamatória, hérnia discal, estenose vertebral, fratura, infecção, neoplasia.

#### Fatores de risco para lombalgia:

- Idade
- Obesidade
- Gênero (mulheres)
- Nível socioeconômico mais baixo
- Multíparas
- Escoliose (dependendo do grau)
- Tabagismo (principalmente associado à lombalgia discogênica)
- Levantamento de peso
- Vibração
- Ficar muito tempo sentado
- Insatisfação com o trabalho
- Sedentarismo

#### Como definir lombalgia mecânica simples?

A lombalgia mecânica simples é uma dor lombar, restrita a essa região, ou com irradiação para a região posterior da coxa pela contratura dos isquiotibiais, sem sinais de alarme, sem irradiação para perna ou pés ou característica neuropática. Ao exame físico, há apenas dor à palpação da musculatura paravertebral e a dor tem caráter mecânico (associada a movimentos, apresenta melhora com repouso).

#### Quando solicitar exames na lombalgia aguda?

Quando o paciente apresenta sinais de alarme.

O melhor mnemônico para se lembrar dos principais sinais de alarme para a prova é:

Se tem PITTI, DOC, não é piti, em que:

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

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

T: Trauma

T: Tumor (história ou suspeita)

I: Infecção (história ou suspeita)

D: Déficit Neurológico

O: Osteoporose

C: Cauda Equina

Como é feito o tratamento da lombalgia aguda?

Primeiro passo: analgesia simples +/- anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) + relaxante muscular. Se a dor não melhorar com esse grau de analgesia, avançar para opioides.

Segundo passo: com a dor controlada, pode-se iniciar atividade física aeróbica e fortalecimento muscular do core abdominal, o que, em última análise, é o que irá resolver o problema.

Terapias complementares: fisioterapia analgésica e acupuntura podem ser indicadas. Quiropraxia apresenta apenas efeito imediato, com altos riscos de lesão irreversível. Antidepressivos podem ser associados para analgesia.

**Discussão das alternativas:**

**Incorretas as alternativas A, B e C:** seguindo o fluxograma, observamos que se trata provavelmente de uma lombalgia mecânica. O paciente não apresenta nenhum sinal de alarme, portanto, não está indicada a solicitação de nenhum exame de imagem. Por fim, o tratamento inicial da lombalgia é sempre conservador (excetuando-se a síndrome da cauda equina), de forma que o encaminhamento ao cirurgião de coluna é inadequado.

**Correta a alternativa D,** sem ressalvas.

**12 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Gastroenterologia - Prof. Isabella Parente)** Sobre as lesões císticas que afetam o pâncreas, assinale a alternativa correta:

- A) O cistoadenoma seroso tem 20% de chance de malignização.
- B) O cistoadenoma mucinoso apresenta altos níveis de amilase em seu conteúdo cístico.
- C) A maioria das neoplasias mucinosas papilares intraductais (NMPI) são assintomáticas.
- D) A neoplasia sólida pseudopapilar (NSPP) é mais comum nos homens.

---

## COMENTÁRIO:

---

As neoplasias císticas do pâncreas incluem lesões benignas e lesões potencialmente malignas, de forma que é muito importante que saibamos diferenciá-las, uma vez que as lesões benignas permitem uma conduta expectante, ao passo que as lesões potencialmente malignas têm indicação cirúrgica, dependendo da taxa de malignidade.

E quem são elas?

> Neoplasia Cística Serosa (NCS)

> Neoplasia Cística Mucinoso (NCM)

> Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal (NMPI)

> Neoplasia Sólida Pseudopapilar (NSPP)

**Incorreta a alternativa A.** Os cistoadenomas serosos correspondem a 20 até 30% das neoplasias císticas do pâncreas. Entre eles, há um predomínio do cistoadenoma seroso microcístico. É importante pontuar que essa neoplasia acomete, mais frequentemente, as mulheres (75%) em torno de 50 a 70 anos. Ele apresenta BAIXÍSSIMO RISCO de malignização (0,1% ou inferior).

**Incorreta a alternativa B.** O cistoadenoma mucinoso é o protótipo das neoplasias císticas mucinosas. Como o próprio nome já diz, cursa com alta produção de mucina, assim como a NMPI. Todavia, ao contrário desta, o cistoadenoma mucinoso raramente exibe comunicação com o sistema pancreático ductal, motivo pelo qual seu conteúdo de amilase é reduzido.

**Correta a alternativa C.** Assim como nas demais lesões císticas que afetam o pâncreas, a maioria das NMPI são assintomáticas. Entretanto, alguns pacientes cursarão com pancreatite aguda recorrente ou pancreatite crônica por obstrução intermitente do ducto pancreático principal devido à natureza mucinosa do conteúdo dessa neoplasia (lembre que a mucina é densa e viscosa). Dores nas costas, icterícia, perda ponderal, diabetes e esteatorreia costumam ser apontados como os sintomas mais comumente associados à malignidade

**Incorreta a alternativa D.** As NSPP também são chamadas de neoplasias epiteliais sólidas e papilares, tumores papilares císticos do pâncreas, tumores sólidos e císticos ou tumores de Frantz. Trata-se de uma neoplasia rara, que ocorre, sobretudo, em mulheres (80% dos casos) com aproximadamente 35 anos. Apresentam um componente sólido e um componente cístico (sua principal característica). Não são cistos verdadeiros, uma vez que não apresentam epitélio de revestimento, surgindo a partir de processos necróticos e degenerativos.

**13 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas)** Mulher de 41 anos será submetida à colectomia para o tratamento de endometriose. Em relação ao procedimento e às orientações perioperatórias, assinale a alternativa correta:

- A) A administração de dieta por via oral deverá ser iniciada apenas após o retorno dos ruídos hidroaéreos.
- B) O preparo de cólon não está indicado de forma rotineira para essa cirurgia, à exceção dos casos em que há necessidade de anastomose colorretal baixa.
- C) A deambulação deve ser desencorajada antes de estarem completas 48 horas após o procedimento, em decorrência do risco de hérnia incisional.
- D) A hiper-hidratação favorece a manutenção dos níveis tensionais, bem como a irrigação tecidual, diminuindo, assim, a taxa global de complicações.

---

## COMENTÁRIO:

---

Para respondermos adequadamente a essa questão, devemos ter em mente o protocolo de recuperação acelerada no pós-operatório, que pode ser resumido conforme a tabela abaixo.

MEDIDA	RECOMENDAÇÃO
Abreviação de jejum	200 mL de líquido claro acrescido de 12 g de maltodextrina 6h e 2h antes da cirurgia.
Realimentação precoce	<p><b>NÃO</b> é necessário aguardar o retorno dos ruídos hidroaéreos.</p> <p>Nas cirurgias sem manipulação do trato gastrointestinal, iniciar dieta via oral no mesmo dia da cirurgia (de preferência, dieta leve).</p> <p>Nas cirurgias com anastomose (gastrointestinal, enteroentérica, enterocólica ou colorretal), iniciar dieta líquida no mesmo dia ou no 1º dia pós-operação.</p> <p>Nas cirurgias com anastomose esofágica, iniciar dieta com 12-24h de pós-operatório por sonda nasoenteral ou jejunostomia.</p>
Hidratação venosa	<p><b>NÃO</b> hiper-hidratar o paciente.</p> <p>Evitar hidratação venosa de rotina.</p> <p>Caso necessário, 30 mL/kg em 24h.</p>
Sondas nasogástricas	<b>NÃO</b> utilizar sonda nasogástrica aberta em drenagem de rotina.
Drenagem da cavidade	<b>NÃO</b> utilizar drenos cavitários sem necessidade.
Analgesia pós-operatória	<p>Uso escalonado da analgesia.</p> <p><b>NÃO</b> utilizar indiscriminadamente opioides.</p> <p><b>NÃO</b> prescrever medicação de resgate como primeira opção de analgesia.</p> <p>O uso de cateter peridural é uma opção para evitar o uso excessivo dos opioides.</p>
Preparo colônico	<p><b>NÃO</b> prescrever preparo colônico de rotina.</p> <p>No ACERTO, indicado para pacientes que serão submetidos a ressecções colorretais baixas.</p>
Deambulação precoce	<p>Estimular deambulação precoce.</p> <p>Meta: 2h fora do leito no dia da operação e 6h nos dias subsequentes.</p>

Isso posto, vamos às alternativas.

**Incorreta a alternativa A.** Já é provado que o início precoce da dieta no pós-operatório:

- ✓ É seguro.
- ✓ Não aumenta o risco de deiscência de anastomose.
- ✓ Diminui o risco de infecção pós-operatória.
- ✓ Diminui o risco de íleo metabólico.
- ✓ Diminui o tempo de internação hospitalar.

Nesse contexto, é importante lembrar que não é necessário aguardar o retorno dos ruídos hidroaéreos para que seja feita a reintrodução da dieta.

**Correta a alternativa B:**

O conceito apresentado pela alternativa B está correto. O preparo de cólon não deve ser indicado de forma rotineira, à exceção dos pacientes que serão submetidos a ressecções colorretais baixas, como nas amputações abdominoperineais do reto (cirurgia de Miles) ou nas ressecções com excisão total do mesorreto.

**Incorreta a alternativa C.** A deambulação precoce é uma medida essencial no contexto pós-operatório, afinal ela diminui o risco de atelectasia, favorece o retorno do trânsito intestinal e diminui o risco de eventos tromboembólicos

**Incorreta a alternativa D.** O excesso de volume está associado a maiores complicações pós-operatórias, como íleo pós-operatório e risco de deiscência das anastomoses.

**14 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas)** Jovem de 25 anos foi submetido à colocação de prótese total de quadril para o tratamento de seqüela de artrite séptica. Considerando o procedimento em tela e a resposta metabólica e imunológica provocada por ele, assinale a alternativa incorreta.

- A) As fibras nociceptivas originadas a partir da área da agressão cirúrgica têm um papel crucial no desencadeamento da resposta metabólica.
- B) As catecolaminas liberadas durante esse processo levam a eventos como aumento da secreção de ACTH, glicogenólise e gliconeogênese.
- C) A liberação de cortisol faz parte dessa resposta e atua, entre outros fenômenos, na resistência periférica à insulina e na reatividade vascular às catecolaminas
- D) O sistema renina-angiotensina-aldosterona apresenta sua atividade global diminuídas, em decorrência do estímulo simpático.

---

**COMENTÁRIOS:**

---

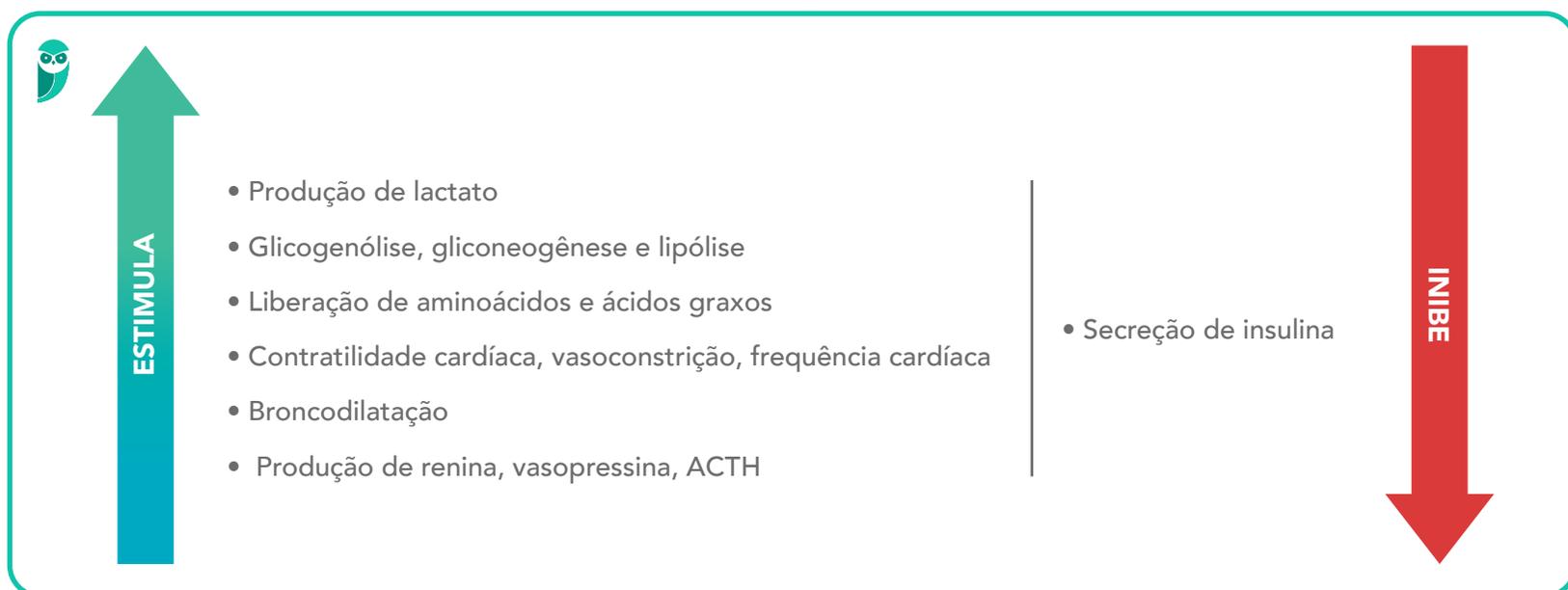
Para respondermos a essa questão, precisamos lembrar alguns aspectos da resposta metabólica e imunológica do trauma. Faremos isso por meio da análise separada de cada uma das alternativas.

**Correta a alternativa A.** O principal estímulo para a ativação dessa resposta são as **fibras nervosas aferentes nociceptivas no local lesado**. A partir da estimulação dessas fibras, o impulso viaja ao longo das vias nervosas somáticas e autonômicas, chegando ao **hipotálamo**.

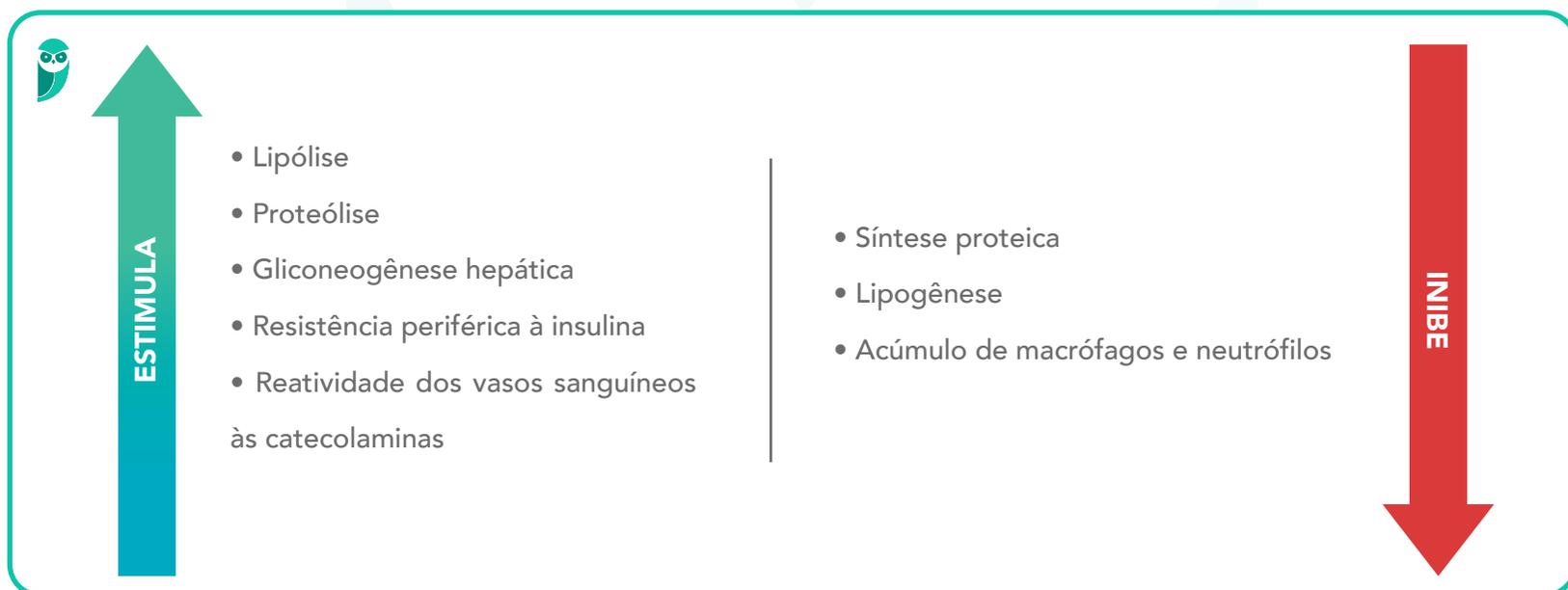
O hipotálamo, após processar os estímulos advindos das vias aferentes, responde **por duas vias diferentes**:

- ✓ uma via mais rápida, representada pela **ativação do sistema nervoso autônomo simpático e estimulação da glândula adrenal**, com a liberação das catecolaminas (principalmente, adrenalina e noradrenalina) e do sistema renina-angiotensina-aldosterona. O principal objetivo dessa via é a manutenção do suprimento sanguíneo para os órgãos vitais; e
- ✓ uma via mais lenta, pela ativação do **eixo hipotálamo-hipófise**, que leva à liberação de hormônios (como o hormônio do crescimento – GH) e esteroides; com isso, há uma diminuição da secreção de insulina e um aumento da resistência a sua ação.

**Correta a alternativa B.** O conceito apresentado pela alternativa B está correto. O quadro abaixo resume as principais ações das catecolaminas no contexto da resposta metabólica do trauma.



**Correta a alternativa C.** O conceito apresentado pela alternativa C está correto. O quadro abaixo resume as principais ações do cortisol no contexto da resposta metabólica do trauma.



**Incorreta a alternativa D.**

A renina é secretada pelas células justaglomerulares do rim em resposta a um estímulo simpático eferente. O estímulo principal a sua secreção parece advir, principalmente, mais das alterações hemodinâmicas do que da estimulação dolorosa.

Sua principal ação é a conversão da angiotensina em angiotensina II, que estimula o córtex da adrenal a produzir a **ALDOSTERONA**. A aldosterona é o principal mineralocorticoide e sua função consiste em promover a troca de potássio e hidrogênio plasmático por sódio. Dessa forma, há maior retenção de água e reabsorção de bicarbonato.

Portanto, o sistema renina-angiotensina e aldosterona tem sua atividade aumentada, no contexto da resposta metabólica ao trauma.

**15 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas)** Homem de 66 anos, tabagista de longa data, foi submetido a uma laparotomia supraumbilical para rafia de úlcera péptica perforada. No 7º dia de pós-operatório, o paciente apresentou a saída de aproximadamente 50 ml de líquido serossanguíneo a partir da ferida operatória, que prosseguiu em menor quantidade nos dias subsequentes. A ferida operatória apresenta mínima hiperemia, sem dor importante, endurecimento ou flutuação à palpação. Considerando o caso descrito acima, qual é a melhor conduta?

- A) Realizar exame de imagem (USG ou TC).
- B) Antibioticoterapia de amplo espectro.
- C) Aplicação de cinta abdominal compressiva.
- D) Drenagem de seroma à beira-leito.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Diante de um paciente com saída de 50ml de secreção sanguinolenta pela ferida operatória, em um pós-operatório recente, devemos pensar em quatro possibilidades.

A primeira, é a formação de seroma. Trata-se de uma coleção líquida com aspecto de “água de carne”, que pode ser assintomática ou manifestar-se através de abaulamento, dor e drenagem espontânea. A conduta em grande parte dos seromas é expectante. Nos casos de seromas volumosos ou recorrentes, pode-se indicar a drenagem da coleção.

A segunda possibilidade é o hematoma. Trata-se de uma coleção hemática, secundária ao sangramento de um vaso na topografia em que houve a incisão. Quando o hematoma é autolimitado e há cessação espontânea do sangramento, a conduta pode ser expectante. No entanto, quando há hematoma em expansão, ou outros sinais de sangramento ativo, ou ainda hematoma muito volumoso, está indicada a reabordagem para evacuação do hematoma e revisão da hemostasia.

A terceira possibilidade para esse quadro é a infecção de sítio cirúrgico com saída de secreção. No entanto, geralmente, quando há infecção, observa-se hiperemia, edema/endurecimento das partes moles subjacentes, aumento da temperatura local e dor na topografia da incisão. Febre e saída de secreção purulenta podem ou não estar presentes.

A quarta e última possibilidade, que justifica a saída de líquido com aspecto sanguinolento, seria a deiscência de aponeurose com extravasamento de líquido peritoneal. A média de tempo para que ocorra deiscência da aponeurose é de 8 dias. Pacientes com idade avançada, tosse crônica, obesidade, desnutrição ou com fechamento excessivamente tenso da aponeurose estão sob maior risco de deiscência. Outros sinais clínicos podem estar presentes, como, por exemplo, a herniação de conteúdo abdominal através da área de deiscência da aponeurose. O diagnóstico dessa condição é eminentemente clínico. Exames como ultrassom e tomografia podem ser realizados quando há dúvida diagnóstica.

Visto isso, vamos às alternativas

### Correta a alternativa A.

Como vimos, a saída de líquido sero-hemático (água de carne) em um contexto pós-operatório remete essencialmente aos diagnósticos de seroma e deiscência da parede abdominal. Nesse contexto, a realização de um exame de imagem como a tomografia ou o ultrassom de parede abdominal auxilia na realização do diagnóstico diferencial.

**Incorreta a alternativa B.** A ausência de hiperemia importante, endurecimento ou dor à palpação fala contra esse diagnóstico.

**Incorreta a alternativa C.** A aplicação de cinta abdominal compressiva poderia ser considerada diante do diagnóstico de seroma. No entanto, como vimos, não há como descartar a possibilidade de deiscência de aponeurose.

**Incorreta a alternativa D.** Como vimos, não há como descartar a possibilidade de deiscência de aponeurose ou confirmar a hipótese de seroma a partir dos dados fornecidos. Desse modo, está indicado exame de imagem para o caso em tela.

**16 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas)** Criança de 1 ano e 6 meses estava em um carro que sofreu colisão frontal com outro veículo, sendo arremessada através do vidro do automóvel. Durante a avaliação primária, decidiu-se pela necessidade de obtenção de um acesso vascular. Nesse contexto, qual é a melhor conduta?

- A) Obter um acesso intraósseo.
- B) Obter um acesso periférico por punção.
- C) Obter um acesso central de veia femoral.
- D) O médico deve obter o acesso mais cômodo a ele e à criança.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Vamos aproveitar essa questão para relembrarmos alguns conceitos relacionados à obtenção de acessos vasculares segundo o manual do ATLS.

O ATLS preconiza que o **acesso preferencial em adultos seja feito por meio de punção periférica com dois cateteres calibrosos, ou seja, com diâmetro igual ou mais calibroso que 18 gauge.**

Caso um acesso periférico não esteja disponível, as alternativas para reposição volêmica em adultos incluem:

- **Punção intraóssea:** é um bom acesso temporário para os casos em que a punção periférica não é possível.
- **Acesso venoso central:** jugular, subclávio ou femoral. Após a punção, devemos solicitar uma radiografia em sala para confirmação do posicionamento do acesso.
- **Dissecção venosa:** o vaso de escolha é a veia safena magna em sua porção anterior ao maléolo medial.

**Em adultos, a via alternativa de escolha para o acesso vascular depende da experiência do médico que está prestando o atendimento.**

Entretanto, **em crianças, existe uma ordem de prioridade para a obtenção de acesso, que está disposta logo a seguir, em ordem decrescente.**

**1º . Acesso periférico por punção (até duas tentativas):** os sítios de punção incluem a fossa antecubital e a veia safena magna ao nível do tornozelo. Caso o profissional falhe em duas tentativas consecutivas nesse acesso, ele deve partir para o acesso intraósseo.

**2º . Acesso intraósseo:** os sítios de punção incluem a porção anteromedial da tíbia e o fêmur distal. Esse acesso está contraindicado em membros com suspeita de fratura.

**3º . Acesso venoso central de veia femoral.**

**4º . Acesso venoso de veia jugular (interna ou externa) ou subclávia:** esse sítio está contraindicado nos casos em que há comprometimento de via aérea ou caso a criança esteja com colar cervical.

**5º . Dissecção venosa:** o vaso de escolha é a safena magna ao nível do tornozelo.

Portanto, está indicada a obtenção do acesso periférico através de punção, como primeira opção de acesso vascular.

**Correta a alternativa B.**

**17 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva)** Criança de 6 anos sofreu queda de bicicleta com traumatismo craniano e facial. Chegou ao hospital trazida por populares. Logo à admissão, na sala de politraumatizados, começou a convulsionar. Ao exame:

A- Vias aéreas pérvias;

B- Murmúrio vesicular presente bilateralmente; FR = 36 irpm; saturação de O<sub>2</sub> = 82%;

C- FC = 130 bpm, PA = 120 x 70 mmHg, normocorado;

D- Escala de coma de Glasgow = 06, anisocórico.

E- Deformidade e crepitação mandibular sem sangramento ativo, equimose retroauricular esquerda. Abdome flácido, pelve estável.

Foi realizada tentativa de intubação orotraqueal sob sedação, sem sucesso. Entre as opções abaixo, assinale a conduta mais adequada:

- A) Indicar cricotireoidostomia cirúrgica por ser uma técnica eficaz na prevenção de broncoaspiração.
- B) A cricotireoidostomia por punção é uma opção segura e temporária para ventilar essa criança.
- C) Intubação nasotraqueal é a melhor opção nesse caso.
- D) A traqueostomia de emergência não deve ser realizada por ser contraindicada nessa faixa etária.

## COMENTÁRIOS

Estamos diante de uma criança de 6 anos com trauma cranioencefálico grave, com Glasgow de 07, indicação absoluta de via aérea definitiva. Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** A cricotireoidostomia cirúrgica realmente é uma técnica eficaz e que previne broncoaspiração. No entanto, está contraindicada em crianças menores de 12 anos pelo risco de estenose subglótica.

**Correta a alternativa B.** Na cricotireoidostomia por punção, ofertamos O<sub>2</sub> suplementar de forma temporária, devendo ser seguida de intubação orotraqueal ou mesmo uma via aérea cirúrgica (traqueostomia no caso de crianças). É realizada ventilação em jatos através de uma agulha de 16 a 18 G (gauge), colocada através da membrana cricotireóidea. Tem caráter temporário, pois pode resultar em hipercapnia progressiva. Segundo o ATLS, uma ventilação adequada através da cricotireoidostomia por punção pode ser conseguida por 30 a 45 minutos.

**Incorreta a alternativa C.** A criança apresenta o sinal de Battle (equimose retroauricular), sugestiva de fratura de base de crânio, contraindicação à intubação nasotraqueal. Além disso, a intubação nasotraqueal não deve ser realizada em crianças, pois requer um procedimento às cegas na nasofaringe, que tem um ângulo agudo em direção à glote de posição anterossuperior, dificultando a progressão do tubo no trajeto. O risco potencial de penetrar a placa crívosa ou de lesão dos tecidos moles mais proeminentes na nasofaringe (adenóide) causando hemorragia, também contraindica o uso da via nasotraqueal para obtenção da via aérea.

**Incorreta a alternativa D.** A traqueostomia é a via aérea cirúrgica preferencial em crianças menores de 12 anos.

**18 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva)** Mulher de 52 anos, vítima de queimadura acidental por álcool e fogo, foi admitida no pronto-socorro. Em uma avaliação inicial, ela apresentava queimadura de 2º grau profunda em tronco anterior, todo o membro superior esquerdo e face. Peso: 60 kg. Em relação a esse caso, assinale a conduta inadequada:

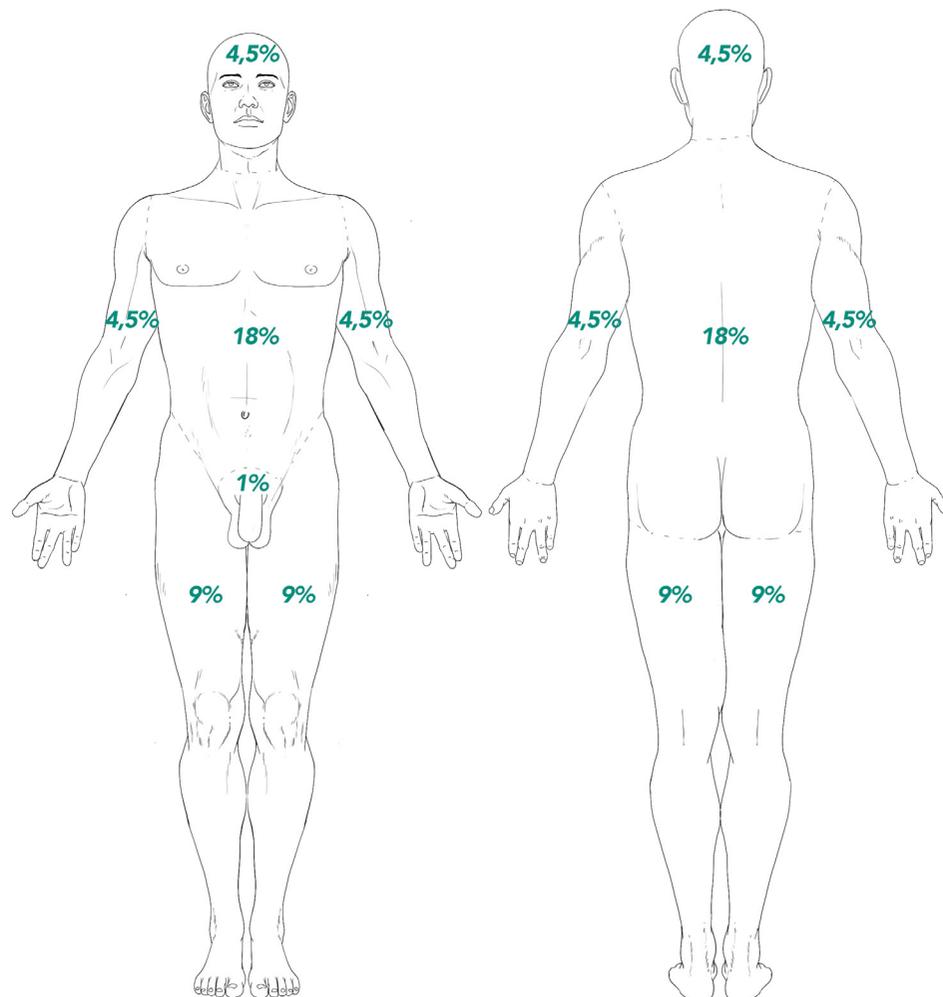
- A) A reposição volêmica deve ser feita com Ringer lactato, em acesso venoso central, com volume de 3780 ml nas primeiras 24 horas.
- B) O melhor parâmetro para se avaliar a reposição volêmica é o débito urinário que deve ser pelo menos de 30ml/hora.
- C) A paciente tem indicação de transferência para uma Unidade de Queimados.
- D) Está indicada antibioticoprofilaxia tópica, sendo opções a sulfadiazina de prata a 1% e o nitrato de prata.

## COMENTÁRIOS

Estamos diante de uma paciente vítima de queimadura de 2º grau.

Para definirmos a gravidade da queimadura, assim como o montante da reposição volêmica, é fundamental calcularmos o percentual de superfície corpórea queimada (SCQ). Tenha em mente que queimaduras de primeiro grau não devem ser contabilizadas no cálculo.

O método de cálculo de SCQ que é amplamente cobrado nas provas chama-se diagrama da “regra dos nove” de Wallace e é disposto conforme a imagem a seguir:



No diagrama de Wallace, as áreas corporais são contabilizadas da seguinte maneira:

- Cabeça: 9% da superfície corporal
- Membro superior direito: 9% da superfície corporal
- Membro superior esquerdo: 9% da superfície corporal
- Tronco: 36% da superfície corporal
- Membro inferior direito: 18% da superfície corporal
- Membro inferior esquerdo: 18% da superfície corporal
- Períneo: 1% da superfície corporal

A reposição volêmica nos pacientes adultos e crianças com peso igual ou superior a 30 Kg, segundo a 10ª edição do ATLS, deve ser feita com ringer lactato da seguinte forma:

$$\text{ATLS} \\ 2 \text{ ml/peso (kg)/superfície corporal queimada (\%)}$$

Baseado no diagrama da regra dos 9, as áreas queimadas descritas no enunciado devem ser contabilizadas da seguinte forma:

Cabeça e pescoço anterior: 4,5%  
Tronco anterior: 18%  
Membro superior direito: 9%  
**TOTAL: 31,5%**  
**Cálculo:  $2 \times 31,5 \times 60 = 3780/2=1890$**

É preconizado que metade do volume seja administrado, em acesso venoso periférico, nas primeiras 8 horas e a outra metade nas 16 horas subsequentes. Dessa forma, a paciente deverá receber 1890 ml (metade do volume) nas primeiras 8 horas e 1890 ml nas 16 horas seguintes.

**Correta a alternativa A.** É uma conduta inadequada, pois a reposição volêmica deve ser feita em acesso venoso periférico.

**Incorreta a alternativa B.** O débito urinário alvo para adultos deve ser de 0,5mL/kg/h, para crianças, de 0,5 a 1 mL/h e para crianças com menos de 30 kg, de 1 a 2 mL/kg/h.

**Incorreta a alternativa C.** Veja, na tabela abaixo, a indicação de transferência de uma paciente para a Unidade de Queimados:

**CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA PARA UNIDADE DE QUEIMADOS**

Queimaduras de 2º grau acima de 10% da superfície corporal queimada.

Queimadura em face, mãos, pés, genitália, períneo ou articulações.

Qualquer queimadura de terceiro grau.

Queimaduras elétricas.

Queimaduras químicas.

Lesão inalatória.

Queimaduras em pacientes com comorbidades, que possam aumentar a mortalidade.

Queimaduras associadas a traumas concomitantes.

Queimaduras em crianças, sem equipe qualificada.

Queimaduras em pacientes que necessitem suporte social, emocional ou reabilitação.

Como nossa paciente apresenta queimadura de 2º grau > 10%, além de queimadura de face, há indicação de transferência.

**Incorreta a alternativa D.** Pacientes queimados não devem receber antibioticoprofilaxia sistêmica, à exceção daqueles que estão em vias de ser operados. Ao contrário da profilaxia sistêmica, a antibioticoterapia tópica está formalmente indicada para lesões de espessura parcial profunda (2º grau profundo) e, na prática, também é aplicada às queimaduras de espessura parcial superficial (2º grau superficial) e de espessura total (3º grau). Os antimicrobianos mais comumente utilizados são a sulfadiazina de prata a 1%, o nitrato de prata e o acetato de mafenide.

**19 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva)** Paciente de 64 anos, sexo feminino, doméstica, obesa, procurou atendimento médico com queixa de dor em epigástrio e hipocôndrio direito há 12 horas, sem melhora com o uso de antiespasmódicos. Ao exame: REG, corada, hidratada, subfebril (37,8º), eupneica. FC: 92 bpm; PA: 140 x 90 mmHg. Abdome globoso, doloroso em hipocôndrio direito, Murphy +. Exames laboratoriais: Hb: 12,5 g/dl; Leuco: 14.400/mm<sup>3</sup> (2% de bastões), PCR: 114 mg/dL, Amilase: 100 U/L, TGO = 77 U/L; TGP = 98 U/L; BT: 1,2 mg/dL.

Sobre esse caso, assinale a alternativa CORRETA:

- A) Deve-se indicar colecistectomia, preferencialmente por laparoscopia.
- B) Como a infecção da bile é secundária na maioria dos casos, não há indicação de antibioticoterapia.
- C) Deve-se confirmar o diagnóstico com exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada de abdome o exame de escolha.
- D) Na cintilografia com 99mTc-ácido iminodiacético hepático, exame padrão ouro para o diagnóstico de colecistite aguda, podemos encontrar espessamento da parede vesicular, cálculo impactado e imóvel no infundíbulo e líquido perivesicular.

**COMENTÁRIOS**

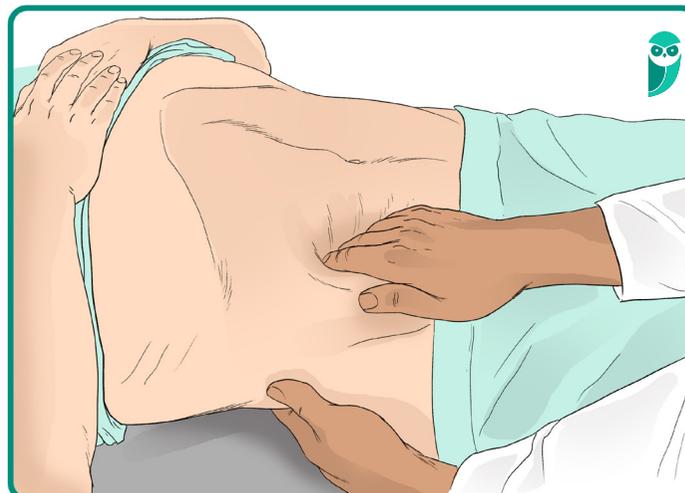
Temos um quadro clínico típico de colecistite aguda! Paciente, feminina, com mais de 40 anos, obesa, apresentando dor constante em hipocôndrio direito (> 4 a 6 horas), associada à febre.

Ao exame físico, ela apresenta o **SINAL DE MURPHY** positivo, um sinal clássico da colecistite aguda que consiste na interrupção abrupta da inspiração profunda por dor à palpação do hipocôndrio direito. A presença de leucocitose reforça nossa hipótese diagnóstica, mas, para confirmá-la, é necessário um exame de imagem que demonstre os sinais de colecistite aguda. O primeiro exame a ser solicitado, pela alta disponibilidade, por não ser invasivo e ter excelente acurácia, é a ultrassonografia de abdome.

Os principais achados ultrassonográficos da colecistite aguda são:

- ✓ Espessamento da parede vesicular ( $\geq 4$  mm) ou edema (sinal da dupla parede);
- ✓ Cálculo impactado e imóvel no infundíbulo;
- ✓ Aumento da vesícula biliar - hidropsia (eixo longo  $\geq 8$  cm, eixo curto  $\geq 4$  cm);
- ✓ Líquido perivesicular (halo hipoecoico);
- ✓ Sinal de Murphy ultrassonográfico: hipersensibilidade na topografia da vesícula notada durante a palpação com o transdutor do ultrassom;

### SINAL DE MURPHY



*Espessamento da parede vesicular*



*Cálculo impactado no infundíbulo*

Após confirmado o diagnóstico de colecistite aguda, está indicada a colecistectomia precoce, ou seja, realizada até 72 horas do início dos sintomas, preferencialmente por laparoscopia.

**Incorreta a alternativa A.** O tratamento de escolha para a colecistite aguda é a colecistectomia laparoscópica precoce (até 72 horas do início dos sintomas), mas é necessário confirmar o diagnóstico com um exame de imagem.

**Correta a alternativa B.**

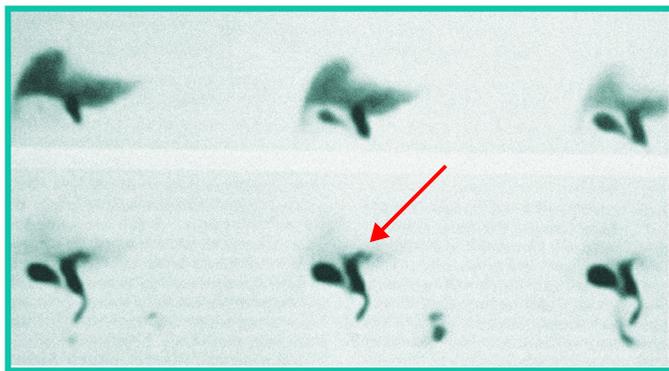
A colecistite calculosa aguda é causada por uma estase biliar obstrutiva (cálculo impactado no infundíbulo com obstrução do ducto cístico), o que favorece a concentração da bile e a consequente liberação da fosfolipase A pela mucosa da vesícula. A fosfolipase promove a transformação da lecitina (um fosfolípido presente na constituição normal da bile) em lisolecitina, que é tóxica para o epitélio, resultando em irritação química e inflamação da vesícula biliar obstruída. Pelo aumento da pressão no interior da vesícula, pode haver uma isquemia da sua parede que pode evoluir para perfuração da mesma. Logo, a infecção bacteriana é secundária à obstrução biliar na fisiopatologia da colecistite aguda e, por esse motivo, na maioria dos casos não há necessidade de antibioticoterapia, apenas antibioticoprofilaxia antes da incisão cirúrgica.

**Incorreta a alternativa C.** O quadro clínico da paciente é típico da colecistite aguda e a ultrassonografia é o exame de imagem inicial de escolha, apresenta sensibilidade de 85% e especificidade de 95% para o diagnóstico de colecistite aguda. A tomografia computadorizada geralmente é solicitada quando a ultrassonografia é inconclusiva ou para avaliar possíveis complicações da colecistite aguda, ou seja, necrose da parede vesicular (mais comum), peritonite generalizada (perfuração), colecistite enfisematosa, formação de abscessos ou obstrução intestinal (íleo biliar). Ela é menos sensível que a ultrassonografia para o diagnóstico de colecistite aguda.

**Incorreta a alternativa D.** A cintilografia é considerada o exame de imagem PADRÃO-OURO na investigação quando a ultrassonografia é duvidosa. Tem sensibilidade e especificidade para colecistite aguda de aproximadamente 90 a 97% e 71 a 90 %, respectivamente. É realizada com a injeção intravenosa do ácido iminodiacético (HIDA) ou seu análogo ácido diisopropil iminodiacético (DISIDA) marcado com tecnécio <sup>99m</sup>Tc, que é absorvido seletivamente pelos hepatócitos e excretado na bile. Geralmente, a visualização do contraste no ducto biliar comum, na vesícula e no duodeno ocorre dentro de 30 a 60 minutos. Se a vesícula não for visualizada, pode-se obter imagens tardias, após 3 a 4 horas ou aplicar morfina, que determina a contração do esfíncter de Oddi com consequente refluxo da bile através do colédoco. A não visualização da vesícula biliar 30 minutos após a morfina ou em imagens tardias é diagnóstico de colecistite aguda.

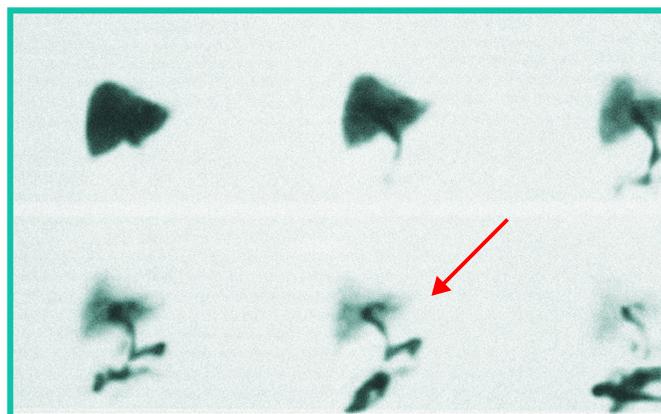


NORMAL



Vesícula biliar presente

COLECISTITE AGUDA



Vesícula biliar ausente

**20 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva)** Paciente masculino, 66 anos, encontra-se no 4º dia de pós-operatório de gastrectomia total por neoplasia gástrica. Em UTI, com via aérea definitiva, apresenta aumento da pressão da via aérea, oligúria progressiva, hipotensão e distensão abdominal. Aferida pressão intra-abdominal PIA através de cateter vesical com valor de 27 mmHg. Em relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA:

- A) Para a medida da PIA, é necessário que haja pelo menos 50 mL de líquido na bexiga.
- B) O paciente apresenta síndrome compartimental abdominal e está indicado iniciar tratamento clínico para hipertensão intra-abdominal com sonda nasogástrica, melhora da sedação/analgesia, otimização da administração de fluidos e monitorização em UTI.

- C) O paciente apresenta hipertensão intra-abdominal grau III e está indicada laparotomia e peritoneostomia.
- D) O paciente apresenta SCA síndrome compartimental abdominal e está indicada laparotomia e peritoneostomia.

## COMENTÁRIOS

Estamos diante de um paciente com quadro clínico sugestivo de Síndrome compartimental abdominal e confirmado com a aferição da pressão intra-abdominal (PIA).

A pressão intra-abdominal é a pressão estática da cavidade abdominal, ou seja, é a pressão fisiológica dela. O valor que adotamos como fisiológico varia de 5 a 7 mmHg e é diretamente afetado pelo índice de massa corporal (IMC): pacientes com obesidade mórbida e gestantes têm valores de pressão intra-abdominal mais elevados, podendo chegar de 10 a 15 mmHg. Mas, nesses casos, o aumento da pressão intra-abdominal é progressivo, permitindo que a cavidade abdominal se adeque a esse aumento da pressão.

Consideramos que o paciente está com hipertensão intra-abdominal (HIA) quando a pressão dentro da cavidade abdominal é  $\geq 12$  mmHg.

O aumento da pressão intra-abdominal ocasiona uma diminuição da pressão de perfusão abdominal devido à diminuição do fluxo sanguíneo para as vísceras abdominais.

Então, como definimos a síndrome compartimental abdominal?

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;
- Aumento da pressão intra-abdominal.

Para o diagnóstico de hipertensão intra-abdominal e, eventualmente, da síndrome compartimental abdominal, nenhum dado no exame clínico ou achados nos exames de imagem são confiáveis. Para tanto, É NECESSÁRIA A MEDIÇÃO DA PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL.

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 (cm H <sub>2</sub> O)
I	12-15	10 - 15
II	16 - 20	16 - 25
III	20 - 25	26 - 35
IV	$> 25$	$> 35$

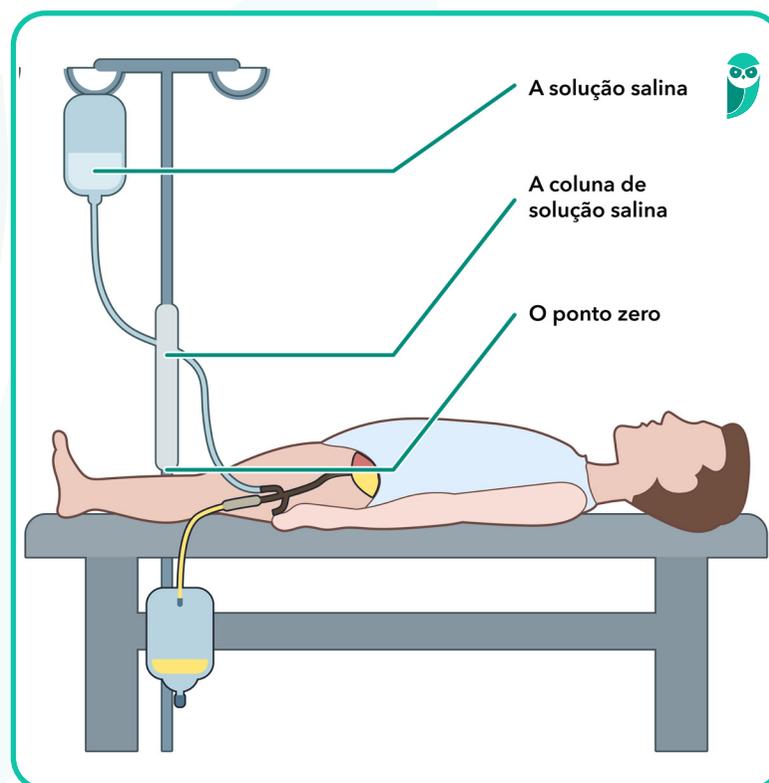
Nos pacientes com síndrome compartimental abdominal secundária, damos preferência, inicialmente, ao tratamento conservador com a adoção de diversas medidas que resultem na descompressão do trato gastrointestinal, no aumento da complacência pulmonar, na restrição hídrica e na otimização do padrão hemodinâmico do paciente. As medidas estão resumidas no quadro abaixo:

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

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A.** A técnica mais empregada para medição da pressão intra-abdominal é A MEDIÇÃO DA PRESSÃO INTRAVESICAL (técnica de Kron), através da sonda vesical de demora. Veja o passo a passo da aferição:

1. Paciente em decúbito dorsal horizontal, cabeceira à 0°, braços estendidos ao longo do corpo;
2. Passagem do cateter vesical de demora (sonda de Foley) com 3 vias. A bexiga deve estar vazia;
3. Em uma das vias, é instilado **25 mL** de solução salina conectada a um tubo transdutor de pressão;
4. O tubo transdutor de pressão deve estar devidamente alinhado com o PONTO ZERO, definido pelo ponto de cruzamento da linha axilar média com a crista ilíaca;
5. A pressão intravesical é registrada em mmHg no monitor, após atingido o relaxamento do músculo detrusor da bexiga, ou seja, ao final da expiração, quando não há contração abdominal, o que ocorre cerca de 30 a 60 segundos após a instilação do líquido; e
6. Pode ser necessário o uso de bloqueadores neuromusculares para garantir que não haja contração abdominal, que pode interferir no valor.



**Incorreta a alternativa B.** Por apresentar uma PIA de 27 mmHg, grau IV, há indicação de tratamento cirúrgico (laparotomia descompressiva e peritoneostomia).

**Incorreta a alternativa C.** Como vimos, o paciente tem hipertensão intra-abdominal grau III, com indicação de tratamento cirúrgico.

Correta a alternativa D.

Essa é a conduta correta para o nosso paciente.

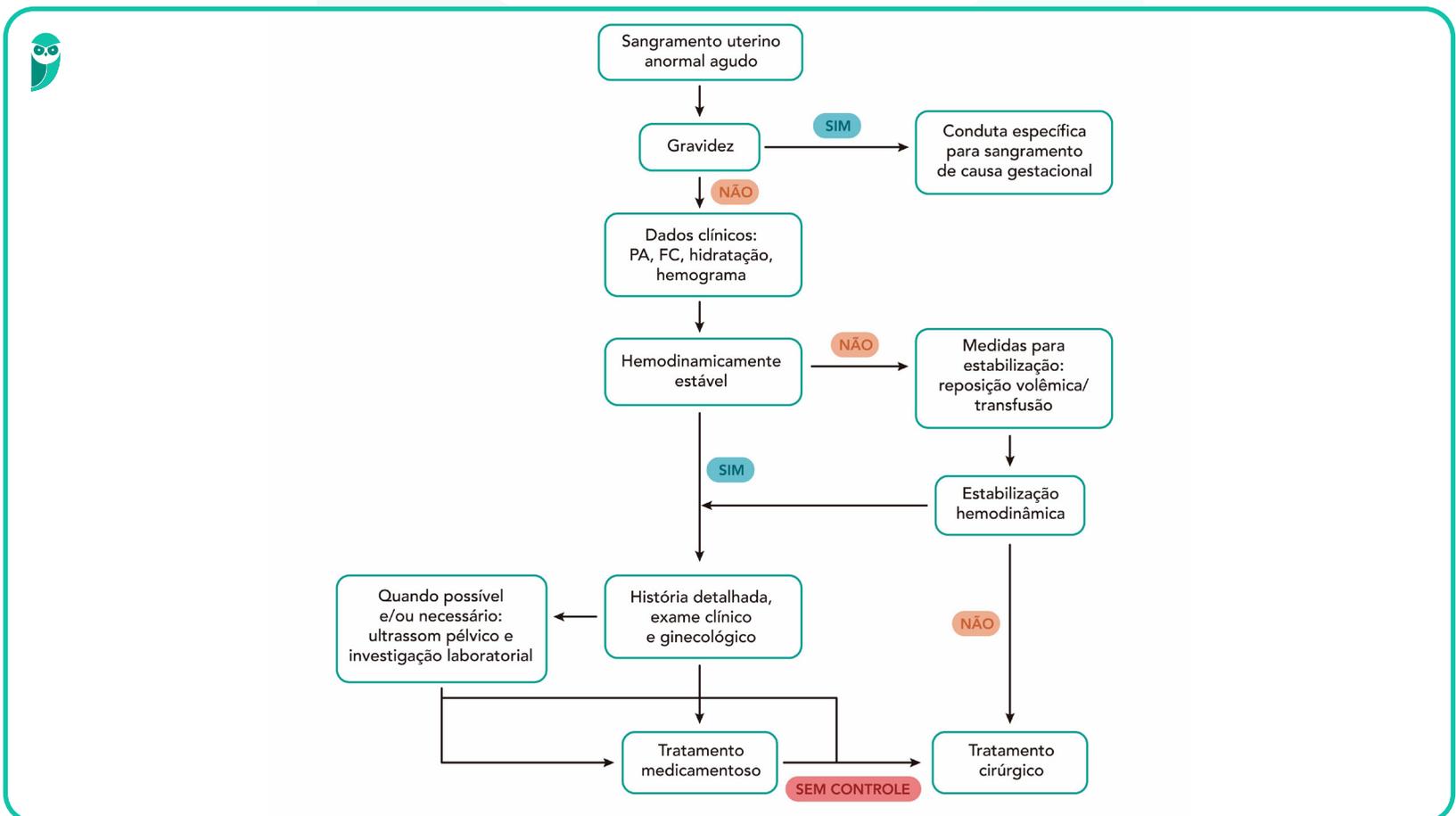
## GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

**21 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto)** Sobre o tratamento do sangramento uterino anormal agudo (SUA-a), assinale a alternativa ERRADA:

- A) Diante de falha do tratamento clínico, a ligadura das artérias uterinas pode ser indicada no SUA-a quando há desejo de preservação da fertilidade.
- B) A ablação endometrial é uma das opções de tratamento cirúrgico para o sangramento uterino anormal.
- C) O tratamento cirúrgico não pode ser indicado como primeira escolha nos casos de mulheres instáveis hemodinamicamente que não responderam a infusão de volume ou transfusão sanguínea.
- D) O tratamento medicamentoso do SUA agudo pode ser realizado com anticoncepcionais combinados, progesterona isolada, ácido tranexâmico ou ácido épsilon aminocaproico.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta questão refere-se ao tratamento do sangramento uterino anormal agudo. Veja o fluxograma abaixo:

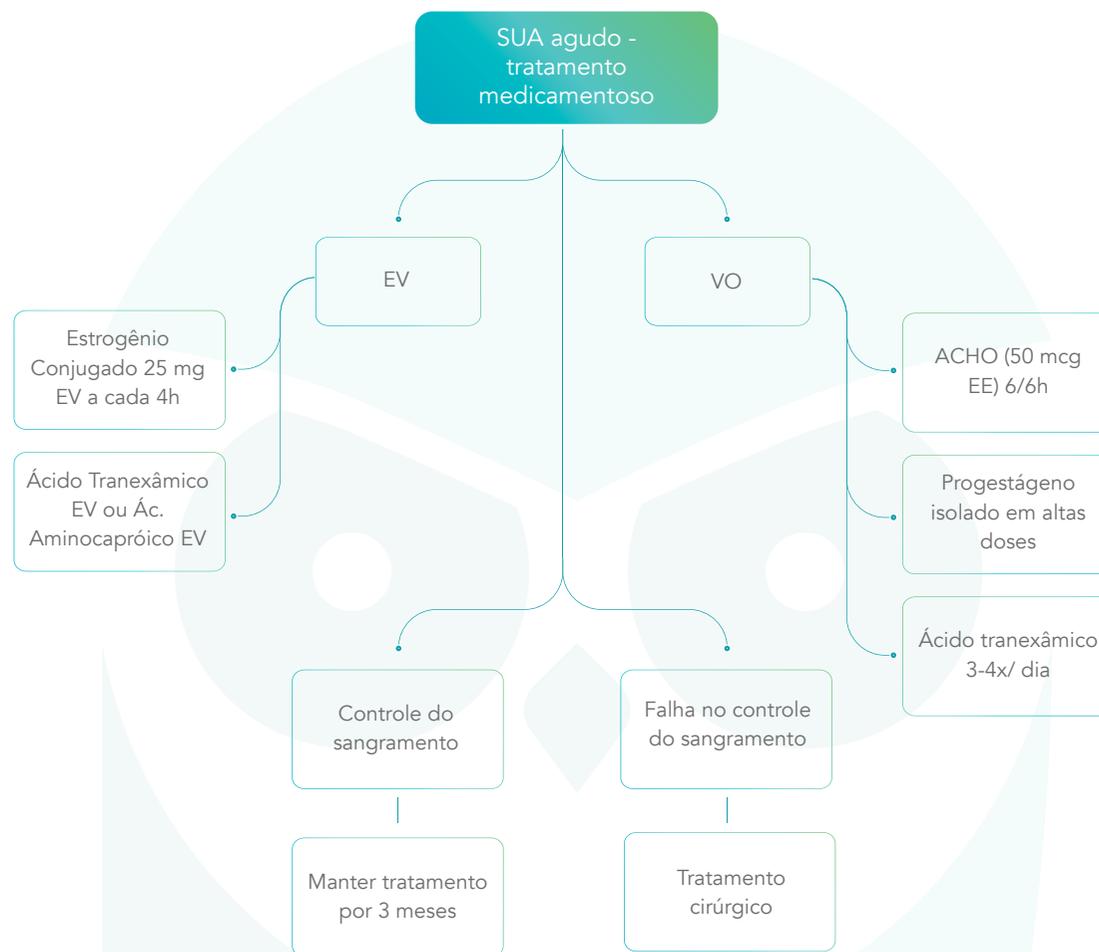


Fluxograma 1: Abordagem do sangramento uterino anormal agudo. Fonte: Tratado de Ginecologia FEBRASGO 2019.

A tabela abaixo mostra as opções de tratamento medicamentoso para o sangramento uterino anormal agudo:

Esquemas de tratamento medicamentoso para o sangramento uterino anormal agudo	
Contraceptivo oral combinado (30 mcg de EE)	Um comprimido, três vezes ao dia, até parar o sangramento (pelo menos dois dias) Após, um comprimido/dia, durante três a seis semanas
Contraceptivo oral combinado (30 mcg de EE)	Um comprimido, a cada seis horas, até parar o sangramento. Um comprimido, a cada oito horas, durante dois a sete dias Um comprimido, a cada 12 horas, durante dois a sete dias, seguido por um comprimido ao dia
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 60 a 120 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos dois dias), seguido por 20 a 40 mg/dia, durante três a seis semanas
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 10 mg, a cada quatro horas (máximo de 80 mg), até parar o sangramento Após, a cada seis horas, durante quatro dias Após, a cada oito horas, durante três dias Após, a cada 12 horas, durante dois dias, por duas semanas, e, então, diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	Noretisterona 5 a 10 mg, cada quatro horas, até parar o sangramento Após, a cada seis horas, durante quatro dias. Após, a cada oito horas, durante três dias Após, a cada 12 horas, durante dois dias, e, a seguir, um comprimido diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	5 a 15 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos 2 dias), seguidos por 5 a 10 mg/dia por 3 a 6 semanas
Progestagênio isolado: megestrol	80 a 160 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos 2 dias), depois, 40 a 80 mg/dia por 3 a 6 semanas
Ácido tranexâmico	Ácido tranexâmico oral (comprimidos de 250 mg), 15 a 25 mg/kg (dose usual de 500 mg, de 8/8 h), por, no máximo, sete dias. Ácido tranexâmico endovenoso (50 mg/ml), em doses de 500 a 1.000 mg, de 8/8 h, por, no máximo, três dias. Se mais de três dias, passar para o oral (total máximo de sete dias)
Ácido épsilon-aminocaproico	Ácido épsilon-aminocaproico oral (comprimidos de 500 mg), dois a quatro comprimidos, de 8/8 h ou de 6/6 h, por até sete dias. Ácido épsilon-aminocaproico endovenoso 1 g, de 8/8 h ou 6/6 h (dose máxima: 4 g/dose).

Tabela: tratamento medicamentoso para o SUA agudo. Fonte: Traduzido e adaptado de Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Ab-normal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013;17(3):43-56.



Agora, vamos analisar as alternativas:

**Correta a alternativa A**, porque a embolização das artérias uterinas, assim como a sua ligadura, é uma das opções para o tratamento cirúrgico do SUA agudo. Outras opções de tratamento cirúrgico são a ablação endometrial, a curetagem e, somente em último caso, a histerectomia.

**Correta a alternativa B**: a ablação endometrial, que pode ser realizada com balão, também é uma opção de tratamento cirúrgico para o sangramento uterino anormal agudo.

**Incorreta a alternativa C**: o tratamento cirúrgico para o SUA agudo é indicado para os casos hemodinamicamente instáveis que não responderam à infusão de volume ou transfusão sanguínea e para os casos refratários ao tratamento clínico medicamentoso.

**Correta a alternativa D**: os anticoncepcionais combinados, a progesterona isolada, o ácido tranexâmico e o ácido épsilon-aminocapróico são opções de tratamento medicamentoso para o SUA agudo.

**22 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto)** Mulher de 29 anos de idade, secundigesta com 2 partos normais anteriores, comparece a consulta médica para orientações sobre contracepção hormonal. Refere uso de preservativo. Assinale a orientação CORRETA sobre os métodos anticoncepcionais:

- A) O implante hormonal apresenta efetividade menor que a laqueadura tubária.
- B) O adesivo transdérmico não é recomendado para mulheres com peso acima de 90 kg.

- C) O uso de etinilestradiol leva à diminuição da produção de SHBG pelo fígado.
- D) Pacientes portadoras de epilepsia em tratamento com primidona não possuem contraindicação para o uso de contraceptivos orais combinados.

## COMENTÁRIOS:

**Incorreta a alternativa A**, porque o índice de Pearl do implante hormonal (etonogestrel) é menor que o índice de Pearl da laqueadura, ou seja, é um método mais efetivo que a laqueadura.

**Correta a alternativa B:** o adesivo transdérmico é composto de norelgestromina 60 mg e etinilestradiol 20 mcg. Seu mecanismo de ação é o mesmo de todos os métodos combinados, com a vantagem de evitar a primeira passagem hepática e, com isso, melhorar a intolerância gástrica.

Devido ao aumento do tecido subcutâneo, que dificulta a absorção hormonal, pacientes com peso acima de 90 kg ou IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> têm eficácia desse método comprometida, não sendo indicado seu uso.

**Incorreta a alternativa C**, porque o etinilestradiol leva ao aumento da produção de proteína carreadora dos hormônios sexuais (SHBG), sendo uma forma de tratamento para os sintomas de hiperandrogenismo, tais como o hirsutismo e a acne.

**Incorreta a alternativa D**, porque a primidona é um dos anticonvulsivantes que diminuem a eficácia dos contraceptivos hormonais orais. Sendo assim, não se deve indicar este método para as usuárias desse medicamento. A tabela abaixo mostra os medicamentos que diminuem a eficácia dos anticoncepcionais combinados:

MEDICAMENTOS QUE DIMINUEM A EFICÁCIA DOS ANTICONCEPCIONAIS COMBINADOS		
ANTICONVULSIVANTES	ANTIBIÓTICOS	ANTIRRETROVIRAIS
Fenitoína	Rifampicina	Efavirenz
Carbamazepina	Rifabutina	Ritonavir
Barbitúricos		Saquinavir
Primidona		Atazanavir
Topiramato		Fosamprenavir
Oxycarbamazepina		Nelfinavir

Fonte: manual de contracepção CDC, 2016.

**23 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto)** Mulher de 26 anos de idade, comparece à consulta ginecológica queixando-se de aparecimento de verrugas na região genital. Refere que fez exame preventivo de câncer de colo uterino anualmente, nos últimos 2 anos, e que estavam normais. Ao exame físico ginecológico, foram observadas pápulas acometendo os grandes lábios e comissura posterior. O exame especular não mostrou alterações na vagina ou no colo uterino. Qual é a conduta indicada?

- A) Solicita nova colpocitologia e captura híbrida.
- B) Solicitar colpocitologia e fazer o seguimento das lesões vulvares.

- C) Proceder com o tratamento das lesões usando ácido tricloroacético.
- D) Solicitar captura híbrida e proceder com o tratamento das lesões usando podofilina.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta paciente apresenta lesões genitais sugestivas de HPV. O HPV é o principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de colo uterino.

Os tipos de HPV podem ser divididos em baixo risco oncogênico (responsáveis pelos condilomas) e alto risco oncogênico (responsáveis pela neoplasia intraepitelial de alto grau e câncer).

Principais tipos de HPV de baixo risco → 6 e 11.

Principais tipos de HPV de alto risco → 16 e 18.

A maioria das pessoas vai ter contato com o vírus HPV em algum momento da vida, mas a maior parte das infecções desaparece em 6 a 24 meses. Quando ocorre infecção persistente por HPV de alto risco oncogênico, há maior chance de desenvolvimento de lesões precursoras e câncer de colo uterino.

O HPV tem 3 formas de apresentação:

Forma Clínica:

Aqui, ficam as lesões percebidas pelo paciente ou pelo médico, os condilomas ou verrugas genitais. Lembre-se de que são causados pelo HPV de baixo risco oncogênico, em geral, os tipos 6 e 11.

Forma Subclínica:

Ocorre quando o HPV causa alterações microscópicas do epitélio. Logo, só pode ser diagnosticado por meio de exames como citologia, colposcopia e biópsia. É aqui que o programa de rastreamento brasileiro irá atuar, buscando essas alterações celulares na citologia.

Histologicamente, as lesões de HPV induzidas são classificadas segundo a espessura do epitélio acometida pelas células atípicas. Essa é a classificação de Richart. Quando não há invasão da membrana basal, dá-se o nome de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Na NIC I, as atipias ocorrem no 1/3 basal do epitélio; na NIC II, até 2/3 inferiores do epitélio são acometidos; na NIC 3, as atipias ocorrem em mais de 2/3 do epitélio. Caso as atipias celulares ultrapassem a membrana basal, temos o carcinoma invasor.

Forma latente:

Nessa forma, o DNA do HPV é detectado somente por técnicas moleculares, não existindo evidências clínicas, citológicas, colposcópicas ou histológicas dessa infecção.

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque não há indicação de teste molecular para detecção de HPV no colo ou nas lesões. Sabemos que o HPV das lesões descritas é o de baixo risco (tipo 6 e 11) e a diretriz do Ministério da Saúde não prevê a realização de teste molecular como forma de rastreamento para o câncer de colo uterino.

**Incorreta a alternativa B**, porque a paciente apresenta rotina de rastreamento do câncer de colo normal nos últimos dois anos, devendo repetir a colpocitologia 3 anos depois do último exame, de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde.

### Correta a alternativa C:

está indicado o tratamento das lesões e uma das opções de tratamento químico é a aplicação semanal de ácido tricloroacético (70 a 90%). Apesar de haver chance de regressão espontânea das lesões, sempre devemos proceder com seu tratamento, até mesmo para diminuir a chance de transmissão da doença.

**Incorreta a alternativa D**, porque o teste molecular não é o exame indicado para o rastreamento do câncer de colo uterino de acordo com o Ministério da Saúde. Além disso, não há necessidade de realização desse exame para diagnosticar as lesões vulvares e iniciar seu tratamento com a cauterização química.

**24 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto)** Com relação ao esquema de imunização contra o HPV preconizado pelo Ministério da Saúde, assinale a alternativa CORRETA:

- A) O esquema de imunização para o HPV com a vacina quadrivalente, de acordo com o PNI, é de 3 doses com intervalo de 0, 2 e 6 meses, para meninas e meninos de 9 a 14 anos.
- B) A vacina bivalente é uma opção para a imunização contra o HPV na falta da vacina quadrivalente.
- C) O esquema de vacinação para as vítimas de violência sexual na faixa etária de 9 a 14 anos, que não tenham sido vacinadas previamente, é de duas doses com intervalo de 6 meses entre elas.
- D) Podem ser vacinadas as mulheres com algum tipo de imunossupressão, na faixa etária de 9 a 40 anos de idade.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, veja abaixo o esquema de vacinação recomendado pelo Ministério da Saúde para o HPV:

### INDICAÇÕES DA VACINA QUADRIVALENTE HPV (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

<b>MENINAS e MENINOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 a 14 anos (duas doses: 0 e 6 meses);</li> <li>• 9 a 45 anos (três doses: 0, 2 e 6 meses):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- convivendo com HIV/AIDS;</li> <li>- transplantados de órgãos sólidos;</li> <li>- em quimioterapia.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Vítimas de violência sexual (caso não tenha sido vacinada anteriormente)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 a 14 anos: duas doses (0 e 6 meses);</li> <li>• 15 a 45 anos: três doses (0, 2 e 6 meses);</li> <li>• 9 a 45 anos (imunodeprimidas): três doses (0, 2 e 6 meses):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- convivendo com HIV/AIDS;</li> <li>- transplantados de órgãos sólidos;</li> <li>- em quimioterapia.</li> </ul> </li> </ul>

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque o esquema de imunização para o HPV com a vacina quadrivalente, de acordo com o PNI, é de 2 doses com intervalo de 6 meses entre elas, para meninas e meninos de 9 a 14 anos.

**Incorreta a alternativa B**, porque a vacina bivalente não é uma opção para a imunização contra o HPV na falta da vacina quadrivalente, já que não é mais comercializada em nosso país.

**Correta a alternativa C:**

devem ser vacinadas as vítimas de violência sexual na faixa etária de 9 a 14 anos, que não tenham sido vacinadas previamente, com duas doses com intervalo de 6 meses.

**Incorreta a alternativa D,** porque devem ser vacinadas as mulheres com algum tipo de imunodepressão, na faixa etária de 9 a 45 anos de idade.

**25 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto)** Mulher, 20 anos de idade, um parto anterior, procura a UBS solicitando a realização de laqueadura tubária. Refere ser solteira. Mora com o filho na casa dos pais. Refere uso de preservativo como método anticoncepcional. Considerando a Lei de Planejamento Familiar nº 14.443/2022, é CORRETO afirmar que:

- A) A solicitação da paciente não poderá ser atendida por ser solteira.
- B) A idade inferior a 21 anos é um impedimento legal à laqueadura tubária.
- C) A paciente poderá realizar a laqueadura tubária no momento do parto, se for respeitado o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento.
- D) A laqueadura tubária solicitada pela paciente não poderá ser atendida por ela ter somente um filho.

---

**COMENTÁRIOS:**

---

Estrategista, em setembro de 2022, foi sancionada uma nova Lei do Planejamento Familiar, que entrou em vigor desde março de 2023. Veja abaixo os principais artigos desta lei:

LEI 14443/22

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 5º (REVOGADO)

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

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

#### RESUMO - O QUE MUDOU NA LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

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

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque a laqueadura tubária pode ser realizada nas mulheres solteiras.

**Incorreta a alternativa B**, porque a paciente terá dois filhos no momento do parto e poderá realizar a laqueadura tubária. Lembre-se de que o critério é ter idade de pelo menos 21 anos OU ter 2 filhos vivos.

#### Correta a alternativa C:

a lei da laqueadura permite a realização da laqueadura tubária no momento do parto, se for respeitado o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento.

**Incorreta a alternativa D**, porque a paciente terá dois filhos no momento do parto.

**26 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho)** Predizer quais são as gestantes que desenvolverão pré-eclâmpsia é de extrema importância, uma vez que existem medidas de prevenção dessa doença para 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. De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, qual das op es abaixo NÃO é fator de alto risco para desenvolver pr -eclâmpsia.

- A) IMC > 30
- B) Diabetes gestacional
- C) Lúpus
- D) Doença renal

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre predic o de pr -eclâmpsia

Predizer quais são as gestantes que desenvolverão pr -eclâmpsia é de extrema importância, uma vez que existem medidas de preven o dessa doença para 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 a 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	

#### Comentários:

**Incorreta a alternativa A:** IMC > 30 é fator de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia.

**Correta a alternativa B:** diabetes gestacional não é fator de alto risco para pré-eclâmpsia, mas sim diabetes tipo 1 e 2.

**Incorreta a alternativa C:** lúpus é fator de alto risco para pré-eclâmpsia

**Incorreta a alternativa D:** doença renal é fator de alto risco para pré-eclâmpsia.

**27 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho)** Gestante, 28 anos, 28 semanas de gestação, é encaminhada ao pré-natal de alto risco por apresentar as seguintes sorologias para hepatite B: HBSAg positivo, HBeAg positivo. Considerando o diagnóstico de hepatite B, assinale a conduta CORRETA para essa gestante:

- A) Tenofovir profilático, vacina e imunoglobulina ao recém-nascido.
- B) Tenofovir tratamento, vacina e imunoglobulina ao recém-nascido.
- C) Cesariana eletiva com 38 semanas, vacina e imunoglobulina ao recém-nascido.
- D) Suspender a amamentação, vacina e imunoglobulina ao recém-nascido.

#### COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre hepatite B na gestação.

A transmissão vertical da hepatite B ocorre intraparto em 90 a 95% dos casos, sendo a transmissão intrauterina rara.

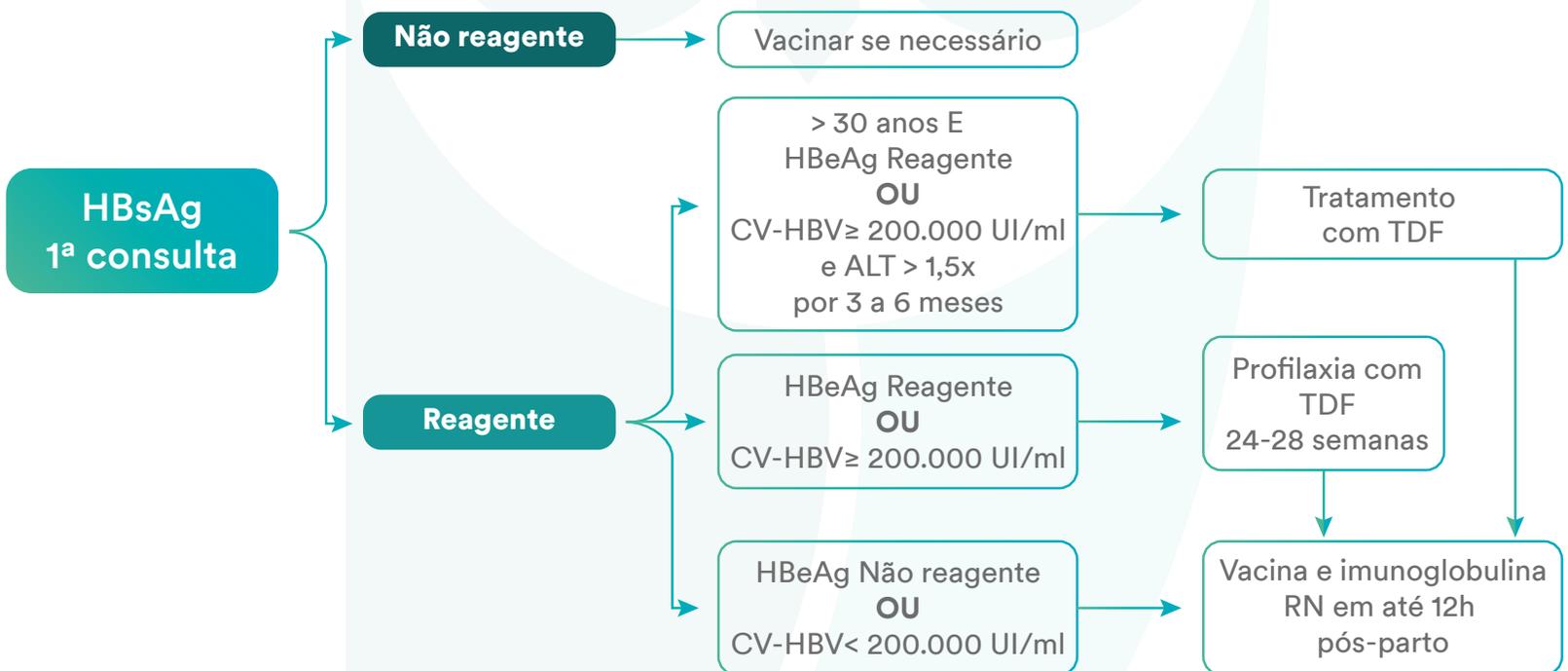
Para profilaxia da transmissão vertical, todos os recém-nascidos de mães HBsAg positivo devem receber imunização passiva e ativa nas primeiras 12 horas de vida, de preferência ainda na sala de parto, por meio da administração intramuscular da imunoglobulina hiperimune específica anti-HBs (HBIG) e da vacina, em diferentes grupamentos musculares.

Quando a gestante apresenta HBeAg positivo ou HBV-DNA > 200.000 UI/mL, é preconizado o uso do tenofovir, mesmo que a gestante não tenha indicação de tratamento pela hepatite B, a partir da 28ª semana de gestação (terceiro trimestre) até, pelo menos, 30 dias ou 4 semanas após o parto.

Em gestantes cujo HBsAg é desconhecido, deve-se administrar a vacina para hepatite B nas primeiras 12 horas de vida, com realização da testagem da mãe. Se o HBsAg materno vier positivo, o HBIG deve ser realizado até o sétimo dia de vida do recém-nascido.

Apesar de o maior risco de transmissão ocorrer no momento de passagem do bebê pelo canal vaginal, não há evidências do benefício da cesariana. Portanto, a via de parto deve ser decidida por motivos obstétricos, não pela presença da infecção pelo HBV, independentemente de carga viral ou qualquer outro fator.

Embora o vírus da hepatite B seja detectado no leite materno, o aleitamento não está contraindicado e deve ser incentivado se as medidas de profilaxia da transmissão vertical forem realizadas.



#### Comentários:

#### Correta a alternativa A:

como a gestante tem menos de 30 anos e apresenta HBSAg e HBeAg positivo, ela tem indicação de profilaxia com tenofovir, para iniciar entre 24 e 28 semanas.

**Incorreta a alternativa B:** como a gestante tem menos de 30 anos, não há indicação de tratamento com tenofovir, mas sim de profilaxia.

**Incorreta a alternativa C:** hepatite B na gestação não indica a necessidade de cesariana.

**Incorreta a alternativa D:** hepatite B na gestação não indica a necessidade de suspender a gestação.

**28** – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho) Sobre a profilaxia de sepse neonatal, assinale a alternativa CORRETA:

- A) Não é necessário colher cultura para estreptococo do grupo B (EGB) se a gestante apresenta urocultura positiva para EGB na gestação atual.
- B) A antibioticoprofilaxia para EGB deve ser feita com penicilina benzatina durante o trabalho de parto ou em casos de rotura prematura de membranas.
- C) Deve ser realizada antibioticoprofilaxia para EGB sempre que a cultura de secreção vaginal for positiva.
- D) Deve ser realizada antibioticoprofilaxia para EGB sempre que houver febre intraparto.

---

## COMENTÁRIOS:

---

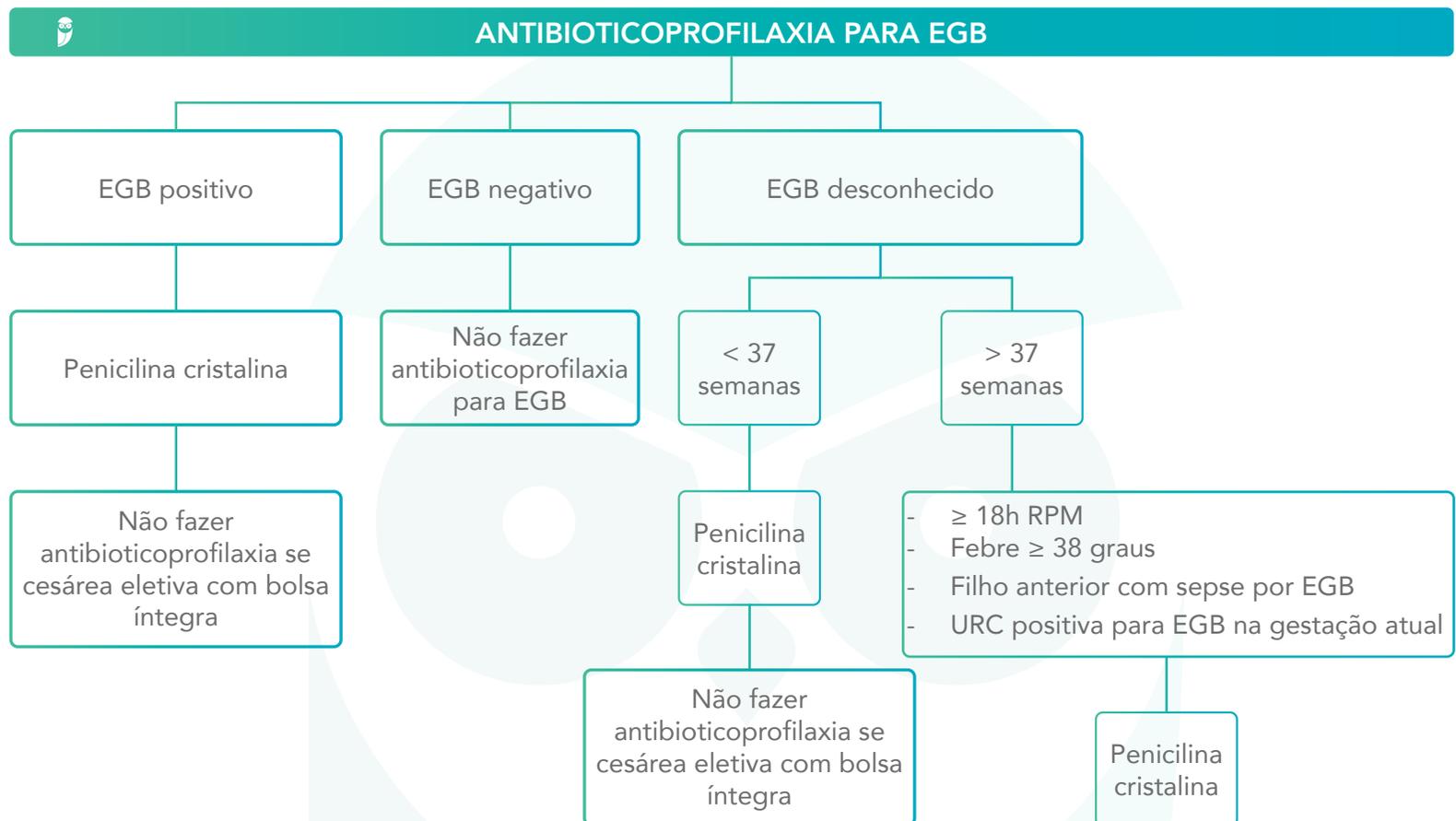
O que o examinador quer saber: sobre a profilaxia de sepse neonatal.

O estreptococo do grupo B (EGB) é um coco Gram-positivo que coloniza o trato gastrointestinal, mas está presente no trato geniturinário em 10 a 30% das mulheres. Quando presente no momento do parto, é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença estreptocócica neonatal.

O método de rastreamento é baseado na cultura de secreção vaginal e retal para EGB entre 36 e 37 semanas de gestação para todas as gestantes. Cultura para EGB também deve ser colhida para todas as gestantes internadas em trabalho de parto prematuro ou rotura prematura de membranas ovulares. Não há necessidade de colher cultura quando a gestante apresentar urocultura positiva para EGB durante a gestação ou se tiver um filho com sepse neonatal por EGB, pois ela deverá receber profilaxia antibiótica intraparto independentemente do resultado da cultura.

No momento do parto ou na rotura de membranas, a profilaxia antibiótica intraparto deve ser dada a todas as mulheres com cultura positiva para EGB, exceto no caso de cesariana antes do início do trabalho de parto e com bolsa íntegra. Deve haver no mínimo 4 horas de intervalo entre o início da profilaxia e o parto, sendo realizadas no mínimo 2 doses dos antibióticos, respeitando os intervalos recomendados entre as doses.

O quadro abaixo resume as situações que indicam e as que não indicam a profilaxia para EGB.

**Comentários:****Correta a alternativa A:**

duas situações excluem a necessidade de se realizar cultura para EGB na gestação: histórico anterior de sepse neonatal ou presença de urocultura positiva para EGB na gestação atual. Essas duas situações já consideram a necessidade de antibioticoprofilaxia para EGB, independentemente da cultura de secreção vaginal.

**Incorreta a alternativa B:** a antibioticoprofilaxia para EGB deve ser feita com penicilina cristalina, não benzatina.

**Incorreta a alternativa C:** a cultura positiva para EGB não indica necessariamente o uso de antibioticoprofilaxia, visto que, diante de cesariana eletiva, mesmo com cultura positiva, essa conduta não está indicada.

**Incorreta a alternativa D:** a febre intraparto indica antibioticoprofilaxia se EGB desconhecido. Nos casos de EGB negativo, não há indicação de antibioticoprofilaxia para EGB, mesmo em caso de febre intraparto.

**29 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho)** Gestante de 30 semanas com diabetes gestacional, em tratamento com dieta e exercício físico, vem em consulta de pré-natal trazendo controles glicêmicos das últimas duas semanas e ultrassonografia obstétrica. O médico pré-natalista indicou o uso de insulino terapia. Qual é a alteração encontrada que o fez indicar o uso de terapia farmacológica para essa gestante?

- A) Ganho de mais de 2 kg nas duas últimas semanas.
- B) Peso fetal acima do percentil 75.
- C) Circunferência abdominal fetal acima do percentil 75.
- D) Controles glicêmicos 1h após as refeições acima de 120 mg/dl.

---

## COMENTÁRIOS:

---

O que o examinador quer saber: sobre o tratamento do diabetes na gestação.

Diante de uma gestante com diagnóstico de diabetes gestacional, a primeira conduta é instituir dieta e exercício físico. Além disso, a gestante deve fazer o controle diário dos índices glicêmicos (perfil glicêmico) pela aferição da glicemia capilar diária. Essas medidas são essenciais para avaliar se a terapêutica com dieta e atividade física está sendo eficaz para o controle glicêmico.

Os valores das glicemias considerados normais são:

- Jejum < 95 mg/dl
- 1 hora após as refeições < 140 mg/dl
- 2 horas após as refeições < 120 mg/dl.

A insulinoterapia é indicada quando não se alcança adequado controle glicêmico (2 ou mais valores alterados em 7 a 14 dias) ou com ultrassonografia obstétrica evidenciando feto com peso estimado acima do percentil 90 ou circunferência fetal acima do percentil 75.

### Comentários:

**Incorreta a alternativa A:** ganho de peso gestacional não indica a necessidade de insulina no diabetes gestacional.

**Incorreta a alternativa B:** peso fetal acima de 90 indica a necessidade de insulina no diabetes gestacional.

**Correta a alternativa C:** circunferência abdominal fetal acima do percentil 75 indica a necessidade de insulina no diabetes gestacional.

**Incorreta a alternativa D:** dois ou mais controles glicêmicos 1h após as refeições acima de 140 mg/dl indicam o uso de insulina no diabetes gestacional.

**30 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho)** Sobre a conduta na gestação ectópica, assinale a alternativa CORRETA:

- A) A conduta expectante pode ser realizada se Bhcg for menor do que 5000 mUI/ml.
- B) A conduta medicamentosa pode ser realizada se massa anexial  $\leq$  5cm.
- C) A conduta cirúrgica deve ser realizada se houver aumento do B-hCG no intervalo de 48h.
- D) A conduta cirúrgica deve ser realizada se o B-hCG for maior do que 5000 mUI/ml

---

## COMENTÁRIOS:

---

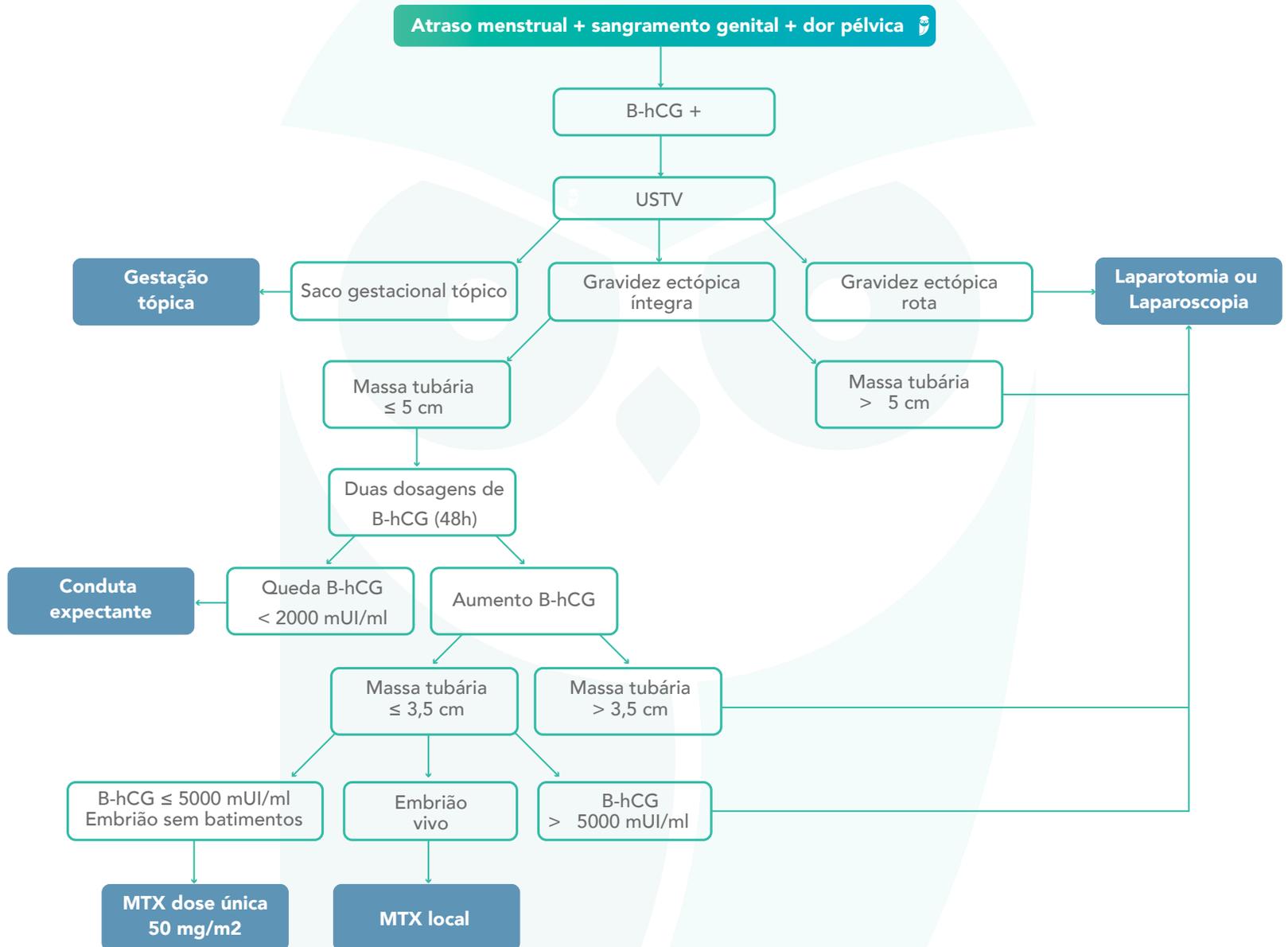
O que o examinador quer saber: sobre a conduta na gestação ectópica.

O tratamento da gestação ectópica pode ser cirúrgico, medicamentoso ou podemos manter uma conduta expectante.

O procedimento cirúrgico é direcionado para os casos de gestação ectópica rota, HCG > 5000 mUI/mL ou massa anexial > 5 cm.

Quando a GE é íntegra e a massa tubária é < 5 cm, a escolha entre a conduta expectante e a medicamentosa depende dos valores e variação do B-hCG.

Se os níveis de B-hCG estiverem decrescendo em 48 horas e forem  $< 2000$  mUI/ml, a conduta pode ser expectante. Se os níveis de B-hCG estiverem crescentes, mas abaixo de  $5000$  mUI/ml e com massa tubária  $< 3,5$  cm, pode ser indicado o uso de metotrexato. O fluxograma a seguir resume essas condutas.



#### Comentários:

**Incorreta a alternativa A:** a conduta expectante pode ser realizada se o B-hCG for menor do que  $2000$  mUI/ml e estiver em queda no intervalo de 48h.

**Incorreta a alternativa B:** a conduta medicamentosa com metotrexato pode ser realizada se a massa anexial for menor ou igual a  $3,5$  cm, com aumento do B-hCG em 48h.

**Incorreta a alternativa C:** se houver aumento do B-hCG em 48h, pode ser realizada conduta cirúrgica ou medicamentosa, a depender do tamanho da massa e do B-hCG.

**Correta a alternativa D:** sempre que o B-hCG for maior do que  $5000$  mUI/ml, está indicada a conduta cirúrgica.

## PEDIATRIA

**31 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian)** Você recebe um neonato de 10 dias para consulta na UBS. Sua mãe queixa-se de dor intensa na mama direita, febre elevada e calafrios há 2 dias. Você observa que o neonato está bem. A mãe encontra-se febril e apresenta sinais flogísticos na mama direita (edema, calor e rubor), sem fissuras e sem pontos de flutuação. Diante desse caso clínico, indique a conduta apropriada:

- A) Orientar a técnica de mamada e administrar analgésicos.
- B) Suspender o aleitamento materno imediatamente e tratar a mãe.
- C) Iniciar o tratamento da mastite com analgésicos e antibióticos e manter o aleitamento materno, orientando que a mama seja esvaziada o máximo possível.
- D) Indicar coleta de hemograma e hemocultura e decidir a conduta após os resultados.

---

**COMENTÁRIOS:**

---

Caro Estrategista, nesse enunciado, vemos claramente que a lactante está apresentando uma mastite lactacional, pois tem febre, dor nas mamas, calafrios além de sinais flogísticos.

A mastite lactacional é o processo inflamatório da mama, que pode, ou não, evoluir para uma infecção bacteriana associada.

Geralmente, ocorre entre a segunda e terceira semanas após o parto e cursa com nódulos mamários dolorosos, mal-estar, calafrios e febre.

Ela é causada pela estagnação do leite materno por qualquer motivo, como a falha no esvaziamento completo da mama, e as fissuras mamilares podem ser porta de entrada de bactérias, funcionando como um agravante.

O tratamento da mastite consiste em:

- Esvaziamento adequado das mamas. Esse é o principal ponto do tratamento. Pode ser feito pela amamentação direta do bebê, que pode e deve ser mantida, ou pela ordenha.
- Antibioticoterapia: está indicada na presença de sintomas graves ou quando não houver melhora após 12-24 horas do esvaziamento da mama.
- Analgésicos e/ou anti-inflamatórios não esteroides;
- Suporte emocional, uso adequado de sutiãs firmes e ingestão adequada de líquidos.

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, orientar o esvaziamento completo das mamas é adequado nesses casos, mas a mãe está febril, com sinais de infecção na mama e necessita de tratamento antibiótico apropriado com cobertura para bactérias Gram-positivas.

**Incorreta a alternativa B**, faz parte do tratamento da mastite lactacional o esvaziamento das mamas pelo bebê. Dessa forma, não é recomendado que se suspenda o aleitamento materno.

**Correta a alternativa C**, porque recomenda o tratamento da mãe e a manutenção do aleitamento materno.

**Incorreta a alternativa D**, o diagnóstico da mastite lactacional é clínico e não devemos esperar exames laboratoriais para recomendar a conduta apropriada.

**32 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian)** Um adolescente do sexo masculino de 9 anos e 6 meses, comparece à consulta de rotina sem queixas. O exame físico é normal e a antropometria revela estatura entre o escore Z-1 e -2 e o IMC calculado está entre +2 e +3. O estadiamento puberal é G2P2. Diante desses dados, assinale a alternativa correta:

- A) De acordo com os dados apresentados, esse adolescente já deve ter iniciado o estirão da puberdade.
- B) A puberdade está evoluindo na idade esperada e o IMC indica obesidade.
- C) A classificação nutricional pelo IMC é de obesidade grave.
- D) A puberdade está evoluindo antes do esperado para o sexo masculino, sendo necessário investigar a origem da produção hormonal.

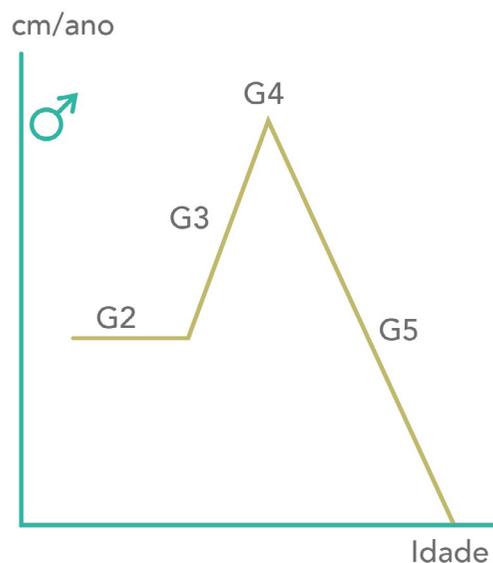
## COMENTÁRIOS:

Olá Estrategista, nessa questão, precisamos conhecer a classificação nutricional e a evolução normal da puberdade.

Em meninos, a puberdade normalmente instala-se entre os 9 e 14 anos, ou seja, o surgimento dos caracteres sexuais secundários antes dos 9 anos é considerado precoce e, se após os 14 anos não há caracteres sexuais secundários, devemos investigar um provável atraso puberal.

O primeiro evento esperado da puberdade masculina é o aumento do volume testicular (>3ml).

O estadiamento Tanner, guarda nítida relação com eventos que ocorrem durante a puberdade. O principal deles é o estirão, que, em meninos, começa no estágio G3 de Tanner e atinge o pico da velocidade de crescimento no G4. Observe:



Assim, podemos concluir que o adolescente apresenta evolução normal da puberdade e que o estirão não teve início.

Quanto à classificação nutricional, vamos por etapas:

## 1. Estatura:

VALORES CRÍTICOS		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< escore-Z -3	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ escore-Z -3 e < escore-Z-2	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3	≥ escore-Z -2	Estatura adequada para a idade

Como a estatura está entre o escore Z-1 e -2, podemos considerar estatura normal.

## 2. IMC:

Percentil	Escore Z	Zero a 5 anos incompletos	5 a 20 anos incompletos
< Percentil 0,1	< Escore-Z -3	Magreza acentuada	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-Z -3 e < Escore-Z -2	Magreza	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ 85	≥ Escore-Z -2 e ≤ +1	Eutrofia	Eutrofia
> Percentil 85 ≤ 97	> Escore-Z +1 e ≤ +2	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ 99,9	> Escore-Z +2 e ≤ +3	Sobrepeso	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-Z +3	Obesidade	Obesidade grave

O IMC calculado está entre +2 e +3, isso indica obesidade.

Vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, o estirão da puberdade tem início no sexo masculino no estágio G3 de Tanner.

**Correta a alternativa B**, porque mencionou que a puberdade está ocorrendo em idade oportuna e classificou corretamente o estado nutricional.

**Incorreta a alternativa C**, a classificação nutricional é de obesidade.

**Incorreta a alternativa D**, a puberdade está evoluindo na idade esperada para o sexo masculino.

**33 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian)** Uma menina de 6 anos comparece à consulta de rotina, sem queixas, com relato de que o pai foi recentemente diagnosticado com tuberculose pulmonar, tendo iniciado o tratamento há 10 dias. Os exames realizados na criança revelaram PPD de 6mm e radiografia de tórax sem alterações. Assinale a conduta apropriada:

- A) Iniciar o tratamento da tuberculose ativa, pois a criança mora com adulto bacilífero e tem PPD muito alto.
- B) Solicitar BAAR no escarro, para dar início à investigação e eventual tratamento.

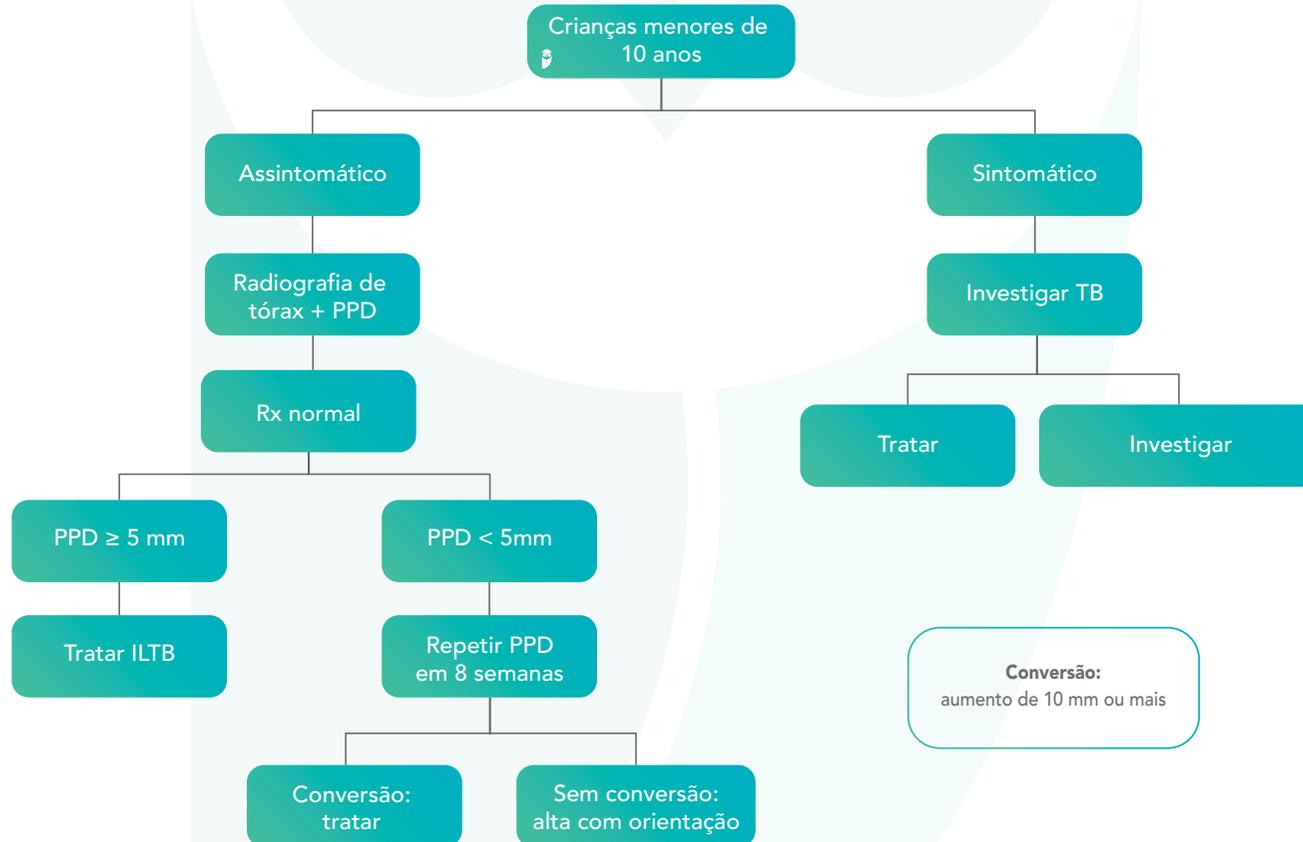
- C) O diagnóstico é de tuberculose latente, a criança deve iniciar o tratamento, sendo uma das opções a rifampicina por 4 meses.
- D) Como a criança está assintomática, devemos desconsiderar o resultado do PPD e observar clinicamente.

## COMENTÁRIOS:

Essa criança teve contato com um adulto bacilífero, mas se encontra assintomática. Nesse contexto, precisamos investigar a possibilidade de tuberculose latente.

A tuberculose latente ocorre quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da tuberculose, e apresenta risco de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais.

As pessoas infectadas, em geral, permanecem saudáveis por muitos anos, com imunidade parcial ao bacilo. Essa condição é conhecida como infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Para pesquisar infecção nas crianças menores de 10 anos, é necessário realizar PPD (prova tuberculínica) e radiografia de tórax. Veja o fluxograma:



Voltando ao caso da menina. Ela teve contato com adulto bacilífero, está assintomática, com radiografia normal e PPD alterado, isso indica tuberculose latente!

O tratamento adequado da ILTB é capaz de reduzir o risco de adoecimento em 60 a 90%. As crianças menores de 10 anos com ILTB devem receber o tratamento quando a prova tuberculínica resultar  $\geq 5\text{mm}$ , independentemente do tempo após a vacinação por BCG.

As crianças com morbidades, como infecção pelo HIV e outras condições que acarretam imunossupressão, devem ser submetidas à prova tuberculínica, mesmo sem história de contato com tuberculose e, se o resultado for maior ou igual a 5mm, devem ser tratadas para ILTB.

Existem atualmente três opções de regimes terapêuticos para o tratamento da ILTB:

- Tratamento diário com isoniazida (H):

O tratamento com isoniazida é o esquema preferencial em crianças abaixo de 10 anos de idade (exceto em hepatopatas), e deve ser realizado na dose de 5 a 10mg/kg/dia, com dose máxima de 300mg/dia, por 6 a 9 meses (180 a 270 doses).

- Tratamento diário com rifampicina (R):

Esse regime é recomendado na dose de 15 mg/kg/dia (10- 20) até a dose máxima de 600 mg/dia, por um período de 4 meses (120 doses).

- Tratamento semanal com rifapentina e isoniazida:

Quando disponível, este tratamento pode ser utilizado em crianças de 2 a 14 anos e acima de 10 kg de peso. As doses são administradas uma vez por semana e variam de acordo com a faixa de peso. O tempo de tratamento preconizado é de três meses, com 12 doses semanais.

Vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, como a criança está assintomática e com radiografia normal, não podemos chegar ao diagnóstico de tuberculose ativa.

**Incorreta a alternativa B**, não há necessidade de investigar tuberculose ativa em uma criança que se encontra assintomática e com radiografia normal.

**Correta a alternativa C**, porque indicou o diagnóstico e tratamento apropriado para a criança.

**Incorreta a alternativa D**, devemos tratar a criança pois o diagnóstico é de tuberculose latente.

**34 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian)** Você atende na UBS uma criança de 7 anos com diagnóstico de asma. Ela não recebe tratamento de manutenção. De acordo com a anamnese, você observa que ela apresenta sintomas de asma, cerca de três vezes por mês, mas não diariamente, recebendo o salbutamol (SABA) inalatório nessas ocasiões. Não há despertares noturnos. Indique a melhor opção para início do tratamento de manutenção para essa paciente:

- A) Manter o salbutamol inalatório se necessário.
- B) Iniciar corticoide inalatório diário em dose baixa diariamente e salbutamol se necessário.
- C) Iniciar corticoide inalatório associado ao SABA somente quando apresentar sintomas de asma.
- D) Prescrever corticoide inalatório diário em dose baixa associado ao beta-2-agonista de longa ação (LABA) diariamente, além de salbutamol se necessário.

---

## COMENTÁRIOS:

---

O tratamento da asma é feito com base em uma escala terapêutica, que vai de 1 até 5, em que a intensidade e a posologia dos fármacos são progressivas. Sempre que iniciamos uma terapia continuada em um paciente asmático, devemos avaliá-lo após dois a três meses do uso da medicação de controle. Podemos subir, descer ou manter no mesmo patamar da escala terapêutica.

Veja esta tabela retirada do GINA 2023, que indica o tratamento inicial recomendado para crianças de 6 a 11 anos:

Sintomas	Tratamento inicial preferencial
Sintomas infrequentes, menos que duas vezes por mês. Sem fatores de risco para exacerbações.	<p><b>Etapa 1</b></p> <p><b>Dose baixa de corticoide inalatório (CI) quando utilizar o SABA</b></p> <p>Outra opção: CI diário em dose baixa</p>
Sintomas de asma 2 vezes por mês ou mais, mas não diariamente	<p><b>Etapa 2</b></p> <p><b>Dose baixa de CI diariamente (SABA quando necessário)</b></p> <p>Outras opções: antileucotrieno diariamente (menos efetivo); OU</p> <p>Dose baixa de CI quando utilizar SABA</p>
Sintomas intensos de asma na maioria dos dias, ou despertares noturnos devido a sintomas de asma uma vez por semana ou mais.	<p><b>Etapa 3</b></p> <p><b>Dose baixa de CI + LABA (SABA quando necessário) OU</b></p> <p><b>Dose média de CI (SABA quando necessário) OU</b></p> <p><b>Dose muito baixa de CI-formoterol como manutenção e resgate (MART)</b></p> <p>Outra opção: dose baixa de CI + antileucotrieno diariamente (SABA quando necessário).</p>
Sintomas de asma na maioria dos dias, ou despertares por asma uma vez por semana ou mais, e alteração da função pulmonar	<p><b>Etapa 4</b></p> <p>CI em dose média + LABA (SABA se necessário) OU</p> <p>Dose baixa de CI-formoterol para manutenção e resgate (MART)</p> <p>Deve-se encaminhar para especialista.</p> <p>Outras opções: associar tiotrópio ou antileucotrieno</p>
Pacientes não controlados nas outras etapas.	<p><b>Etapa 5</b></p> <p><b>Encaminhar para fenotipagem; dose alta de CI+LABA, associar ou não Anti-IgE ou anti-interleucina 4R, anti-interleucina 5</b></p> <p><b>Último recurso: associar dose baixa de corticoide oral (considerar os efeitos colaterais).</b></p>

Nossa paciente apresenta sintomas de asma cerca de três vezes por mês, mas não diariamente, isso indica a etapa 2 do tratamento. Nessa etapa, o tratamento preferencial é com dose baixa de CI diariamente (SABA quando necessário).

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, a criança apresenta sintomas de asma e necessita de tratamento de manutenção.

**Correta a alternativa B,** porque recomendou o esquema preferencial da etapa 2 de tratamento.

**Incorreta a alternativa C,** essa opção seria adequada caso a criança apresentasse sintomas infrequentes, menos que duas vezes por mês. Sem fatores de risco para exacerbações.

**Incorreta a alternativa D,** essa opção seria adequada se a criança tivesse sintomas intensos de asma na maioria dos dias, ou despertares noturnos devido a sintomas de asma uma vez por semana ou mais.

**35 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger)** No dia de hoje, você atendeu no pronto atendimento vários casos de doença diarreica aguda em crianças e precisou tomar as devidas condutas. Assinale a conduta considerada **incorreta**.

- A) Menina, de 8 meses, com diarreia aquosa, irritada, com mucosas secas = terapia de reidratação oral na unidade de atendimento.
- B) Menino, de 2 anos, 14 quilos, com disenteria e rebaixamento do nível de consciência = 420 ml de soro fisiológico ou ringer lactato na próxima meia hora.
- C) Menina, de 5 meses, com diarreia aquosa, choro com lágrimas, fontanela normotensa e mucosas úmidas = terapia de reidratação oral na unidade de atendimento e manutenção do aleitamento materno.
- D) Menino, de 3 anos, com diarreia aquosa, após 6 horas de terapia de reidratação oral na unidade de atendimento, persiste desidratado sem gravidade = gastróclise.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Querido Estrategista, saber identificar o estado de hidratação e manejo do paciente desidratado é questão recorrente nas provas. Vamos lembrar como fazer essa avaliação sistemática. O Ministério da Saúde caracteriza a desidratação em: hidratado, desidratação e desidratação grave. Para realizar essa avaliação, você deve seguir os seguintes passos:

1. Observar
2. Examinar
3. Decidir/Diagnosticar o grau de desidratação
4. Tratar de acordo com o plano adequado

Observe o quadro abaixo:

ETAPAS	A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
<b>OBSERVE:</b>			
Estado geral	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, letárgico, hipotônico ou inconsciente *
Olhos	Sem alteração	Fundos	Fundos
Sede	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber *
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
<b>EXPLORE:</b>			
Sinal da prega abdominal	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente *
Perda de peso	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
<b>DECIDA:</b>	<b>Sem sinais de desidratação</b>	Se apresentar 2 ou mais sinais: <b>Com desidratação</b>	Se apresentar 2 ou mais sinais, sendo ao menos 1 destacado com asterisco: <b>Desidratação grave</b>
<b>TRATE:</b>	<b>PLANO A</b>	<b>PLANO B</b>	<b>PLANO C</b>

→ Segundo a OMS, as variáveis com maior relação de sensibilidade e especificidade são: estado geral, olhos e sinal da prega abdominal.

Para não precisar decorar a tabela, vamos facilitar. Os hidratados não tem nenhum sinal de desidratação. Os desidratados graves tem diminuição de nível de consciência (letargia, hipoatividade, sonolência). O que estiver no meio, é desidratado apenas.

Com isso, definimos que plano iremos utilizar:

#### 1) PLANO A

O plano A é para pacientes hidratados, use a dica mental “Ah, vá pra casa”. Ele consiste em soro de reidratação oral (SRO) ou outros líquidos após cada evacuação, no volume de:

- 50 a 100 mL até 1 ano;
- 100 a 200 mL para os maiores de 1 ano;
- maiores de 10 anos, a quantidade que aceitarem.

Além disso, está indicada a suplementação de zinco e a manutenção da dieta habitual.

## 2) PLANO B

É voltado para pacientes desidratados sem gravidade. Use a dica mental “Beba agora”. Consiste em terapia de reidratação oral (TRO) na unidade de atendimento.

A quantidade administrada será guiada pela sede do paciente, devendo ser administrada até que os sinais de desidratação desapareçam. Orienta-se que o paciente tome no mínimo de 50 a 100mL/kg de SRO em um período de 4 a 6 horas.

Ao final desse período, há dois caminhos a seguir! Se a criança estiver hidratada, ela poderá ser liberada para casa com o Plano A de hidratação. Se a desidratação persistir, está indicado iniciar hidratação por sonda (gastróclise). A qualquer momento, se ela evoluir para desidratação grave, iniciamos a hidratação venosa (plano C).

## 3) PLANO C

Ele é indicado para os desidratados com gravidade, use a dica mental “Corre que está grave”.

Consiste em hidratação venosa, com soro fisiológico 0,9% ou ringer lactato, nos seguintes volumes:

- Menores de 1 ano

30 ml/kg, em 1 hora + 70 ml/kg, em 5 horas

- Maiores de 1 ano

30 ml/kg, em 30 minutos + 70 ml/kg, em 2h e 30 minutos

Vamos analisar as alternativas, lembrando que queremos a incorreta!

**Correta a alternativa A**, portanto não é a resposta da questão. A menina está com desidratação sem gravidade e irá utilizar o plano B.

**Correta a alternativa B**, também não é a resposta da questão. O menino está com desidratação grave, portanto irá iniciar hidratação venosa, com soro ou ringer lactato, no volume de 30ml/kg, o que resulta em 420ml na próxima meia hora.

**Incorreta a alternativa C,**

essa é a resposta da questão. A menina está hidratada, portanto irá fazer o plano A, que consiste no tratamento em domicílio.

**Correta a alternativa D**, portanto não é a resposta da questão. Quando temos uma persistência da desidratação após o plano B, a indicação é realizar gastróclise.

**36 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger)** Adolescente de 16 anos, comparece à Unidade de saúde para completar seu calendário vacinal. Você analisa a caderneta e observa que as vacinas estão completas até os 4 anos de idade. É correto afirmar que ele irá aplicar, nessa visita:

- A) As vacinas HPV e meningocócica ACWY.
- B) A vacina dT apenas.
- C) As vacinas HPV e dT.
- D) As vacinas HPV, dT e meningocócica ACWY.

---

**COMENTÁRIOS:**

---

Estrategista, o calendário vacinal dos adolescentes do Programa Nacional de Imunizações é composto de: 2 vacinas próprias, uma vacina "chiclete" e 3 que "olham pra trás".

## 1) PRÓPRIAS

São vacinas do calendário dos adolescentes:

- HPV, para meninos e meninas dos 9 aos 14 anos em duas doses, com 6 meses de intervalo entre elas.

- MENINGO ACWY, para 11 e 12 anos, em dose única. (\*no ano da prova, foi aumentada a idade limite para 13 e 14 anos, com data limite de junho de 2023)

## 2) "Chiclete"

É a vacina dT - difteria e tétano.

Eu chamo de chiclete pois a proteção para essas doenças está presente em todos os calendários. Começa lá no pediátrico, com 3 doses da pentavalente e dois reforços da DTP, aos 15 meses e 4 anos.

Depois, em cada calendário, a dT aparece como reforço de 10 em 10 anos.

## 3) "Olham para trás"

Por fim, temos aquelas que olham para trás, ou seja, serão aplicadas apenas se não tiverem sido feitas no calendário anterior, o pediátrico.

- Febre amarela, hepatite B e tríplice viral.

Observe

	VACINAS	DOSES
	HPV	9 a 14 anos Duas doses
	Meningocócica ACWY	11 a 12 anos Dose única
	Dupla bacteriana adulto (dT)	Uma dose de reforço a cada 10 anos Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
	Hepatite B	Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
	Febre amarela	Dose única, se não tiver vacinação prévia
	Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Duas doses, se não tiver o esquema completo anteriormente

Vamos voltar ao nosso adolescente. Infelizmente, ele já passou da idade para as vacinas próprias, portanto não poderá aplicá-las pelo PNI.

Temos indicação da dT, pois a última dose foi aos 4 anos. Ele deveria ter aplicado aos 14 anos, mas, como não aplicou, faremos nessa visita.

As demais, não há indicação, pois ele já tem um esquema completo anteriormente.

**Correta a alternativa B.**

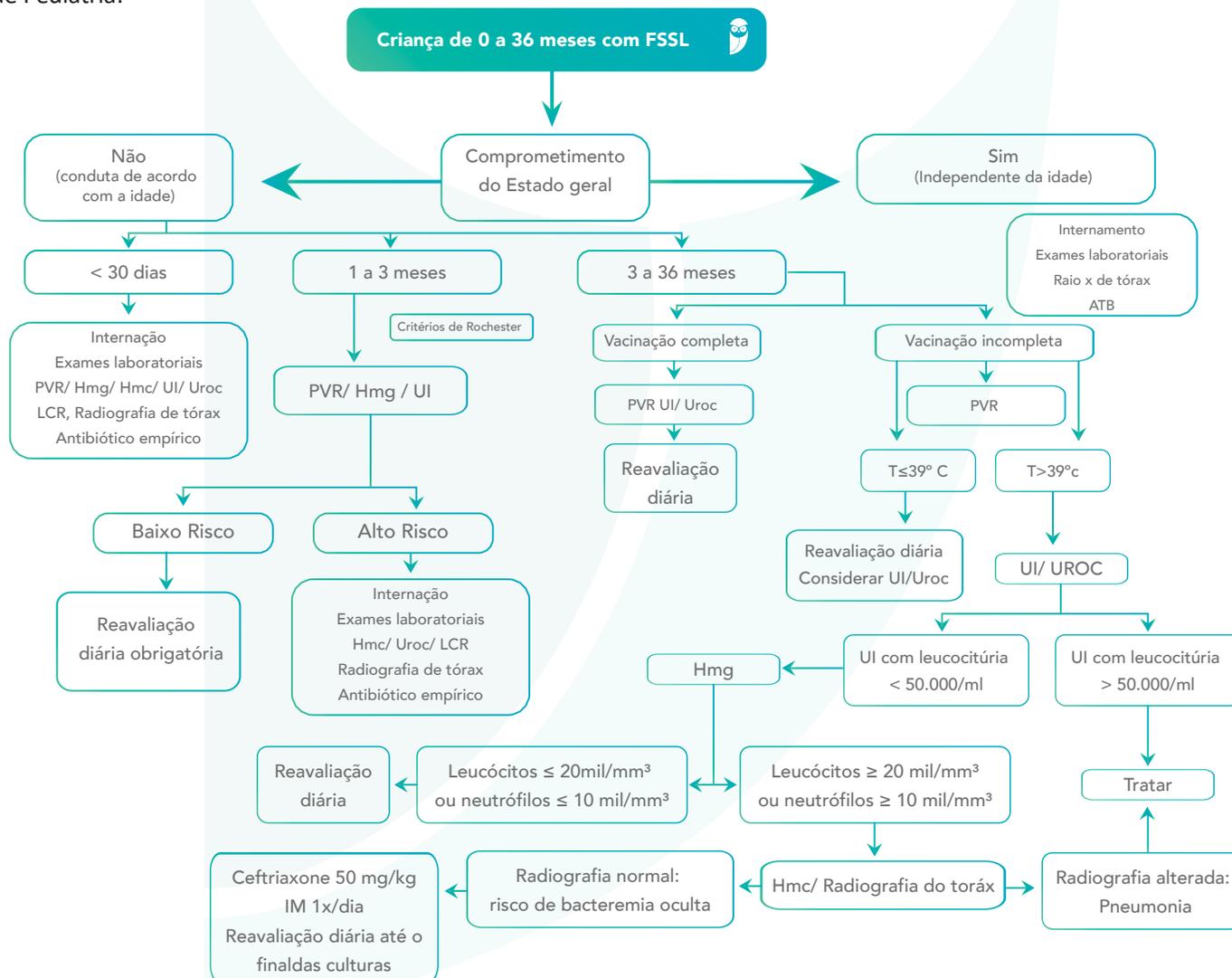
**37 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger)** Criança de 7 meses de idade comparece à Unidade de Pronto Atendimento com febre há 3 dias, sem outras queixas, calendário vacinal completo e em bom estado geral. Após uma anamnese detalhada e um bom exame físico, você não encontra a causa. É feita, então, uma pesquisa de vírus respiratório, que veio negativa. O que está correto afirmar sobre o caso acima?

- A) Pode ser chamado de febre sem sinais localizatórios ou hipertermia.
- B) É recomendado que a criança colete, nessa consulta, hemograma, hemocultura e urina.
- C) Devemos iniciar antibioticoterapia empírica pelo risco de infecção bacteriana grave.
- D) Caso todos os exames venham normais, reavaliemos essa criança diariamente.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa criança tem o que chamamos de febre sem sinais localizatórios (FSSL), que é um quadro febril, de menos de 7 dias de duração e que, após uma boa anamnese e exame físico, não encontramos a causa.

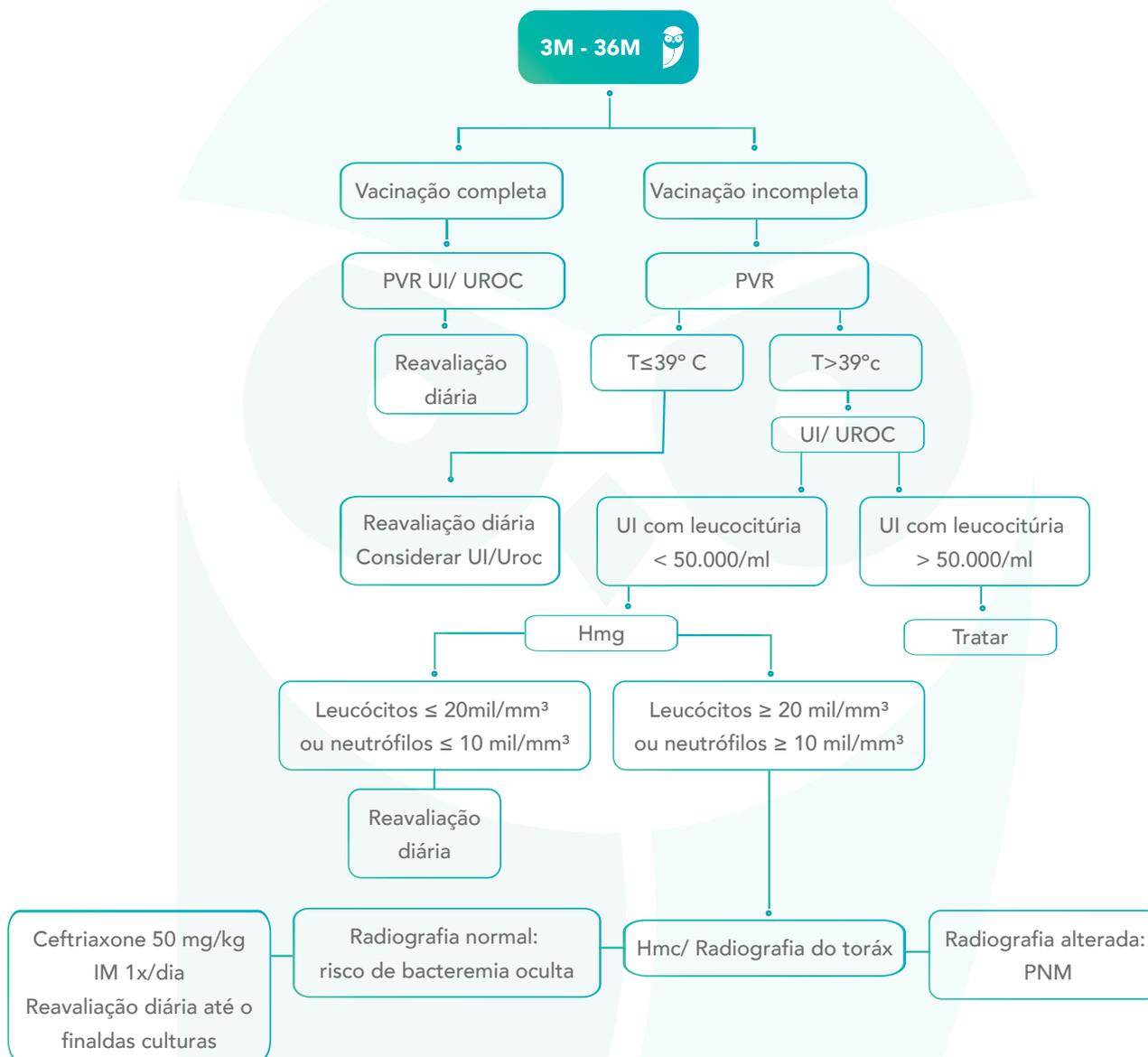
Nesse caso, seguimos determinados protocolos que nos auxiliam a conduzir esses casos. Observe abaixo o protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria:



\* Vacinação completa: pelo menos duas doses da vacina conjugada para *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*.

\*\*Coletar urocultura nas meninas menores de 24 meses; nos meninos não circuncidados menores de 12 meses e nos meninos circuncidados menores de 6 meses.

Repare que a primeira pergunta é se há comprometimento do estado geral, nesse caso, a resposta é não. Então, seguimos o protocolo por idade. Vamos ver mais de perto.



Considerar coleta de urina em meninas menores de 24 meses; nos meninos não circuncidados menores de 12 meses e nos meninos circuncidados menores de 6 meses.

Vamos voltar ao caso? Temos uma criança, com vacinação incompleta e PVR negativo. O que devemos fazer agora? Coletar urina! Caso venha alterada, tratamos como ITU. Caso venha normal, fazemos reavaliação diária da criança.

**Incorreta a alternativa A.** Esse caso é chamado de febre sem sinais localizatórios, que não é sinônimo de hipertermia! A febre envolve a ativação do centro termorregulador, a hipertermia não. Ela é o resultado de um aquecimento corporal externo, sem influência na termorregulação. São exemplos de hipertermia: atividade física intensa em ambiente quente, insolação, efeito de drogas, permanecer em ambientes aquecidos, uso excessivo de roupas.

**Incorreta a alternativa B.** É recomendado, de início, apenas pesquisa de vírus respiratório e coleta de urina.

**Incorreta a alternativa C.** Não há indicação de antibioticoterapia empírica.

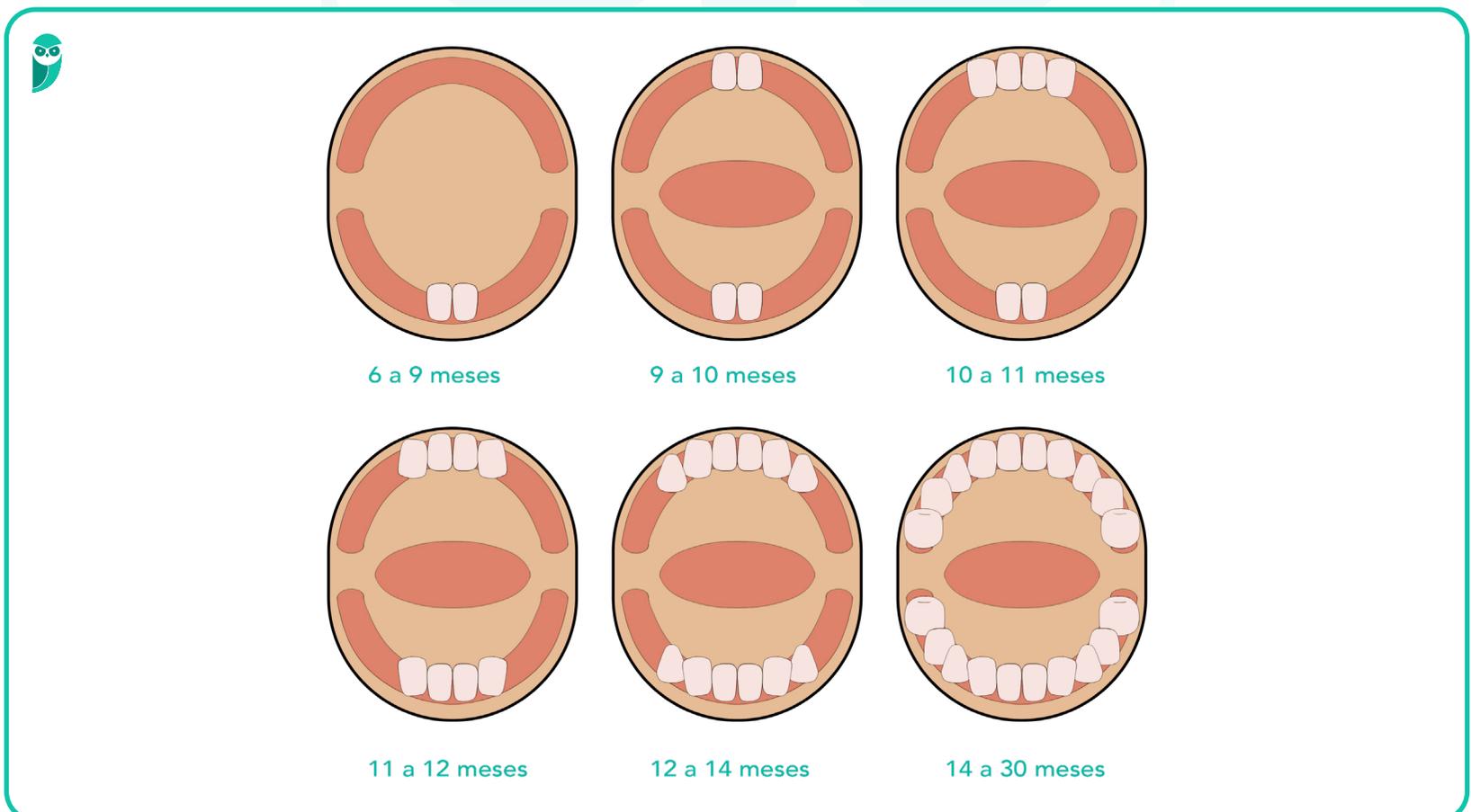
**Correta a alternativa D.** Crianças vacinadas, com exames normais devem ser seguidas diariamente.

**38 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger)** Orientar sobre dentição e escovação das crianças é parte da consulta de puericultura. Qual é a orientação correta?

- A) Crianças que não sabem cuspir devem escovar com creme dental na quantidade semelhante a um grão de arroz.
- B) Até os 2 anos de idade, é recomendado o uso de creme dental sem flúor.
- C) A dentição decídua é formada por 24 dentes.
- D) A erupção dentária inicia, geralmente, pelos incisivos superiores.

## COMENTÁRIOS:

A primeira dentição é chamada de primária, decídua, “de leite” ou temporária. Ela inicia antes de um ano de vida, geralmente entre 6 e 9 meses, pela erupção dos incisivos inferiores. Ela deve estar completa dos 30 aos 36 meses de idade e permanece até os 6 anos, aproximadamente. É composta por 20 dentes (10 em cima e 10 embaixo).



A partir dos 6 anos, os dentes permanentes começam a substituir os primários, iniciando pelo pré-molar. A dentição permanente está completa, aproximadamente, aos 18 anos e é composta por 32 dentes.

A prática de escovar os dentes das crianças deve iniciar assim que eles aparecerem, pelo menos 2 vezes ao dia, principalmente antes de dormir. Recomenda-se colocar um pouco de pasta de dentes com flúor na escova e orientar a criança a cuspi-la depois de escovar os dentes.

Para as que ainda não sabem cuspir completamente a pasta, a quantidade deve ser de um grão de arroz (0,1g) e, para as que conseguem cuspir, um grão de ervilha (0,3g). Até os sete anos de idade, o adulto responsável deve realizar a escovação, pois as crianças ainda não possuem destreza suficiente. Depois dos sete anos, a criança pode escovar os dentes sozinha, mas sempre com supervisão dos adultos. Aos 10 anos, as crianças podem realizar a escovação sozinhas.

**Correta a alternativa A:** as crianças que não sabem cuspir devem utilizar a quantidade de um grão de arroz.

**Incorreta a alternativa B:** desde o início, a escovação deve ser feita com creme dental com flúor.

**Incorreta a alternativa C:** a dentição decídua é formada por 20 dentes.

**Incorreta a alternativa D:** a erupção dentária inicia, geralmente, pelos incisivos inferiores.

**39 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger)** Joana, de 22 anos, acabou de ter bebê. Ela é primigesta, com pré-natal completo e sem intercorrências gestacionais. Nasceu um menino, termo, adequado para idade gestacional, Apgar 9/10, com boa vitalidade. Sobre os cuidados com o neonato, é correto afirmar:

- A) O RN deverá receber, já em sala de parto, três medicações: vitamina A, vacina contra hepatite B e BCG.
- B) O eritema tóxico é uma lesão benigna, autolimitada e que pode estar presente já ao nascimento.
- C) Para RNs nascidos de cesariana, o contato pele a pele não é indicado na primeira hora de vida.
- D) O primeiro banho deve ser dado, idealmente, após 24 horas de vida.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, vamos analisar as alternativas.

**Incorreta a alternativa A.** Ao nascimento, o RN recebe:

- Vacina contra BCG. Ela protege contra formas graves de tuberculose e é aplicada em todos os RNs maiores de 2000g.
- Vacina contra hepatite B. Aplicada em todos os RNs, independentemente da idade gestacional e do peso.
- Vitamina K. A passagem da vitamina é deficiente tanto pela via placentária quanto pelo leite materno. O RN deve ser suplementado, de forma intramuscular, para evitar a doença hemorrágica do recém-nascido.

**Incorreta a alternativa B.** O eritema tóxico neonatal é a lesão dermatológica benigna mais cobrada em provas. Ela é uma erupção eritematosa benigna, autolimitada e idiopática. As lesões iniciam normalmente entre 24 e 72 horas de vida e desaparecem em uma a duas semanas.

São caracterizadas por máculas e pápulas eritematosas, podendo ter pústulas pequenas que surgem em qualquer parte do corpo, como tronco, membros e face, sendo muito comuns em regiões de contato (fralda/roupas). Geralmente poupam palma das mãos e planta dos pés.

O desaparecimento é espontâneo, conduta expectante.



Fonte: Shutterstock.

**Incorreta a alternativa C.** O contato pele a pele deve ser realizado sempre que possível, tanto em partos normais como em cesarianas. Ele ocorre quando o RN despido é colocado no tórax ou abdome da mãe, também despida.

Suas vantagens são a colonização da pele do neonato pela flora da pele materna, fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebê e aumentar a chance de sucesso do aleitamento materno, pois a amamentação tende a ser mais precoce nesses RNs.

Não há duração específica, podendo, inclusive, mãe e filho irem dessa maneira para o alojamento conjunto.

**Correta a alternativa D.**

A pele do recém-nascido exerce função importante na transição do ambiente líquido em que se encontrava para as condições extrauterinas. Idealmente, o primeiro banho do RN deve ser adiado até que a estabilidade térmica seja alcançada, no mínimo 6 horas após o nascimento, idealmente, após 24 horas.

O banho de imersão é o mais indicado e devem ser usados produtos de limpeza suaves, destinados à pele do bebê, que não alterem significativamente o pH fisiológico ácido da pele (entre 4,2 a 5,6).

Logo após o banho, a pele deve ser gentilmente seca com uma toalha macia e limpa.

**40 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Otorrinolaringologia - Prof. Diógenes Paiva)** Mariana de 5 anos apresentou coriza, espirros, obstrução nasal, tosse produtiva e febre baixa por 5 dias. Há 1 dia, ocorreu piora da tosse e aumento de febre. Nega episódios prévios. Ao exame: temperatura 38,5°C; orofaringe com hiperemia e hipertrofia sem pústulas; otoscopia com hiperemia de membrana timpânica sem abaulamento; rinoscopia anterior com hiperemia mucosa e hipertrofia de cornetos; AP: MV+ com roncos. Em relação ao caso acima, qual é a conduta correta:

- A) Amoxicilina e ibuprofeno para uso oral.
- B) Radiografia de tórax e seios paranasais.
- C) Lavagem nasal com solução salina e dipirona oral.
- D) N-acetilcisteína e anti-histamínico, ambos para uso oral.

---

## COMENTÁRIOS:

---

**Correta a alternativa A.**

O enunciado acima apresenta um caso de rinossinusite viral que evoluiu para uma rinossinusite bacteriana. Essa é uma infecção frequente em provas de R1 na área de Pediatria, sendo um assunto recorrente em provas como o PSU-MG.

O que você deve ficar atento em casos suspeitos de rinossinusite como esse é associar os sinais e sintomas ao tempo de evolução, pois apenas com a evolução, sem a necessidade de exames complementares, conseguimos fechar esse diagnóstico.

A apresentação clínica dos quadros bacterianos e virais é praticamente a mesma, variando apenas a evolução da doença.

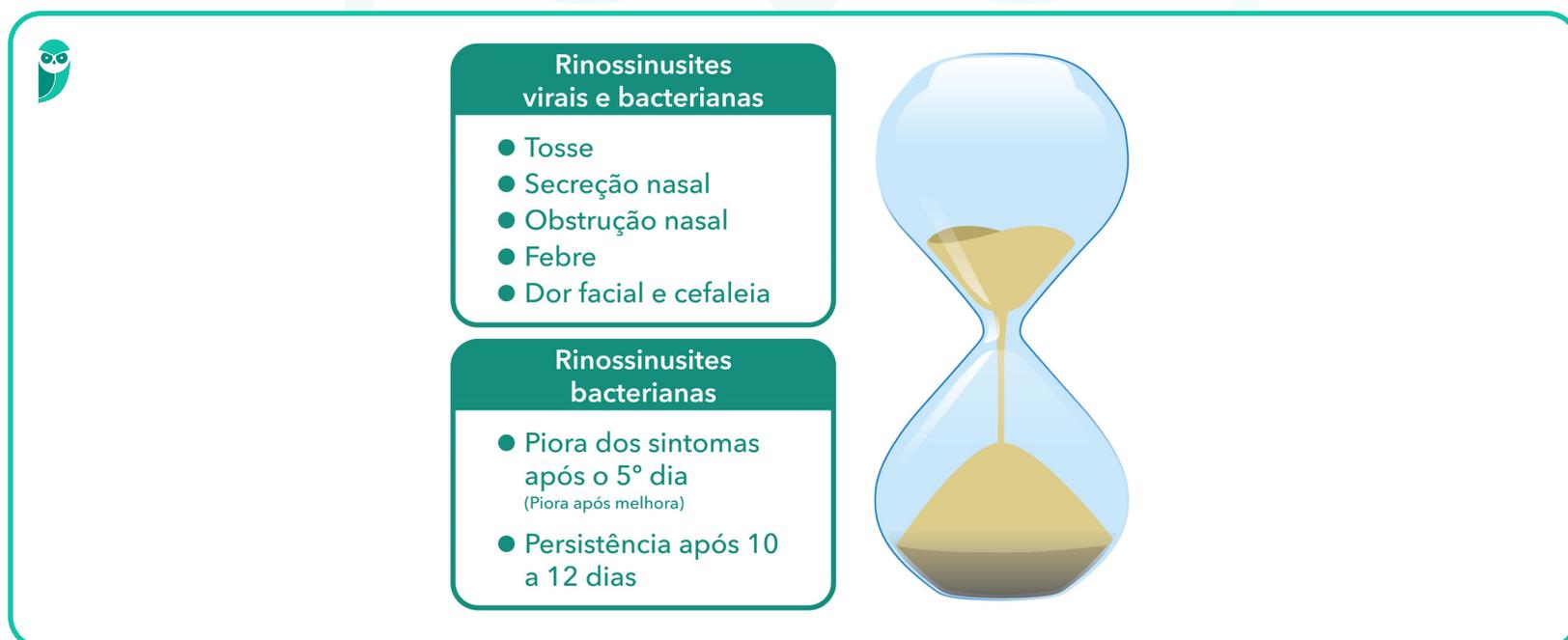
A **persistência ou recorrência de uma febre gerada por uma rinossinusite viral** pode iniciar a apresentação clínica da RSAB.

Irei agora listar os sintomas referentes à RSAB apresentados nas provas anteriores:

- Obstrução e congestão nasal (sintomas mais importantes)
- Febre
- Tosse seca ou produtiva
- Cefaleia
- Secreção pós nasal ou Gotejamento em retrofaringe
- Halitose
- Crostras em narinas
- Dor à palpação dos seios paranasais

A apresentação clínica dessas duas formas apresenta sinais e sintomas semelhantes, variando apenas na evolução clínica, eliminando a necessidade de realização de exame laboratorial ou de imagem para a diferenciação.

As bancas adoram essa peculiaridade, “usando e abusando” desse conceito na elaboração das questões.



**Rinossinusites virais e bacterianas**

- Tosse
- Secreção nasal
- Obstrução nasal
- Febre
- Dor facial e cefaleia

**Rinossinusites bacterianas**

- Piora dos sintomas após o 5º dia  
(Piora após melhora)
- Persistência após 10 a 12 dias

A simples memorização dos conceitos da ilustração fará você acertar a maioria das questões sobre RSAB nas provas. Por isso, grave-a no coração!

No caso da questão, tivemos sinais e sintomas compatíveis com uma rinossinusite viral com piora dos sintomas após o quinto dia, sendo característica de uma rinossinusite bacteriana.

Não se trata de uma pneumonia bacteriana, pois temos apenas roncocal de transmissão, e nem de otite média aguda, pois não foi observado abaulamento da membrana timpânica.

Para doença leve/moderada, sem fator de risco para resistência a antibiótico, podemos fazer como primeira linha **amoxicilina na dose dobrada 90 mg/kg/dia** ou **amoxicilina-clavulanato com a dose padrão de 45 mg/kg/dia**.

Para doença grave, ou com fator de risco para resistência à penicilina/ampicilina, fazemos como primeira linha **amoxicilina-clavulanato com a dose dobrada de 90 mg/kg/dia**.

Em casos de **alergia à penicilina** (e conseqüentemente à amoxicilina), podemos utilizar:

- Cefuroxima (cefalosporina de segunda geração)
- Doxiciclina

Em semelhança aos quadros virais, também já foram descritas em alternativas várias medicações para serem utilizadas de forma complementar aos antibióticos.

Mas, qual é a única medida adjuvante que apresenta valor comprovado na melhora dos sintomas? Ela mesma, **a lavagem nasal com solução salina**.



Fonte: Shutterstock.



Fonte: Shutterstock.

**Incorreta a alternativa B.** Tanto os quadros virais como bacterianos não necessitam de exames de imagem para o diagnóstico, e a radiografia dos seios paranasais está totalmente descartada para esse diagnóstico.

**Incorreta a alternativa C.** Essa seria uma ótima conduta nos cinco primeiros dias antes da piora, quando se configurava apenas uma rinossinusite viral. Porém, conforme explicado no comentário da alternativa A, com a piora após o quinto dia, temos já o diagnóstico clínico de rinossinusite bacteriana, justificando o uso de antibiótico.

**Incorreta a alternativa D.** A alternativa está incorreta pois, além de não incluir o antibiótico, indicou a utilização de uma mucolítico e expectorante, a n-acetilcisteína, muito utilizada na prática clínica, mas sem evidência científica de melhora. Além disso, anti-histamínicos devem ser reservados para casos suspeitos de rinite alérgica, em que podemos ter sintomas nasais semelhantes, mas sem febre, e com palidez da mucosa nasal (ao invés de hiperemia).

## MEDICINA PREVENTIVA

**41 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti)** Mulher, 18 anos, procura PSF por quadro de cefaleia. O quadro iniciou há mais de 3 anos e vem se intensificando. A dor é parieto-occipital, geralmente unilateral, de moderada a forte intensidade, caráter pulsátil e piora com esforço físico. A paciente refere ainda que prefere deitar-se em ambiente escuro e silencioso nos episódios de dor, contudo, se não ingere analgésicos, os eventos sempre demoram várias horas para cessar. Apresenta cerca de 3 episódios de dor por semana com uso frequente de dipirona. Tem antecedente de litíase renal e obesidade. Ao exame físico, está em bom estado geral, PA 100 x 70 mmHg, FC 69 bpm, sem achados ao exame neurológico. Sobre o quadro clínico, das alternativas abaixo, qual é a MELHOR estratégia de tratamento profilático?

- A) Naproxeno Sódico
- B) Topiramato
- C) Flunarizina
- D) Venlafaxina

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, questão clássica sobre indicação e escolha de profilaxia em indivíduos com migrânea, situação em que a individualização do tratamento, de acordo com as características do paciente, é essencial.

Primeiramente, em relação ao diagnóstico, para que não restem dúvidas, vamos lembrar os critérios para o diagnóstico de migrânea:

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

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

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

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

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

- Betabloqueadores - propranolol e metoprolol, principalmente;
- Droga antiepilépticas - ácido valproico, topiramato;
- Antidepressivos - amitriptilina, nortriptilina, duloxetina, venlafaxina;
- Outros - flunarizina, riboflavina, candesartana e, mais recentemente, os inibidores do CGRP.

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

Vamos discutir mais sobre isso nas alternativas.

**Incorreta a alternativa A.** Os AINES, como o naproxeno, são medicações para o tratamento das crises. Não são alternativas de profilaxia da migrânea.

**Incorreta a alternativa B.** O topiramato é uma opção profilática na migrânea, sendo uma ótima alternativa nos indivíduos com epilepsia adjunta, já que é um antiepiléptico, ou em indivíduos obesos, já que pode se relacionar à perda de peso. Entretanto, deve-se observar que a medicação estará contraindicada em indivíduos com antecedente de nefrolitíase e glaucoma de ângulo fechado. Sendo assim, pelo antecedente de litíase, não é a melhor opção para a paciente da questão.

**Incorreta a alternativa C.** A flunarizina é outra opção de profilaxia, excelente em crianças. Entretanto, em adultos, é uma medicação de perfil de efeitos colaterais ruins, uma vez que pode gerar aumento de peso, sonolência excessiva e, com o uso prolongado, parkinsonismo medicamentoso. Para essa paciente, pelo antecedente de obesidade, não é a melhor opção terapêutica.

### Correta a alternativa D.

Os inibidores duais de recaptção de serotonina e noradrenalina, como a venlafaxina e a duloxetina, são boas opções profiláticas, sobretudo em pacientes com transtorno do humor adjunto. O cuidado deve ser tomado em indivíduos com HAS refratária. Na paciente em questão, posto que não há contraindicações descritas, é uma ótima opção profilática.

**42 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria)** Um trabalhador de uma siderúrgica executa suas atividades laborais em um setor com alto grau de ruídos. Após cerca de 10 anos nessa função, passa a perceber uma redução progressiva de sua capacidade auditiva. Resolve, então, procurar o médico do trabalho da empresa para uma avaliação. Diante da principal suspeita diagnóstica para o caso desse trabalhador, o médico explicará a ele que:

- A) A redução da capacidade auditiva é reversível e deverá melhorar progressivamente se cessada a exposição ao ruído.
- B) Deverá ser feita a notificação compulsória imediata da doença detectada, antes mesmo da confirmação diagnóstica.
- C) Na audiometria, é esperada uma perda auditiva neurosensorial bilateral com uma curva em rampa.
- D) A perda auditiva só acontece após 15 anos de exposição aos ruídos.

---

## COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

---

**TEMA: SAÚDE DO TRABALHADOR: Perdas Auditivas Induzidas por Níveis Elevados de Pressão Sonora.**

**Referências Bibliográficas:**

1. Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Pesquisa Epidemiológica e Medidas de Associação. São Paulo, 2023.
2. Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Otoneurologia, Vertigens e Audiologia . São Paulo, 2023.
3. 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0217_02_03_2023.html).

A **Perda Auditiva Induzida por Níveis Elevados de Pressão Sonora** é uma doença auditiva relacionada, em geral, à exposição prolongada aos ruídos de alta frequência no ambiente de trabalho. Caracteriza-se, portanto, como uma clássica doença relacionada ao trabalho.

Em linhas gerais, a fisiopatologia dessa condição está relacionada à lesão lenta e gradual dos órgãos de Corti em decorrência da exposição aos sons, sobretudo na faixa dos 3 a 6 kHz. Portanto, trata-se de uma perda auditiva do tipo neurosensorial, de acometimento bilateral e irreversível.

É importante ressaltar que a PAINPSE, também conhecido no passado como PAIR, só progride se o indivíduo continuar se expondo aos referidos ruídos sem a proteção auricular adequada.

Do ponto de vista audiométrico, o que se observa é o seguinte gráfico, conhecido como "perda auditiva com padrão em gota". Observe com atenção:



## Padrão pair

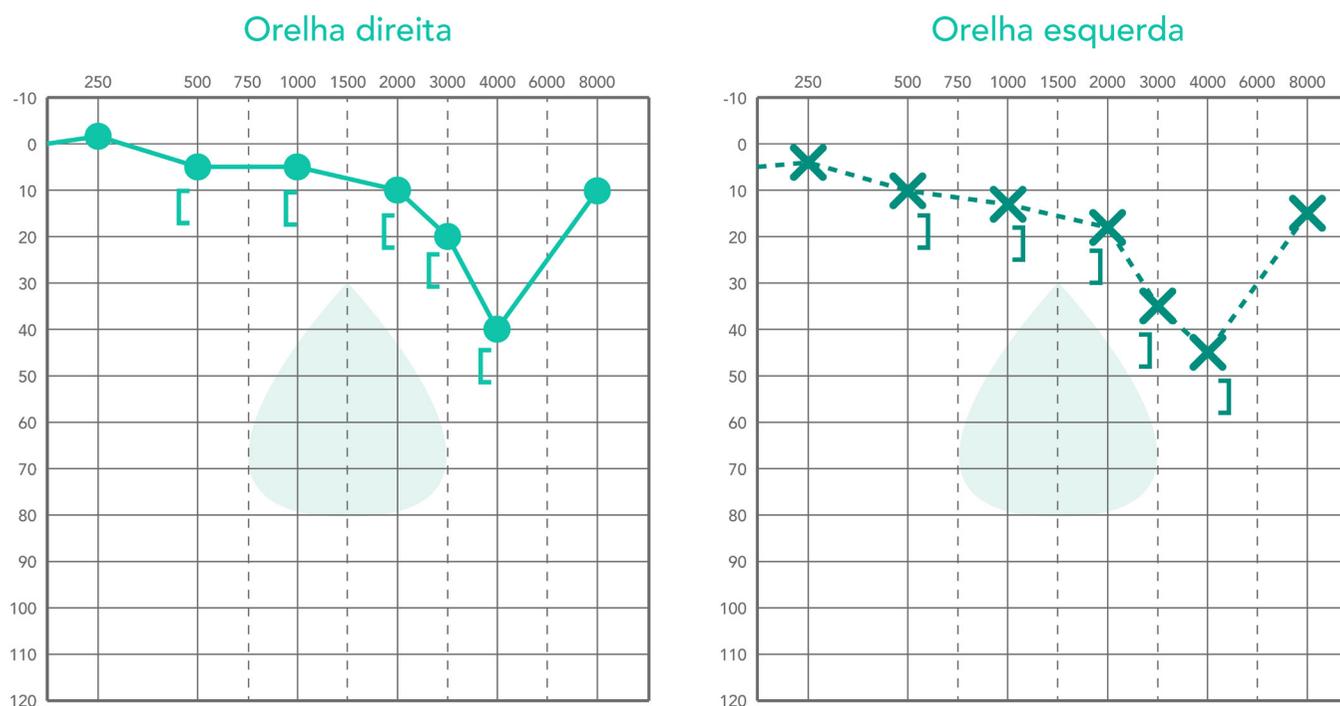


Figura: Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) na audiometria. Veja que trata-se de uma perda bilateral e simétrica, exatamente na faixa de frequência dos 3 a 6 kHz, sendo pior em 4 kHz. Observe que as curvas da via aérea ("O" e "X") e óssea ("[" e "]") caminham juntas, próximas uma da outra, indicando alteração em ambas, o que é típico da perda auditiva neurosensorial. Fonte: Estratégia MED.

A PAINPSE não tem cura e o melhor "tratamento" é preveni-la, o que é feito por meio do uso do equipamento de proteção individual adequado (EPI) por parte dos profissionais expostos, associado a descansos regulares na exposição ao ruído, sendo eles idealmente de 14 horas.

Feita essa revisão sobre a PAINPSE, vamos avaliar as alternativas.

### COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

**Incorreta a alternativa A.** Na PAINPSE, a perda auditiva é bilateral e irreversível, sendo sua progressão cessada com a interrupção da exposição ao ruído ou o uso adequado dos equipamentos auriculares de proteção individual, associado à pausas regulares da exposição ao ruído.

#### Correta a alternativa B.

Atualmente, de acordo com a Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023, todo acidente de trabalho, suspeito ou confirmado, deverá ser notificado de forma imediata, ou seja, em até 24 horas, às autoridades de saúde competentes, à exceção dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, cuja periodicidade de notificação é semanal. Portanto, sendo considerada a PAINPSE uma doença relacionada ao trabalho, ela é caracterizada como um acidente de trabalho e, assim, demandará notificação imediata de acordo com as normativas mais atuais, mesmo antes de confirmarmos o diagnóstico.

**Incorreta a alternativa C.** Do ponto de vista da audiometria, a perda auditiva na PAIR manifesta-se como um acometimento neurosensorial bilateral, com um padrão de curva em gota, evidenciando a perda exatamente na faixa de frequência entre 3 e 6 kHz, sendo pior em 4 kHz. Logo, o padrão em rampa não é o que esperamos nessa afecção.

**Incorreta a alternativa D.** A perda auditiva ocorre de forma intensa nos 15 primeiros anos de exposição.

**43** – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria) Observe a figura abaixo, que representa uma metodologia específica de aplicação de testes diagnósticos em associação:



Sobre essa metodologia, assinale a alternativa correta.

- A) Espera-se um baixo número de falso-positivos.
- B) Deve ser aplicada quando o fator tempo não for limitante.
- C) Ao aplicar essa metodologia, o objetivo básico é confirmar o diagnóstico.
- D) Quando aplicado, esse tipo de associação de testes tende a aumentar o valor preditivo negativo da investigação.

## COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

**TEMA: TESTES DIAGNÓSTICOS: METODOLOGIAS DE APLICAÇÃO DE TESTES DIAGNÓSTICOS EM ASSOCIAÇÃO (TESTES EM PARALELO).**

**Referência Bibliográfica:**

**1. Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Testes Diagnósticos. São Paulo, 2023.**

A associação de testes diagnósticos visa atender às necessidades específicas de um determinado contexto clínico. Ao utilizarmos mais de um teste para a mesma condição clínica, poderemos potencializar as propriedades diagnósticas da investigação como um todo, de acordo com o objetivo final da propedêutica.

Existem duas metodologias ou associações básicas a saber:

**1) Aplicação de testes em série:** aqui, os testes são aplicados em sequência, sendo que o 2º teste (T2) só será realizado se o 1º (T1) for positivo. No entanto, se o 1º teste vier negativo, a investigação terminará, sem aplicação do segundo. Por isso, observe que T1 e T2 são aplicados em momentos diferentes.

**2) Aplicação de testes em paralelo:** nessa metodologia, os testes são aplicados simultaneamente, bastando apenas um resultado positivo para confirmarmos a presença da condição em investigação, mesmo que os demais sejam negativos.

Como podemos observar na imagem apresentada no enunciado da questão, três testes foram feitos **ao mesmo tempo** no paciente, isto é, de forma simultânea, o que caracteriza a associação de testes diagnósticos em paralelo.

Esse tipo de metodologia é tipicamente aplicado em situações clínicas em que necessitamos um resultado imediato, sendo o tempo um fator limitante. É por isso que usamos testes em paralelo no contexto de epidemias e em serviços de emergência, por exemplo, já que precisamos entender de forma rápida se o paciente tem (ou não) uma determinada doença.

Ao aplicarmos vários testes ao mesmo tempo, tendemos a aumentar a sensibilidade diagnóstica da investigação. Em outras palavras, a capacidade de identificar uma doença será maior do que se os testes fossem feitos isoladamente ou em sequência. É por isso que bastará que um único teste apresente resultado positivo (ainda que os demais venham negativos) para que o indivíduo receba o diagnóstico da doença em questão.

Além de aumentar a sensibilidade, existe um aumento do valor preditivo negativo no diagnóstico final da investigação, ou seja, se todos os testes vierem negativos, existe uma alta probabilidade de estarmos, de fato, diante de um indivíduo que não apresenta a doença em investigação. Portanto, o uso de testes em paralelo é indicado para permitir a exclusão de uma determinada doença ou agravo.

Como pontos negativos desse tipo de metodologia, podemos citar a redução de especificidade diagnóstica e o aumento dos falso-positivos, o que resulta em um valor preditivo positivo mais baixo.

### COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

**Incorreta a alternativa A.** Se há um aumento da sensibilidade do diagnóstico final com a aplicação de testes em paralelo, tenderemos a apresentar uma elevação do número de falso-positivos e uma redução dos falso-negativos. Logo, o VPN aumenta.

**Incorreta a alternativa B.** A aplicação de testes em paralelo é feita em contextos em que necessitamos de um resultado mais rápido, como nas epidemias de transmissão respiratória (em que precisamos identificar os doentes de forma mais rápida, para procedermos com os isolamentos o quanto antes, reduzindo assim a transmissão pessoa a pessoa) ou durante as consultas nas urgências e emergências, em que geralmente trabalhamos com mais de uma hipótese diagnóstica e precisamos excluir algumas com segurança. Por isso, é interessante trabalhar com os exames em paralelo, porque a sensibilidade do diagnóstico final será elevada. Nesse sentido, se todos os testes realizados para uma determinada hipótese forem negativos, é porque é alta a probabilidade de aquele paciente realmente não ter a doença (alto VPP).

**Incorreta a alternativa C.** O objetivo básico do emprego dos testes em paralelo é o de excluir a doença, acompanhando exatamente o aumento da sensibilidade e do valor preditivo negativo da investigação.

#### Correta a alternativa D.

Exato! Como discutido no comentário introdutório da questão, ao aplicarmos essa metodologia, precisaremos que todos os testes se mostrem negativos para excluirmos uma determinada doença ou agravo. Se observarmos essa situação, em que todos os testes se apresentam negativos, muito provavelmente estaremos diante de um indivíduo não acometido pela condição pesquisada, havendo, portanto, um aumento do valor preditivo negativo da investigação, ou seja, da capacidade de excluir a doença.

**44 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria)** A hierarquização é um dos princípios organizacionais mais importantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo por base os conhecimentos acerca dele, aponte a alternativa que apresenta, respectivamente, um serviço pertencente aos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde:

- A) Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Clínica de Hemodiálise.
- B) Hospital de Pequeno Porte, Ambulatório de Especialidades, Unidade de Terapia Intensiva.
- C) Unidades Básicas de Saúde, Clínica de Hemodiálise, Centro Hospitalar de Transplante Cardíaco.
- D) Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório de Especialidades, Unidade de Pronto Atendimento.

## COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

**TEMA: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HIERARQUIZAÇÃO.**

**Referências Bibliográficas:**

1. **Estratégia MED. Livro Digital: Curso Extensivo - Princípios e Diretrizes do SUS. São Paulo, 2023**
2. **Governo Federal. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).**
3. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Março, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>.**

A hierarquização é um dos quinze princípios do SUS presentes na Lei 8.080. Com um sistema hierarquizado, organizamos a atenção à saúde por meio de níveis crescentes de densidade tecnológica, considerando o grau de complexidade demandada por cada um dos usuários do SUS.

Essa divisão hierárquica tende a racionalizar o acesso à saúde, ofertando aquilo que é devido a cada um dos indivíduos, conforme suas necessidades.

Em linhas gerais, o SUS é hierarquizado em três níveis de atenção: o primário, representado pela Atenção Primária à Saúde (APS), cujos principais representantes são as Unidades Básicas de Saúde (UBS); o secundário, referido muitas vezes com o nome de média complexidade, abrangendo os Ambulatórios de Especialidades, as Unidades de Pronto Atendimento, os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e os Hospitais de Pequeno/Médio Porte; e o terciário, também conhecido como alta complexidade, que abarca unidades de cuidados em saúde de alta tecnologia (ex: Hospitais de Grande Porte com Unidades de Terapia Intensiva, procedimentos cirúrgicos complexos invasivos e não invasivos, e as Clínicas de Hemodiálise).

Assim, em um sistema hierarquizado, a porta preferencial de entrada dos sujeitos será o nível primário, representado pela APS, capaz de resolver entre 80 e 90% dos problemas de saúde da população. Caso haja demanda de maior densidade tecnológica para os cuidados em saúde, os indivíduos poderão ser referenciados para os níveis secundário e terciário.

A figura abaixo exemplifica exatamente o modelo hierárquico de níveis de atenção à saúde. Ele pode ser entendido como um “caminho” a ser percorrido pelos usuários do sistema conforme suas necessidades em saúde.

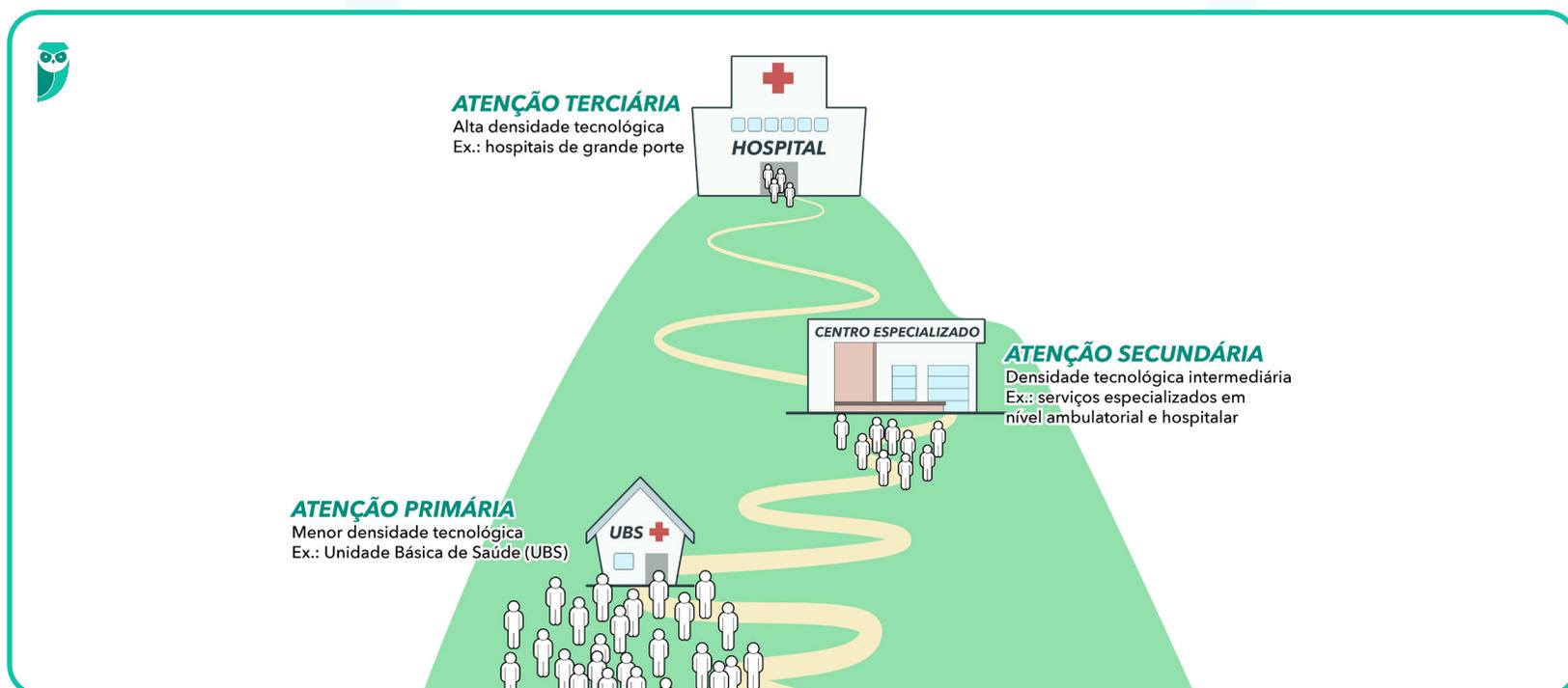


Figura: Níveis de Atenção à Saúde, seguindo exatamente o princípio da hierarquização do sistema. Fonte: Estratégia MED.

### COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

#### Correta a alternativa A.

De fato, as Unidades Básicas de Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Clínicas de Hemodiálise compõem, respectivamente, serviços pertencentes aos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

**Incorreta a alternativa B.** Os hospitais de pequeno porte, frequentemente remetidos como hospitais gerais, fazem parte do nível secundário de atenção à saúde.

**Incorreta a alternativa C.** As clínicas de hemodiálise fazem parte da alta complexidade e, portanto, encaixam-se no nível terciário de atenção.

**Incorreta a alternativa D.** As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) fazem parte do nível secundário de atenção.

**45 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria)** Ao longo da graduação de Medicina, poucos acadêmicos tomam ciência da existência de um Código de Ética que baliza as condutas dos futuros médicos ao longo do curso. Editado pela última vez em 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o Código de Ética Médica dos Estudantes de Medicina traz como um de seus postulados balizadores o seguinte:

- A) Nas relações com os pacientes, durante as atividades acadêmicas, o estudante de Medicina deverá guardar sigilo das informações obtidas nesse contexto, devendo quebrá-lo apenas em três situações: autorização do paciente, por escrito, motivo justo e dever legal.
- B) É terminantemente proibido ao estudante de Medicina usar plataformas de mensagens instantâneas para comunicar-se com médicos ou outros estudantes do mesmo curso no intuito de tirar dúvidas sobre pacientes.
- C) É vedado ao estudante de Medicina o preenchimento de documentos médicos, como por exemplo, o prontuário do paciente.
- D) Nos contextos de assédio moral ou relações abusivas entre acadêmicos, médicos e outros profissionais de saúde, cabe ao estudante de Medicina posicionar-se contrário à situação e fazer, de forma direta, denúncia junto às instâncias competentes.

---

## COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

---

**TEMA: ÉTICA MÉDICA: CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA.**

**Referência Bibliográfica:**

1. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica do Estudante de Medicina. CFM, 2018. Disponível em: <https://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=23&edicao=4442#page/4>

O Código de Ética do Estudante de Medicina é um documento balizador das condutas dos futuros médicos durante a graduação.

Baseado na modelagem do Código de Ética Médica (CEM), o texto contém todos os preceitos éticos, os deveres e as regras que fazem parte das relações entre os estudantes, professores, médicos e outros profissionais de saúde.

O Código do Estudante contém, ao todo, 18 princípios fundamentais e 45 artigos, distribuídos em 6 eixos:

- 1) Relação do estudante com as instituições de ensino e de saúde;
- 2) Relação do estudante com o cadáver;
- 3) Relações interpessoais do estudante;
- 4) Responsabilidade do estudante com seus estudos/formação;
- 5) Relação do estudante com a sociedade;
- 6) Relação do estudante com a equipe multiprofissional.

Compreendida a estrutura base do código, vamos avaliar o que foi proposto em cada uma das alternativas.

### COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

**Incorreta a alternativa A.** De acordo com o princípio fundamental IX do Código do Estudante, o acadêmico de Medicina deverá guardar sigilo de todas as informações obtidas junto aos pacientes durante o exercício de suas atividades acadêmicas. Em caso de necessidade da quebra de sigilo, de acordo com o artigo 29 desse código, o responsável por executá-la será o médico assistente, sendo esse ato vedado ao estudante de Medicina.

**Incorreta a alternativa B.** Assunto de extrema relevância para todos os médicos, estejam eles formados ou não, o uso das tecnologias da informação é abordado no artigo 34 do código. Nele, fica claro que estudantes de Medicina poderão comunicar-se com colegas de curso ou médicos para enviar dados ou tirar dúvidas sobre pacientes, obviamente, mantendo o caráter privativo e sigiloso dessa comunicação.

Leia, abaixo, esse artigo na íntegra:

*“Art. 34: É permitido o uso de plataformas de mensagens instantâneas para comunicação entre médicos e estudantes de medicina, em caráter privativo, para enviar dados ou tirar dúvidas sobre pacientes, com a ressalva de que todas as informações passadas tenham absoluto caráter confidencial e não possam extrapolar os limites do próprio grupo, tampouco circular em grupos recreativos, mesmo que compostos apenas por médicos e estudantes”.*

**Incorreta a alternativa C.** Na rotina de suas práticas acadêmicas, o estudante de Medicina poderá preencher documentos médicos, sempre sob supervisão de um médico, que será o responsável por assinar e ratificar o que foi escrito pelo estudante. Além disso, de acordo com o artigo 31 do código, é um dever do estudante preencher prontuários médicos de forma clara, correta e legível.

**Correta a alternativa D.** Perfeito! Nos artigos 16 e 17 do código temos exatamente isso explicitado, observe:

*“Art. 16: É dever do estudante posicionar-se contra qualquer tipo de assédio moral e/ou relação abusiva de poder entre internos, residentes e preceptores dentro do ambiente médico/universitário”.*

*“Art. 17: Cabe ao estudante denunciar à instância competente conduta antiética e preconceituosa de acadêmicos, preceptores, docentes e demais funcionários da instituição”.*

Portanto, deve ficar claro que é um dever do acadêmico de Medicina combater as relações abusivas e preconceituosas, posicionando-se contrariamente a elas, além de, ao tomar conhecimento de sua ocorrência, denunciá-las diretamente às instâncias competentes.

**46 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D’Alegria)** As causas de mortalidade na população brasileira constituem-se em importantes informações para permitir o planejamento, o acompanhamento e a aplicação de medidas de intervenção visando a melhoria da situação de saúde no país. No segundo semestre de 2023, os dados mais recentes sobre a mortalidade em território nacional foram apresentados pelo DATASUS, permitindo algumas conclusões importantes, exceto:

- A) Após um predomínio das doenças infectocontagiosas e parasitárias como as principais responsáveis pela mortalidade no Brasil ao longo dos anos de 2020 e 2021, as doenças cardiovasculares e neoplásicas passaram a figurar novamente como as causas mais relevantes de óbito na população brasileira.
- B) Apesar do seu expressivo crescimento nos últimos anos, as neoplasias pancreáticas ainda não representam uma causa expressiva da mortalidade, sobretudo nas mulheres brasileiras.
- C) Atualmente, as causas externas não mais figuram entre as cinco principais causas de mortalidade na população do sexo feminino no país.
- D) Mantendo o que já havia sido observado em 2021, o câncer de próstata foi o principal responsável pela mortalidade por neoplasias malignas entre homens no país, ficando à frente do câncer de pulmão, traqueia e brônquios.

---

## COMENTÁRIO INTRODUTÓRIO

---

**TEMA: INDICADORES DE MORTALIDADE: DADOS DE MORTALIDADE NA POPULAÇÃO BRASILEIRA 2023.**

**Referência Bibliográfica:**

1. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>.

Os dados concernentes sobre as causas de mortalidade na população brasileira são anualmente coletados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Por meio do conhecimento e do estudo das principais causas de mortalidade, podemos ter uma maior compreensão da situação de saúde da população brasileira, bem como da evolução da transição epidemiológica no país. Ao tomarem ciência desses dados, as autoridades de saúde poderão atuar de forma direcionada para tentar controlar os fatores que influenciam as principais causas de mortalidade na população residente em território nacional.

Os dados preliminares das causas de mortalidade específica e por sexo foram liberados em agosto de 2023 e já nos permitem observar importantes tendências:

- # A mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplásicas voltou para o topo da lista, passado o período da Pandemia de COVID-19.
- # As causas externas ainda permanecem como importantes responsáveis por mortes na população masculina.
- # Apesar da recrudescência do vírus SARS-CoV-2, as doenças infectocontagiosas e parasitárias permanecem entre as cinco principais causas do óbito na população brasileira, evidenciando a persistência do padrão de tripla carga de doenças da nossa transição epidemiológica.
- # O câncer de próstata consolidou-se como a principal neoplasia maligna a vitimar a população masculina brasileira, mantendo-se mais uma vez à frente do câncer de pulmão, traqueia e brônquios.
- # As neoplasias pancreáticas vêm ganhando cada vez mais destaque, passando a figurar na quinta posição do *ranking* de óbitos por neoplasias malignas entre as mulheres.

Vamos observar algumas tabelas que resumem essas informações:

MORTALIDADE ESPECÍFICA POR GRUPO DE CAUSAS NO BRASIL (geral) - 2022	
Doenças do aparelho circulatório	397.920
Neoplasias (tumores)	242.963
Doenças do aparelho respiratório	176.111
Causas externas	152.090
Doenças infecciosas e parasitárias	131.856

Figura: Mortalidade Específica por grupo de causas (geral) - Dados preliminares DATASUS. Fonte: Construída a partir da referência bibliográfica número 1 (um) e tabulado pela Profa. Bárbara D'alegria.

MORTALIDADE ESPECÍFICA POR GRUPO DE CAUSAS NO BRASIL (por sexo) - 2022	
Homens	Mulheres
(1°) Doenças do aparelho circulatório	(1°) Doenças do aparelho circulatório
(2°) Neoplasias (tumores)	(2°) Neoplasias (tumores)
(3°) Causas externas	(3°) Doenças do aparelho respiratório
(4°) Doenças do aparelho respiratório	(4°) Doenças infecciosas e parasitárias
(5°) Doenças infecciosas e parasitárias	(5°) Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas

Figura: Mortalidade Específica por grupo de causas (por sexo) - Dados preliminares DATASUS. Fonte: Construída a partir da referência bibliográfica número 1 (um) e tabulado pela Profa. Bárbara D'alegria.

## MORTALIDADE ESPECÍFICA POR NEOPLASIAS NO BRASIL - 2022

Homens	Mulheres
Próstata	Mama
Pulmão, traqueia e brônquios	Pulmão, traqueia e brônquios
Cólon, reto e ânus	Cólon, reto e ânus
Estômago	Útero
Esôfago	Pâncreas

Figura: Mortalidade Específica por grupo de causas (neoplasias) - Dados preliminares DATASUS. Fonte: Construída a partir da referência bibliográfica número 1 (um) e tabulado pela Profa. Bárbara D'alegría.

Avaliadas as tabelas, vamos às alternativas.

## COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

**Incorreta a alternativa A.** Ao longo de 2020 e 2021, em razão da Pandemia de COVID-19, tivemos um aumento abrupto da mortalidade por doenças infectocontagiosas e parasitárias, que, nos dados de 2021, mostravam-se como as principais causas de mortalidade na população brasileira. Com a superação do episódio pandêmico, os padrões de mortalidade pré-pandemia foram restabelecidos ao longo de 2022, com as doenças cardiovasculares e neoplásicas voltando a assumir as primeiras posições nos *rankings* de mortalidade.

**Correta a alternativa B.**

Nos últimos anos, observa-se uma progressão da mortalidade por câncer de pâncreas na população, sem haver preferência específica por sexo. Em 2022, pouco mais de 12 mil brasileiros faleceram dessa condição, sendo um total de 6227 homens e 6366 mulheres, o que colocou essa neoplasia maligna na quinta posição do ranking de mortalidade por cânceres entre as brasileiras, denotando a importância relativa dessa afecção no grupamento populacional feminino.

**Incorreta a alternativa C.** De fato, as causas externas ocupam apenas a sétima posição do ranking geral de mortalidade das mulheres no Brasil. Por outro lado, entre os homens, permanecem como a terceira maior causa de mortalidade.

**Incorreta a alternativa D.** O câncer de próstata apareceu como a principal causa de mortalidade por neoplasias malignas no sexo masculino em 2022, até então, o DATASUS apontava as neoplasias do trato digestivo como estômago (ao contrário do INCA que, em 2020, apontou o câncer de pulmão como primeiro lugar).

**47 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo)** Infante de 4 anos de idade, sexo masculino, é levado por seus pais para uma consulta com o psiquiatra infantil. Quem o encaminhou foi a médica da atenção primária, que fez as seguintes observações na carta de referência:

“Paciente apresenta aparente atraso no desenvolvimento, não forma frases com mais de 3 palavras, sua linguagem não verbal é pobre e desinteressada. Noto também que deu seus primeiros passos sem apoio aos 18 meses, sem ter engatinhado. Parece uma criança mais lenta, normalmente prefere ficar sentada mexendo no mesmo brinquedo de forma repetitiva e insistente. Adora bater palmas na sua cama durante a noite. Quando chamado pelo nome, parece não ouvir, além disso, demonstra pouco apego pelos pais e tem frequentes episódios de birra quando contrariado, especialmente na hora da alimentação. Solicito sua avaliação e acompanhamento conjunto”

Diante do provável diagnóstico do menor, assinale a alternativa que não é considerada um fator de risco para seu desenvolvimento:

- A) Exposição intraútero ao ácido valproico
- B) Idade paterna > 40 anos
- C) Baixo peso ao nascer
- D) Vacina tríplice viral

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, o transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta 4 a 5 vezes mais o sexo masculino, atingindo cerca de 1% da população.

Suas principais características são a presença de prejuízos persistentes na comunicação verbal e não verbal e na interação social. Também, comumente, estão presentes sintomas como estereotípias motoras, um padrão rígido de comportamento e rotina, irritabilidade e hipersensibilidade a estímulos ambientais. Entre 30 e 70% dos pacientes apresentam algum prejuízo cognitivo associado.

Normalmente, os primeiros sinais e sintomas do TEA são observados por volta dos 18 meses de vida, contudo o diagnóstico, geralmente, ocorre após os 3 anos.

Segundo o DSM-5, a herdabilidade do transtorno varia de 37% a 90%, demonstrando uma enorme contribuição genética em muitos casos. Entre seus principais fatores de risco, citam-se (com alguma variação de acordo com a fonte) idade materna superior a 35/40 anos e paterna superior a 40 anos, baixo peso ao nascer, prematuridade, história familiar, exposição intraútero ao valproato e tentativa de aborto antes de 20 semanas.

Seu tratamento é realizado com a associação de psicoterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia e psicofarmacoterapia, e visa especialmente o desenvolvimento das habilidades sociais e comunicativas do paciente, além da redução dos sintomas mais graves e incapacitantes.

**Incorreta a alternativa A.** A exposição ao ácido valproico aumenta consideravelmente o risco do desenvolvimento de TEA, por isso deve ser evitado na gestação.

**Incorreta a alternativa B.** Como vimos acima, um dos principais fatores de risco envolve a idade dos pais.

**Incorreta a alternativa C.** Baixo peso ao nascer, especialmente se abaixo de 2500 gramas, é um dos principais fatores de risco conhecidos.

### Correta a alternativa D.

Apesar de muito alardeado, até hoje, não há qualquer evidência conclusiva de que vacinas estejam associadas ao surgimento do autismo

**48 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Cardiologia - Prof. Bruno Ferraz)** Homem de 38 anos de idade, hipertenso desde os 22 anos de idade, vai à consulta na unidade básica de saúde. Está apresentando episódios recorrentes de cefaleia e palpitações associados a níveis pressóricos elevados nos últimos 3 meses. Usa, regularmente, enalapril 20 mg 2x ao dia, anlodipino 10mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia. Ao exame físico, paciente está em bom estado geral, FC = 89 bpm, PA = 164 x 96 mmHg, sem outras alterações. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta.

- A) Trata-se de um caso de hipertensão refratária e deve ser tratado com betabloqueadores.
- B) Paciente não deve ser investigado quanto à hipertensão secundária, visto que é hipertenso há 16 anos.

- C) Deve ser iniciado tratamento com espironolactona.  
 D) Antes de ajustar a medicação, deve ser solicitada dosagem sérica de aldosterona e renina.

## COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, temos um doente sabidamente hipertenso que já está em uso de medicação anti-hipertensiva e segue com PA não controlada.

Como ele está em uso de 3 medicações em dose máxima, podemos dizer que estamos diante de um paciente com hipertensão resistente. O que fazer nesses casos?



Vamos analisar as alternativas?

**Incorreta a alternativa A:** hipertensão refratária é o cenário em que o paciente permanece com PA não controlada em uso de 5 medicações.

**Incorreta a alternativa B:** paciente jovem que vinha com a PA controlada e modifica o padrão de controle da PA deve ser investigado para HAS secundária. Além disso, a presença de palpitações e cefaleia deve levantar a hipótese de feocromocitoma.

**Correta a alternativa C:** uma vez feito o diagnóstico de HAS resistente, a quarta droga deve ser o feocromocitoma.

**Incorreta a alternativa D:** hiperaldosteronismo primário não é a principal hipótese nesse caso.

**49 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza)** Uma mãe leva seu filho de 3 anos na unidade básica de saúde. Ela refere que surgiu uma lesão amarelada no rosto da criança, como demonstrada na imagem a seguir (VER IMAGEM).



Sobre essa doença, assinale a alternativa correta.

- A) Corticoides tópicos devem ser iniciados.
- B) Como o diagnóstico é de herpes, precisamos avaliar imunossupressão.
- C) O agente etiológico pode ser o mesmo da erisipela.
- D) Não é típico o acometimento facial nessa doença.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos visualizando pústulas e crostas melicéricas (amareladas) localizadas na região perioral. Isso é típico do impetigo crostoso (não bolhoso). O impetigo crostoso é uma piodermite superficial causada geralmente por *Staphylococcus aureus* e eventualmente por *Streptococcus pyogenes*. Vamos analisar as alternativas.

**Incorreta a alternativa A.** Como se trata de um quadro infeccioso, o tratamento deve ser feito com antibiótico, não com corticoide.

**Incorreta a alternativa B.** Como falamos, o diagnóstico é de impetigo, não de herpes.

### Correta a alternativa C.

O principal agente etiológico da erisipela é o *Streptococcus pyogenes*. O *S. aureus* também pode causar ambas as doenças.

**Incorreta a alternativa D.** O local mais comum do impetigo crostoso é justamente a face.

**50 – (Estratégia MED 2023 – Inédita – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira)** Homem de 49 anos procura a unidade básica de saúde por dor e inchaço em joelho esquerdo há 24 horas. É hipertenso e diabético em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, enalapril 10 mg de 12/12 horas e metformina 850 mg de 12/12 horas. Nega trauma e nega evento prévio semelhante. Ao exame físico, temperatura axilar de 38°C, dor, edema, discreto rubor e limitação à extensão em joelho esquerdo. Realizada artrocentese cujos resultados iniciais mostram leucócitos 78.000/mm<sup>3</sup>, com 85 % de neutrófilos. Pesquisa de cristais, Gram e culturas em andamento.

O diagnóstico mais provável e a conduta adequada são:

- A) Gota – anti-inflamatório não esteroidal.
- B) Artrite séptica – drenagem articular e antibioticoterapia.
- C) Gota – alopurinol e prednisona.
- D) Pseudogota – colchicina.

## COMENTÁRIO:

Estrategista, diante de uma monoartrite aguda, como é o caso descrito acima, o primeiro passo deve ser avaliar a idade do paciente. Abaixo dos 30 anos de idade, os principais diagnósticos diferenciais devem ser trauma e artrites bacterianas agudas, como artrite gonocócica e artrite séptica não gonocócica, cujo principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*. Já acima dessa idade, além desses dois diagnósticos, não podemos nos esquecer das artrites microcristalinas, como gota e doença por deposição de pirofosfato de cálcio, mais conhecida como pseudogota.

Aqui, temos um paciente de meia-idade que, além da monoartrite aguda, apresenta febre. Esse achado é muito mais sugestivo de etiologia infecciosa, mas a febre baixa pode estar presente no contexto de uma crise aguda de gota altamente inflamatória. Cuidado!

A chave para chegar ao diagnóstico é a realização de artrocentese ou punção articular com análise do líquido sinovial e, no enunciado, já temos alguns achados iniciais.

A tabela abaixo resume aquilo que você deve saber sobre a classificação do líquido sinovial. É a partir dela que afunilaremos nossas hipóteses diagnósticas.

Tipo de líquido	Aparência	Contagem celular/ mm <sup>3</sup>	Porcentagem (%) de polimorfonucleares	Exemplos
Normal	Claro, viscoso	0 a 200	< 10	
Não inflamatório	Claro a discretamente turvo com redução da viscosidade	200 a 2.000	< 20	Trauma Osteoartrite
Inflamatório	Discretamente turvo com redução da viscosidade	2.000 a 50.000	20 – 75	AR Espondiloartrites Artrites microcristalinas
Infeccioso (séptico, pioartrite)	Turvo, com redução da viscosidade e purulento em alguns casos	50.000 a 100.000	>75	Artrite séptica Artrite gonocócica *

\* Também está associada a líquido sinovial com características inflamatórias.

Dito isso, vamos às alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** note que a celularidade do líquido sinovial e o claro predomínio de polimorfonucleares é compatível com etiologia infecciosa e, no caso da gota, esperaríamos um líquido com características inflamatórias.

**Correta a alternativa B:**

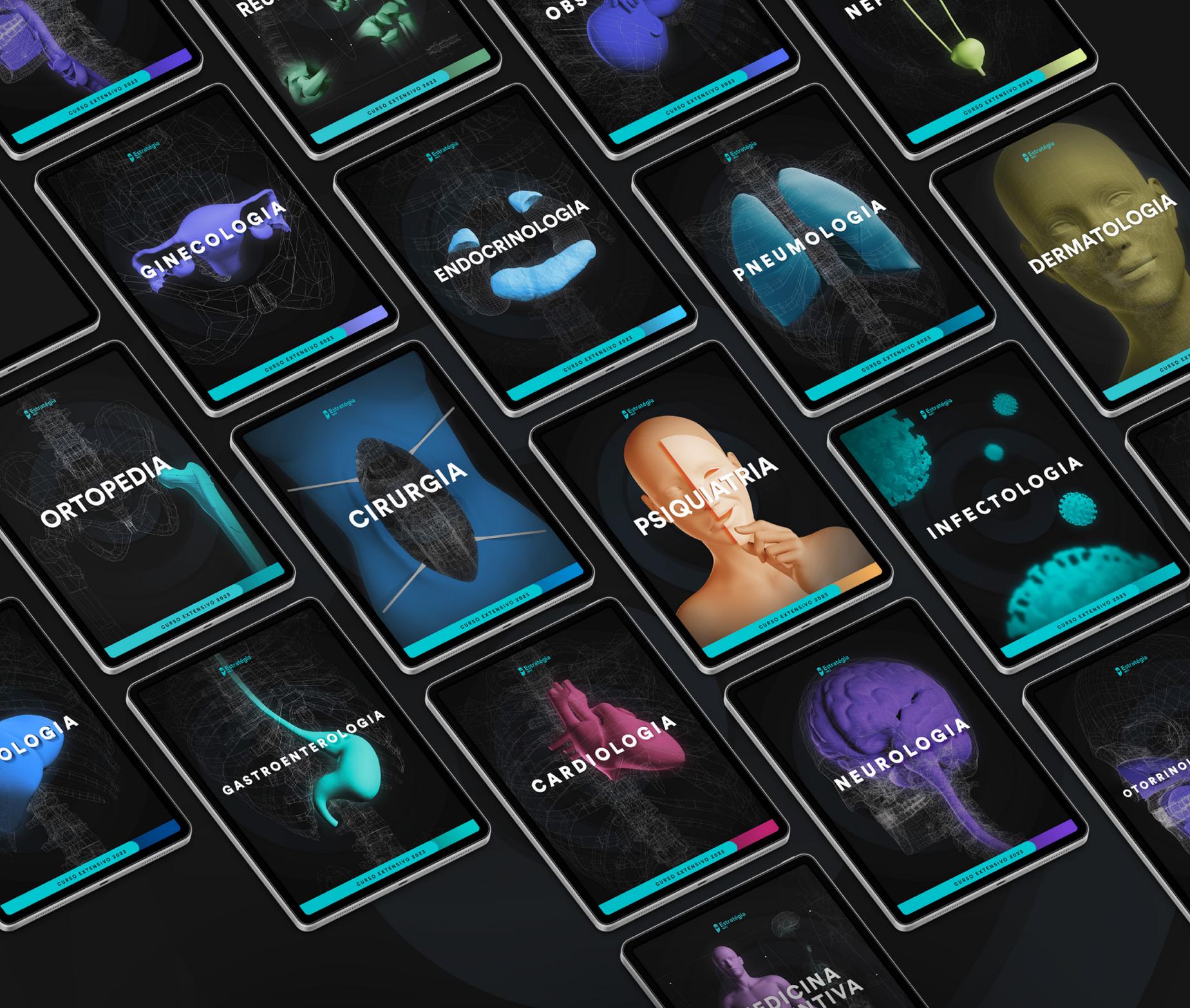
ainda que a pesquisa do Gram e culturas estejam em andamento, já temos elementos suficientes com clínica e celularidade para instituímos medidas iniciais e, após seus resultados, ajustar a terapêutica, se necessário.

Por tratar-se de uma infecção de foco fechado, a drenagem articular sempre deverá ser realizada e, a princípio, pode ser feita por meio de punção articular de alívio. Casos específicos podem demandar drenagem em ambiente cirúrgico. Além disso, está indicada antibioticoterapia com espectro adequado para cobrir o *S. aureus*. No Brasil, a droga de escolha para o tratamento empírico inicial é a oxacilina intravenosa.

**Incorreta a alternativa C:** conforme discutido anteriormente. Além disso, lembre-se de que, ainda que estivéssemos diante de um caso de gota, o alopurinol é indicado no tratamento de manutenção e não tem qualquer benefício no controle de uma crise aguda. Em casos específicos, o médico pode iniciar em paralelo o manejo da crise aguda e o alopurinol, mas não se esqueça do foco de cada uma dessas modalidades de tratamento.

**Incorreta a alternativa D:** por tratar-se de uma artrite microcristalina, a pseudogota cursa com líquido sinovial de características inflamatórias.

[VEJA O RANKING](#)



# Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

[med.estrategia.com](https://med.estrategia.com)