



Provas Gratuitas Anteriores para Residência Médica

4 SES-PE

Documento última vez atualizado em 20/02/2024 às 15:39.



Índice

4.1)	SES-PE - 2023	3
4.2)	SES-PE - 2024	186

4.1 SES-PE - 2023

Questão | | 2023 | 4000183401

Você foi chamado para acompanhar uma paciente de 40 anos que está internada com quadro de febre, perda de peso e linfonodomegalias generalizadas. Já foi realizada uma biópsia que revelou um linfoma não Hodgkin de alto grau. Antes de você conhecer a paciente, sua irmã o procura para pedir que não revele o diagnóstico, pois teme que ela reative uma depressão prévia. A paciente perdeu o marido em acidente automobilístico há dois anos e cria sozinha o filho de cinco anos. A doença é grave, mas há chance de cura com quimioterapia agressiva.

Como reagir em uma situação como essa?

- A)** Concordar com a irmã, pois a reativação de quadro depressivo nesse momento atrapalharia o tratamento.
- B)** A paciente precisa começar o tratamento o quanto antes, e isso não pode ser feito sem seu consentimento informado. O diagnóstico deve ser comunicado imediatamente.
- C)** Comunicar o diagnóstico apenas se a paciente perguntar. Se isso não acontecer, iniciar a quimioterapia com a autorização da família.
- D)** Comunicar à irmã que nessas condições você não pode assumir o caso, pois não concorda em mentir.
- E)** Criar uma relação de confiança com família e paciente, para sanar as dúvidas e assim comunicar o diagnóstico e programar o tratamento.

Solução

Gabarito: E) Criar uma relação de confiança com família e paciente, para sanar as dúvidas e assim comunicar o diagnóstico e programar o tratamento.

GABARITO: ALTERNATIVA E

Referência Bibliográfica:

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 - Código de Ética Médica (CEM). Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

Estrategistas, estamos diante de uma questão que toca em um assunto extremamente delicado: a transmissão de más notícias.

Toda vez que nos deparamos com esse tipo de situação, seja na vida prática, seja nas provas, precisamos ter bastante calma e ponderar todos os fatores envolvidos!

Então, já te adianto: diante desses casos, nunca haverá uma saída perfeita.

Avaliando o caso em tela, estamos diante de uma paciente com histórico de depressão e que apresenta um diagnóstico de neoplasia maligna tratável. A irmã da paciente solicita que o diagnóstico não seja revelado, com medo de que repercussões negativas se estabeleçam....

Como o médico deve se portar diante dessa situação?

Vamos, primeiramente, recorrer ao texto do Código de Ética Médica (CEM) e ver o que ele postula sobre o assunto. Assim temos:

"Capítulo V - RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES:

É vedado ao médico:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso,
fazer a comunicação a seu representante legal".

Perceba que o CEM é claro ao dizer: o médico deve sempre se reportar primeiramente ao paciente e, apenas nos casos onde julgar que a comunicação de um provável diagnóstico possa ser danosa ou quando o próprio paciente revela que não deseja saber o seu estado de saúde, não o fazer, passando essas informações ao representante legal do sujeito.

Perceba como a situação trazida pela questão é complexa?

Logo, devemos ter muita calma no momento de determinar qual saída iremos tomar!

A mais adequada delas é, em primeiro lugar, conhecer a paciente e de fato entender, baseado no julgamento médico, o quanto maléfico pode ser a informação do diagnóstico da neoplasia maligna para ela. A partir daí, determinaremos se a notícia será dada ou não.

Como estamos no campo da objetividade de uma questão de prova, nos parece razoável não determinar em um primeiro momento se a notícia será dada ou não. A partir disso, devemos estabelecer vínculo com a paciente e sua família, conhecê-los melhor e preparar o terreno para dar a notícia a mulher, já que ela é a principal interessada. Dessa forma, entenderemos se a notícia pode ser dada ou não e, caso ela seja dada, será feita da forma mais adequada possível.

Dessa maneira, a alternativa que mais se aproxima dessa conduta é a D, que apesar de não ser perfeita, já que não temos informações suficientes para determinar se a notícia

será dada ou não, é aquela que propõe o estabelecimento de vínculo entre médico, família e paciente, que será a grande ferramenta para que o caso em tela apresente um desfecho satisfatório.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Antes de concordar com a irmã, o médico deve conhecer a paciente para aferir se esta pode ou não receber a notícia. Lembre-se de que o médico deve se reportar, antes de tudo, ao seu paciente.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** A comunicação imediata do diagnóstico, sem antes conhecer e estabelecer vínculo com a paciente pode ser desastrosa. Assim, como explicitado no comentário introdutório, primeiro devemos estabelecer vínculo com ela e sua família para aferir como a notícia pode vir a ser recebida.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** A paciente deve ser avaliada ativamente pelo médico quanto a sua capacidade de receber a notícia. Portanto, deve ficar claro que ela tem o direito de saber de sua doença e o médico não pode revelar o fato "apenas se o paciente perguntar".

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Mais uma vez, é de suma importância que o médico estabeleça vínculo com a paciente e família antes de tomar qualquer decisão. Assim, como já descrito no comentário introdutório, é necessário "mapear o terreno" antes de decidir se o diagnóstico será ou não repassado à mulher.

A letra E está correta. **CORRETA:** Apesar de não ser perfeita, essa é a melhor resposta. A banca deveria ter oferecido mais informações sobre a paciente e sobre uma conversa dela com o médico. Sem esses dados, não é possível concluir sobre possibilidade ou não da transmissão do diagnóstico.

Questão | 2023 | 4000183402

Um paciente branco de 60 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 35%, persiste sintomático, apesar de usar doses otimizadas de enalapril, carvedilol e espironolactona. Sabendo que não há edema periférico significativo, o ritmo cardíaco é sinusal, com frequência cardíaca em torno de 65 bpm e PA 130x90 mmHg, qual das condutas abaixo traria maior benefício em termos de redução de morbidade e mortalidade?

- A)** Associar diurético de alça (furosemida)
- B)** Associar ivabradina
- C)** Associar sacubitril-valsartan
- D)** Associar nitrato e hidralazina
- E)** Trocar enalapril por sacubitril-valsartan

Solução

Gabarito: E) Trocar enalapril por sacubitril-valsartan

Gabarito: ALTERNATIVA E.

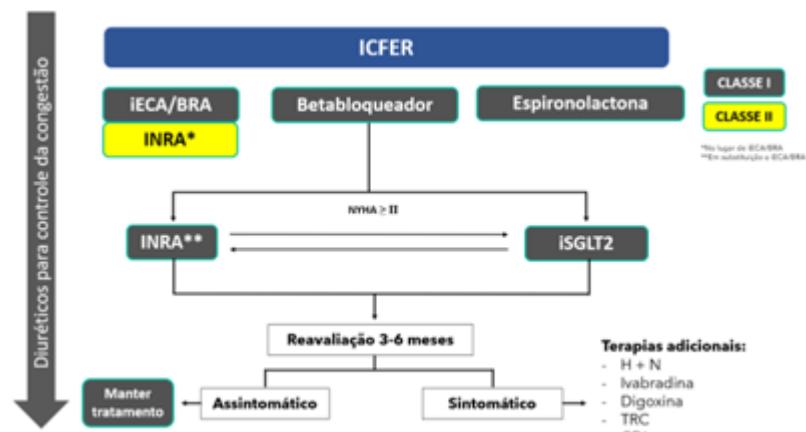
Comentário:

Excelente questão, que exige conhecimento atualizado do tratamento da **insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER)**.

Trata-se de um paciente com ICFER (FE 35%), em **tratamento clínico otimizado**, mas que está sintomático.

Ele já faz uso do tripé principal do tratamento da ICFER: **(1) IECA ou BRA (enalapril); (2) betabloqueador (carvedilol, bisoprolol ou succinato de metoprolol) e (3) espironolactona.**

Como ele está sintomático, o próximo passo é suspender o enalapril e trocar por sacubitril/valsartana, ou adicionar uma quarta medicação com impacto na mortalidade, o iSGLT2 (empagliflozina ou dapagliflozina). Veja esquema a seguir.



A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: pois o paciente não tem sinais evidentes de congestão. Além disso, a furosemida não reduz a morbimortalidade. Ela é muito boa para o controle de sintomas congestivos.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: a ivabradina seria uma boa opção após a falha terapêutica inicial. Repare no esquema que ela faz parte das terapias adicionais. Mais um detalhe: ela é indicada para pacientes que estão em ritmo sinusal e com frequência cardíaca acima de 70 bpm (repare que o paciente já está com uma frequência menor, de 65 bpm).

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: pois o sacubitril-valsartana não pode ser utilizado concomitantemente com o IECA (enalapril), mas sim em sua substituição.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: pois o nitrato e a hidralazina são tratamentos adicionais, indicados para pacientes refratários ao tratamento clínico inicial.

A letra E está correta. Correta a alternativa E: essa é uma das alternativas. A outra seria manter o esquema atual e adicionar um iSGLT2.

Questão | | 2023 | 4000183403

Um paciente de 45 anos procurou a emergência com história de icterícia e colúria há sete dias, evoluindo com vômitos recorrentes. À admissão o paciente estava consciente e orientado, com fígado palpável cerca de 3 cm abaixo do rebordo costal direito e seus exames laboratoriais mostravam: TGO (AST) 1850 UI/ml - TGP (ALT) 3500 UI/ml - BT 10,8 mg/gl - BD 8,0 mg/dl - INR 2,1. Investigação sorológica mostrou antiHVA IgM negativo, antiHVA IgG positivo, antiHBc IgM positivo, HBsAg negativo.

Com relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** O diagnóstico de hepatite B pode ser descartado, já que o HBsAg foi negativo.
- B)** O início de entecavir pode ser benéfico neste caso.
- C)** A presença do antiHBc positivo na ausência de HBsAg sugere que esse é um quadro de reativação de hepatite B crônica.
- D)** O paciente deve ser listado imediatamente para transplante hepático, pois o INR alargado define o diagnóstico de insuficiência hepática aguda.
- E)** O paciente deve ser hospitalizado imediatamente, pois níveis de transaminases acima de 3000 UI/ml predizem mau prognóstico.

Solução

Gabarito: B) O início de entecavir pode ser benéfico neste caso.

Estrategista, hepatites virais é tema frequente nas provas, mas essa questão não está boa... Vamos aproveitar para consolidar pontos importantes!

A hepatite B é causada por vírus de DNA e a transmissão é por via parenteral, ou seja, através do sangue e fluidos corporais. Os principais meios de transmissão são por via sexual, percutânea e perinatal (vertical). A transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados hoje é quase nula, devido às testagens nos bancos de sangue.

Pode acontecer hepatite aguda ou assintomática, com risco de evolução para hepatite crônica, maior quanto mais precoce é a infecção, chegando a 90-95% em casos de transmissão vertical e apenas de 5-10% quando a contaminação acontece na vida adulta.

Na fase aguda da doença, apenas 30% dos pacientes apresentam a forma icterica, associado à síndrome colestática (ictericia, prurido, colúria e acolia fecal). A maioria dos pacientes apresenta sintomas inespecíficos, como astenia, artralgia, náuseas, vômitos, fadiga, cefaleia, fotofobia, tosse e desconforto no hipocôndrio direito. Quando há manifestação clínica na forma aguda, especialmente quando há ictericia, a chance de ocorrer clareamento viral espontâneo é maior.

A avaliação dos marcadores sorológicos é essencial para o diagnóstico da hepatite B. Dentre eles, o HBsAg é o primeiro a surgir na circulação e é característico de infecção atual (aguda ou crônica). É definido como hepatite B crônica quando o HBsAg permanece na circulação por mais de 6 meses.

Esses quadros vão ajudar a memorizar cada marcador e os diferentes estágios da infecção pelo HBV e a vacinação. Vamos ver?

Marcador	Resumo
HBsAg	Proteína de superfície do vírus da hepatite B, está presente em altos títulos na infecção aguda. É marcador da presença da proteína viral e se estiver positivo por mais de 6 meses, é indicativo de cronificação da hepatite B.
antiHBs	Anticorpo produzido contra o HBsAg, indica imunidade contra o vírus. É produzido a partir da exposição ao vírus selvagem (infecção) ou após vacinação com vírus inativo.
HBeAg	Proteína "e" do vírus da hepatite B, sua detecção representa presença de replicação viral. Quando positivo, está associado a uma elevada carga viral circulante.
AntiHBe	Anticorpo produzido contra o HBeAg. É capaz de controlar de maneira limitada a replicação do vírus por muitos anos, mas não de curar a infecção.
antiHBc IgM	Anticorpo contra o HBcAg, surge precocemente e é indicativo de infecção aguda pelo HBV.
antiHBc IgG	Anticorpo contra o HBcAg. Surge durante a fase aguda da infecção e persiste por toda a vida da pessoa que foi infectada. Sua presença indica que a pessoa está ou esteve infectada pelo HBV. O vírus inativo da vacina não induz a sua produção.

Marcador	Aguda	Crônica Ativa	Crônica Inativa	Passado	Vacinação
HBsAg	+	+	+	-	-
HBeAg	+/-	+	-	-	-
AntiHBc IgG	-/+	+	+	+	-
AntiHBc IgM	+	-	-	-	-
antiHBs	-	-	-	+	+

Estamos frente a um caso de hepatite aguda colestática, em que observamos aumento das transaminases, associado a hiperbilirrubinemia importante, às custas da fração direta, e alargamento de INR. Hepatites virais está entre os diagnósticos diferenciais, principalmente hepatite A (afastada pelo antiHAV IgM negativo) e hepatite B;. Nesse caso, o primeiro marcador a positivar é o HBsAg e a sorologia apresentada na prova não faz muito sentido.

Vamos discutir mais a partir das alternativas.

A letra A está incorreta. Alternativa A incorreta: realmente não faz sentido o HBsAg negativo, mas com o quadro apresentado e o antiHBc IgM positivo, é bastante provável o diagnóstico de hepatite B e a sorologia deve ser repetida. É possível que se trate de um falso negativo.

A letra B está correta. Alternativa B correta: apesar de não ser uma boa alternativa, é a melhor... Apesar do HBsAg negativo, o diagnóstico de hepatite B ainda é provável e devemos repetir a sorologia para confirmar. Portanto, em um paciente com hepatite B aguda evoluindo com critérios de gravidade (coagulopatia e icterícia), o Entecavir pode ser indicado.

A letra C está incorreta. Alternativa C incorreta: na reativação da hepatite B crônica, quando há critérios de gravidade, eventualmente o antiHBc IgM pode positivar, mas esperaríamos HBsAg positivo.

A letra D está incorreta. Alternativa D incorreta: apesar de evoluir com hiperbilirrubinemia e alargamento do INR, o paciente não apresenta diagnóstico de hepatite fulminante (não há relato de encefalopatia) e não preenche os critérios para indicação de transplante por insuficiência hepática aguda, como você pode ver abaixo.

Critérios do King's College	
Indivíduos que ingeriram paracetamol	a) pH do sangue arterial < 7,3 (independente do grau de encefalopatia) OU b) TP (tempo de protrombina) maior que 100 segundos ou INR > 6,5 e concentração de creatinina sérica > 3,4 mg/dl em pacientes com encefalopatia grau III ou IV a) TP maior que 100 segundos ou INR > 6,5 (independentemente do grau de encefalopatia) OU 3 das seguintes variáveis I – idade < 10 ou > 40 anos II – causas: halotano, hepatite de outra etiologia que os vírus A ou B, reações farmacológicas idiossincrásicas III – duração da icterícia > 7 dias antes do início da encefalopatia IV – TP > 50 segundos, INR > 3,5 V – concentração de bilirrubina > 17,5 mg/dl
Sem ingestão de paracetamol	

Critério de Clichy

Encefalopatia grau III ou IV

+

Uma das condições abaixo

- a) Fator V inferior a 30 em maiores de 30 anos
- b) Fator V inferior a 20 em menores de 30 anos

A letra E está incorreta. Alternativa E incorreta: transaminases indicam inflamação, mas não predizem mau prognóstico. O que prediz mau prognóstico é icterícia, coagulopatia e encefalopatia. Apesar de entender que o paciente necessita de internação, a justificativa está errada!

Questão | | 2023 | 4000183404

Uma paciente de 72 anos, previamente hígida e fisicamente ativa, procurou o médico com queixas de dores em ombros e pescoço há 40 dias. Refere que a dor piora durante a noite, chegando a acordá-la de madrugada, além de apresentar rigidez matinal, quando só consegue tirar a camisola cerca de uma hora após o despertar. Ao exame físico, as provas para avaliação de força muscular são normais, mas há dificuldade para abdução e elevação passiva dos ombros.

Qual dos exames abaixo será mais útil para a elucidação diagnóstica deste caso?

- A) CPK**
- B) Aldolase**
- C) Fator reumatoide**
- D) Eletroneuromiografia**
- E) Velocidade de hemossedimentação**

Solução

Gabarito: E) Velocidade de hemossedimentação

GABARITO: ALTERNATIVA E.

Paciente idosa apresentando dor e rigidez em cinturas escapular e pélvica de evolução insidiosa deve ter como principal hipótese diagnóstica polimialgia reumática, uma doença imunomedida de caráter inflamatório crônico. Note que a dor tem caráter inflamatório, piorando no período noturno e associada a rigidez matinal prolongada. Ao exame físico, não há déficit de força muscular, mas, sim, limitação da amplitude de movimento em ombros, achados característicos da polimialgia.

Dito isto, vamos às alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: a polimialgia reumática não está associada à miosite e fraqueza muscular, ainda que o nome seja sugestivo. Logo, não esperamos elevação de enzimas musculares, como a CPK, nesta condição.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: o mesmo dito para a alternativa A vale para a B, já que a aldolase também é uma enzima muscular.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: a polimialgia não está associada à positividade do fator reumatoide. Além disso, não se esqueça que na população idosa este anticorpo pode estar presente de forma inespecífica e em baixos títulos mesmo na ausência de quaisquer doenças.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: pelos mesmos motivos explicitados na alternativa A, não esperamos quaisquer alterações eletroneuromiográficas na polimialgia.

A letra E está correta. Correta a alternativa E: ainda que inespecífica, a velocidade de hemossedimentação (VHS) é uma prova de atividade inflamatória que se encontra elevada na polimialgia. Mais do que isso, esta é uma das condições que mais eleva o VHS na medicina, com valores que podem se aproximar ou mesmo superiores 100 mm/hora. Logo, com epidemiologia e clínica compatíveis, o achado de VHS elevado é mais um dado que fala a favor do diagnóstico de polimialgia reumática.

Questão | 2023 | 4000183405

Em um paciente diabético tipo 2 com múltiplas comorbidades (doença renal crônica (clearance de creatinina 28 ml/min/1,73 m²), hipertensão arterial e insuficiência cardíaca), qual dos abaixo NÃO seria um benefício da prescrição de empagliflozina?

A) Melhorar o controle glicêmico

B) Reduzir o risco de hospitalizações, se a fração de ejeção for preservada

- C) Retardar a progressão para doença renal crônica terminal
- D) Reduzir a mortalidade, se a fração de ejeção for reduzida
- E) Reduzir a albuminúria

Solução

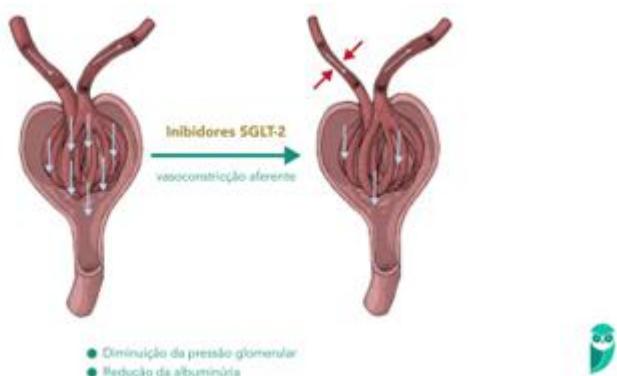
Gabarito: A) Melhorar o controle glicêmico

ALTERNATIVA CORRETA: A

Fala, Estrategista! Questão algo polêmica do SES 2023 no qual iremos falar sobre o medicamento mais querido dos endocrinologistas, e também cardiologistas, nefrologistas... Bem, de qualquer médico na atualidade: os inibidores de SGLT2!

Os inibidores de SGLT2 (canaglifozina, empaglifozina, dapaglifozina) são medicamentos que agem no tubulo proximal do nefron inibindo essa enzima o que provoca aumento da glicosúria. Como consequência desse efeito, temos como objetivo a melhora do controle glicêmico de nossos pacientes.

Todavia, desde o marcante caso dos estudos clínicos das pioglitazonas é obrigação na avaliação de qualquer medicamento anti diabético que se observe risco cardiovascular por determinação da FDA. E daí que descobrimos maravilhas sobre essas classes de medicamento: eles reduzem risco de internação na insuficiência cardíaca e também reduzem a mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida. Ademais: apresentam tal efeito até em pacientes sem diabetes!



Fonte: Estratégia MED - Nefrologia Extensivo

Frente a tantos benefícios, mais e mais estudos tem demonstrado as maravilhas desses medicamentos nos benefícios cardiovasculares e também em benefícios nefrológicos. Tendo todo esse contexto, atualmente é um medicamento muito mais do cardiologista e do nefrologista que do endocrinologista mesmo.

Mas aí que a pergunta fica polêmica: há redução de 0,4-1 % em HbA1C com uso dos inibidores de SGLT2. É um ganho modesto e trata-se de medicação não muito utilizada para esse fim, porém esse efeito ocorre.

Nas demais alternativas, tudo correto: reduz mortalidade e internação em pacientes com IC (DAPA-HF, EMPA-REG) e reduz progressão de doença renal crônica por intermédio de

reduzir albuminúrica (DAPA-CKD, CREDENCE), entre outros estudos.

Dessa forma, não conseguimos dizer que há uma resposta correta para essa questão. Mas dentre as alternativas, a letra A é a melhor resposta.

A letra A está correta. ALTERNATIVA CORRETA

Há melhora, apesar de discreta, no controle glicêmico com uso de iSGLT2. A banca considerou essa afirmativa como falsa.

A letra B está incorreta. ALTERNATIVA INCORRETA

O estudo recente EMPEROR-Preserved demonstra o benefício de redução de hospitalizações em IC-FEP.

A letra C está incorreta. ALTERNATIVA INCORRETA

Os estudos DAPA-CKD e EMPA-KIDNEY demonstraram o benefício na progressão de DRC com uso dessa classe de medicamentos.

A letra D está incorreta. ALTERNATIVA INCORRETA

Estudos como DAPA-HF e EMPA-REG mostraram o benefício em pacientes com fração de ejeção reduzida.

A letra E está incorreta. ALTERNATIVA INCORRETA

A redução da albuminúria é um dos mecanismos pelos quais há redução da progressão de doença renal com essa classe de medicamentos.

Questão | 2023 | 4000183406

Uma paciente de 25 anos, portadora de enxaqueca desde a puberdade, observou aumento da frequência das crises, o que relacionava à tensão durante a preparação para o concurso da residência médica. Passou a usar paracetamol-codeína com frequência quase diária nos últimos seis meses. Há 20 dias, a cefaleia se tornou praticamente contínua e não está melhorando com o aumento da dose dos analgésicos. O exame neurológico é totalmente normal e não há outros sintomas sistêmicos. Qual seria a melhor conduta neste momento?

- A)** Suspender imediatamente o uso do paracetamol-codeína
- B)** Internar em regime de urgência para realizar ressonância magnética de encéfalo
- C)** Prescrever um curso de sete dias de prednisona

- D) Proibir, em definitivo, o uso de opioides para o tratamento da enxaqueca
- E) Rever o diagnóstico de migrânea, pois a evolução está incompatível

Solução

Gabarito: C Prescrever um curso de sete dias de prednisona

Estrategista, questão muito polêmica!

O enunciado descreve um quadro típico de migrânea crônica, transformada a partir do uso excessivo de analgesia combinada, incluindo um opioide. Essa relação é inequívoca e acredito que compartilhada pelo próprio enunciado. Diante desse quadro, qual é a conduta a ser tomada? Cessar o abuso de analgésico, motivo principal para o desfecho clínico, e, de fato, oferecer alternativa de tratamento. De preferência, iniciar profilaxia e ofertar via analgésica alternativa, o que, na maioria dos guidelines seria feito com AINEs (posto que a paciente está usando analgésico simples com opioide), ou clorpromazina e de acordo com poucos guidelines, corticoterapia.

O problema da questão é o gabarito inicial que propõe um curso de corticoterapia. De fato, o uso de prednisona poderia ser uma alternativa (embora não seja a melhor). O problema é que é inadmissível não suspender o analgésico com opioide! Esse é o motivo da paciente estar com migrânea crônica. Iniciar o corticóide, sem retirar a analgesia combinada seria como abrir uma torneira que enche um balde furado. É mais sensato, primeiro, fechar o furo que drena a água do balde.

Sendo assim, entendo que a alternativa A é no mínimo, também correta! Não há sentido na consideração, exclusiva, do uso de prednisona como alternativa correta.

A letra A está incorreta. Conforme supracitado, a suspensão do analgésico e, sobretudo, do opioide está totalmente indicada.

A letra B está incorreta. O quadro é de migrânea crônica. Não há necessidade de internação para realização de neuroimagem.

A letra C está correta. Como vimos acima, de fato, poderia fazer parte do manejo do quadro, contudo, certamente, não de forma isolada ou como primeira opção.

A letra D está incorreta. De fato, o opioide não deve ser utilizado para manejo de migrânea, contudo, não é, isoladamente, do que a paciente precisa.

A letra E está incorreta. A evolução é clássica de uma migrânea crônica, transformada a partir de uma migrânea episódica associada ao abuso de analgésico.

Questão | 2023 | 4000183407

Durante o exame físico de uma paciente de 25 anos, você observa a alteração ungueal apresentada na figura abaixo. Qual dos sintomas/sinais abaixo citados NÃO é

relacionado ao achado?



- A) Vontade compulsiva de chupar gelo
- B) Disfagia
- C) Síndrome das pernas inquietas
- D) Coloração avermelhada da urina após ingestão de beterraba
- E) Abatiesesia

Solução

Gabarito: E) Abatiesesia

Conseguiu reconhecer essa clássica alteração de exame físico, Estrategista? Essa depressão no centro da unha é chamada de **koiloníquia**, uma manifestação muito associada à **deficiência de ferro**, apesar de não ser patognomônica. Esse é um achado bastante cobrado pelas provas de residência, apesar de ser raro na prática clínica.

Lembre-se também que a **anemia ferropriva** se associa a outras manifestações marcantes de exame físico. Por exemplo, a **glossite atrófica** ("língua careca") e a **queilite angular** (inflamação das comissuras labiais) são alterações comuns de todas as anemias carenciais, sendo vistas na deficiência de ferro, B12 e/ou ácido fólico.





Além disso, outros achados mais raros podem ocorrer na anemia ferropriva, como a **pica**, uma compulsão alimentar em ingerir substâncias não alimentares (gelo, terra, cabelos). A **síndrome das pernas inquietas** é outra condição muito associada com a carência de ferro, bem como a síndrome de **Paterson-Kelly ou Plummer-Vinson**, em que há formação de uma membrana esofágica.

Com esses achados em mente, vamos às alternativas, lembrando que procuramos o achado **NÃO RELACIONADO à deficiência de ferro**:

A letra A está incorreta. Correto! A pica é um sintoma muito associado à anemia ferropriva, assim como a coiloníquia.

A letra B está incorreta. Correto! Disfagia pode ocorrer na síndrome de Paterson-Kelly, que também está associada à deficiência de ferro.

A letra C está incorreta. Correto! A síndrome das pernas inquietas é muito associada à carência de ferro e à uremia.

A letra D está incorreta. Incorreto. O examinador considerou isso como um achado associado à deficiência de ferro, mas não há qualquer relação. A coloração avermelhada na urina após ingestão de beterraba ocorre por corantes naturais do alimento. A questão deveria ter sido anulada.

A letra E está correta. Abatiesesia é a diminuição de sensibilidade em membros, uma alteração vista na carência de B12, não na deficiência de ferro. O examinador liberou essa alternativa como gabarito da questão, mas temos duas respostas: tanto a alternativa D quanto E não se relacionam com a deficiência de ferro. A questão deveria ter sido anulada.

Você está de plantão em uma UTI onde está internado há 12 horas um paciente de 22 anos que sofreu acidente de motocicleta. No plantão anterior, foi realizada tomografia de crânio que evidenciou extenso trauma encefálico com hematoma parenquimatoso, sem condições cirúrgicas. O paciente está em ventilação mecânica, irresponsivo a estímulos dolorosos, PA 80 x 60 mmHg, sat O₂ 95%. Qual o procedimento indicado nesse momento?

A) Consultar os familiares sobre a possibilidade de doação de órgãos

B) Otimizar reposição de volume e iniciar drogas vasoativas

Abrir protocolo de morte encefálica com o teste de apneia, desconectando o ventilador

C) e observando se o paciente apresenta movimentos respiratórios até atingir PCO₂ de 55mmHg

D) Solicitar eletroencefalograma

E) Fazer a comunicação à central estadual de transplantes

Solução

Gabarito: B) Otimizar reposição de volume e iniciar drogas vasoativas

Estrategista, outro tema clássico em provas de Neurologia, vamos revisar seus principais aspectos.

A morte encefálica é um equivalente da “morte clínica” propriamente dita. Além da definição para viabilizar eventual doação de órgãos, é fundamental para abreviar cuidados fúteis e definir o óbito do paciente. Para se considerar o diagnóstico, segundo a resolução 2173/17 do CFM, são necessários :

1- Coma arreativo (Escala de Coma de Glasgow = 3);

2- Lesão encefálica de causa conhecida, irreversível, capaz de causar o quadro e identificada em exame de neuroimagem; note que é absolutamente necessária a realização de exame de imagem para iniciar a abertura do protocolo.

3- Ausência de condições agudas que potencialmente poderiam levar ao quadro! Aqui, cabem algumas considerações. Nesse novo protocolo (desde 2017), cabe ao médico responsável pela abertura do protocolo definir se eventuais condições como distúrbios hidroeletrolíticos seriam suficientes para justificar o quadro de coma aperceptivo, não havendo mais “limites” de natremia, potassemia entre outros. Além disso, para o uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, lembre-se:

- Em doses terapêuticas, em bolus, não se exige tempo de depuração antes de iniciar protocolo.

- Na infusão continua com função hepática e renal normal e o paciente não tiver sido submetido à hipotermia terapêutica: aguardar 4 a 5 meias vidas da medicação antes de iniciar o processo

- Na infusão continua com alteração de função renal ou hepática ou protocolo de hipotermia terapêutica, deve-se aguardar mais que o tempo de 5 meias vidas, a

depender da dose usada e grau de comprometimento renal ou hepático. Uma opção é obter o nível sérico da medicação para afastar intoxicação

- Nessas condições, especificamente, deve se dar preferência aos exames que medem fluxo sanguíneo em detrimento do EEG na fase de realização de exames confirmatórios.

4- Tempo de observação no serviço superior a 6 horas e caso encefalopatia hipóxico-isquêmica, 24 horas.

5- Temperatura > 35 °, SaO₂ > 94%, PAS >=100mmHg (adultos).

6- Dois exames clínicos feitos por dois médicos diferentes com intervalo de uma hora entre eles desde que o paciente tenha mais de 2 anos. O teste deve confirmar o coma aperceptivo e ausência de função do tronco encefálico (reflexo pupilar, reflexo oculomotor, reflexo corneopalpebral, reflexo oculovestibular, reflexo de tosse). O médico não pode participar da equipe de retirada de órgãos, e deve ter ao menos um ano de experiência com pacientes em coma E que tenham acompanhado ou determinado ao menos 10 exames de morte encefálica OU realizado treinamento específico.

7- Um teste de apneia em que, após 10 minutos desconectado do ventilador, o paciente não exibe movimentos respiratórios. Deve se garantir que a PaCO₂ ao final do teste seja superior a 55 mmHg.

8- Exame complementar confirmatório (doppler de carótidas, arteriografia, eletroencefalograma ou SPECT cerebral)

No paciente em questão, o requisito mínimo de pressão arterial não está contemplado, por isso, o protocolo não pode ser iniciado.

A letra A está incorreta. A equipe que executa a verificação da morte encefálica não deve abordar a família quanto à doação de órgãos, o que deve ser feito por equipe a isso dedicada.

A letra B está correta. Exatamente. Devemos normalizar a pressão arterial antes de executar o protocolo.

A letra C está incorreta. O protocolo ainda não pode ser aberto posto que a pressão arterial não atende os critérios mínimos (PAS > ou igual a 100 mmHg ou PAM > ou = a 65 mmHg)

A letra D está incorreta. Mais uma vez, o protocolo ainda não pode ser iniciado

A letra E está incorreta. A central de transplante é avisada quando o protocolo está em curso e aborda a família, geralmente, quando o processo está finalizado.

Questão | 2023 | 4000183409

Um paciente portador de cirrose alcoólica foi admitido na UTI após apresentar hemorragia varicosa que se desenvolveu no terceiro dia de tratamento de peritonite bacteriana espontânea. Após estabilização hemodinâmica e realização de endoscopia, estava recebendo a segunda unidade de concentrado de hemácias, quando passou a apresentar febre, calafrios e dispneia. Rapidamente evoluiu com grave insuficiência

respiratória hipoxêmica e, durante a intubação orotraqueal, foi observada uma secreção rósea espumosa em vias aéreas. Sobre o quadro descrito, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A causa provável da insuficiência respiratória é sepse de foco abdominal
- B) Devem-se evitar novas hemotransfusões por um período de 120 dias em pacientes que sobrevivem a essa complicaçāo.
- C) Antecedente de múltiplas transfusões é fator de risco para essa complicaçāo.
- D) O banco de sangue deve ser notificado para que possa identificar o doador e impedi-lo de realizar novas doações de sangue.
- E) Após a intubação orotraqueal, é possível dar prosseguimento àquela hemotransfusão, desde que seja descartada a hipótese de hipervolemia.

Solução

Gabarito: D) O banco de sangue deve ser notificado para que possa identificar o doador e impedi-lo de realizar novas doações de sangue.

Questão um pouco confusa, Estrategista, que não parece se decidir sobre qual reação transfusional aconteceu com o paciente. Lembre-se que reação transfusional é todo e qualquer evento adverso que ocorra como consequência da transfusão sanguínea, durante ou após sua administração.

As únicas reações transfusionais cobradas nas provas são as reações transfusionais agudas, aquelas que ocorrem em até 24 horas da infusão do hemocomponente. É o que aconteceu em nosso caso, Estrategista: durante o recebimento de sua segunda transfusão de hemácias, o paciente evolui com febre, calafrios, dispneia e insuficiência respiratória.

A primeira coisa a pensar aqui, futuro residente, é a conduta imediata diante de qualquer reação transfusional aguda: a suspensão da infusão do hemocomponente e seu encaminhamento para o banco de sangue para análise, a fim de entender a causa do evento adverso. Nunca retomaremos a transfusão, exceto em casos de reação alérgica leve.

Depois disso, é preciso identificar o quadro do paciente. Na questão, há indícios que apontem para a TACO (*transfusion-related circulatory overload*), a sobrecarga circulatória relacionada a transfusão, evento de edema pulmonar cardiogênico relacionado à hipervolemia. O que aponta para a TACO é o fato da reação ocorrer durante a infusão da segunda bolsa de hemácias, além da presença de secreção rósea após a intubação.

No entanto, também devemos pensar na TRALI, a insuficiência pulmonar aguda associada à transfusão, um quadro inflamatório de edema pulmonar não-cardiogênico e

hipoxemia, relacionado à presença de anticorpos anti-HLA e anti-HNA no hemocomponente. Qualquer insuficiência respiratória ocorrida em até 6 horas da transfusão deve nos fazer pensar em TRALI, como é o nosso caso.

Ficando com os diagnóstico de TRALI e TACO em mente, vamos às alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreto. Apesar de não sabermos precisar com exatidão, é aparente que o quadro foi precipitado pela transfusão de hemácias, não por outra circunstância.

A letra B está incorreta. Incorreto. Não há nenhuma indicação de evitar hemotransfusões futuras, tanto para casos de TRALI quanto TACO.

A letra C está incorreta. Incorreto. Antecedente de múltiplas transfusões não é fator de risco para TRALI e/ou TACO.

A letra D está correta. Correto. Essa é a única alternativa que razoavelmente responde a questão, Estrategista. Como comentamos acima, a TRALI ocorre pela presença de anticorpos anti-HLA e anti-HNA no hemocomponente doado. Assim, se comprovado o quadro de TRALI, devemos sim fazer a retrovigilância, isto é, contactuar o doador e evitar que novos hemocomponentes dele sejam usados, expondo outros indivíduos a risco.

A letra E está incorreta. Incorreto. Como vimos, só podemos reiniciar a transfusão em casos de reações alérgicas leves. Em um caso grave como o acima, nunca devemos dar continuidade à infusão.

Questão | 2023 | 4000183410

Uma paciente de 60 anos procura o serviço com queixas de febre alta, rash macular, mialgias, hiperemia conjuntival e poliartralgia bilateral simétrica de forte intensidade há quatro dias. Ao exame físico, percebem-se sinais de tenossinovite. Os exames complementares mostram leucopenia com linfopenia, plaquetas 146.000/mm³, TGO (AST) 80 UI/ml e TGP (ALT) 180 UI/ml. As sorologias estão em andamento, ainda sem resultado. A paciente refere episódio prévio de edema de glote, desencadeado por exposição a dipirona, e que as dores articulares não estão cedendo com o uso de paracetamol 750 mg de 6/6 horas.

Qual a melhor opção dentre as abaixo relacionadas para o tratamento das artralgias neste caso?

- A)** Tramadol
- B)** Aumentar a dose do paracetamol para 4g/dia
- C)** Associar aspirina

D) Nimesulida

E) Prednisona 0,5 mg/kg/dia

Solução

Gabarito: A) Tramadol

Gabarito: alternativa A.

A chikungunya é uma doença viral transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti* e caracterizada por febre alta, rash macular, mialgias intensas e poliartralgia bilateral simétrica. No caso descrito, a presença de artralgias de forte intensidade e sinais de tenossinovite reforçam a suspeita de chikungunya.

Na fase aguda da chikungunya, não é recomendado o uso de anti-inflamatórios não esteroides nem de corticosteroides. O tratamento sintomático deve ser realizado com analgésicos, de forma escalonada.

A letra A está correta. Correta a alternativa A. Como não podemos aumentar a dose de paracetamol (devido à elevação das aminotransferases) nem prescrever dipirona (por conta da alergia), o próximo passo seria a adição de um analgésico opioide, como tramadol ou codeína.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. O paciente apresenta elevação das aminotransferases, o que contraindica aumentar a dose de paracetamol.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. O uso de aspirina está contraindicado em infecções virais devido ao risco de síndrome de Reye, além do risco de sangramento.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Anti-inflamatórios não devem ser utilizados na fase aguda de chikungunya.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. Corticosteroides não devem ser utilizados na fase aguda de chikungunya.

Questão | 2023 | 4000183411

Um paciente de 21 anos procura o ambulatório com queixas de pirose ocasional e episódios esporádicos de dificuldade para engolir. Nega disfagia no dia a dia, mas relata alguns episódios em que “o alimento fica preso” no esôfago, o que o obriga a forçar o vômito para obter alívio. Como antecedentes referia, apenas, rinite alérgica e passado de appendicectomia.

Qual dos exames abaixo seria fundamental para o diagnóstico desse caso?

A) Radiografia baritada do esôfago

- B)** Videodeglutograma
- C)** Endoscopia digestiva com biópsia do esôfago
- D)** Manometria esofágica
- E)** pHmetria esofágica de 24 horas

Solução

Gabarito: C) Endoscopia digestiva com biópsia do esôfago

Disfagia (dificuldade para engolir) e impactação alimentar (alimento preso no esôfago) em pacientes muito jovens, especialmente se tiverem história de alergia associada (rinite alérgica no caso em questão), deve nos fazer suspeitar da Esofagite Eosinofílica. Trata-se de uma doença crônica do esôfago, de natureza imunológica, deflagrada por antígenos alimentares (especialmente leite, trigo, ovos, soja, frutos do mar e nozes). Os eosinófilos são atraídos para o epitélio do esôfago, gerando espessamento da parede do órgão e o seu mal funcionamento. Quase invariavelmente a doença começa em crianças, adolescentes e adultos jovens. Se nada for feito, ocorre a fibrose progressiva e estenose do esôfago, num processo conhecido como remodelamento. Hoje em dia, as três opções terapêuticas são corticóide tópico deglutiído (budesonida ou fluticasona), inibidores da bomba de prótons (atualmente se descobriu que essas drogas inibem a eosinofilia esofagiana por efeitos locais no esôfago) e a dieta restritiva dos seis elementos.

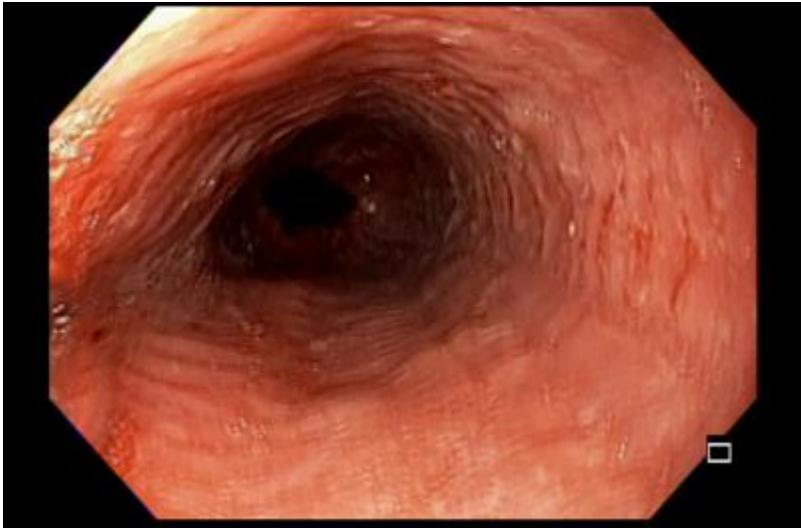
Diante dessa suspeita diagnóstica, qual o exame complementar obrigatório para confirmar a doença? Vamos avaliar:

A letra A está incorreta. INCORRETA. Diante do caso de disfagia e/ou impactação em pacientes muitos jovens, principalmente do sexo masculino e com história de alergia, a hipótese de esofagite eosinofílica é obrigatória. Nesse caso, o esofagograma baritado não tem qualquer benefício. Precisamos de um exame capaz de avaliar a mucosa do esôfago, em busca dos achados clássicos, além de permitir a realização de biópsias para contagem de eosinófilos no epitélio.

A letra B está incorreta. INCORRETA. O videodeglutograma (várias sequências de radiografias da região cervical e torácica após ingestão de contraste) é útil para avaliar causas de disfagia cervical (disfagia de condução), especialmente em idosos com suspeita de distúrbio neurológico, motor ou obstrutivo pelo divertículo de Zenker. No caso clínico em questão, esse exame teria pouco a acrescentar.

A letra C está correta.

CORRETA. Os achados clássicos encontrados na EDA são linhas ou sulcos verticais, anéis esofágicos que podem dar um aspecto de "traqueização" esofágica, além de várias placas brancas descamativas, que seriam microabscessos de eosinófilos. É obrigatório realizar biópsias do esôfago, pois a contagem de eosinófilos acima de 15 por campo de grande aumento confirma a doença. Veja na imagem abaixo o aspecto característico da esofagite eosinofílica na endoscopia:



A letra D está incorreta. INCORRETA. A manometria é o método padrão-ouro quando suspeitamos dos distúrbios da motilidade do esôfago. Veja bem, depois da esofagite eosinofílica, os distúrbios motores do esôfago seriam a segunda hipótese diagnóstica a ser investigada nesse paciente, com a acalásia sendo a hipótese a ser descartada. Portanto, caso a EDA com biópsias fosse normal, partiríamos para a manometria. Mas, nesse momento, ainda não estaria indicado esse exame.

A letra E está incorreta. INCORRETA. pHmetria de 24 horas é o exame considerado como padrão-ouro para o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Essa doença também faz diagnóstico diferencial com o caso em questão. Entretanto, é raro a DRGE provocar disfagia intermitente e impactação alimentar. Seria preciso um refluxo grave, complicado com esofagite acentuada ou estenose péptica, alterações que seriam visíveis pela endoscopia digestiva alta. Portanto, o primeiro exame nesse caso continua sendo a EDA, já que o paciente apresenta sinais de alarme (disfagia intermitente e impactação alimentar).

Questão | 2023 | 4000183412

Sobre o risco de hepatotoxicidade pelo paracetamol, é CORRETO afirmar que

- o prognóstico da hepatotoxicidade induzida pelo uso repetido de doses
- A) supraterapêuticas com intenção analgésica é melhor do que o da relacionada aos casos de intenção suicida.**
- B) consumo agudo concomitante de álcool e paracetamol (em dose acima de 4g) potencializa o efeito tóxico da droga.**

- C)** o uso de paracetamol é contraindicado em portadores de doenças hepáticas crônicas devido ao maior risco de hepatotoxicidade.
- pacientes que abusam cronicamente de álcool podem desenvolver lesão hepática grave
- D)** com o uso de doses diárias de paracetamol acima de 4 a 6g, principalmente se forem desnutridos.
- E)** o uso concomitante de produtos fitoterápicos ou de outras medicações não interfere no risco de hepatotoxicidade pelo paracetamol.

Solução

pacientes que abusam cronicamente de álcool podem desenvolver lesão

Gabarito: D) hepática grave com o uso de doses diárias de paracetamol acima de 4 a 6g, principalmente se forem desnutridos.

Questões sobre hepatotoxicidade por drogas costumam ser difíceis e pura decoreba... Essa aborda o tema mais frequente quando o assunto é hepatotoxicidade. Vamos ver?

Milhares de medicamentos, compostos herbáreos e suplementos dietéticos estão associados a risco de lesão hepática. Clinicamente, podemos dividi-la em por lesão hepatocelular, colestática ou mista. Histologicamente, ela pode se apresentar através do aparecimento de colestase, esteatose e/ou esteatohepatite, fibrose e cirrose, pode ser granulomatosa ou neoplásica.

É importante saber que a maioria das drogas envolvidas na hepatotoxicidade cursam de forma idiossincrásica, ou seja, independente da dose, à exceção do Paracetamol (acetaminofeno) e do Metotrexate, que necessitam de doses altas para induzir à toxicidade hepática (toxicidade dose-dependente). Outra substância em que há descrição de lesão hepática relacionada à dose é a vitamina A.

Na tabela a seguir vamos analisar os principais mecanismos de hepatotoxicidade e os medicamentos atribuídos a eles.

Tipos de lesão hepática induzida por drogas	
Lesão hepatocelular	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol (Acetaminofeno) - Fenitoína - Metildopeta - Isoniazida - Diclofenaco - Aspirina - Cocaína - Ecstasy - Ácido nicotínico - Nitrofurantoina - Troglitazona - Nevirapina - Clopidogrel - Tetraciclina

Colestase	<ul style="list-style-type: none"> - Clavulanato - Sulfametoaxazol-Trimetoprim - Clorpromazina - Rifampicina - Estrogênio - Amiodarona - Haloperidol - Naproxeno - Antidepressivos tricíclicos - Eritromicina - Tetraciclina
Mista	<ul style="list-style-type: none"> - Fenitoína - 6-mercaptopurina

Esteatose e esteatohepatite	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoide - Metotrexate - Amiodarona - Ácido valprônico
Granulomatosa	<ul style="list-style-type: none"> - Alopurinol - Amiodarona - Isoniazida
Neoplásica	<ul style="list-style-type: none"> - Esteroides anabolizantes - Contraceptivos orais a base de estrogênio
Fibrose e cirrose	<ul style="list-style-type: none"> - Metotrexate - Vitamina A - Metildopa

O Paracetamol ou Acetaminofeno é uma das únicas drogas que causam hepatotoxicidade relacionada à dose. Observa-se maior risco de hepatite medicamentosa com doses acima de 10-15g por dia, com intensa necrose hepatocelular por lesão direta aos hepatócitos. Em pacientes etilistas ou com alguma doença hepática prévia podem ter toxicidade em doses menores, mas geralmente superiores a 4 g/dia.

Diferente de outras lesões hepáticas induzidas por drogas, na toxicidade pelo Paracetamol, há tratamento específico, que deve ser realizado com administração de N-acetil cisteína por via oral ou venosa.

Vamos analisar as alternativas.

A letra A está incorreta. Alternativa A incorreta: o prognóstico é semelhante nas 2 situações.

A letra B está incorreta. Alternativa B incorreta: o risco aumentado de hepatotoxicidade está relacionado ao uso crônico de álcool.

A letra C está incorreta. Alternativa C incorreta: como discutimos, o uso de paracetamol é seguro em hepatopatas, desde que não ultrapasse a dose de 4g/dia.

A letra D está correta. Alternativa D correta: como vimos, em etilistas e pacientes com doença hepática crônica, a dose tóxica do paracetamol é mais baixa, geralmente, acima de 4g.

A letra E está incorreta. Alternativa E incorreta: o uso de mais de 1 droga potencialmente hepatotóxica, como muitos fitoterápicos e outras medicações, aumenta o risco de lesão hepática induzida pelo paracetamol.

Questão | | 2023 | 4000183413

Uma paciente de 18 anos refere que, nos últimos quatro meses, apresentou dois episódios de edema súbito de pálpebras e lábios que duraram cerca de três dias. Procura o médico assustada porque na semana passada apresentou episódio de dificuldade respiratória e rouquidão, que foi diagnosticado como edema de glote. Nega urticária e prurido nas crises. Nega consumo de alimentos ou medicamentos suspeitos nos episódios e refere uso apenas de anticoncepcional oral, iniciado há seis meses.

Qual procedimento, dentre os abaixo citados, seria mais útil para estabelecer o diagnóstico desta paciente?

- A) Dosagem de IgE
- B) Dosagem do inibidor da C1 esterase
- C) Prick teste
- D) Espirometria
- E) Dosagem de IgE específica para trigo e látex

Solução

Gabarito: B) Dosagem do inibidor da C1 esterase

GABARITO: ALTERNATIVA B

Estrategista, essa questão é extremamente difícil e específica. Na maioria das vezes o angioedema é acompanhado de urticária. Esses casos são casos clássicos de urticária e são mediados por IgE.

Porém, perceba que essa paciente apresenta um quadro de angioedema SEM urticária. E essa informação muda tudo! O angioedema sem urticária é mediado por bradicinina. O angioedema pode ser classificado em adquirido ou hereditário. O angioedema adquirido (AEA) ocorre por deficiência adquirida do inibidor da C1 esterase (C1-INH) e é subdividido em duas formas: AEA- tipo 1 e AEA-tipo 2. O primeiro subtipo está relacionado a uma neoplasia subjacente (câncer de mama, linfomas) e a tipo 2 é uma variante autoimune. Enquanto na AEA-tipo 1 há produção deficiente do inibidor do C1, na AEA-tipo 2 há alteração funcional (qualitativa) do inibidor do C1 (portanto, nível sérico normal).

Dessa forma, a investigação deve ser realizada avaliando a C1 esterase e o seu inibidor. As demais alternativas seriam para avaliar doenças relacionadas com IgE, o que não é o caso.

Dessa forma, o gabarito é a alternativa B.

Questão | 2023 | 4000183414

Um paciente de 50 anos procura o médico preocupado porque seu irmão apresentou um infarto do miocárdio recente. Ele não apresenta comorbidades, como diabetes, hipertensão ou dislipidemia, mas fuma há mais de 20 anos. Sobre o tratamento de cessação do tabagismo, assinale a alternativa CORRETA.

A) A terapia de reposição de nicotina deve ser prescrita para todos os pacientes que demonstrem vontade de parar de fumar.

B) A dose de nicotina a ser reposta independe do número de cigarros fumados ao dia.

O intervalo de tempo até fumar o primeiro cigarro quando a pessoa desperta pela manhã

C) é uma informação importante para a programação do tratamento para cessação do tabagismo.

A depender do padrão de consumo de tabaco, deve-se escolher a via de reposição da

D) nicotina, devendo-se evitar o uso concomitante por via oral e transdérmica devido ao maior risco de toxicidade.

E) reposição de nicotina deve ser suspensa após 60 dias para evitar os efeitos colaterais.

Solução

O intervalo de tempo até fumar o primeiro cigarro quando a pessoa desperta

Gabarito: C) pela manhã é uma informação importante para a programação do tratamento para cessação do tabagismo.

Resposta letra C.

A letra A está incorreta. Incorreta. O tratamento medicamentoso deve ser personalizado ao paciente, respeitando suas características, assim como as contraindicações do fármaco. A nicotina, por exemplo, está contraindicada em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio nas duas últimas semanas.

A letra B está incorreta. Incorreta. Observe a imagem abaixo:

Principais drogas de primeira linha utilizadas no tratamento do tabagismo	
Adesivo de Nicotina 7 mg, 14 mg, 21 mg Dosagem máxima: 42 mg ao dia	<p>Paciente deve interromper o tabagismo ao iniciar esse medicamento.</p> <p>Na semana 1 a 4: adesivo de 21 mg a cada dia.</p> <p>Na semana 5 a 8: adesivo de 14 mg a cada dia.</p> <p>Na semana 9 a 12: adesivo de 7 mg a cada dia.</p> <p>*Pacientes que fumam menos do que 20 cigarros ao dia podem começar com 14 mg.</p> <p>Principais contraindicações: infarto agudo do miocárdio há menos de 15 dias, lesões dermatológicas no local da aplicação do adesivo, gestantes*.</p> <p>Efeitos colaterais: lesões de pele no local da aplicação, náuseas, vômitos, cefaleia.</p>
Goma de Nicotina 2 mg ou 4 mg	<p>Paciente deve interromper o tabagismo ao iniciar esse medicamento.</p> <p>Semana 1 a 4: 1 goma de 2 mg a cada 1 a 2 horas.</p> <p>Semana 5 a 8: 1 goma de 2 mg a cada 2 a 4 horas.</p> <p>Semana 9 a 12: 1 goma de 2 mg a cada 4 a 8 horas.</p> <p>*Em fumantes pesados ou naqueles com sintomas de abstinência, a goma de 4 mg poderá ser utilizada.</p> <p>Principais contraindicações: infarto agudo do miocárdio há menos de 15 dias, úlcera péptica, gestantes*.</p> <p>Efeitos colaterais: náuseas, vômitos, cefaleia, dor na mandíbula, aftas.</p>

A letra C está correta. Correta. Essa pergunta faz parte do questionário de Fagerstrom, ferramenta que estratifica o grau de dependência do paciente e é útil para determinar a necessidade de tratamento medicamentoso.

A letra D está incorreta. Incorreta. É possível associar nicotina transdérmica (liberação lenta) com nicotina oral (liberação rápida, útil para momentos de fissura).

A letra E está incorreta. Incorreta, visto que o teste terapêutico deve durar cerca de 12 semanas inicialmente, podendo ser prolongado por mais 12 semanas, se necessário.

Questão | 2023 | 4000183415

Um paciente de 80 anos foi admitido no hospital devido a um episódio de fibrilação atrial de frequência rápida. Familiares referiam também quadro de perda de peso, apatia, declínio cognitivo, dispneia e fraqueza muscular ao longo dos últimos seis meses. Qual dos exames abaixo será mais útil para a definição diagnóstica neste caso?

- A)** Holter
- B)** TSH
- C)** Pet scan
- D)** Creatinina
- E)** Ressonância de encéfalo

Solução

Gabarito: B) TSH

ALTERNATIVA CORRETA: B

Fala, Estrategista! Questão direta da SES- PE a respeito do manejo de um paciente com provável diagnóstico de hipertireoidismo.

Temos um paciente com os seguintes sinais e sintomas: fibrilação atrial de alta resposta, perda de peso, declínio cognitivo, apatia e perda ponderal.

A soma de todos esses sinais e sintomas devem nos fazer suspeitar da possibilidade de tireotoxicose por hipertireoidismo!

A glândula tireoide é um órgão endócrino localizado na região cervical que está associado à produção do hormônio tireoidiano. Esse hormônio apresenta principal função como aumento do metabolismo, o que explica a situação de arritmia e perda ponderal.

Dentre os exames, a solicitação de TSH e T4I seriam aqueles de eleição para investigação de possível quadro de hipertireoidismo. Os outros exames não nos auxiliariam.

Abaixo trazemos imagens com os sinais e sintomas de hipertireoidismo e demonstração que, na população idosa, alguns sintomas adrenérgicos não são os mais proeminentes.

A letra A está incorreta.

ALTERNATIVA INCORRETA

O holter seria um bom exame para avaliação de arritmias. Frente ao quadro, devemos pesquisar por hipertireoidismo já que além da taquiarritmia há perda ponderal e sintomas de apatia que nos levam à hipótese de distúrbio tireoidiano.

A letra B está correta. ALTERNATIVA CORRETA

Paciente com perda ponderal, alteração cognitiva e taquiarritmia deve nos fazer pensar em distúrbio da tireoide. A investigação se inicia com TSH.

A letra C está incorreta. ALTERNATIVA INCORRETA

O pet scan é um exame solicitado quando temos hipótese de neoplasia. Não é o caso em nosso paciente.

A letra D está incorreta. ALTERNATIVA INCORRETA

A creatinina é um exame solicitado na avaliação da função renal. Em nosso paciente devemos investigar cenário de tireotoxicose por hipertireoidismo.

A letra E está incorreta. ALTERNATIVA INCORRETA

Um exame de neuroimagem não nos ajudaria durante a investigação de hipertireoidismo.

Em junho de 2022, você está de plantão numa emergência do Recife quando chega um paciente de 22 anos com queixas de febre, cefaleia e mialgias há sete dias. Nas últimas 24 horas, começou a apresentar, também, tosse seca discreta. Ao exame físico, há sufusões conjuntivais, dor à palpação de panturrilhas e febre. O paciente está anictérico e eupneico. Exames admissionais mostram leucocitose com desvio à esquerda e plaquetopenia, CPK elevada, transaminases tocadas com bilirrubina normal, disfunção renal (creatinina 1,8 mg/dl e ureia 70 mg/dl) com hipocalêmia (2,8 mEq/litro). Radiografia de tórax mostra infiltrado alveolar bilateral.

Qual das condutas abaixo NÃO seria adequada para esse caso?

- A)** Hidratação vigorosa – cerca de 10 ml/kg/hora de soro fisiológico
- B)** Internamento em terapia intensiva
- C)** Penicilina cristalina 1,5 milhão de unidades de 6/6 horas
- D)** Gasometria arterial
- E)** Oxigenoterapia por cateter nasal ou ventilação não invasiva

Solução

Gabarito: A) Hidratação vigorosa – cerca de 10 ml/kg/hora de soro fisiológico

Gabarito: alternativa A.

Os achados clínicos e laboratoriais são sugestivos de leptospirose, doença infecciosa aguda causada por espiroqueta do gênero *Leptospira*. A fase precoce é caracterizada por febre, cefaleia, mialgia (especialmente em panturrilhas), podendo haver também sufusão conjuntival ou exantema (principalmente pré-tibial). A fase tardia ou imune acomete cerca de 15% dos pacientes e representa a fase grave da doença, que consiste na tríade de icterícia, insuficiência renal hipocalêmica e hemorragia (síndrome de Weil).

Leia os comentários abaixo sobre o tratamento dessa doença.

Atenção! Nesta questão deve ser assinalada a alternativa incorreta!

A letra A está correta. Correta a alternativa A. A hidratação na leptospirose é essencial, mas não deve ser vigorosa, pois poderia intensificar o acometimento pulmonar, já identificado no infiltrado alveolar bilateral.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A internação em terapia intensiva é indicada em casos mais graves de leptospirose, especialmente quando há comprometimento pulmonar, renal ou hepático significativo, como é o caso descrito com infiltrado alveolar bilateral e disfunção renal.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Pacientes hospitalizados com leptospirose (suspeita ou confirmada) devem receber tratamento com penicilina cristalina intravenosa.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. No caso da leptospirose, a presença de infiltrado alveolar bilateral e a possibilidade de comprometimento pulmonar indicam a importância da realização de gasometria arterial.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. Não há no enunciado descrição de hipoxemia ou desconforto respiratório. No entanto, como há infiltrado pulmonar bilateral, não seria incorreto fornecer oxigênio suplementar.

Questão | | 2023 | 4000183417

Uma paciente de 33 anos, nulípara, recebeu o diagnóstico de nefrite lúpica classe

IV. Sua função renal é normal, mas a proteinúria de 24 horas é de 3,5g. Qual seria a melhor opção para o tratamento de indução neste caso?

- A)** Prednisona + pulsos mensais de ciclofosfamida
- B)** Prednisona + ciclofosfamida oral
- C)** Prednisona + belimumab
- D)** Prednisona + micofenolato de sódio
- E)** Rituximab

Solução

Gabarito: D) Prednisona + micofenolato de sódio

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Estrategista, temos aqui uma mulher jovem com diagnóstico de nefrite lúpica classe IV (difusa), a classe mais frequente e associada a pior prognóstico no lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Neste caso, o enunciado deixa claro que não houve alteração de função renal, mas, ainda assim, temos proteinúria significativa e em faixa nefrótica. Logo, seu tratamento de indução (inicial) deve envolver glicocorticoide e imunossupressor.

Normalmente, temos disfunção renal aguda com aumento de ureia e creatinina nesta classe histológica. Por isso, a pulsoterapia com metilprednisolona surge como a melhor opção para evitar de forma rápida o agravamento do quadro.

Agora, vamos às alternativas discutir a melhor opção para nossa paciente.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: ainda que a ciclofosfamida endovenosa seja um dos imunossupressores de escolha no tratamento da nefrite classe IV, neste caso em que temos uma paciente que nunca gestou e sem alteração de função renal, o

micofenolato é melhor opção, já que a ciclofosfamida está associada à insuficiência gonadal precoce.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: além dos motivos explicitados na alternativa A, o uso de ciclofosfamida por via oral foi avaliado apenas em estudos retrospectivos e não apresenta o mesmo nível de evidência que a via endovenosa para nefrite lúpica.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: o belimumabe, um imunobiológico que inibe a estimulação de linfócitos B, não está indicado como primeira linha de tratamento na nefrite lúpica classe IV.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: normalmente, utilizamos a pulsoterapia para controle rápido do processo inflamatório. No entanto, como neste caso não temos disfunção renal aguda, poderíamos considerar a possibilidade de prednisona 0,5 a 1 mg/kg/dia. Quanto ao micofenolato, temos disponíveis o de mofetila e o sódico, sendo ambos eficazes no controle da nefrite e indicados pelo Ministério da Saúde.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: rituximabe, assim como o belimumabe, é um imunobiológico que inibe os linfócitos B e, também, não faz parte do tratamento de primeira linha para nefrite lúpica classe IV.

Questão | 2023 | 4000183418

Durante uma consulta ambulatorial de rotina de um paciente com 65 anos, você percebe essa alteração no exame físico. Se você pudesse solicitar apenas um exame para investigação, qual dos exames abaixo escolheria?



- A)** Ecocardiograma
- B)** Antígeno cárcino-embrionário
- C)** Tomografia de tórax

- D) Endoscopia digestiva alta
- E) Gasometria arterial

Solução

Gabarito: C) Tomografia de tórax

Gabarito: alternativa C.

Podemos observar na imagem da questão o achado de um baqueteamento digital. Baqueteamento digital é uma alteração na forma das unhas dos dedos das mãos e dos pés, que se tornam arredondadas e bulbosas. É um sinal clínico que pode indicar a presença de diversas condições médicas:

- 1- Doenças pulmonares crônicas, como fibrose pulmonar, bronquiectasia e mais raramente tuberculose e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
- 2- Neoplasias pulmonares.
- 3- Doenças cardíacas congênitas, como a tetralogia de Fallot.
- 4- Doenças gastrointestinais, como a doença inflamatória intestinal e a cirrose hepática.
- 5- Infecções crônicas, como a osteomielite.
- 6- Defeitos genéticos raros, como a hipocratismo digital isolado.
- 7- Alterações na circulação sanguínea, como a síndrome de Eisenmenger e a doença arterial periférica.

Como podemos observar, as principais causas do baqueteamento digital são pulmonares, devendo a investigação se iniciar por esse sistema.

A letra A está incorreta.

Incorreta. O ecocardiograma é um exame de imagem utilizado para avaliar a estrutura e o funcionamento do coração. Embora possa ser útil na avaliação de algumas condições cardíacas associadas ao baqueteamento digital, como a doença cardíaca congênita, não é o exame que identificaria as principais causas.

A letra B está incorreta.

Incorreta. O antígeno carcinoembrionário (CEA) é uma proteína produzida por algumas células cancerosas e pode ser detectado em exames de sangue. Embora possa ser encontrado no câncer de pulmão, o CEA não é usado para fins diagnósticos e sim para acompanhamento.

A letra C está correta. Correta. A tomografia de tórax é um exame de imagem que permite visualizar os órgãos e estruturas do tórax, incluindo os pulmões e o coração. É o exame mais adequado para investigar o baqueteamento digital, pois pode ajudar a identificar as

principais causas, como a fibrose pulmonar, a bronquiectasia e as neoplasias pulmonares.

A letra D está incorreta.

Incorreta. A endoscopia digestiva alta é um exame que permite visualizar o interior do esôfago, estômago e duodeno. Embora possa ser útil na avaliação de algumas condições gastrointestinais associadas ao baqueteamento digital, como a doença de Crohn, não é o exame mais adequado para investigar inicialmente essa alteração.

A letra E está incorreta. Incorreta. A gasometria arterial pode ser útil na avaliação de algumas condições respiratórias associadas ao baqueteamento digital, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas não é o exame mais adequado se tivéssemos que escolher apenas um.

Questão | 2023 | 4000183419

Uma mulher na décima semana de gestação, assintomática, realizou urocultura que isolou 100.000 UFC/ml de *E. coli*.

Qual das opções abaixo seria a mais adequada para o caso?

- A)** Não há indicação de terapia antibiótica, já que a paciente não tem sintomas.
- B)** Fosfomicina 3 g em dose única antes de deitar.
- C)** Nitrofurantoína 100 mg de 12/12 horas por sete dias.
- D)** Sulfametoxazol-trimetoprim 800/160mg de 12/12 horas por sete dias.
- E)** Adiar o tratamento antibiótico até o segundo trimestre da gestação para evitar os riscos de teratogenicidade.

Solução

Gabarito: B) Fosfomicina 3 g em dose única antes de deitar.

O enunciado nos traz um caso de **bacteriúria assintomática!** Associamos a essa entidade aquele paciente que não apresenta sintomas (compatíveis com infecção do trato urinário) e com urocultura positiva com crescimento de pelo menos 100000 UFC/mL (lembre-se desse valor, pois algumas questões colocam positividade de urocultura abaixo desse limite, logo não podemos afirmar que seja bacteriúria assintomática!).

A gestação é a principal indicação de tratamento da bacteriúria assintomática.

A bacteriúria na gestação ocorre com mais facilidade, além de suscetibilizar a pielonefrite, parto prematuro, baixo peso ao nascimento e mortalidade perinatal. Feito o diagnóstico de bacteriúria assintomática, devemos tratar com opções terapêuticas guiadas pelo antibiograma, respeitando a segurança dos antimicrobianos na gestação e por tempo de tratamento igual à cistite. Finalizado o tratamento, uma urocultura de controle deve ser realizada, após uma semana do término. Caso haja persistência do mesmo germe na urocultura, repetimos o tratamento com curso maior de duração. E lembre-se: não há indicação de antibioticoprofilaxia na bacteriúria assintomática, apenas se caracterizar infecção urinária de repetição.

Em princípio, cefalexina, amoxicilina (com ou sem clavulanato) e fosfomicina são opções seguras. A nitrofurantoína pode ser utilizada, porém preconiza-se evitar o uso no primeiro trimestre e próximo a termo. O trimetoprim, por antagonizar o ácido fólico (importante na formação do sistema nervoso central do feto), também deve ser evitado.

Vamos às alternativas.

A letra A está incorreta. Incorreta. A bacteriúria assintomática deve ser tratada na gestação.

A letra B está correta. Correta. A fosfomicina é uma opção segura de tratamento e tem a comodidade posológica da dose única.

A letra C está incorreta. Incorreta. A nitrofurantoína deve ser evitada no primeiro trimestre da gestação e próximo ao termo.

A letra D está incorreta. Incorreta. Como vimos, esse antibiótico é potencialmente teratogênico e deve ser evitado.

A letra E está incorreta. Incorreta. O tratamento deve ser feito imediatamente após o diagnóstico.

Questão | 2023 | 4000183420

Homem, 78 anos, peso histórico de 62 kg, diagnosticado recentemente com adenocarcinoma gástrico. Refere perda de 5 kg no último mês. Em relação ao NRS (2002) e à conduta nutricional, é CORRETO afirmar que



- A) o NRS é 3, e não há necessidade de suporte nutricional.
- B) o NRS é 4, e devemos iniciar NPT pré-operatória.
- C) o NRS é 5, e devemos iniciar dieta por SNE.
- D) o NRS é 6, e devemos iniciar pré-op por 7-10 dias.
- E) o NRS é 7, e devemos iniciar nutrição enteral precoce no pós-op.

Solução

Gabarito: D) o NRS é 6, e devemos iniciar pré-op por 7-10 dias.

O Nutritional Risk Screening (NRS 2002) trata-se de uma ferramenta utilizada para realizar a triagem de risco nutricional de pacientes hospitalizados, desenvolvida pela Danish Society for Parenteral and Enteral Nutrition.

Dessa forma, é possível identificar os pacientes que se beneficiaram clinicamente de suporte nutricional, identificando os indivíduos desnutridos ou em risco de ficar.

O NRS 2002 divide-se em dois grupos de perguntas. A primeira parte é composta por quatro perguntas que podem indicar a possibilidade de risco nutricional, se a resposta for “sim” para alguma das perguntas, a triagem deve seguir para a segunda parte. São perguntas da primeira parte:

O IMC é < 20,5?

O paciente perdeu peso nos últimos 3 meses?

O paciente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?

O paciente está gravemente doente?

Na segunda etapa da triagem ou screening final, é avaliado o estado nutricional e a gravidade da doença, sendo pontuado de 0-3 pontos para cada categoria e, ao final, soma-se um ponto a mais se o paciente tiver idade igual ou superior a 70 anos. Pacientes com pontuação ≥ 3 são considerados com risco nutricional.

Estado nutricional normal - 0 pontos.

Estado Nutricional

- Estado nutricional normal - 0 pontos.
- Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais. - 1 ponto.
- Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC entre 18,5 – 20,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 25-60% das necessidades nutricionais. - 2 pontos.
- Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais. - 3 pontos.

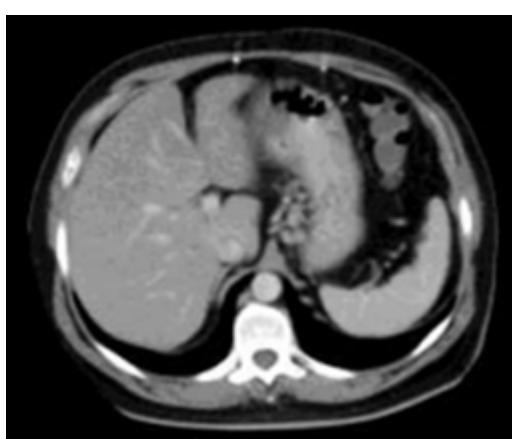
Necessidade Nutricionais

- Necessidades nutricionais normais - 0 pontos.
- Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia. Paciente fraco, mas deambula. - 1 ponto.
- Cirurgia abdominal de grande porte, AVC. Pneumonia grave, doença hematológica maligna (leucemia, linfoma). Paciente confinado ao leito. - 2 pontos.
- Trauma, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10). - 3 pontos

Portanto, o paciente em questão pontua 5 pontos, uma vez que perdeu > 5% do peso em um mês (3 pontos) + trata-se de um paciente oncológico (1 ponto) + possui idade igual ou superior a 70 anos (1 ponto). Logo, a única alternativa possível é a alternativa C. O gabarito liberado pela banca foi a alternativa D, da qual discordamos.

Gabarito: Alternativa C.

Questão | 2023 | 4000183421



O paciente da questão anterior realizou a TC de abdome abaixo. Nela podemos constatar que

- A) existe uma metástase hepática no caudado.
- B) a lesão se localiza no fundo gástrico.
- C) há linfadenomegalia na curvatura menor.
- D) a lesão invade o lobo esquerdo hepático.
- E) se identifica ascite.

Solução

Gabarito: C) há linfadenomegalia na curvatura menor.

Gabarito: C.

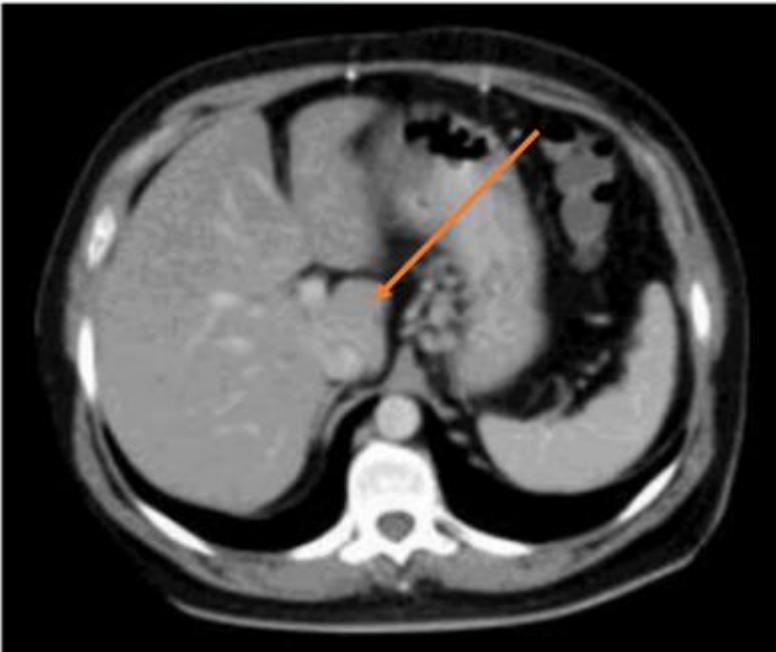
Essa é uma questão difícil que requer um bom conhecimento em tomografia abdome. Estamos diante de um paciente com adenocarcinoma gástrico que realizou a tomografia abaixo. O que vemos na imagem?



Estamos diante de um corte tomográfico axial com contraste EV e via oral do abdome. Na imagem, vemos uma moderada repleção da câmara gástrica sem nítido espessamento parietal suspeito para a neoplasia primária. No entanto, fica evidente a presença de linfonodomegalias adjacente. Usualmente utilizamos como critérios para linfonodos suspeitos no câncer gástrico aqueles maiores que 8mm no seu menor eixo, entretanto a acurácia da tomografia para esse diagnóstico é baixa.

Portanto, o gabarito correto é linfonodomegalia na pequena curvatura gástrica.

A letra A está incorreta.

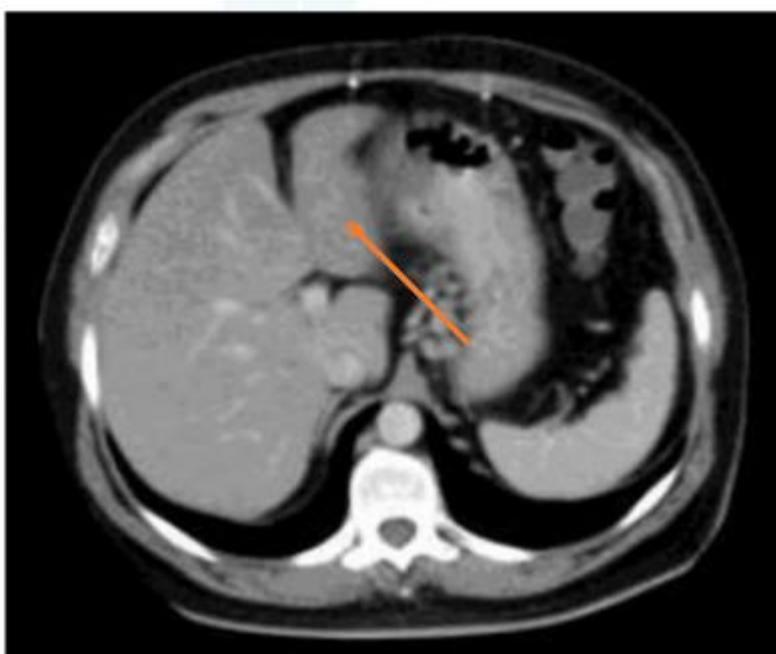


Esse é o lobo caudado. Não há qualquer imagem sugestiva de metástase aí. O lobo caudado já foi cobrado em outras provas do SES-PE, portanto aprenda a reconhecer.

A letra B está incorreta. Como explicado anteriormente o corte tomográfico, o qual inclui o fundo gástrico não demonstra com clareza qualquer espessamento parietal suspeito para a neoplasia primária.

A letra C está correta. Gabarito correto.

A letra D está incorreta.



Esse é o lobo esquerdo do fígado e ele está preservado. Não há qualquer sinal de invasão do mesmo.

A letra E está incorreta. No corte tomográfico não há presença de líquido livre, o que poderíamos identificar da seguinte forma:



Líquido livre perihepático.

Questão | 2023 | 4000183422

3. Homem, 48 anos, no 14º dia de pós-operatório de colecistectomia por vídeo devido à colecistite aguda, retorna ao hospital, com quadro de dor abdominal intensa, associada a vômitos. Foi submetido a exames laboratoriais: Leucograma 8000 s/desvio, TGO 89, TGP 110, FA 250, GGT 448, BD 1,5, amilase 100. Optou-se por realizar uma colangioressonância, que evidenciou leve dilatação de vias biliares por toda sua extensão, porém sem sinais obstrutivos claros. Após medicação, houve melhora dos sintomas e alta. Quatro dias depois o paciente retorna ictérico, com o retorno da dor abdominal e vômitos, sendo coletado novos exames:

Leucograma 6500 s/desvio, TGO 218, TGP 414, FA 450, GGT 876, BD 7,8, amilase 82.

Qual a principal hipótese diagnóstica e conduta mais adequada para o caso em questão?

- A)** Lesão iatrogênica de vias biliares, correção cirúrgica imediata
- B)** Papilite, observação e sintomáticos
- C)** Lesão iatrogênica de vias biliares com colangite, drenagem biliar externa
- D)** Coledocolitíase residual, CPER
- E)** Pancreatite biliar, suporte e sintomáticos

Solução

Gabarito: D) Coledocolitíase residual, CPER

A presença de dor abdominal associada à dilatação das vias biliares e oscilação dos níveis de bilirrubina em um contexto pós colecistectomia sempre devem nos direcionar para dois diagnósticos principais: lesão iatrogênica das vias biliares e coledocolitíase residual.

Dito isso, vamos avaliar separadamente cada uma das alternativas.

A letra A está incorreta. Incorreta alternativa “a”: A apresentação da lesão iatrogênica das vias biliares é algo bastante variável e depende da altura da lesão nos ductos biliares, além da natureza e extensão da lesão.

De modo geral, os pacientes com lesão da via biliar apresentam sintomas inespecíficos, como dor abdominal vaga, náuseas, vômitos persistentes e febre baixa, logo após a cirurgia. Outro elemento clínico muito comum nesses casos é a icterícia que pode surgir em semanas ou até mesmo anos após a cirurgia.

Portanto, entendemos que o diagnóstico de lesão iatrogênica das vias biliares é algo plausível para o paciente em tela.

Entretanto, o tratamento das lesões iatrogênicas nem sempre envolvem correção cirúrgica. Afinal, parte delas pode ser tratada com stent das vias biliares, uma medida menos invasiva e bastante eficiente quando indicada adequadamente.

Portanto, para o paciente em questão, o próximo passo seria realizar o estudo anatômico das vias biliares para definir o procedimento terapêutico de escolha e não submeter esse paciente a uma cirurgia imediata, como sugere a alternativa.

A letra B está incorreta. Incorreta alternativa “b”: A papilite consiste na inflamação da papila duodenal e comumente está associada à manipulação das vias biliares através de CPRE, ou, à passagem de um pequeno cálculo biliar através da papila duodenal, provocando trauma local e inflamação.

Parte dos quadros de papilite podem evoluir para pancreatite ou até mesmo para um quadro de colesterolose. No entanto, nos casos em que não há pancreatite grave, a evolução natural da papilite é caracterizada pela melhora dos indicadores laboratoriais e de sintomas com o passar do tempo. No paciente em tela, tanto quadro laboratorial quanto sintomático piorou, o que fala contra o diagnóstico de papilite.

A letra C está incorreta. Incorreta alternativa "c": A ausência de febre e de leucocitose falam contra o diagnóstico de colangite. Além disso, a drenagem biliar externa transparietohepática só está indicada nos casos em que a drenagem interna através de CPRE não é possível.

A letra D está correta. Correta alternativa "d" : Como vimos, essa é a melhor alternativa.

A letra E está incorreta. Incorreta alternativa "e": Para fechamos o diagnóstico de pancreatite é necessário que haja dor abdominal típica associado ao aumento superior a 3 vezes o valor de referência da amilase ou lipase sérica. Entretanto, o valor da amilase do paciente acima está normal. Desse modo, podemos descartar a hipótese de pancreatite.

Questão | 2023 | 4000183423

Homem, 31 anos. Vítima de agressão por PAF. Observa-se orifício de entrada em sulco nasogeniano direito e saída no esternocleidomastoideo esquerdo, ao nível da proeminência laríngea. Apresenta-se estável e com hematoma próximo ao orifício de saída.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** O trauma acomete as zonas 2 e 3. A angio-TC cervical está bem indicada.
- B)** O trauma acomete as zonas 1 e 2. A EDA deve ser solicitada primeiro.
- C)** O trauma acomete as zonas 1 e 3. Está indicado cervicotomia exploradora.
- D)** Devemos realizar Rx e esofagograma. Se negativos, tratamento expectante.
- E)** As lesões da zona 1 têm a menor letalidade.

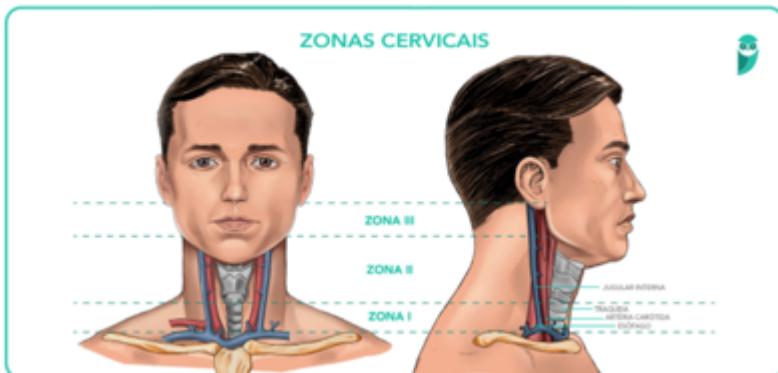
Solução

Gabarito: A) O trauma acomete as zonas 2 e 3. A angio-TC cervical está bem indicada.

O pescoço é uma região muito nobre por abrigar estruturas vitais, como os vasos cervicais (veia jugular interna, artéria carótida e seus ramos), via aerodigestiva (esôfago, laringe e traqueia), nervos cranianos e coluna cervical, que, quando lesadas, habitualmente exigem reparo imediato.

É considerado ferimento cervical penetrante quando esse ultrapassa o músculo platisma, um músculo delgado, superficial, localizado abaixo do subcutâneo e que ocupa grande parte da região cervical anterior e lateral.

Antes de definirmos se há ou não indicação de exploração cirúrgica diante de um ferimento penetrante cervical, é primordial você aprender a localização das zonas cervicais, importante na definição da conduta. São três zonas:



Zona I: abaixo da cartilagem cricoide até o esterno e as clavículas (opérculo torácico). Lesões mais graves e maior mortalidade devido ao acesso cirúrgico mais difícil. Em alguns casos, pode ser necessário associar uma esternotomia para controle e reparo das lesões.

Zona II: entre a cartilagem cricoide e o ângulo da mandíbula. Local mais comum das lesões e mais acessível cirurgicamente. O acesso cirúrgico é mais fácil, realizado com uma cervicotomia por incisão oblíqua (unilateral) ou em colar (bilateral).

Zona III: acima do ângulo da mandíbula até a base do crânio. Representa a área de maior complexidade anatômica devido ao arcabouço ósseo que protege as estruturas nervosas e vasculares que por ela atravessam. É uma região de difícil acesso cirúrgico e, não raro, as lesões vasculares são reparadas por meio de radiologia intervencionista.

Portanto, observamos que o ferimento em questão acomete as zonas II e III.

Antigamente, a indicação cirúrgica baseava-se na penetração do músculo platisma ou na zona cervical atingida, em que todos os ferimentos em zona II eram operados, o que gerava alto índice de explorações negativas. Hoje, a evidência de hemorragia ativa ou lesão aerodigestiva óbvia são indicações de exploração cirúrgica imediata. Independentemente da localização anatômica, as lesões estáveis do pescoço podem ser avaliadas por meio de exames diagnósticos seletivos. Com a disponibilidade de exames complementares que auxiliam no diagnóstico de lesões vasculares e da via aerodigestiva, houve diminuição das explorações cervicais não terapêuticas.

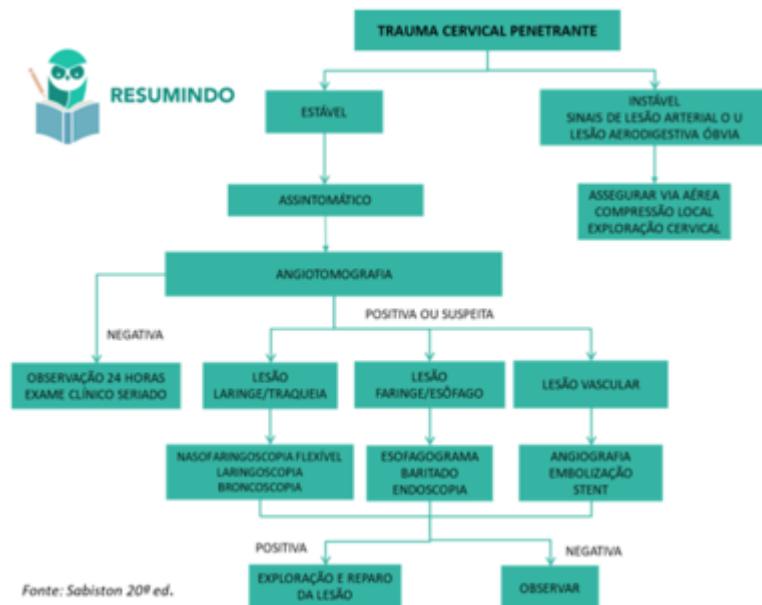
As indicações de exploração cervical são:

INDICAÇÕES DE CERVICOTOMIA EXPLORADORA IMEDIATA

1. Instabilidade hemodinâmica;
2. Sangramento ativo;
3. Hematoma volumoso e/ou pulsátil e/ou em expansão;
4. Lesões "óbvias" de via aerodigestiva:
 - ✓ Ar borbulhando na ferida;
 - ✓ Insuficiência respiratória;
 - ✓ Saída de saliva pelo orifício da lesão;
 - ✓ Enfisema subcutâneo ou mediastinal;
 - ✓ Disfonia/rouquidão/estridor;
 - ✓ Disfagia.

Nos pacientes sem indicação de cervicotomia exploradora imediata, como nosso paciente, o exame inicial de escolha é a angiotomografia cervical (angio TC). Ela funciona como screening para investigar lesões vasculares (descreve a anatomia vascular com grande acuidade) e visualizar sinais sugestivos de lesão da via aérea e digestiva. E, com base nela, é definida a conduta.

Abaixo está um fluxograma que resume o tratamento do trauma cervical penetrante:



Vamos às alternativas.

A letra A está correta. Correta alternativa "a": o ferimento em questão acomete as zonas II e III. Uma vez que o paciente encontra-se estável hemodinamicamente, sem sinais de lesão arterial ou aerodigestiva óbvia, o que indicaria cervicotomia exploradora imediata, a conduta é a realização de angiotomografia.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa "b": como vimos, o ferimento em questão acomete as zonas II e III. Além disso, o exame inicial de escolha é a angiotomografia cervical (angio TC).

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa "c": como vimos, o ferimento em questão acomete as zonas II e III. Além disso, nosso paciente não possui indicação de cervicotomia exploradora imediata.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa "d": o exame inicial de escolha é a angiotomografia cervical (angio TC). O esofagograma deve ser realizada na suspeita de lesão de esofago, conjuntamente à EDA.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa "e": as lesões da zona 1 são mais graves e têm maior mortalidade devido ao acesso cirúrgico mais difícil. Em alguns casos, pode ser necessário associar uma esternotomia para controle e reparo das lesões.

Questão | | 2023 | 4000183424

Homem, 68 anos, tabagista ativo, enfisematoso, hipertenso e diabético, será submetido a uma colectomia direita por um adenoma de ceco.

Qual das medidas abaixo NÃO ajudará a prevenir hérnias incisionais?

- A)** Cessar tabagismo 30 dias antes da cirurgia
- B)** Cirurgia minimamente invasiva, com retirada de peça por incisão pela linha média em preferência à incisão tipo Pfannenstiel
- C)** Controle perioperatório da glicemia
- D)** Fisioterapia motora e respiratória no pré-operatório
- E)** Otimização de terapia inalatória e broncodilatadora

Solução

Gabarito: B) Cirurgia minimamente invasiva, com retirada de peça por incisão pela linha média em preferência à incisão tipo Pfannenstiel

Para respondermos a essa questão vamos avaliar separadamente cada uma das alternativas a seguir e sua relação com o surgimento de hérnias incisionais.

A letra A está incorreta. Correta alternativa "a": O tabagismo é um fator de risco conhecido para o surgimento de hérnias. Desse modo, cessar o tabagismo previamente ao procedimento ajudará a prevenir uma hérnia incisional

A letra B está correta. Incorreta alternativa "b": De fato, cirurgias minimamente invasivas estão relacionadas a um risco menor de hérnias incisionais, quando comparadas à laparotomia. Entretanto, as incisões medianas são as mais relacionadas ao surgimento de

hérnias. Em contrapartida, a incisão de Pfannenstiel apresenta um risco menor.

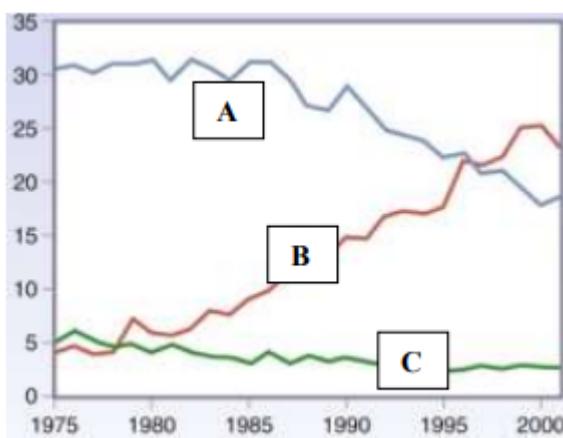
A letra C está incorreta. Correta alternativa “c”: O diabetes descontrolado é um fator de risco amplamente relacionado ao surgimento de hérnias e infecção de ferida operatória. Desse modo, o controle perioperatório da glicemia se faz imperativo.

A letra D está incorreta. Correta alternativa “d”: A fisioterapia motora e respiratória no pós operatório constitui uma medida importante para reduzir diversas complicações, como eventos tromboembólicos, atelectasias e pneumonia. Apesar de não existirem grandes estudos correlacionando a fisioterapia à prevenção de hérnias, essa medida pode ser benéfica.

A letra E está incorreta. Correta alternativa “e”: A otimização de terapias inalatórias e broncodilatadoras é especialmente importante para pacientes asmáticos ou com DPOC no que tange à prevenção de hérnias incisionais. Afinal, acessos de tosse relacionados a esses quadros podem provocar o surgimento da hérnia.

Questão | 2023 | 4000183425

O gráfico abaixo demonstra a tendência de incidência dos principais tipos de tumores esofágicos entre 1975 e 2001. Analise-o com atenção.



Sobre ele, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** A linha A corresponde a tumores que acometem mais brancos que negros.
- B)** Os tumores da linha B podem ser classificados como tipo I de Siewert
- C)** Os tumores da linha C são os de pior prognóstico.

- D) O HPV é um fator de risco para os tumores da linha B.
- E) Os tumores da linha A são mais comuns em mulheres.

Solução

Gabarito: B) Os tumores da linha B podem ser classificados como tipo I de Siewert

Mundialmente, o câncer de esôfago é a oitava neoplasia maligna mais frequente, sendo o sexto mais letal! Há 2 tipos histológicos mais comuns: o carcinoma escamoso (também conhecido como CEC, epidermoide ou espinocelular) e o adenocarcinoma. Perceba que a questão nos apresenta um gráfico com a tendência de incidência desses tumores ao longo das décadas. O carcinoma escamoso é historicamente o tumor mais comum, especialmente em regiões de baixo nível socioeconômico, tendo como principais fatores de risco o tabagismo e o etilismo em grande quantidade. Em regiões desenvolvidas ou em desenvolvimento, a incidência do tumor escamoso vem caindo progressivamente nos últimos anos, o que é compatível com a linha "A" do gráfico. Por outro lado, o adenocarcinoma é um tipo histológico relacionado à doença do refluxo gastroesofágico, ocorrendo no esôfago distal em áreas de metaplasia intestinal (esôfago de Barrett), bastante associado à obesidade. Esse tumor vem aumentando sua incidência dos últimos anos em regiões desenvolvidas, já sendo o tumor mais comum em países da América do Norte e Europa ocidental, compatível com a linha "B" do gráfico acima. Já os tumores da linha "C" são aqueles mais raros, de menor importância, cuja incidência pouco mudou nas últimas décadas.

Após essa discussão inicial, vou te contar um "segredo". O autor dessa questão foi pouco criativo e copiou esse gráfico diretamente do Tratado de cirurgia do Sabiston, como você vê na imagem abaixo:

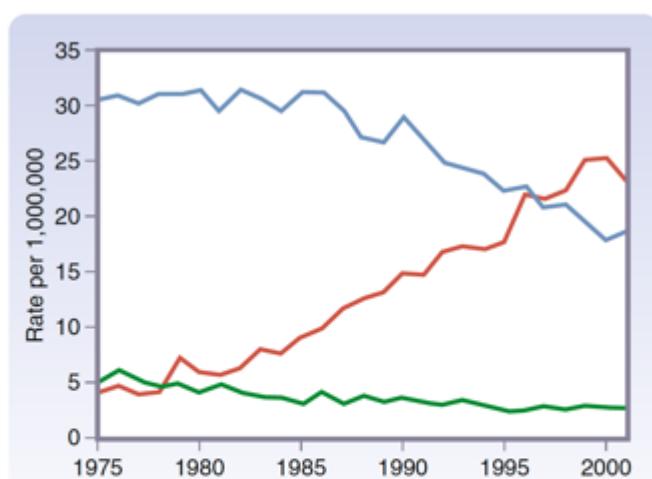


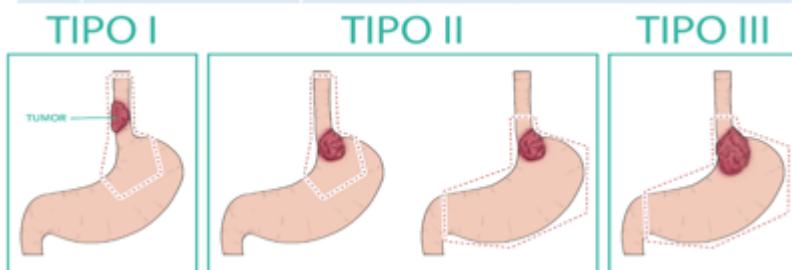
FIG. 42.28 Trends in incidence of esophageal cancer histologic types (1975-2001). Red line, Adenocarcinoma; blue line, squamous cell carcinoma; green line, not otherwise specified. (From Pohl H, Welch HG. The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97:142-146.)

É muito importante reforçar que os dados do Sabiston vêm de estudos epidemiológicos da América do Norte, portanto, essa incidência não é aplicável à realidade brasileira. Por aqui, o carcinoma escamoso ainda detém o título de principal tumor de esôfago, mantendo o adenocarcinoma no segundo lugar. Agora vamos responder à questão, buscando a alternativa correta entre as opções abaixo:

A letra A está incorreta. INCORRETA. A linha "A" corresponde ao carcinoma escamoso e esse tumor é mais comum entre **homens negros acima dos 60 anos**.

A letra B está correta. CORRETA. A linha "B" corresponde ao adenocarcinoma. Esse tumor se localiza em áreas de metaplasia intestinal, ou seja, no esôfago distal e na transição esofagogastrica. Tumores situados nessa localização podem ser classificados topograficamente pela classificação de Siewert, que ajuda a orientar quanto à melhor técnica cirúrgica. Veja na tabela e ilustração abaixo:

Tratamento dos tumores da junção esofagogastrica conforme a Classificação de Siewert		
Tipo I	Entre 1 e 5 cm acima da JEG (Tumor de esôfago distal)	Terapia neoadjuvante seguida de Esofagectomia subtotal (transtorácica), podendo ser associada à gastrectomia proximal.
Tipo II	1 cm acima a 2 cm abaixo da JEG (Tumor juncional)	Esofagectomia distal associada à gastrectomia total com linfadenectomia D2 (preferível) ou esofagectomia subtotal com gastrectomia proximal.
Tipo III	> 2 cm até 5 cm abaixo da JEG (Tumor subcárdico)	Gastrectomia total com linfadenectomia D2 associada a esofagectomia distal.



A letra C está incorreta. INCORRETA. A linha "C" inclui subtipos raríssimos de tumores de esôfago, como o carcinoma adenocístico, o tumor adenoescamoso, o verrucoso, o GIST de esôfago, leiomiossarcoma, etc. Este grupo apresenta variados prognósticos (piores ou melhores), não podendo ser visto como um grupo único ou de características homogêneas.

A letra D está incorreta. INCORRETA. O papilomavírus humano (HPV) é um fator de risco clássico para o carcinoma escamoso, representado no gráfico pela linha "A".

A letra E está incorreta. INCORRETA. Ambos os principais tipos de tumores do esôfago (carcinoma escamoso e adenocarcinoma) são bem mais comuns em homens, chegando a ter incidência quase 5 vezes maior no sexo masculino em relação ao feminino.

Questão | 2023 | 4000183426

Assinale a alternativa CORRETA sobre as hérnias tipo III C de Nyhus.

- A) Mais frequentes em homens**
- B) Mais frequentes à esquerda**
- C) Podem ser tratadas pelas técnicas de Lichtenstein e Shouldice**
- D) Estão ligadas à persistência do conduto peritônio-vaginal**
- E) Não devem ser tratadas conservadoramente**

Solução

Gabarito: E) Não devem ser tratadas conservadoramente

A classificação de NYHUS é um dos temas que mais caem nas provas de residência médica quando o assunto é hérnias! Vamos relembrá-la?

CLASSIFICAÇÃO DE NYHUS	
Tipo I	Hérnia inguinal indireta — anel inguinal interno normal (hérnia pediátrica)
Tipo II	Hérnia inguinal indireta — anel inguinal interno dilatado, MAS parede inguinal posterior intacta; vasos epigástricos profundos inferiores não deslocados
Tipo III	Defeito da parede posterior
III A	Hérnia inguinal direta
III B	Hérnia inguinal indireta — anel inguinal interno dilatado, invadindo os limites medialmente ou destruindo a fáscia transversal do triângulo de Hesselbach (p. ex.: hérnia inguinoescrotal grande)
III C	Hérnia femoral
Tipo IV	Hérnia recidivada
IV A	Hérnia recidivada direta
IV B	Hérnia recidivada indireta
IV C	Hérnia recidivada femoral
IV D	Hérnia recidivada combinada

As hérnias tipo IIIC de Nyhus são hérnias femorais. Sobre elas, vamos avaliar cada uma das alternativas separadamente.

A letra A está incorreta. Incorreta alternativa "a": As hérnias femorais representam menos de 3% das hérnias da região e são mais comuns no sexo feminino que no masculino, numa proporção de 10:1.

A letra B está incorreta. Incorreta alternativa "b": O lado em que mais comumente as hérnias inguinofemorais ocorrem é o LADO DIREITO. O tamponamento do canal femoral pelo cólon sigmoide, mais móvel que o ceco, faz com que nesse lado seja mais comum o aparecimento das hérnias femorais.

A letra C está incorreta. Incorreta alternativa "c": As hernias femorais não podem ser tratadas pelas técnicas de Lichtenstein e Shouldice. A técnica utilizada para correção da hérnia femoral é a técnica de Mc Vay.

A letra D está incorreta. Incorreta alternativa "d": o mecanismo de patência do conduto peritônio-vaginal é a causa das hérnias inguinais indiretas.

A letra E está correta. Incorreta alternativa "e": As hérnias femorais têm indicação de tratamento cirúrgico porque complicam com estrangulamento/encarceramento em 20-30% dos casos.

Questão | | 2023 | 4000183427

O cirurgião é comumente chamado para avaliar pacientes com pancreatite aguda. As dosagens séricas de amilase e lipase fazem parte dos critérios diagnósticos de doença. Em relação a essas enzimas, é CORRETO afirmar que

- A)** qualquer valor de lipase é suficiente para o diagnóstico, já que só o pâncreas produz essa enzima.
- B)** a amilase é menos sensível, porém é a mais específica.
- C)** após 48h do quadro clínico, a lipase é a mais sensível.
- D)** a insuficiência renal não afeta as dosagens dessas enzimas .
- E)** as amilases pancreática e salivar são moléculas idênticas.

Solução

Gabarito: C) após 48h do quadro clínico, a lipase é a mais sensível.

Para diagnóstico de pancreatite aguda, são necessários dois dos três critérios abaixo:

1. Achados clínicos típicos/compatíveis: dor abdominal no quadrante superior do abdome associado a náuseas e vômitos.
2. Elevação de três ou mais vezes nos níveis séricos de AMILASE e/ou LIPASE.
3. Achados característicos nos exames de imagem.

A respeito da dosagem de amilase e lipase nesse contexto, vamos em busca da alternativa correta.

A letra A está incorreta. INCORRETA. Como já definido na introdução, para diagnóstico de pancreatite aguda precisamos de elevação de três ou mais vezes nos níveis séricos de AMILASE e/ou LIPASE.

A letra B está incorreta. INCORRETA. A lipase é um marcador mais confiável do que a amilase para diagnóstico de pancreatite aguda, além de apresentar maior meia-vida. A lipase sérica apresenta sensibilidade de 82% a 100% para diagnóstico de pancreatite aguda. É considerado marcador mais acurado, específico e com maior janela diagnóstica no contexto da pancreatite aguda.

A letra C está correta. CORRETA. O aumento da lipase inicia-se em quatro a oito horas após o início dos sintomas da pancreatite aguda, com pico em 24 horas, e permanece elevada por oito a 14 dias, quando retorna aos níveis habituais. Já a amilase costuma aumentar em seis a 12 horas após o início da pancreatite aguda, ou seja, eleva-se já nas primeiras 24 horas, com pico em 48 horas. Costuma manter-se elevada por cerca de três a sete dias.

A letra D está incorreta. INCORRETA. Insuficiência renal é uma das causas de hiperamilassemia por mecanismo incerto.

A letra E está incorreta. INCORRETA. Elas não são idênticas! No entanto, a amilase também está presente na saliva, e os principais métodos de dosagem de amilase sérica não diferenciam amilase salivar da pancreática. Alguns distúrbios cursam com aumento da produção de amilase salivar, como a parotidite.

Questão | 2023 | 4000183428

Mulher, 58 anos, submetida à gastrectomia total por adenocarcinoma de fundo gástrico. No pós-operatório imediato, foi encaminhada para a UTI e coletados os seguintes exames laboratoriais: Leucograma 10400, Hb 9,7, Ht 32%, pH 7,21, pCO² 27, HCO³ 14, LAC 2,4. No primeiro dia de pós-operatório, encontrava-se consciente, orientada, eupneica, corada, sem dor abdominal, diurese 1,1ml/kg/h, balanço hídrico +1700ml e com os seguintes exames laboratoriais: Leucograma 16500 Hb 7,8 HT 23,4% pH 7,37 pCO² 31 HCO³ 21 LAC 1,1.

Assinale a alternativa CORRETA sobre a paciente em questão.

- A)** A queda de hematócrito e hemoglobina sem repercussão clínica pode ser explicada pelo balanço hídrico positivo e redistribuição sanguínea. Não significa hemorragia ativa
- B)** Como o bicarbonato era abaixo de 15 no pós-operatório imediato, havia indicação de reposição.
- C)** O leucograma aumentado no primeiro dia de pós-operatório significa um processo infeccioso incipiente.
- D)** Uma vez que o paciente apresenta acidose respiratória no pós-operatório imediato, é necessário instituir ventilação não invasiva.

- E)** O clearance do lactato é de extrema importância para o manejo pós-operatório adequado, devendo ser alcançado nas primeiras 12h, sobretudo em cirurgias hepáticas.

Solução

A queda de hematócrito e hemoglobina sem repercussão clínica pode ser explicada pelo balanço hídrico positivo e redistribuição sanguínea. Não significa hemorragia ativa

Vamos avaliar separadamente cada uma das alternativas relacionadas ao caso acima.

A letra A está correta. Correta alternativa "a": O conceito apresentado pela alternativa "A" está correto. O sangramento agudo que transcorre durante a cirurgia, pode se apresentar como queda da hemoglobina e hematócrito em um período mais tardio.

Isso se justifica à medida que a hemoglobina e o hematócrito são medidas de concentração. Ou seja, para sofrerem alteração necessitam que o sangue sofra a chamada hemodiluição após o sangramento.

A hemodiluição consiste no aumento do volume plasmático, sem o aumento dos níveis de hemoglobina. Nesse contexto, tanto o balanço hídrico positivo quanto a redistribuição de fluidos entre os compartimentos estão envolvidos no processo de hemodiluição.

Portanto, a queda de hemoglobina e hematócrito não significam, necessariamente, a manutenção do sangramento.

A letra B está incorreta. Incorreta alternativa "b" : A administração de bicarbonato deve ser considerada para os pacientes em acidose metabólica com pH inferior a 7,1

A letra C está incorreta. Incorreta alternativa "c": O leucograma aumentado no pós operatório pode ser justificado pelo processo inflamatório induzido pelo trauma cirúrgico. Portanto, o aumento do leucograma no pós operatório imediato nem sempre indica a presença de um processo infeccioso.

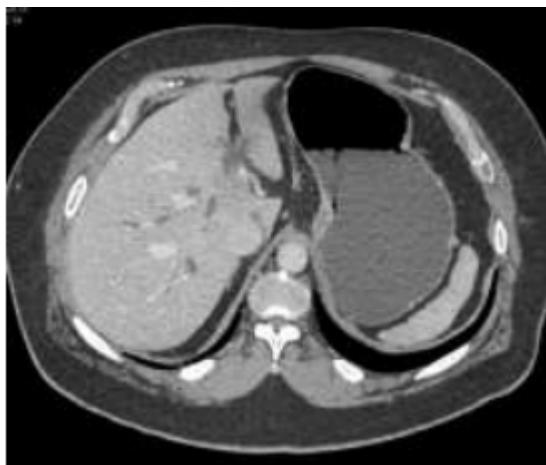
A letra D está incorreta. Incorreta alternativa "d": O paciente em tela apresenta acidose metabólica. Para considerarmos que há acidose respiratória associada, os valores de PCO₂ deveriam ser superiores a 29 - valor de PCO₂ esperado para bicarbonato de 14mEq/l.

A letra E está incorreta. Incorreta alternativa "e": O clearance de lactato, de fato, é um indicador importante da recuperação dos estados de acidose. Entretanto, nos casos de

cirurgia hepática espera-se que o clearance aconteça de forma mais lenta, uma vez que tal processo é realizado, essencialmente, pelo fígado.

Questão | 2023 | 4000183429

Mulher, 72 anos. História de icterícia e perda de peso há 2 meses. Após realizar TC de abdome, recebeu o diagnóstico de colangiocarcinoma.



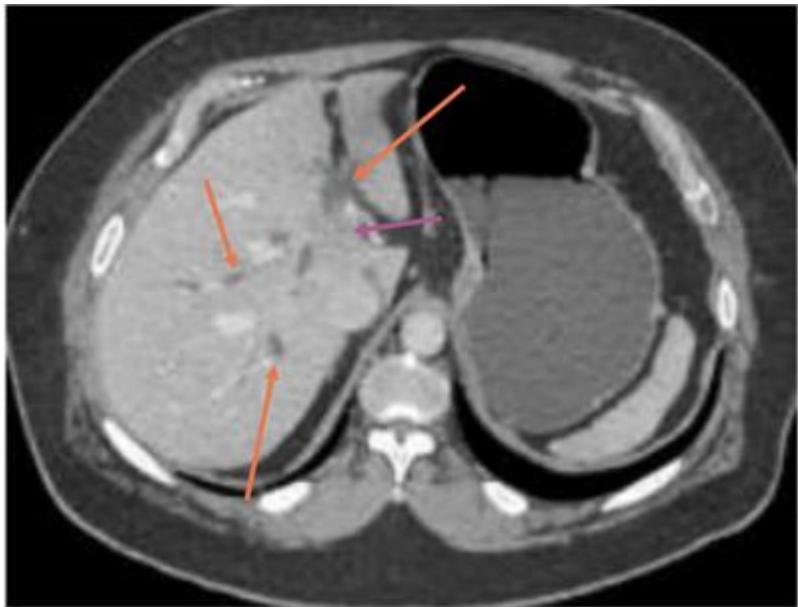
Após análise da imagem abaixo, como podemos classificar essa lesão?

- A) Bismuth-Corlette I**
- B) Bismuth-Corlette II**
- C) Bismuth-Corlette IIIa**
- D) Bismuth-Corlette IIIb**
- E) Colangiocarcinoma intra-hepático**

Solução

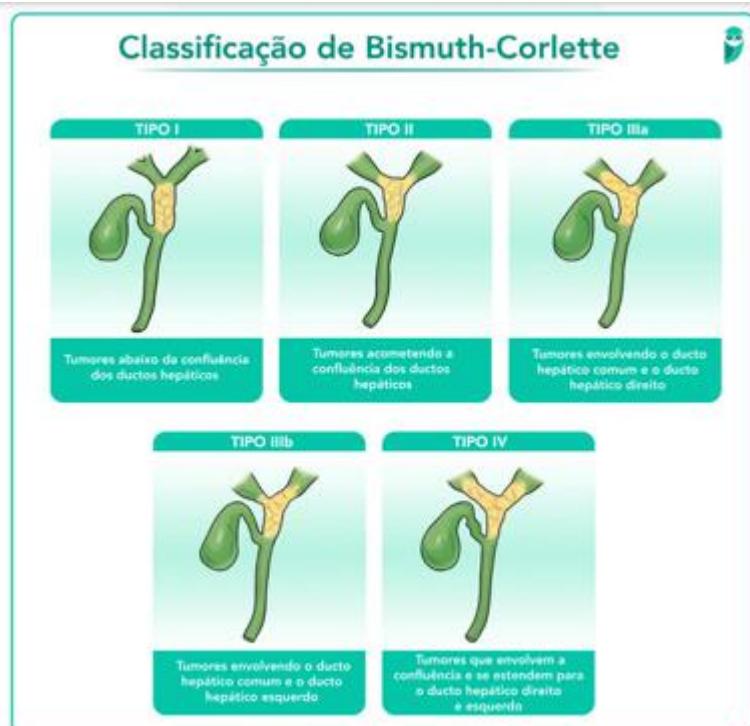
Gabarito: D) Bismuth-Corlette IIIb

Pessoal, essa questão deveria ter sido anulada. Não há como dar o gabarito correto da questão apenas com a imagem fornecida.



Colangiocarcinoma hilar é um diagnóstico difícil na tomografia. Nesse corte tomográfico do abdome com contraste vemos dilatação da via biliar intra-hepática direita e esquerda (seta laranja) até o plano de uma massa perihilar, mal definida, com duvidosa extensão para os ductos biliares principais (seta roxa). Esses achados poderiam ser melhores caracterizados em um exame de colangioressonânciâa magnética e se fosse para dar um palpite diagnóstico nessa tomografia seria melhor o tipo IV ou IIIa.

Vamos relembrar a classificação de Bismuth-Corlette:



Portanto, questão que merecia ter sido anulada.

Questão | | 2023 | 4000183430

Mulher, 25 anos. Dor anal forte durante a evacuação há 2 meses. Refere sangramento de pequena monta no papel higiênico. Ao exame: presença de lesão elíptica de 1 cm em linha média anterior. Em relação a essa situação clínica, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Utilizando o critério tempo, podemos confirmar uma fissura anal crônica.
- B)** O local descrito acima é o mais comum.
- C)** As lesões em posição lateral são comumente idiopáticas.
- D)** No caso acima, devemos afastar a possibilidade de Crohn, HIV e tuberculose.
- E)** Atualmente, o tratamento com melhor taxa de cura é a toxina botulínica.

Solução

Gabarito: A) Utilizando o critério tempo, podemos confirmar uma fissura anal crônica.

A fissura anal é uma úlcera linear no epitélio escamoso do canal anal, localizada entre a margem anal e a linha denteadas, em geral na linha média posterior. Afeta homens e mulheres com igual distribuição e, tipicamente, é uma condição de adultos jovens. As fissuras podem ser classificadas como agudas ou crônicas, dependendo de seu curso temporal e achados associados. A determinação da cronicidade da fissura pode orientar seu algoritmo de tratamento.

As fissuras agudas são, na maioria das vezes, superficiais e sem alterações secundárias; além disso, como o próprio nome implica, costumam se resolver em até 6 a 8 semanas.

As fissuras crônicas persistem por período superior a 6 a 8 semanas e podem apresentar bordas enduradas, uma prega cutânea externa (plicoma sentinela), papila anal hipertrófica e até mesmo uma relativa estenose anal reacional a um espasmo ou fibrose do esfínter interno.

Veja na foto abaixo um exemplo de fissura anal crônica. Observe a tríade fissuraria: fissura anal com bordas elevadas e endurecidas, plicoma sentinela e papila hipertrófica (não visualizada na imagem), localizada proximalmente, ao nível da linha pectínea.



O sintoma cardinal da fissura anal é a dor aguda durante e após a evacuação, que pode perdurar por um período que varia de minutos a uma a duas horas. Esse é o sintoma mais comumente identificado. O receio da dor na defecação faz com que o paciente postergue as evacuações, o que ocasiona um endurecimento das fezes, constipação e, consequentemente, maior trauma e dor na próxima evacuação. O sangramento é o segundo sintoma mais comum, mas não invariavelmente presente. Os pacientes costumam relatar sangue vermelho vivo mais frequentemente no papel higiênico, mas também pode ser notado no vaso sanitário, em pequena quantidade. Outros sintomas podem surgir com a fissura anal, inclusive secreção anal mucosa, retenção urinária e dispureunia, muito menos frequentes que a dor e o sangramento.

Vamos às alternativas.

A letra A está correta. Correta alternativa "a": são fissuras crônicas são as fissuras anais que persistem por período superior a 6-8 semanas.

A letra B está incorreta. Incorreta alternativa "b": A fissura anal em geral localiza-se na linha média posterior, e não anterior.

A letra C está incorreta.

Incorreta alternativa "d": as fissuras localizadas em linha média posterior e fissuras na linha média anterior são comumente idiopáticas. As fissuras fora dessas duas localizações devem levantar a possibilidade de doenças subjacentes.

A letra D está incorreta. Incorreta alternativa "c": A localização típica das fissuras é na linha média posterior, onde são encontradas em cerca de 90% das vezes. Podem ser observadas, ocasionalmente, fissuras na linha média anterior, com maior frequência nas mulheres, embora a maioria das fissuras em mulheres e homens esteja localizada na linha média posterior. As fissuras fora dessas duas localizações devem levantar a possibilidade de doenças subjacentes, especialmente a doença de Crohn, hidrosadenite supurativa, tuberculose e ISTs (sífilis, infecção por HIV, entre outras).

Como a fissura descrita apresenta descrição típica, consideramos provável etiologia idiopática.

A letra E está incorreta. Incorreta alternativa "d": o tratamento com maior taxa de cura é a esfincterotomia interna lateral. A cura é obtida em mais de 95% dos pacientes usando essa técnica.

Questão | 1 | 2023 | 4000183431

Mulher, 32 anos, sem comorbidades, apresentou episódio de sangramento digestivo, sendo submetida à colonoscopia que evidenciou: uma lesão séssil de 3cm, friável, em cólon ascendente com sinais de sangramento recente, além de dois pólipos subcentimétricos em sigmoide e três pólipos subcentimétricos em cólon transverso. O histopatológico da lesão maior concluiu adenocarcinoma, os das demais lesões, adenomas tubulares.

Sobre o caso em questão, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Essa paciente tem o provável diagnóstico de Síndrome de Puetz-Jeghers, caracterizada pela instabilidade micro-satélite.
- B)** Por ser uma paciente muito jovem, ela tem indicação formal de proctocolectomia total com anastomose tipo bolsa ileal.
- C)** Caso a mãe da paciente tenha história de câncer de endométrio e a tia da paciente de câncer de pelve renal, já está caracterizada a Síndrome de Lynch II.
- D)** Nesses casos, mesmo em idade fértil, a pan-histerectomia total é mandatória
- E)** Por apresentar múltiplos pólipos colônicos, essa paciente tem o provável diagnóstico de polipose adenomatosa familiar.

Solução

Caso a mãe da paciente tenha história de câncer de endométrio e a tia da paciente de câncer de pelve renal, já está caracterizada a Síndrome de Lynch

II.

Estamos diante de paciente jovem com adenocarcinoma de cólon associada a presença de outros cinco pólipos adenomatosos. A respeito de tal caso, vamos em busca da alternativa correta.

A letra A está incorreta. INCORRETA. A síndrome de Peutz-Jeghers ou Síndrome da Polipose Intestinal Hereditária cursa com pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal associados a máculas hipocrônicas na pele e mucosas ("lentigos"). Trata-se de uma doença genética de caráter autossômico dominante ocasionada por provável mutação no gene STK11. Os portadores possuem risco aumentado para neoplasias malignas diversas, tanto do trato digestivo como de outros órgãos, tais quais mama, ovários, testículos, pulmão.

A letra B está incorreta. INCORRETA. A idade da paciente, por si só, não é indicativo de uma cirurgia mais agressiva. É sempre válido lembrar da morbidade associada a esse tipo de procedimento. A técnica cirúrgica vai depender de outros dados do estancamento e anatomo-patológico da peça.

A letra C está correta. CORRETA. A síndrome de Lynch é uma doença de herança autossômica dominante que cursa com mutações em genes de reparo do DNA (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2), principalmente MLH1 e MSH2 (mutados em mais de 90% dos portadores da síndrome). Também chamada de câncer colorretal não polipoide hereditário (CCNPH),

essa síndrome é a mais incidente dentre as síndromes hereditárias que cursam com risco aumentado de CCR e a principal implicada no câncer colorretal hereditário. Caracteriza-se por não cursar com quantidade aumentada de pólipos intestinais, embora alguns pólipos possam ser vistos.

Do ponto de vista gastrointestinal, os portadores de síndrome de Lynch apresentam-se assintomáticos e, geralmente, os primeiros sintomas apresentados já ocorrem em consequência da neoplasia maligna instalada, como sangramento e alteração do hábito intestinal.

Deveremos suspeitar de síndrome de Lynch caso a paciente preencha os critérios de AMSTERDÃ:

Tal síndrome deverá ser suspeita na presença de TODOS os três critérios a seguir:

1. Três ou mais familiares com cânceres associados à síndrome de Lynch, com confirmação histológica

Um deles deve ser parente de primeiro grau dos outros dois

A presença de polipose adenomatosa familiar deve ser excluída

2. Duas gerações apresentando cânceres associados à síndrome de Lynch

3. Um dos portadores de câncer deve ter tido a neoplasia maligna diagnosticada com idade inferior a 50 anos.

A letra D está incorreta. INCORRETA. Não há dados substanciais que recomendem a panhisterectomia para paciente jovem apenas porque apresenta câncer colorretal.

A letra E está incorreta. INCORRETA. Na polipose adenomatosa familiar, temos centenas a milhares de pólipos adenomatosos, não apenas 5/6 como é o caso.

Questão | | 2023 | 4000183432

O(A) Médico(a) Residente deve saber interpretar e analisar criticamente a literatura científica. O conhecimento sobre os tipos de estudo é crucial.

Assinale a alternativa que caracteriza os estudos cirúrgicos tipo caso-controle.

- A)** Usado para descrever a prevalência de uma doença
- B)** Examina a associação de fatores de risco a desfechos incomuns
- C)** Não tem viés de seleção
- D)** Tem grande potencial de estabelecer uma relação de causa e efeito
- E)** Combina resultados de estudos clínicos (caso) e experimentais (controle)

Solução

Gabarito: B) Examina a associação de fatores de risco a desfechos incomuns

GABARITO: ALTERNATIVA B

Estrategistas, os estudos de caso-controle são um dos delineamentos de pesquisa mais solicitados nos concursos de Residência Médica! Dessa forma fique bastante atento às características dele.

Esse delineamento pode ser descrito como analítico (pois tenta provar uma hipótese de causalidade), longitudinal (pois existe acompanhamento dos indivíduos da pesquisa ao longo do tempo), individuado (já que os dados de desfecho e exposição são avaliados em cada um dos indivíduos), com dados primários (coletados pelo próprio pesquisador) ou secundários (a partir de dados coletados por terceiros) e retrospectivo (desfecho e exposição aconteceram no passado).

Dentre as vantagens desse tipo de estudo, podemos citar o baixo dispêndio financeiro na sua realização, bem como a celeridade com que é produzido, a boa capacidade analítica, o excelente emprego no estudo de doenças raras ou com elevado período de latência, já que partem da avaliação dos casos já presentes na população, se adequam bem para populações pequenas e são ótimos na investigação de etiologias de agravos, sobretudo durante o contexto de surtos ou epidemias.

Por fim, entre suas **desvantagens** podemos citar: não possibilitam o cálculo da incidência do agravo e, portanto, existe prejuízo no cálculo de medidas de risco, por aferirem uma exposição que ocorreu no passado, estão sujeitos à vieses e, podem falhar no cumprimento do critério da temporalidade, já que a exposição avaliada permaneceu no passado e sua aferição é indireta, ou seja, não é feita pelo pesquisador, mas sim pela memória dos indivíduos estudados ou de registros médicos passados.

Após essa breve revisão sobre os estudos de caso-controle, vamos aprofundar as discussões nos comentários das alternativas, mas antes, estude com atenção a tabela resumo que traz todas as características relevantes de para as provas acerca desse delineamento:

RESUMINDO

Caso-controle: analítico + observacional + longitudinal + individualizado, porém com dados primários ou secundários + retrospectivo.

- O estudo de caso-controle é muito utilizado para investigar a **etiologia de uma doença ou um agravo**, especialmente durante surtos e epidemias!
- É uma boa alternativa em situações que exigem **baixo custo** e que envolvem **doenças raras** ou com elevado período de latência.
- Tem **alto potencial analítico**.
- São adequados também para populações pequenas.
- Porém, como visto, **podem apresentar muitos vieses**, principalmente porque a exposição é aferida remotamente.

Figura: Resumo das principais características dos estudos de caso-controle. Fonte: Estratégia MED.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Primeiramente, Estrategistas, vamos entender o porquê dos estudos de caso controle não permitirem o cálculo da incidência, ou seja, não possibilitarem a avaliação direta do risco absoluto como fazem os estudos de coorte.

O motivo para isso é relativamente simples: para que a incidência seja calculada, é necessário conhecer a população em inicial em risco de adoecimento, o que não é possível de ser obtido com os estudos de caso controle, que já partem do desfecho, não aferindo, antes da ocorrência dele, qual era a real população em risco.

Portanto, esse tipo apenas estima esse risco através do cálculo do odds ratio.

Por outro lado, a prevalência também não é estimada nesse tipo de estudo, já que ele não se concentra na avaliação da população em um único momento temporal. Desse modo, diferentemente dos estudos transversais, não permite conhecer ao certo a relação entre o número de casos da doença ou agravo em relação à população, o que inviabilizaria o cálculo da prevalência.

A letra B está correta. **CORRETA:** Como visto no comentário introdutório da questão, os estudos de caso controle visam entender, através da observação retrospectiva, a relação entre um desfecho e possíveis fatores de risco que podem a ele estar associados.

Comumente, isso é feito para desfechos incomuns, ou seja, doenças ou agravos raros, que são melhor estudados sob esse perspectiva (avaliar os casos da doença ou agravos já existentes).

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Um dos tipos de viés que pode ocorrer nos estudos de caso controle é o viés de seleção. Ele basicamente se dá pela perda da capacidade de comparação entre os grupos em estudo, graças às diferenças em características basais de ambos. Dessa maneira, passamos a não confiar que as distinções observadas entre eles se devem exclusivamente à uma determinada exposição ou fator de risco, já que existem muitos outros elementos de diferentes entre os grupos e que podem ser responsáveis pelo desfecho.

Nos estudos de caso controle, isso pode ocorrer facilmente se não nos atentarmos para a população de onde retiramos os casos e os controles. Portanto, evitar a perda de comparabilidade entre os grupos avaliados e, assim, o viés de seleção, é um dos grandes desafios desse tipo de pesquisa.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Apesar da boa capacidade analítica, os estudos de caso controle podem ser alvo de múltiplos viéses tais como de memória e seleção, o que prejudica, muitas vezes, sua capacidade de determinar relações de causa e efeito.

Por fim, basta lembrar, como exposto no comentário introdutório da questão, que as falhas quanto ao critério da temporalidade são muito presentes nesse delineamento, outro ponto capaz de obscurecer, em parte, a capacidade dele de determinar causalidade entre uma variável independente (exposição) e dependente (desfecho).

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** Não cai nessa pegadinha Estrategista! Os estudos de caso controle irão avaliar, conjuntamente, os casos de uma doença ou agravos e controles no mesmo estudo, que como vimos, tem caráter observacional, ou seja, o pesquisador não aplica intervenções sobre os sujeitos da pesquisa.

Questão | 2023 | 4000183433

Dentre as comorbidades abaixo, qual delas, associada à obesidade grau II, NÃO consta como indicativa de cirurgia bariátrica?

- A)** Infertilidade
- B)** Doença arterial coronariana
- C)** Doença hemorroidária
- D)** Transtorno obsessivo-compulsivo grave

E) Esteatose hepática moderada

Solução

Gabarito: D) Transtorno obsessivo-compulsivo grave

GABARITO: D

Esta questão é um clássico de prova! Explora o conhecimento do candidato sobre as indicações de cirurgia bariátrica. Atentar que a questão pede o item que NÃO indica uma cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica é, atualmente, a estratégia mais eficaz no tratamento da obesidade. Contudo, quando falamos de cirurgia bariátrica como um todo, podemos estar nos referindo a diferentes técnicas cirúrgicas, que possuem eficácia, efeitos adversos e técnica muito distintas entre si.

As indicações de cirurgia bariátrica, por sua vez, são regulamentadas pela resolução 2.172/2017 feita pelo Conselho Federal de Medicina em associação com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Desta maneira, pela legislação brasileira, temos as seguintes indicações:

INDICAÇÕES DE CIRURGIA BARIÁTRICA	
1.	Pacientes entre 18 e 65 anos, em acompanhamento adequado por 2 anos, sem sucesso na perda ponderal, e <ul style="list-style-type: none">• IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$;• IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ e $< 40 \text{ kg/m}^2$ na presença de comorbidades cuja perda de peso possa revertê-las ou melhorá-las.
2.	Pacientes com IMC 30-34,9 kg/m^2 e diabetes mellitus não controlado com tratamento clínico otimizado. <ul style="list-style-type: none">• Necesitam ter < 10 anos de diagnóstico de DM tipo 2 e idade entre 30 e 70 anos de idade.• Dois endocrinologistas devem comprovar a falha terapêutica na normalização dos níveis glicêmicos, apesar de tratamento otimizado por, pelo menos, 2 anos.• Técnicas cirúrgicas: primeira escolha é o bypass gástrico (derivação gastrojejunral em Y de Roux); segunda escolha é a gastrectomia vertical (sleeve).

As comorbidades que, quando associadas a IMC 35-40 kg/m^2 , indicam cirurgia bariátrica estão dispostas abaixo:

COMORBIDADES MODIFICÁVEIS PELA PERDA PONDERAL

1. RELACIONADAS ÀS ALTERAÇÕES METABÓLICAS:

- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensão arterial
- Doenças cardiovasculares¹
- Dislipidemias
- Infertilidade (por anovulação crônica)
- Síndrome dos ovários policísticos
- Pancreatites de repetição²
- Colecistopatia calculosa²
- Esteatose hepática

2. RELACIONADAS À SOBRECARGA OU RESTRIÇÃO ESTRUTURAL:

- Síndrome da apneia obstrutiva do sono
- Cor pulmonale
- Asma grave não controlada
- Osteoartrite e artropatias
- Hérnias discais
- DRGE grave, com indicação cirúrgica
- Incontinência urinária de esforço (em mulheres)
- Doença hemorroidária ou veias varicosas
- Pseudotumor cerebral³

3. RELACIONADAS AO PREJUÍZO PSICOSSOCIAL:

- Depressão
- Estigmatização social (por exemplo, ser preferido a um emprego por ser obeso)

*as comorbidades destacadas em negrito são as que mais caem nas provas.

¹Incluem: doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, AVC, fibrilação atrial e cardiomiopatia dilatada.

²Pancreatites de repetição: a associação entre obesidade e pancreatite é multifatorial, podendo ter origem calculosa ou metabólica. A incidência de colecistólise aumenta com o grau de obesidade, podendo atingir até 45% dos obesos grau 3. Um dos fatores é a dieta hiperlipídica, pois há aumento da quantidade de cristais e/ou cálculos ricos em colesterol na bile; além disso, durante tentativas de perda de peso, os pacientes passam mais tempo sem comer, espacando as refeições e, consequentemente, ocorre maior estase biliar, o que propicia a formação de cálculos. Outro mecanismo associado à maior incidência de pancreatites em indivíduos obesos é a hipertrigliceridemia; o excesso de triglicídeos não se solubiliza no sangue, formando microtrombos nos vasos pancreaticos, levando à isquemia e ao infarto tecidual.

³Pseudotumor cerebral (Hipertensão intracraniana idiopática): é mais frequentemente encontrado na obesidade, porém, sua patogênese é pouco esclarecida. Uma das hipóteses é o aumento da pressão venosa abdominal e intracraniana.

A letra A está incorreta. Correta. Dentre as alternativas da questão, a única que não consta na lista de indicações de cirurgia bariátrica é o transtorno obsessivo-compulsivo grave.

A letra B está incorreta. Correta. Dentre as alternativas da questão, a única que não consta na lista de indicações de cirurgia bariátrica é o transtorno obsessivo-compulsivo grave.

A letra C está incorreta. Correta. Dentre as alternativas da questão, a única que não consta na lista de indicações de cirurgia bariátrica é o transtorno obsessivo-compulsivo grave.

A letra D está correta. Incorreta. Dentre as alternativas da questão, a única que não consta na lista de indicações de cirurgia bariátrica é o transtorno obsessivo-compulsivo grave.

A letra E está incorreta. Correta. Dentre as alternativas da questão, a única que não consta na lista de indicações de cirurgia bariátrica é o transtorno obsessivo-compulsivo grave.

Questão | | 2023 | 4000183434

Homem, 70 anos. Diabético descompensado. Há um dia, apresentou dor, edema e hiperemia em bolsa escrotal. Nas últimas 6h apresentou choque séptico e foi submetido a desbridamento radical da região escrotal e períneo. Qual antibiótico abaixo deve estar prescrito no pós-operatório?

A) Polimixina B

B) Azitromicina

- C)oxiciclina
- D)Eritromicina
- E)Clindamicina

Solução

Gabarito: E) Clindamicina

GABARITO: ALTERNATIVA E

Estrategista, essa descrição de dor, edema e hiperemia na região da bolsa escrotal associado a choque séptico é característico da gangrena de Fournier. Vamos revisar sobre essa condição. A gangrena de Fournier é uma fasciite necrotizante do tipo I que ocorre na região perineal. Os homens são mais acometidos e geralmente é secundária a germes do trato gastrointestinal ou trato urinário. O quadro se inicia com dor perineal que rapidamente evolui com as alterações descritas anteriormente para os quadros de fasciite necrotizante. Comumente há acometimento da bolsa escrotal e do pênis. O tratamento da fasciite necrotizante envolve uso de antibioticoterapia de amplo espectro (geralmente carbapenêmico + vancomicina) e associamos a clindamicina que tem ação antitoxina de *Staphylococcus* e *Streptococcus*. Dessa forma, o gabarito é a alternativa E.

Questão | 2023 | 4000183435

Homem, 86 anos, acamado, passado de AVE, insuficiência cardíaca com FE 21%, evoluindo com disfagia progressiva há 2 anos. No momento, não aceita nem líquidos. Foi avaliado pela fonoaudiologia que não evidenciou distúrbio de deglutição. Submetido à endoscopia digestiva alta, porém o esôfago encontrava-se com importante aumento de seu calibre e com grande quantidade de resíduo sólido não aspirável por endoscopia, não sendo possível identificar ou ultrapassar a cárdia.

Analisando o caso em questão, qual a próxima conduta a ser tomada?

- A)Uma vez que a endoscopia não foi possível, realizar uma gastrostomia cirúrgica por laparotomia.
- B)Manter o paciente em nutrição parenteral total por uma semana e repetir endoscopia.
- C)Realizar gastrostomia por laparoscopia, com entubação por sequência rápida devido ao risco de broncoaspiração pelo resíduo esofágico.
Esvaziamento esofágico com sonda nasoesofágica calibrosa com o paciente consciente
- D)em posição ortostática até retorno limpo. Depois, repetir endoscopia para diagnóstico e possível gastrostomia endoscópica.

E) Realizar manometria esofágica com 6h de jejum do paciente.

Solução

Esvaziamento esofágico com sonda nasoesofágica calibrosa com o paciente

Gabarito: D) consciente em posição ortostática até retorno limpo. Depois, repetir endoscopia para diagnóstico e possível gastrostomia endoscópica.

A questão descreve um paciente com quadro de obstrução esofágica na altura da cárda. Nessa situação, podemos pensar em dois diagnósticos principais, são eles:

1. Acalásia
2. Neoplasia de cárda com obstrução

Nesse contexto, a conduta inicial deve ser realizar uma avaliação endoscópica, o que não pode ser feito com a presença de resíduos no interior do esôfago. Afinal, tais resíduos impedem a identificação visual da área de obstrução.

Portanto, para esse paciente, o próximo passo será esvaziar o conteúdo represado no esôfago para realizar, em sequência, uma nova endoscopia digestiva que favoreça o diagnóstico.

Para esvaziarmos o esôfago a técnica consiste em deixar o paciente sentado e passar uma sonda calibrosa para aspiração do conteúdo e irrigação para limpeza do esôfago. Tipicamente é utilizada a sonda de Fouchet de grosso calibre. Durante o processo, é importante que o paciente esteja bem acordado para evitar broncoaspiração, pois os vômitos costumam ser frequentes.

Visto isso, vamos às alternativas.

A letra A está incorreta.

Incorreta alternativa "a": Considerando a apresentação clínica do paciente e as prováveis hipóteses diagnósticas, a gastrostomia provavelmente será necessária. A despeito disso, a realização da endoscopia digestiva é imprescindível para descartar o diagnóstico de neoplasia.

A letra B está incorreta. Incorreta alternativa "b": A nutrição parenteral apresenta uma série de complicações potenciais. Além disso, a realização de jejum, dificilmente resultará em um esôfago em condições adequadas para endoscopia digestiva. É muito provável que os resíduos permaneçam no interior do esôfago a despeito da espera de uma semana.

A letra C está incorreta. Incorreta alternativa "c": A gastrostomia não necessita de anestesia geral, podendo ser realizada através de raquianestesia. Além disso, esse procedimento não costuma ser feito através de laparoscopia. Por fim, a realização da endoscopia digestiva

permanece necessária para descartar o diagnóstico de neoplasia.

A letra D está correta. Correta alternativa “d”: Como vimos, para esse paciente, o próximo passo será esvaziar o conteúdo represado no esôfago para realizar, em sequência, uma nova endoscopia digestiva que favoreça o diagnóstico. Caso seja diagnosticado um quadro de neoplasia da cardia, esse paciente deverá ser submetido a uma jejunostomia e caso seja diagnosticada acalásia - mais provável, considerando a apresentação - esse paciente deve ser submetido a uma gastrostomia.

A gastrostomia se justifica à medida que se trata de um paciente acamado com AVE prévio, portanto com risco de aspiração se for alimentado por via oral. Além disso, o fato de ser um paciente com baixo status-performance e alto risco cirúrgico (FE 21%) contraindicam a realização da cirurgia de heller-nissen, considerada como padrão para o tratamento de acalásia.

A letra E está incorreta. Incorreta alternativa “e”: A manometria é o exame de escolha para o diagnóstico de acalásia. No entanto, mesmo nos casos com forte suspeita de acalásia a realização da endoscopia deve preceder a manometria.

Questão | 2023 | 4000183436

Durante o curso de seu internamento, o paciente da questão anterior evoluiu com dor abdominal em QSD, sonolência e insuficiência respiratória. Foi submetido à USG de abdômen que evidenciou líquido peritoneal, vesícula de paredes espessadas com cálculos em seu interior, colédoco de calibre normal. Seus exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio à esquerda e PCR elevada, além de bilirrubinas discretamente aumentadas. Diante do exposto, qual a conduta adequada para o caso?

- A)** Antibioticoterapia e suporte intensivo. Se não houver melhora com 48h, colecistectomia aberta
- B)** Antibioticoterapia e colecistectomia de emergência
- C)** Antibioticoterapia e drenagem biliar externa urgente
- D)** Antibioticoterapia e suporte intensivo, providenciar colecistostomia percutânea, caso não haja melhora
- E)** Antibioticoterapia e suporte intensivo. Se não houver melhora em 48h, colecistectomia por vídeo

Solução

Gabarito: D) Antibioticoterapia e suporte intensivo, providenciar colecistostomia percutânea, caso não haja melhora

Essa questão trata de um paciente idoso, acamado, sequelado de AVC, com insuficiência cardíaca grave - FE de 21%, que está internado para investigação de um megaesôfago. A presença de dor em QSD associada ao espessamento da vesícula biliar à USG, com líquido pericolecístico fecha o diagnóstico de colecistite aguda.

Portanto, estamos diante de um quadro de colecistite aguda em um paciente com baixo status-performance e alto risco cirúrgico, com sinais recentes de descompensação clínica - sonolência e insuficiência respiratória.

Nesse contexto, qual seria a melhor conduta para o tratamento da colecistite?
Se considerarmos que estamos diante de uma colecistite aguda grave e um paciente ASA IV, a conduta que apresenta menor risco é a colecistostomia percutânea sob anestesia local.

A colecistostomia consiste na drenagem percutânea da vesícula biliar, com objetivo de evacuar a bile infectada. Associada a colecistostomia, está indicada a administração de antibióticos.

Visto isso, vamos às alternativas.

A letra A está incorreta. Incorreta alternativa "a": Considerando as comorbidades e o estado de descompensação clínica do paciente, é muito provável que ele morra frente à realização de uma colecistectomia. Além disso, a antibioticoterapia será pouco efetiva se não houver escoamento da bile infectada através de drenagem

A letra B está incorreta. Incorreta alternativa "b": Como vimos, considerando as comorbidades e o estado de descompensação clínica do paciente, é muito provável que ele morra frente à realização de uma colecistectomia.

A letra C está incorreta. Incorreta alternativa "c": A drenagem biliar externa consiste na punção percutânea da árvore biliar e passagem de um dreno transparietohepático. Esse procedimento está indicado para casos selecionados de obstrução das vias biliares e não se aplica ao tratamento da colecistite.

A letra D está correta. Correta alternativa "d": Como vimos, essa é a conduta de escolha.

A letra E está incorreta. Incorreta alternativa "e": Idem à alternativa A.

Questão | | 2023 | 4000183437

Homem, 22 anos, apresenta trauma corto-contuso por cerol em zona II cervical, chega à emergência taquidispneico, com estridor respiratório, sangramento ativo em ferida cervical medindo 1cm e enfisema subcutâneo. Qual a conduta inicial adequada para o caso?

- A)** Radiografia de tórax, pelve e cervical
- B)** Entubação orotraqueal em sequência rápida, com posterior posicionamento do tubo abaixo da lesão por broncoscopia
- C)** Traqueostomia de emergência
- D)** Cricotireoidostomia de emergência
- E)** Ventilação não invasiva e realização de TC cervical

Solução

Gabarito: B) Entubação orotraqueal em sequência rápida, com posterior posicionamento do tubo abaixo da lesão por broncoscopia

Estamos frente a uma lesão cervical com zona 2 em que há evidência de lesão de via aérea. A zona II está delimitada entre a cartilagem cricóide e o ângulo da mandíbula nessa região, as seguintes estruturas estão susceptíveis a lesão:

- Artéria carótida comum e ramos externo e interno
- Artéria vertebral
- Veia jugular interna
- Laringe
- Traqueia
- Esôfago
- Faringe
- Nervo vago (X) e laríngeo recorrente
- Medula espinhal

No paciente em questão, a presença de estridor respiratório e enfisema subcutâneo sugerem lesão de via aérea e, nesse contexto, está indicada uma via aérea definitiva. Vamos aproveitar essa oportunidade para relembrar as indicações de via aérea definitiva no trauma cervical. Veja a tabela a seguir.

Sinais sugestivos de necessidade de via aérea definitiva no trauma cervical

- ✓ Hematoma volumoso no pescoço (deslocamento e obstrução da via aérea);
- ✓ Distorção da anatomia cervical (desvio de traqueia);
- ✓ Hemoptise franca (sangramento das vias aéreas superiores);
- ✓ Enfisema subcutâneo extenso do pescoço;
- ✓ Sopro ou frêmito;
- ✓ Estridor;
- ✓ Disfagia e odinofagia;
- ✓ Rouquidão.

Dito isso, vamos às alternativas.

A letra A está incorreta. Incorreta alternativa “a”: O atendimento à vítima de politrauma deve sempre obedecer à sequência de atendimento proposta pelo ATLS, que é dada pelo mnemônico ABCDE. Nesse contexto, a primeira conduta deve ser garantir a perviedade das vias aéreas. Além disso, a radiografia de pelve não parece ter sentido, dado o mecanismo de trauma.

A letra B está correta. Correta alternativa “b” : Como vimos, essa é a conduta adequada e deve ser adotada prioritariamente, visto que, assegurar as vias aéreas é a primeira prioridade no contexto de trauma. Por fim, o posicionamento do balonete abaixo da perfuração da traqueia impede o extravasamento de ar através desse orifício.

A letra C está incorreta. Incorreta alternativa “c”: A traqueostomia fica reservada aos casos em que há lesão das cartilagens de laringe e, associado a isso, não há possibilidade de intubação.

A letra D está incorreta. Incorreta alternativa “d”: A cricotireoidostomia está indicada em casos específicos, tais como:

- Falha de intubação orotracheal;
- Distorção anatômica das vias aéreas superiores (por exemplo, desvio de traqueia causado por hematoma cervical volumoso);
- Traumatismo facial extenso com sangramento orofaríngeo importante que impossibilita a aspiração adequada e visualização das cordas vocais;
- Edema de glote.

A letra E está incorreta. Incorreta alternativa “e”: Como vimos, o paciente em questão apresenta indicação de uma via aérea definitiva, em decorrência da lesão de via aérea. Portanto, a ventilação não invasiva é uma opção ruim.

Questão | 2023 | 4000183438

Mulher, 32 anos, em tratamento clínico de pancreatite aguda grave com necrose não infectada. Na 3^a semana, evolui com grande distensão e dor abdominal. Apresenta ainda oligúria e acidose. O plantonista sugere que a paciente esteja com síndrome de compartimento abdominal.

Qual a melhor maneira de medir e que nível de pressão indica a laparotomia?

- A)** Através de SNG; 15 mmHg
- B)** Através de SVD; 25 mmHg
- C)** Através de sonda retal; 50 mmHg
- D)** Através de punção abdominal; 10 mmHg
- E)** Através de laparoscopia; 5 mmHg

Solução

Gabarito: B) Através de SVD; 25 mmHg

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.

Consideramos que o paciente está com hipertensão intra-abdominal quando a pressão dentro da cavidade abdominal é ≥ 12 mmHg.

Esse é o valor que usaremos como referência para dizer que o paciente apresenta uma pressão intra-abdominal inapropriada.

Mais importante do que o valor em si, é a velocidade de instalação desse aumento da pressão. Nos pacientes obesos e nas gestantes, esse aumento é progressivo, permitindo que a cavidade abdominal se adeque a esse aumento da pressão.

Outro conceito importante é a pressão de perfusão abdominal. Ela é calculada pela diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a pressão intra-abdominal (PIA):

Pressão de perfusão abdominal (PPA)= PAM - PIA

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

utilizar a pressão de perfusão abdominal como parâmetro prognóstico no tratamento da hipertensão intra-abdominal e da síndrome compartimental abdominal.

Então, como definimos a síndrome compartimental abdominal?

A síndrome compartimental abdominal (SCA) é definida como um aumento sustentado da pressão intra-abdominal $> 20 \text{ mmHg}$ (com ou sem uma pressão de perfusão abdominal $< 60 \text{ mmHg}$) associado à disfunção orgânica nova.

Em resumo:

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

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 tríade clássica da síndrome compartimental abdominal é:

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

A técnica mais empregada para medição da pressão intra-abdominal é A MEDIÇÃO DA PRESSÃO INTRAVESICAL, através da sonda vesical de demora.

A classificação mais utilizada para graduar a hipertensão intra-abdominal é a da World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS): Na tabela abaixo, está a conduta na hipertensão intra-abdominal e SCA:

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

Tenha sempre em mente que, caso o tratamento clínico falhe, está indicada a descompressão cirúrgica com

Visto isso, vamos às alternativas.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa “a”: Para o diagnóstico 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. Nesse contexto, a técnica mais empregada para medição da pressão intra-abdominal é a medição da pressão intravesical, através da sonda vesical de demora, e não da sonda nasogástrica. Além disso, a laparotomia está indicada nos casos de SCA grau IV, ou seja, com um nível de pressão >25mmHg.

A letra B está correta. Correta a alternativa “b”: Para o diagnóstico 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. Nesse contexto, a técnica mais empregada para medição da pressão intra-abdominal é a medição da pressão intravesical, através da sonda vesical de demora. Além disso, a laparotomia está indicada nos casos de SCA grau IV, ou seja, em níveis de pressão >25mmHg.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa “c”: Para o diagnóstico 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. Nesse contexto, a técnica mais empregada para medição da pressão intra-abdominal é a medição da pressão intravesical, através da sonda vesical de demora, e não da sonda retal. A laparotomia está indicada nos casos de SCA grau IV, ou seja, em níveis de pressão >25mmHg.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa “d”: Para o diagnóstico 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. Nesse contexto, a técnica mais empregada para medição da pressão intra-abdominal é a medição da pressão intravesical, através da sonda vesical de demora, e não da punção. A laparotomia está indicada nos casos de SCA grau IV, ou seja, em níveis de pressão >25mmHg.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa “e”: Para o diagnóstico 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. Nesse contexto, a técnica mais empregada para medição da pressão intra-abdominal é a medição da pressão intravesical, através da sonda vesical de demora. A laparotomia está indicada nos casos de SCA grau IV, ou seja, em níveis de pressão >25mmHg.

Questão | | 2023 | 4000183439

Nos últimos 5 anos, mudanças foram sugeridas no tratamento da apendicite não-complicada. O dilema “antibioticoterapia X cirurgia” foi avaliado por vários estudos randomizados. O que podemos concluir desses estudos?

- A)** O tratamento clínico foi superior em pacientes jovens, porém com maior custo.
- B)** O tratamento clínico foi superior à apendicectomia aberta e inferior à apendicectomia laparoscópica.
- C)** O tratamento clínico foi superior à cirurgia, quando o Meropenem foi utilizado.
- D)** A taxa de perfuração apendicular foi de 70% no tratamento clínico.
- E)** A taxa de recorrência da apendicite, no tratamento clínico, foi em torno de 30%.

Solução

Gabarito: E) A taxa de recorrência da apendicite, no tratamento clínico, foi em torno de 30%.

Para os casos de apendicite aguda não complicada, embora a apendicectomia seja o tratamento de escolha, alguns autores consideram viável o tratamento somente com antibióticos.

Contudo, fique atento: algumas metanálises demonstraram um índice elevado de falha no tratamento, estando indicada essa conduta geralmente nos pacientes em que o risco operatório é proibitivo. O tratamento não cirúrgico apresenta um risco maior para pacientes idosos, imunocomprometidos ou com comorbidades médicas. Nesses pacientes, a gravidade da doença pode estar subestimada, pois eles apresentam uma resposta imune diminuída e, além disso, o risco de neoplasias poder ser maior, motivos para não indicar o tratamento conservador para esses pacientes.

A recorrência dos sintomas de apendicite recorrente, que requerem apendicectomia, ocorrem em aproximadamente 30% dos pacientes, em média, após 4 a 7 meses do tratamento com antibióticos.

As estratégias atuais de tratamento, derivadas dos protocolos dos ensaios, orientam antibióticos intravenosos iniciais por um a três dias, em regime de internação hospitalar, seguidos por antibióticos orais por até 10 dias, com cobertura para bactérias anaeróbias e Gram-negativas, por exemplo, levofloxacina e metronidazol. O paciente deve ser observado rigorosamente e, em caso de piora clínica (febre, leucocitose, sinais de peritonite), o tratamento será apendicectomia de resgate imediata.

Gabarito: alternativa E.

Questão | | 2023 | 4000183440

Assinale a alternativa CORRETA sobre a definição de insinuação na apresentação cefálica.

- A)** O menor diâmetro transverso ultrapassa o estreito superior da bacia.
- B)** O maior diâmetro anteroposterior ultrapassa o estreito superior da bacia.
- C)** O maior diâmetro transverso ultrapassa o estreito inferior.
- D)** O diâmetro biparietal ultrapassa o estreito superior da bacia.
- E)** O vértice do polo cefálico aproxima-se do plano II de Hodge.

Solução

Gabarito: D) O diâmetro biparietal ultrapassa o estreito superior da bacia.

Insinuação caracteriza-se pela passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal pelo estreito superior da bacia materna ou ainda, na maioria das mulheres, pelo ponto de referência ósseo da apresentação fetal atingir o estreito médio da bacia obstétrica, ou seja, o nível das espinhas isquiáticas.

A partir da definição apresentada acima, perceba que para compreender o conceito de insinuação você precisa ter clareza sobre o que é o estreito superior da bacia obstétrica e notar que, o ponto de referência fetal para definir se houve insinuação, varia de acordo com a variedade de apresentação do feto. Lembre-se ainda de que o diâmetro de insinuação de um feto em apresentação cefálica será o biparietal, enquanto que nos fetos em apresentação pélvica será o bitrocantérico.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: insinuação é quando o maior diâmetro transverso, e não o menor, ultrapassa o estreito superior da bacia.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: insinuação é quando o maior diâmetro transverso, e não o maior diâmetro anteroposterior, ultrapassa o estreito superior da bacia.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: insinuação é quando o maior diâmetro transverso ultrapassa o estreito superior da bacia e não o inferior.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: considera-se insinuação fetal quando o maior diâmetro transverso ultrapassa o estreito superior da bacia. Nas apresentações cefálicas fletidas, o maior diâmetro transverso é o diâmetro biparietal.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: considera-se insinuação fetal quando o maior diâmetro transverso ultrapassa o estreito superior da bacia e o vértice do polo cefálico atinge o plano Zero de De Lee ou o plano III de Hodge.

Questão | 2023 | 4000183441

No dia 14 de dezembro de 2022, paciente, primigesta, chegou à emergência obstétrica com queixa de sangramento discreto. Referia dia da última menstruação (DUM) em 15 de setembro de 2022 e que foi submetida a uma ultrassonografia em 07 de novembro de 2022, a qual constatou idade gestacional pelo comprimento céfalo-nádegas de 8 semanas. Assinale a alternativa CORRETA que representa a idade gestacional mais adequada para acompanhamento da gravidez no dia da consulta da emergência.

- A)** 12s6d
- B)** 12s3d
- C)** 13s2d
- D)** 13s6d
- E)** 13s0d

Solução

Gabarito: A) 12s6d

GABARITO: ALTERNATIVA A

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

As três principais maneiras de determinar a idade gestacional são:

- Pela data da última menstruação (DUM).
- Pela ultrassonografia (USG).
- Pela altura uterina (AU).

Provavelmente, a primeira ideia que lhe vem à cabeça quando pensa em determinar a idade gestacional é calculá-la a partir da **data da última menstruação**, frequentemente conhecida na prática clínica e nas provas por "DUM". E você está certíssimo!

Um conceito essencial que você precisa sempre ter em mente para determinar a idade gestacional a partir da data da última menstruação (DUM) é saber que ela representa o **primeiro dia do último ciclo menstrual**.

Soma dos dias entre a DUM e a data em que se deseja saber a $IG/7=IG$ (em semanas).

Outra forma de calcular a idade gestacional é a partir da ultrassonografia. Sendo que a estimativa da IG pelo ultrassom é fundamental nos casos em que há dúvidas a respeito de quão fidedigna é a data da última menstruação ou quando ela é desconhecida.

O raciocínio do cálculo é bastante semelhante ao usado para o cálculo a partir da DUM. O que muda é que você deverá considerar a data de realização da ultrassonografia como se fosse a DUM e, ao final do cálculo, adicionar, à idade gestacional encontrada, a idade gestacional que constava na ultrassonografia.

Soma dos dias entre a data do USG e a data em que se deseja saber a $IG/7+IG$ ($USG)=IG$ (em semanas)

Sabendo-se que a **idade gestacional é estimada a partir do tamanho do embrião ou do feto à ultrassonografia**, quanto mais precocemente for realizado o ultrassom, mais fidedigna será a determinação da idade gestacional. Isso porque quanto menor a idade gestacional, menores os efeitos genéticos e de possíveis comorbidades maternas sobre o crescimento fetal, por exemplo.

Devemos, então, comparar as idades gestacionais calculadas a partir da DUM e do USG e decidir qual delas será mais adequada. Diferenças menores de dias do que os citados a seguir indicam que a **idade gestacional estimada pela DUM** é a mais correta. Quando a diferença for maior do que os dias indicados, devemos considerar a **IG do USG**, isso é chamado de **erro de data**, ou seja, a DUM não deve ser levada em consideração para a estimativa da IG.

Ultrassonografias realizadas:

- antes de 9 semanas apresentam erro de até 5 dias;
- entre 9 e 14 semanas apresentam erro de até 7 dias;
- entre 14 e 21 6/7 semanas apresentam erro entre 7 e 10 dias;
- entre 22 e 27 6/7 semanas apresentam erro de 14 dias;
- a partir de 28 semanas apresentam erro de 21 dias.

Comentários:

Para saber qual a idade correta, devemos primeiramente calcular a idade gestacional pela data da última menstruação e pela ultrassonografia precoce.

DUM = 15/09/2022

Setembro: 15 dias
Outubro: 31 dias
Novembro: 30 dias
Dezembro: 14 dias
Total = 90 dias

$$\begin{array}{r} 90 \\ 20 \\ \hline 14 \\ \hline 6 \end{array}$$

USG (07/11/2022) = 8 semanas

Novembro: 23 dias
Dezembro: 14 dias
Total = 37 dias

$$\begin{array}{r} 37 \\ 35 \\ \hline 2 \end{array}$$

IG (14/12/2022): DUM= 12 semanas e 6 dias
USG = 13 semanas e 2 dias

3 dias de diferença

Como a diferença entre a IG calculada pela DUM apresentou 3 dias de diferença da IG calculada pelo ultrassom, ou seja, menos de 5 dias de diferença, consideramos como correta a IG calculada pela DUM de 12 semanas e 6 dias. Portanto está correta a alternativa A.

Gemelar-3

Questão | | 2023 | 4000183442

Paciente primigesta na 28^a semana de gravidez. Procurou a emergência com queixa de formigamento em mãos e inchaço em membros inferiores. Negava outras queixas. Exames complementares normais. Ao exame, pressão arterial de 150 x 100 mmHg (confirmada), dinâmica uterina ausente, edema 3+/4+ e batimentos cardíacos fetais de 146 bpm. Toque vaginal não realizado. A proteinúria de fita revelou +/4+.

Assinale a hipótese diagnóstica mais provável, segundo as recomendações atuais.

- A) Hipertensão gestacional
- B) Pré-eclâmpsia não grave
- C) Pré-eclâmpsia grave

D) Hipertensão transitória

E) Hipertensão crônica

Solução

Gabarito: A) Hipertensão gestacional

O que o examinador quer saber: sobre os diagnósticos das síndromes hipertensivas. As síndromes hipertensivas da gestação englobam todas as doenças que cursam com hipertensão arterial na gestação. Essas doenças são classificadas conforme a idade gestacional de aparecimento da hipertensão.

Quando a hipertensão é diagnosticada antes de 20 semanas temos o diagnóstico de hipertensão arterial crônica (HAC). Se a hipertensão surge a partir de 20 semanas e desaparece no puerpério, podemos ter o diagnóstico de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.

A hipertensão arterial crônica pode ser decorrente de hipertensão essencial, de hipertensão secundária, ou ainda pode ser hipertensão do jaleco branco ou hipertensão mascarada e é responsável por 30% dos casos de hipertensão na gravidez. A pré-eclâmpsia, por sua vez, pode evoluir para eclâmpsia e síndrome HELLP ou ainda pode haver pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão arterial crônica e é responsável por 70% dos casos de hipertensão na gravidez.

Os critérios para definir cada um dos distúrbios hipertensivos na gestação podem variar de um protocolo para outro. Daremos ênfase para a classificação mais utilizada no mundo, que é a da ACOG, muito semelhante à classificação da ISSHP e da FIGO. Esta classificação está resumida na tabela abaixo.

Hipertensão gestacional	Hipertensão arterial ≥ 20 semanas de gestação em mulher previamente normotensa, sem proteinúria, sem disfunção de órgãos-alvo e a PA volta ao normal após o puerpério (12 semanas).
Pré-eclâmpsia	Hipertensão arterial ≥ 20 semanas de gestação em mulher previamente normotensa E: - proteinúria OU - disfunção de órgãos-alvo OU - disfunção uteroplacentária
• Eclâmpsia	Convulsões tônico-clônicas na gestação na ausência de outras causas
• Síndrome HELLP	Quadro de plaquetopenia, hemólise e aumento das enzimas hepáticas
Pré-eclâmpsia sobreposta	Hipertensão arterial < 20 semanas de gestação ou gestante previamente hipertensa E após 20 semanas surginge de: - proteinúria/plora da proteinúria OU - disfunção uteroplacentária OU - necessidade de aumento dos anti-hipertensivos
Hipertensão arterial crônica	Hipertensão arterial prévia à gestação ou detectada antes de 20 semanas
Hipertensão do jaleco branco	Hipertensão arterial diagnosticada no consultório médico, mas que se mantém normal no controle domiciliar ou no MAPA.

*adaptado de ISSHP 2021 e ACOG 2018

Considera-se proteinúria positiva as seguintes situações:

Proteinúria	Proteinúria de 24h ≥ 300 mg OU Relação proteína/creatinina urinária ≥ 0,3 OU Relação albumina/creatinina: ≥ 8 mg/mmol OU Amostra isolada de urina ≥ +1 ou 1 g/L de proteiná
-------------	---

Atenção Estrategista: A FEBRASGO e o MS consideram proteinúria positiva quando a proteína em fita é de pelo menos +1, já a ACOG considera positiva somente +2 na proteinúria de fita.

Na ausência de proteinúria, considera-se pré-eclâmpsia quando há hipertensão gestacional a partir de 20 semanas e disfunção de órgão-alvo materno (hematológica, hepática, renal, pulmonar ou neurológica) ou disfunção uteroplacentária. Sendo assim, quaisquer das seguintes disfunções de órgão-alvo materno associadas a aumento dos níveis pressóricos após 20 semanas já faz o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo sem proteinúria:

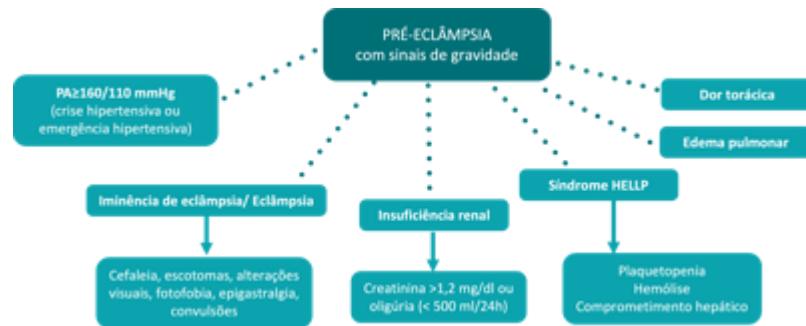


Atenção, Estrategista, o gabarito oficial dessa questão foi a alternativa A, mas consideramos que a alternativa B também está correta.

A letra A está correta. Correta a alternativa A: o gabarito oficial considerou essa alternativa correta. Existe divergência na literatura sobre quando considerar a proteína em fita positiva. A ACOG considera proteína em fita positiva a partir de 2+ e provavelmente essa foi a literatura utilizada pela banca. Porém, tanto a FEBRASGO, como o Ministério da Saúde em seu último manual de alto risco de 2022, consideram proteinúria positiva a partir de 1+ na proteinúria de fita, configurando o diagnóstico de pré-eclâmpsia e não hipertensão gestacional para essa paciente.

A letra B está incorreta. Correta a alternativa B: temos uma gestante de 28 semanas com inchaço de membros inferiores, pressão arterial de 150 x 100 mmHg e proteinúria em fita +1. O quadro de aumento dos níveis pressóricos a partir de 20 semanas associado a proteinúria (a partir de 1+ na proteinúria de fita – FEBRASGO e MS) configura o quadro de pré-eclâmpsia. Como não há sinais de gravidade, o diagnóstico é de pré- eclâmpsia não grave. Como há divergência na literatura, o examinador deve considerar correta também essa alternativa.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: como a paciente não apresenta critérios de gravidade, o quadro não é de pré-eclâmpsia grave. Os critérios de gravidade são:



A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: não se utiliza mais a termo hipertensão transitória para classificar as síndromes hipertensivas da gestação.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: considera-se hipertensão arterial crônica quando a hipertensão arterial surge antes de 20 semanas de gestação.

Questão | 2023 | 4000183443

Paciente primípara na 8^a semana de gestação procurou a emergência obstétrica com queixa de sangramento e dor em baixo ventre tipo cólica. Ao exame, no toque vaginal, percebeu-se o colo uterino pérvio e presença de sangramento.

Baseando-se em evidências atuais, qual das opções terapêuticas abaixo é a menos recomendada?

- A)** Curetagem uterina
- B)** Aspiração manual intrauterina
- C)** Misoprostol
- D)** Mifepristone
- E)** Expectante

Solução

Gabarito: A) Curetagem uterina

GABARITO: ALTERNATIVA A

O que o examinador quer saber: sobre a conduta no abortamento.

A conduta no abortamento vai depender da forma clínica do abortamento, da idade gestacional e da condição clínica da paciente.

Quando a paciente apresenta-se estável hemodinamicamente, com sangramento pequeno ou ausente e sem sinais de infecção, é possível a conduta expectante. A decisão entre conduta expectante e esvaziamento uterino deve ser compartilhada com a paciente.

A conduta expectante pode ser realizada por até 4 semanas , com orientação adequada da gestante quando a necessidade de procurar o hospital se sangramento aumentado ou sinais de infecção.

O esvaziamento uterino está indicado nos casos de abortamento incompleto, inevitável, retido ou infectado, mola hidatiforme e interrupção legal da gestação. É possível realizar esse procedimento de forma farmacológica ou cirúrgica.

O tratamento clássico e mais cobrado pelas provas de Residência nos casos de abortamento é a curetagem uterina. Nos últimos anos, surgiram novas técnicas de esvaziamento uterino e mais protocolos passaram a adotar as condutas expectantes ou medicamentosas para o tratamento do abortamento. O intuito dessas novas modalidades é reduzir as complicações associadas à curetagem uterina, como perfuração e formação de sinéquias (síndrome de Asherman).

O misoprostol é a medicação de escolha para o esvaziamento uterino de forma farmacológica. Da-se preferência ao misoprostol nos casos de abortamento retido e abortamento incompleto e abortamento após 12 semanas de gestação. Antes do esvaziamento cirúrgico deve ser utilizado misoprostol para dilatar o colo uterino e não ser necessária a dilatação manual.

As principais vantagens do esvaziamento uterino farmacológico é o custo acessível, ausência de risco de perfuração uterina ou formação de sinequias, a não realização de dilatação manual do colo uterino e a não necessidade da utilização de anestésicos. Por outro lado, temos como desvantagem o maior tempo de resolução do abortamento e sintomas como cólica e sangramento vaginal.

No primeiro trimestre, recomenda-se utilizar 800 mcg a cada 3-12h. Já no segundo trimestre a dose varia de 200 a 400 mcg a cada 3-6 horas, lembrando que na presença de cicatriz uterina a dose não deve ultrapassar de 200 mcg a cada 6 horas. A dose utilizada para preparação do colo uterino para AMIU ou curetagem é de 400 mcg, 3 horas antes do procedimento.

O esvaziamento uterino por aspiração é considerado atualmente uma opção mais segura e tão eficaz quanto a curetagem. É a técnica de escolha nas gestações precoces, até 12 semanas. É um instrumento barato, de simples manuseio e com uma técnica de fácil aplicação. A aspiração pode ser realizada através de vácuo elétrico, chamada de aspiração elétrica, ou através de um vácuo manual produzido por uma seringa e chamado de AMIU.

A técnica de preparação da paciente é semelhante à da curetagem, com a vantagem de que, em alguns serviços, o procedimento pode ser realizado sem a necessidade de anestesia geral ou bloqueio de neuroeixo. As complicações, como perfuração e sinéquias,

são bem pouco frequentes, por tratarem-se de um material rombo e que não “raspa” as paredes uterinas. A imagem mostra o dispositivo de AMIU montado.

A curetagem uterina somente deve ser empregada nos abortamentos com menos de 12 semanas na indisponibilidade da realização de de material para aspiração intrauterina. Já nas gestações com mais de 12 semanas ou com material muito abundante, ela é a primeira opção.

Antes da curetagem em si, pode haver a necessidade de dilatar o orifício do colo uterino para a passagem da cureta. Para esse procedimento, empregam-se as chamadas **velas de dilatação de Hegar, que são introduzidas no colo (imagem abaixo, à esquerda). Após a dilatação, procede-se com a retirada mecânica dos restos ovulares com a cureta (imagem abaixo, à direita).**

A perfuração uterina é a complicaçāo mais frequente na curetagem. Caso ela ocorra, o procedimento deve ser interrompido, e a paciente deve ser observada. Caso ela apresente instabilidade hemodinâmica, deve ser realizada laparotomia exploradora devido ao extravasamento de sangue para a cavidade abdominal, provocado pela perfuração.

Vou aproveitar o “gancho” e relembrá-los de que, após a 12^a semana de gestação, o feto apresenta espículas ósseas e a curetagem uterina direta provoca risco de perfuração uterina. Você deve primeiro induzir com misoprostol, aguardar a expulsão e, somente após, iniciar a curetagem.

A letra A está correta. Correta a alternativa A: temos uma gestante com abortamento em curso ou inevitável, uma vez em que a paciente apresenta sangramento vaginal associado a colo uterino pérvio. A curetagem pode ser realizada, mas não é atualmente a opção de escolha, por aumentar os riscos de perfuração uterina.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: a aspiração manual intrauterina é a principal opção terapêutica para os abortamentos precoces.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C e D: o misoprostol ou mifepristone são medicações que pode ser utilizada para ajudar na eliminação do produto do abortamento.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa C e D: o misoprostol ou mifepristone são medicações que pode ser utilizada para ajudar na eliminação do produto do abortamento.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: a conduta expectante pode ser realizada caso a gestante esteja estável e com sangramento em pequena quantidade.

Questão | 2023 | 4000183444

Gestante tercigesta na 12^a semana de gravidez, procurou o pré-natal trazendo resultado dos exames de rotina. No momento, refere cefaleia, tonturas, náuseas e vômitos. A glicemia de jejum foi de 92mg/dL. Assinale a alternativa CORRETA quanto à interpretação e conduta mais adequada.

- A)** Exame normal. Prosseguir a investigação, realizando o teste de tolerância oral à glicose a 75g entre 24 e 28 semanas.
- B)** Exame alterado. Repetir a glicemia de jejum para confirmar o resultado. São necessários dois valores alterados, para iniciar o tratamento.
- C)** Exame alterado. Iniciar o tratamento e posteriormente, confirmar realizando o teste de tolerância oral à glicose a 75g entre 24 e 28 semanas.
- D)** Exame normal. Repetir o exame, solicitar hemoglobina glicada e fazer o teste de tolerância oral à glicose a 75g entre 24 e 28 semanas.
- E)** Exame alterado. Iniciar o tratamento.

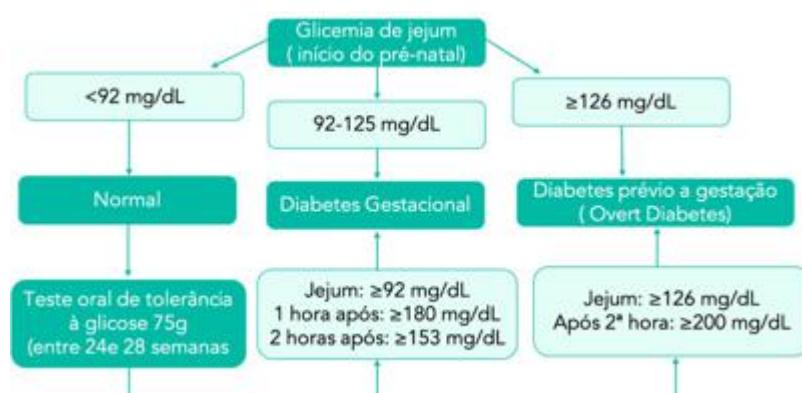
Solução

Gabarito: E) Exame alterado. Iniciar o tratamento.

GABARITO: E.

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

O diagnóstico de DMG é feito conforme o organograma a seguir.



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 considerado normais são:

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

A insulinoterapia é indicada quando não se alcança adequado controle glicêmico, isto é, na presença de duas ou mais medidas de glicemia acima da meta, avaliadas após 7 a 14 dias de terapia não farmacológica Ou se a circunferência abdominal fetal \geq percentil 75º na ultrassonografia de 3º trimestre (29 e 33 semanas de gestação), independente dos valores glicêmicos.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl faz o diagnóstico de diabetes gestacional, não sendo necessário nenhum exame adicional para confirmar o diagnóstico.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl faz o diagnóstico de diabetes gestacional, não sendo necessário nenhum exame adicional para confirmar o diagnóstico. Não é necessário repetir o exame para confirmar o diagnóstico.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl faz o diagnóstico de diabetes gestacional, não sendo necessário nenhum exame adicional para confirmar o diagnóstico. O teste de tolerância oral à glicose deve ser feito entre 24 e 28 semanas apenas para gestantes com glicemia de jejum normal no primeiro trimestre ou que não realizaram glicemia de jejum no início da gestação.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: como a glicemia de jejum é ≥ 92 mg/dl, o exame está alterado.

A letra E está correta. Correta a alternativa E: glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl faz o diagnóstico de diabetes gestacional, não sendo necessário nenhum exame adicional para confirmar o diagnóstico. Diante desse resultado, orienta-se o início do tratamento que deve ser com dieta e exercício físico.

Questão | 2023 | 4000183445

Em qual das alternativas abaixo NÃO se encontra indicado iniciar medidas medicamentosas para prevenção da pré-eclâmpsia/eclâmpsia?

- A)** Diabetes Mellitus clínico.
- B)** Diabetes Mellitus gestacional.
- C)** Pré-eclâmpsia em gestação anterior.
- D)** Gestante de 41 anos e nulípara.
- E)** Índice de massa corpórea de 31 kg/m²

Solução

Gabarito: **B)** Diabetes Mellitus gestacional.

Gabarito: B

O que o examinador quer saber: sobre Síndromes Hipertensivas da Gestação.

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

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

*Adaptada da ISSHP, FIGO, ACOG e MS

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

Todas as gestantes, independente do risco de pré-eclâmpsia, devem ser orientadas a praticar atividade física durante a gestação e ingerir pelo menos 600 mg de cálcio por dia na alimentação. Essas medidas diminuem o risco de pré-eclâmpsia na população geral. Se a gestante apresenta baixa ingestão dietética de cálcio, deve-se suplementar com pelo menos 500 mg de cálcio por dia.

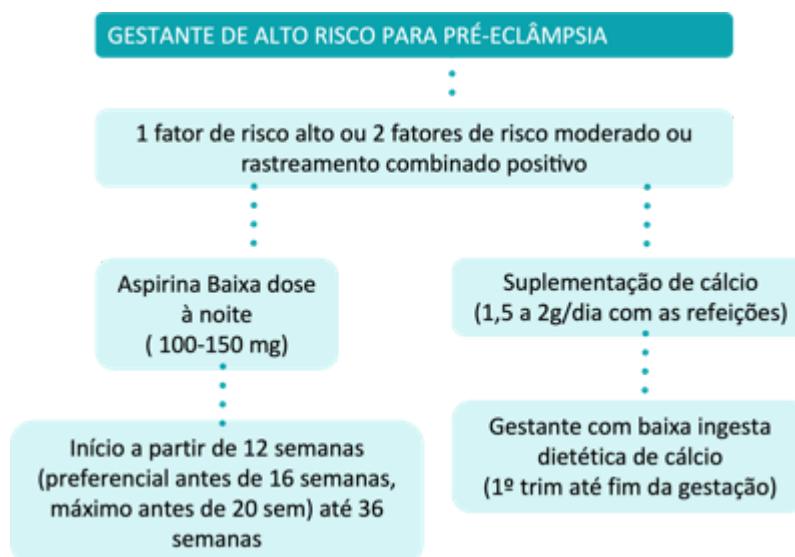
Em gestantes com alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia, tanto pelo rastreamento combinado no primeiro trimestre, como pela avaliação dos fatores de risco maternos isolados, a prevenção primária consiste na administração de aspirina em baixa dose (100-150 mg) diariamente, com início antes de 16 semanas de gestação (preferencialmente com 12 semanas), até 36 semanas. O uso de baixa dose de aspirina antes de 16 semanas

de gestação diminuiu o risco de pré-eclâmpsia, principalmente a pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas), e de restrição de crescimento fetal em gestantes de alto risco.

A suplementação de cálcio nas gestante de alto risco deve ser feita na dose de 1,5g a 2g/dia quando há baixa ingestão dietética de cálcio, pois essa medida reduz o risco de pré-eclâmpsia para esse grupo de mulheres.

Não existe evidência de que a suplementação de vitamina C, D, E, óleo de peixe, ácido fólico e restrição de sal possam reduzir o risco de pré-eclâmpsia. Além disso, o uso de heparina de baixo peso molecular não está indicado para a prevenção da pré-eclâmpsia, pois essa medida não reduz o risco dessa patologia.

No fluxograma abaixo, está resumida a profilaxia da pré-eclâmpsia para que você memorize bem esse assunto e, a seguir, vamos



A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 são fatores de alto risco para pré-eclâmpsia.

A letra B está correta. Correta a alternativa B: o diabetes gestacional não é um fator de risco para pré-eclâmpsia, mas sim o diabetes prévio à gestação (diabetes tipo 1 e 2).

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: pré-eclâmpsia em gestação anterior é fator de alto risco para pré-eclâmpsia.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: gestante acima de 40 anos é fator de risco moderado para pré-eclâmpsia.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: IMC ≥ 30 kg/m² é fator de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia.

Questão | | 2023 | 4000183446

Em qual das alternativas abaixo está indicado iniciar medida medicamentosa para prevenção do trabalho de parto prematuro e a medicação recomendada?

- A)** Parto prematuro anterior espontâneo - prostaglandina.
- B)** Dosagem de fibronectina fetal positiva após a 22^a semana – prostaciclina.
- C)** Ultrassonografia sugerindo colo de 3,0 cm de comprimento – prostaglandina.
- D)** Ultrassonografia sugerindo colo de 2,0 cm de comprimento – progesterona.
- E)** Toque vaginal sugerindo colo de 2,5 cm de comprimento – progesterona.

Solução

Gabarito: D) Ultrassonografia sugerindo colo de 2,0 cm de comprimento – progesterona.

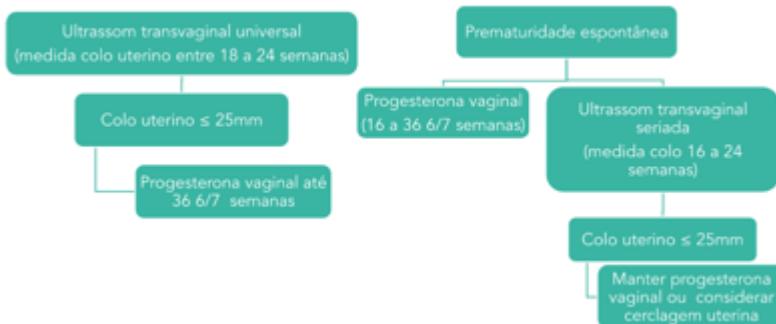
GABARITO: ALTERNATIVA D

O que o examinador quer saber: sobre profilaxia de trabalho de parto prematuro.

A progesterona micronizada por via vaginal reduz o risco de parto prematuro e a morbidade neonatal em aproximadamente 30% das mulheres com gestação única e história prévia de parto prematuro espontâneo. Além disso, a progesterona também diminui o risco de prematuridade em mulheres sem fator de risco que apresentam colo curto à avaliação ultrassonográfica transvaginal de rotina.

A progesterona vaginal deve ser oferecida em doses de 100 a 400mg/dia para todas as gestantes entre 16 e 36 6/7 semanas com um dos seguintes fatores:

**História pregressa de parto prematuro < 34 semanas ou perda gestacional > 16 semanas.
Medida do colo uterino entre 16-24 semanas ≤ 25mm.**



A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: o histórico de prematuridade anterior indica a profilaxia medicamentosa com progesterona vaginal.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: a dosagem de fibronectina positiva após 22 semanas indica a maior chance de ocorrência de parto nos próximos 14 dias. Esse exame deve ser feito apenas para gestantes com histórico de prematuridade anterior, portanto, gestantes que já fazem o uso de progesterona vaginal.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: considera colo curto quando a medida do colo uterino é \leq 20-25 mm.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: a progesterona vaginal é a medicação preconizada para a profilaxia de trabalho de parto prematuro em gestantes com colo uterino curto (\leq 20-25 mm) ou histórico de prematuridade anterior. Algumas instituições usam como ponto de corte 20 mm e outras 25 mm, como o Ministério da Saúde.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: o toque vaginal não é parâmetro para indicar a profilaxia com progesterona vaginal.

Questão | 2023 | 4000183447

Paciente 18 anos de idade, na 11^a semana de gestação, veio para sua 1^a consulta de pré-natal. Na anamnese, referiu uma ferida ulcerada única, indolor e sem ardor ou secreções purulentas em lábio vaginal direito há aproximadamente 8 meses, a qual regrediu espontaneamente sem tratamento. Nessa consulta trouxe exames préconcepcionais, que chamaram a atenção pelo VDRL de 1/16.

Qual a conduta adequada que o pré-natalista deve fazer?

- A)** Penicilina benzatina – 2.400.000 UI – 2 doses.
- B)** Penicilina benzatina – 2.400.000 UI – 1 dose.
- C)** Penicilina benzatina – 2.400.000 UI – 3 doses.
- D)** Penicilina benzatina – 2.400.000 UI – 4 doses.
- E)** Não administrar penicilina pelo risco de teratogenicidade. Adiar o tratamento para o 2º trimestre.

Solução

Gabarito: B) Penicilina benzatina – 2.400.000 UI – 1 dose.

GABARITO: ALTERNATIVA B

O que o examinador quer saber: sobre sífilis na gestação

O diagnóstico da sífilis é feito por meio da correlação entre os dados clínicos, os exames laboratoriais, o histórico de infecção passada e exposição recente. Como a maioria das pessoas com sífilis é assintomática ou apresenta quadro clínico vago, os exames laboratoriais são imprescindíveis para o diagnóstico correto.

Então, para o diagnóstico da sífilis, deve-se realizar um teste treponêmico e um não treponêmico. Recomenda-se sempre que possível realizar primeiro o teste treponêmico (teste rápido), que é o primeiro que positiva, e depois fazer o não treponêmico.

Sendo assim, o diagnóstico de sífilis é confirmado quando ambos os testes treponêmico e não treponêmico estiverem reagentes e for afastada cicatriz sorológica (tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições). Lembrar que qualquer titulação do teste não treponêmico é considerada positiva para sífilis.

Na gestação, é obrigatório realizar exames para sífilis na primeira consulta do pré-natal (preferencialmente no 1º trimestre da gestação), no início do 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto ou aborto (independentemente de exames anteriores) e a qualquer momento após exposição de risco/violência sexual.

Apesar de a confirmação diagnóstica ser feita apenas com a solicitação dos dois testes, recomenda-se que, na gestação, o tratamento deve ser imediato após um único teste para sífilis positivo, seja ele treponêmico ou não treponêmico. Quanto mais semanas uma gestante com sífilis passa sem tratamento, maior é tempo de exposição e risco de infecção para o conceito.

Assim, não se deve adiar o tratamento na gestação a fim de aguardar a confirmação com outro teste, pois essa demora para o início do tratamento aumenta o risco de transmissão vertical.

Todavia, apesar de já haver indicação de tratamento imediato, ainda assim é necessário realizar um segundo teste diagnóstico, fazer monitoramento laboratorial (controle de cura) e tratar os parceiros (as) sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

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

Recomenda-se o tratamento imediato com Benzilpenicilina benzatina após somente um teste reagente para sífilis (treponêmico ou não treponêmico) para todas as gestantes.

Deve-se realizar um segundo teste para confirmar o diagnóstico, mas não se deve aguardar esse teste para iniciar o tratamento. Pacientes sintomáticas com suspeita de sífilis primária ou secundária, na impossibilidade de realizar qualquer teste diagnóstico, devem ser tratadas imediatamente para sífilis recente, assim como suas parceiras sexuais.

A dosagem da benzilpenicilina benzatina a ser utilizada na gestante vai depender do estadiamento da doença (tabela 5). Na sífilis recente, a gestante deve receber uma dose única de benzilpenicilina benzatina de 2,4 milhões UI, intramuscular. Já na sífilis tardia, a gestante deve receber três doses de benzilpenicilina benzatina de 2,4 milhões UI, intramuscular, uma vez por semana, por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI.

ESTADIAMENTO		TRATAMENTO
RECENTE	Primária	Benzilpenicilina benzatina
	Secundária	2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI/glúteo)
	Latente recente (<1 ano)	Benzilpenicilina benzatina
TARDIA	Latente tardia (>1 ano) ou duração ignorada	2,4 milhões UI, IM, semanal, (1,2 milhão UI/glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
	Terciária	Benzilpenicilina procaina (cristalina) 18-24 milhões UI/dia, EV, 3-4 milhões UI, 4/4 horas ou infusão contínua por 14 dias
Neurossífilis		

Lembre-se de que a sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) e, por isso, o parceiro (a) deve ser sempre tratado concomitantemente à gestante. Em situações em que o diagnóstico da sífilis é feito no momento do parto, a puérpera e o seu parceiro devem receber tratamento, de preferência com início ainda na mesma internação.

As parceiras sexuais dos últimos 90 dias das gestantes com sífilis devem ser testadas e tratadas com pelo menos uma dose de penicilina benzatina IM de 2,4 milhões UI, de preferência em conjunto com a gestante mesmo que apresentem testes imunológicos não reagentes. Caso o teste seja reagente para sífilis, o tratamento deve ser conforme o estágio clínico da infecção, como nas gestantes, e de preferência com penicilina benzatina.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: para o tratamento para sífilis recente deve-se fazer 2,4 milhões UI de penicilina benzatina intramuscular dose única.

A letra B está correta. Correta a alternativa B: temos uma gestante com um quadro compatível com cancro duro (sífilis primária) há 8 meses e VDRL positivo. Como se trata de sífilis recente (há menos de 1 ano), a gestante deve receber dose única de 2,4 milhões UI de penicilina benzatina intramuscular.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: para o tratamento para sífilis recente deve-se fazer 2,4 milhões UI de penicilina benzatina intramuscular dose única. O tratamento com três dose é feito para sífilis tardia (há mais de 1 ano).

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: para o tratamento para sífilis recente deve-se fazer 2,4 milhões UI de penicilina benzatina intramuscular dose única.

A letra E está incorreta.

Questão | | 2023 | 4000183448

Paciente 22 anos de idade, primigesta e na 41^a semana de gravidez. Veio para emergência obstétrica com queixa de dor em baixo ventre há 12h tipo cólica. Ao exame, dinâmica uterina de 4 contrações/10 minutos/55 segundos. Batimentos cardíofetais de 156 bpm. Altura de fundo uterino de 34cm. Toque vaginal com 6 cm de dilatação, bolsa das íntegras,cefálico e 80% de esvaecimento cervical. O trabalho de parto evoluiu de forma lenta e, durante o período expulsivo, ocorreu o sinal da tartaruga.

Assinale a alternativa que NÃO é fator de risco para o diagnóstico do período expulsivo.

- A) Obesidade**
- B) Termo tardio**
- C) Macrossomia**
- D) Parto vaginal assistido**
- E) Lúpus eritematoso sistêmico**

Solução

Gabarito: E) Lúpus eritematoso sistêmico

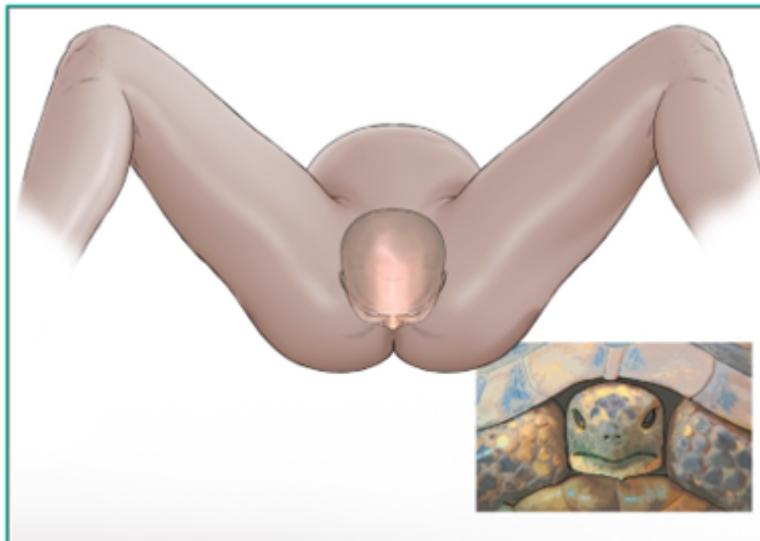
GABARITO: ALTERNATIVA E

O que o examinador quer saber: sobre distócia de ombro.

A distócia de biacromial ou distócia de ombro se dá durante o período expulsivo do parto cefálico, quando o polo cefálico já se desprendeu, mas os ombros não se soltam. Esse evento é raro, mas aumenta consideravelmente quando o feto apresenta peso superior a 4500g e diabetes materna, apesar da maioria das distócias de ombro ocorrerem em fetos com peso normal e não serem previsíveis.

A distócia de ombro é definida pela impactação do ombro anterior contra a sínfise púbica materna após a exteriorização do polo cefálico. Ocorre quando o diâmetro biacromial excede o diâmetro pélvico e o intervalo de tempo entre a saída da cabeça e do restante do corpo é maior ou igual a 60 segundos ou foi necessário manobras para ultimação do parto.

Um sinal clínico importante de distócia de ombro é quando a cabeça fetal, após o desprendimento, é puxada de volta contra o períneo, chamado **sinal da tartaruga**. Diante disso não se deve aplicar força excessiva na cabeça e nem sobre o fundo uterino.



Essa distócia leva a **complicações importantes maternas e fetais**. Para a mulher pode ocasionar **lacerações do canal de parto, atonia uterina, rotura uterina e disjunção da sínfise púbica**. No feto pode ocorrer **lesão de plexo braquial, fratura de clavícula e úmero, hipóxia fetal, óbito intraparto e neonatal**.

COMPlicações da distócia de biacromial	
MATERNAS	FETAIS
Lacerações do canal de parto	Lesão de plexo braquial
Atonia uterina	Fratura de clavícula e úmero
Rotura uterina	Hipóxia fetal
Disjunção da sínfise púbica	Óbito intraparto e neonatal

Algumas situações aumentam o risco de distócia de biacromial, são elas: **diabetes, pôs-datismo, macrossomia, anomalias anatômicas da pelve materna**. Durante o trabalho de parto há mais chances de ocorrer distócia de ombro quando o **período expulsivo é prolongado, e há necessidade do uso de vácuo extrator ou fórceps**.

Fatores de Risco para Distócia de Biacromial
Diabetes
Pôs-datismo
macrossomia
Anomalias anatômicas da pelve materna
Período expulsivo prolongado
Parto vaginal operatório

Para prevenção da distócia de ombro, deve-se realizar um controle glicêmico rigoroso nas gestantes com diabetes. Cesárea eletiva ou indução do parto de fetos com 4 kg não se mostraram efetivos para prevenção de distócia de ombro.

Temos uma gestante com teve um trabalho de parto que evoluiu de forma lenta e no período expulsivo ocorreu o sinal da tartaruga. Esse sinal é sugestivo de distócia de ombro. Então o examinador quer saber qual das alternativas não é fator de risco para distócia de ombro.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: obesidade é fator de risco para distócia de ombro, pois a obesidade aumenta o risco de diabetes na gestação, o principal fator de risco para esse tipo de distócia.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: fetos de termo tardio tem mais chances de serem macrossômicos, o que aumenta o risco de distócia de ombro.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: quanto maior o feto, maior o risco de distócia de ombro. Macrossomia fetal se refere a fetos com peso maior do que 4kg a 4,5 kg.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: o parto vaginal assistido ou operatório tem mais chances de ocorrer quando há mais dificuldade da passagem do feto pela bacia. Se ocorreu maior dificuldade da passagem da cabeça fetal, pode ocorrer também maior dificuldade na passagem dos ombros, por isso há maior risco de distócia de ombro.

A letra E está correta. Correta a alternativa E: lúpus eritematoso sistêmico aumenta o risco de insuficiência placentária e restrição de crescimento fetal, o que não está ligado à distócia de ombro.

Questão | 2023 | 4000183449

Assinale a alternativa INCORRETA referente às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) dos cuidados intrapartos para uma experiência positiva da gestante.

- A fase ativa do trabalho de parto é caracterizada por contrações uterinas dolorosas
- A)** regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical de 5 cm até a dilatação completa.
- B)** A fase ativa do trabalho de parto usualmente não se estende, além de 12 horas no primeiro parto, e de 10 horas nos partos subsequentes.
- A taxa de dilatação cervical média de 1 cm/hora durante o primeiro estágio ativo, no
- C)** primeiro parto (conforme linha de alerta do partograma), é bom preditor para identificar mulheres em risco de desfechos adversos no parto.

- D)** A episiotomia seletiva é recomendada.

A duração da segunda fase do trabalho de parto é variável, porém geralmente, no

- E)** primeiro parto, o nascimento ocorre em 3 horas, enquanto nos partos subsequentes, o nascimento ocorre em 2 horas.

Solução

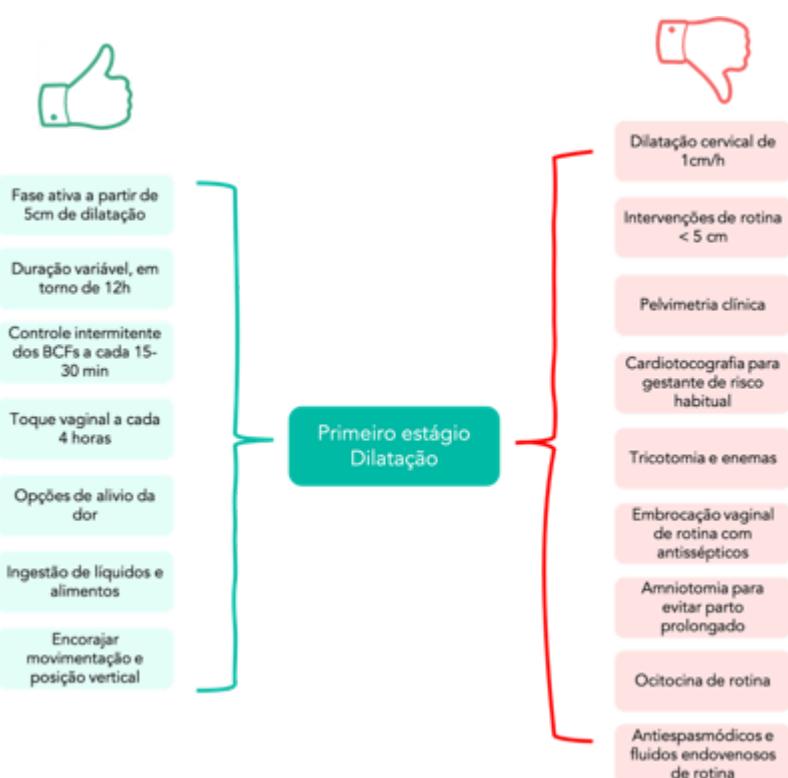
A taxa de dilatação cervical média de 1 cm/hora durante o primeiro estágio

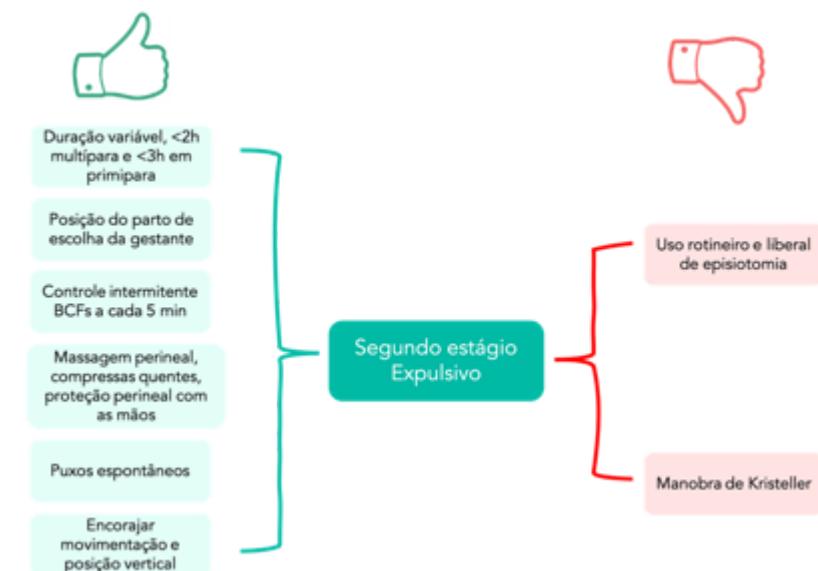
Gabarito: C) ativo, no primeiro parto (conforme linha de alerta do partograma), é bom preditor para identificar mulheres em risco de desfechos adversos no parto.

GABARITO: ALTERNATIVA C

O que o examinador quer saber: sobre as recomendações da OMS sobre a assistência ao parto.

As recomendações da primeira e segunda fase do parto estão resumidas nas figuras a seguir:



**Atenção, Estrategista! Essa questão solicita a alternativa incorreta.**

A letra A está incorreta. Correta a alternativa A: Considera-se fase ativa do trabalho de parto quando houver pelo menos 3 contrações em 10 minutos e dilatação cervical a partir de 5cm. Antes desse período, a gestante está na fase latente do trabalho de parto e não deve permanecer internada.

A letra B está incorreta. Correta a alternativa B: A duração da fase ativa é variável, sendo em torno de 12 horas para as primíparas e 10 horas para as multíparas.

A letra C está correta. **Incórrreta** a alternativa C: A evolução da dilatação não ocorre de maneira homogênea para todas as gestantes, por isso não se deve utilizar o critério de 1cm/hora para considerar-se uma boa evolução dessa fase.

A letra D está incorreta. Correta a alternativa D: a episiotomia não deve ser feita de forma rotineira e liberal, mas sim de forma restrita e seletiva, pois há evidências de que evitar episiotomia diminui significativamente o trauma perineal e a dor pós-parto, além de não haver evidências claras do seu benefício.

A letra E está incorreta. Correta a alternativa E: A duração do período expulsivo é muito variável, sendo em torno de 3 horas em primíparas e 2 horas em multíparas, podendo chegar a 3 horas na primigesta sem analgesia e até 4 horas quando a parturiente está sob efeito da analgesia.

Questão | 2023 | 4000183450

Mulher de 25 anos chega à emergência obstétrica, com sangramento genital aumentado, sem cólica, há três dias. Traz consigo dosagem sérica da fração beta do HCG com valor

de 1500UI. Pela data da sua menstruação, acha que está com 11 semanas de gravidez. O exame físico confirmou sangramento uterino com fundo uterino ultrapassando a sínfise púbica em quatro centímetros. O exame ultrassonográfico revela massa intrauterina ecogênica completa contendo vários espaços císticos pequenos. Tecidos fetais e saco amniótico ausentes.

De acordo com o quadro acima, é CORRETO afirmar que

- A) o provável diagnóstico é de mola completa com cariótipo 45XO.
- B) a maior possibilidade é de mola parcial com proliferação focal.
- C) se trata de uma mola parcial devido ao edema trofoblástico difuso.
- D) o diagnóstico é de mola completa onde ocorre hidropsia de vilosidades.
- E) devido ao HCG acima de 1000UI, trata-se de tumor de implantação.

Solução

Gabarito: D) o diagnóstico é de mola completa onde ocorre hidropsia de vilosidades.

GABARITO: ALTERNATIVA D

O que o examinador quer saber: sobre os diferentes tipos de mola.

DIFERENÇAS ENTRE MOLA COMPLETA E PARCIAL

MOLA COMPLETA	MOLA PARCIAL
GENÉTICA	DIPLOIDE
EMBRIÃO	Ausente
RISCO DE NEOPLASIA	Maior (15-20%)
hCG	ALTOS VALORES de hCG
HISTOLOGIA	Hiperplasia trofoblástica difusa
p57	AUSENTE
	TRIPLOIDE OU TETRAPLOIDE
	PRESença de conceito malformado ou perda precoce
	Raro (5%)
	Valores de hCG mais BAIXO
	Hiperplasia trofoblástica focal
	PRESENTE

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: a mola completa origina-se por um ÓVULO “VAZIO” fecundado por espermatozoide 23X. Logo, observe que o material genético é exclusivamente PATERNO, sendo duplicado e originando uma célula 46XX (90% das vezes).

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: como não se tem embrião, e há múltiplas imagens císticas, a probabilidade maior é ser uma mola completa e não parcial.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: o edema trofoblástico difuso é característico da mola completa.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: temos uma gestante com quadro clínico sugestivo de doença trofoblástica gestacional, uma vez que apresenta sangramento vaginal, útero aumentado de tamanho, Bhcg 1000.000 mUI e imagem ultrassonográfica evidenciando massa intrauterina com múltiplos cistos pequenos. Como não foi encontrado embrião, a maior probabilidade é que seja uma mola completa.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: Bhcg muito elevados aumentam a chance de mola completa. Nos tumores de implantação o Bhcg geralmente está normal.

Questão | 2023 | 4000183451

Paciente de 65 anos procura ambulatório de ginecologia com queixa de “bola” na vagina há três meses. Nega perdas urinárias. Nega demais queixas. G4P4 (partos vaginais). O exame de POP-q é representado no quadro abaixo:

-3	-3	0
5	4	10
-3	-3	-8

De acordo com o exposto acima, é CORRETO afirmar que a paciente apresenta

- A)** prolapo de parede anterior associado ao prolapo apical.
- B)** ausência de prolapo com hipertrofia de colo uterino.
- C)** prolapo apical e hipertrofia de colo uterino.
- D)** prolapo apical associado ao prolapo de parede posterior.
- E)** ausência de distopia em todos os compartimentos (exame normal).

Solução

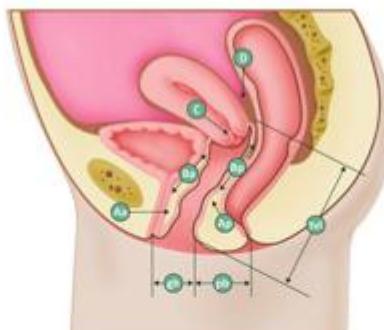
Gabarito: B) ausência de prolapo com hipertrofia de colo uterino.

GABARITO: ALTERNATIVA B

Essa questão é um clássico na prova da SES- PE.

Existem várias classificações utilizadas para o POP e as mais utilizadas são a classificação subjetiva de Baden-Walker e a classificação de quantificação do POP,

chamada de POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification).



+3	+8	+8
4,5	1,5	8
HG	CP	CTV

-3	-3	-8
2	3	10
HG	CP	CTV

+3	+8	-
Ap	Bp	D

-3	-3	-10
-3	-3	D

Os pontos Aa e Ba se referem a parede vaginal anterior e os pontos Ap e Bp se referem a parede vaginal posterior. O ponto C se refere ao colo do útero e o ponto D ao fundo de saco. A medida CTV é o comprimento total da vagina (vide imagem). Todos os pontos são dispostos em formato de “jogo da velha” como mostrado acima.

No caso da paciente, vemos que os pontos Ba e Bp estão em -3, que é o valor de referência, indicando que não há prolapsos de paredes posterior e anterior. Já o ponto C encontra-se em 0, bem abaixo do que é esperado. Porém, vemos que o ponto D encontra-se em -8, bem acima do colo. A partir disso podemos inferir que o comprimento do colo é de 8 cm, indicando uma hipertrofia do colo. A última dúvida que resta é se há ou não prolapsos apicais. É importante lembrarmos que somente consideramos um descenso patológico do ponto “d” se ele estiver mais do que 2 cm abaixo do comprimento vaginal total. Como nesse caso ele vale 10 e o ponto D está em -8, não existe prolapsos apicais.

Portanto, a alternativa correta é a letra “b”.

Questão | 2023 | 4000183452

Mulher de 25 anos chega à emergência ginecológica, com quadro de sangramento genital com odor desagradável há vários dias. Informa sangramento durante atividade sexual. O exame ginecológico revela tumoração cervical de 06 cm, restrita ao colo uterino. Vagina e paramétrios estão livres. Não possui exames complementares. Considerando o quadro acima, no momento, qual o provável estadiamento até o momento e tratamento?

- A) Ib3, radioterapia
- B) Ib1, radioterapia

- C) IIa1, cirurgia Piver tipo 5
- D) IIIa, radioterapia
- E) Ia2, cirurgia Piver tipo 3

Solução

Gabarito: A) Ib3, radioterapia

Estrategista, esta paciente apresenta um quadro clínico típico de câncer de colo uterino. O câncer de colo uterino invasor, em fases iniciais, bem como suas lesões precursoras, é assintomático, por isso, a importância do rastreamento. Em mulheres assintomáticas, essa neoplasia pode ser descoberta por meio do rastreio ou por lesão visível, durante o exame pélvico. Em mulheres sintomáticas, as manifestações mais comuns são:

- Sangramento irregular;
- Corrimento vaginal mucoide ou com odor (achado inespecífico);
- Sinusorragia (sangramento pós-coito).

Aproximadamente, 45% das pacientes têm doença localizada, no momento do diagnóstico; 36% têm doença com envolvimento regional e 15% têm metástases à distância. Doença avançada pode apresentar-se com:

- Dor pélvica, com irradiação para extremidades;
- Sintomas urinários e intestinais devido à invasão ou compressão tumoral.

A visualização do colo uterino, durante o exame espectral, pode revelar uma aparência normal ou uma lesão cervical visível. Qualquer lesão visível suspeita deve ser biopsiada, independentemente dos resultados citológicos benignos anteriores.

A lesão pode manifestar-se como úlcera superficial, tumor exofítico (Figura 1) na ectocérvice ou com infiltração da endocérvice. Os tumores endofíticos podem resultar em um colo uterino que parece aumentado, liso e endurecido, geralmente, chamado de "colo em barril". Entre os adenocarcinomas cervicais, aproximadamente metade é exofítica; outros aumentam ou ulceram, difusamente, o colo uterino e cerca de 15% não apresentam lesão visível porque o carcinoma está dentro do canal endocervical.

O esquema abaixo mostra o estadiamento do câncer de colo:

Estadiamento do Câncer de colo de útero	
Estágio	Descrição
I	Tumor restrito ao colo do útero
IA	Microscópico, com invasão de até 5mm
IA1	 Invasion < 3mm
IA2	 Invasion entre 3-5mm
IB	profundidade de invasão ≥ 5 mm (maior que estadio IA) com lesão restrita ao colo
IB1	 Tumor < 2cm
IB2	 Tumor entre 2-4cm
IB3	 Tumor ≥ 4cm
II	Invade além do útero sem atingir 1/3 inferior da vagina ou parede pélvica
IIA	Invade 2/3 superiores da vagina
IIA1	 <4cm
IIA2	 ≥4cm
IIB	 Invadão parametrial sem atingir parede pélvica
III	
III A	 1/3 inferior da vagina
IIIB	 Parede pélvica/hidronefrose/rim não funcional
IIIC	Linfonodos pélvicos ou para-aórticos
IIIC1	 Linfonodos pélvicos
IIIC2	 Linfonodos para-aórticos
IV	Invasão além da pelve ou bexiga ou reto
IVA	 Metastases em órgãos pélvicos adjacentes
IVB	 Metastases em órgãos a distância

A forma de tratamento do câncer de colo depende do seu estadiamento. Veja a tabela abaixo:

TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO		
ESTÁDIO	CONDUTA	
Ca in situ		Conização (diagnóstica e terapêutica) Se ADENOCARCINOMA in situ - histerectomia simples
IA- Tumor restrito ao colo	IA1- invasão < 3 mm	SEM IELV: histerectomia extrafascial simples (Piver I) * SEM IELV SEM PROLE DEFINIDA: conização
	IA2- invasão 3-5 mm	COM IELV: histerectomia Piver II + linfadenectomia COM IELV SEM PROLE DEFINIDA: conização + linfadenectomia
	IB1- tumor <2 cm	Histerectomia Piver II + linfadenectomia SEM PROLE DEFINIDA: traquelectomia + linfadenectomia
IB- Tumor restrito ao colo com profundidade de invasão ≥5 mm	IB2- tumor 2-4 cm	Histerectomia Piver III + linfadenectomia
	IB3-tumor ≥4 cm	Quimiorradiação
	IIA1- invade 2/3 superiores da vagina com tumor <4 cm	Histerectomia Piver III + linfadenectomia
II-	IIA2- invade 2/3 superiores da vagina com tumor ≥4 cm	Quimiorradiação
	IIIB- invade paramétrio sem atingir parede pélvica	Quimiorradiação

	IIIA- tumor atinge 1/3 inferior da vagina	Quimiorradiação
III	IIIB- tumor atinge parede pélvica, causa hidronefrose ou rim não funcionalente	Quimiorradiação
	IIIC1- atinge linfonodos pélvicos	Quimiorradiação
	IIIC2- atinge linfonodos para-aórticos	Quimiorradiação
IV	IVA- metástases em órgãos pélvicos adjacentes (bexiga e reto)	Quimiorradiação**
	IVB- metástases à distância	Quimiorradiação

IELV: invasão do espaço linfovascular.

*Apenas a conização já pode ser considerada tratamento para essas pacientes, mas, para a prova, considere histerectomia como o tratamento padrão.

**Em raros casos selecionados do estádio IVA, a exenteração pélvica pode ser uma opção.

Observação 1: a quimiorradiação é opção de tratamento para qualquer estádio.

Observação 2: nas pacientes que foram submetidas ao tratamento cirúrgico, devem ser avaliados os fatores de risco para definir a necessidade de terapia adjuvante.

Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está correta. Correta a alternativa A, pois trata-se de tumor > 4 cm restrito ao colo do útero e neste estadiamento o tratamento indicado é a radio/quimioterapia.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque o estadiamento correto é Ib3.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C, porque no estádio IIa1 o tumor é menor que 4 cm.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D, porque no estadiamento IIIA o tumor está comprometendo o 1/3 inferior da vagina.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque no estadiamento Ia2 o tumor tem entre 2 e 4 cm e está restrito ao colo.

Questão | 2023 | 4000183453

Paciente de 30 anos, G1P1 (cesariana), procurou o serviço de ginecologia com queixa de sangramento genital esporádico há algumas semanas. Traz consigo um exame citológico (Papanicolaou) mostrando células glandulares atípicas de significado indeterminado provavelmente não neoplásicas. O exame ginecológico revelou sangramento uterino anormal. De acordo com o cenário acima, qual a melhor conduta?

- A)** Realizar novo exame citológico em três meses
- B)** Realizar curetagem do canal endocervical
- C)** Realizar colposcopia e avaliação endometrial
- D)** Realizar histeroscopia diagnóstica com biópsia

E) Realizar exérese de zona de transformação tipo 3

Solução

Gabarito: C) Realizar colposcopia e avaliação endometrial

Estrategista, esta é uma questão sobre a conduta frente a alteração da colpocitologia. Esta paciente apresenta um Papanicolaou mostrando células glandulares atípicas de significado indeterminado provavelmente não neoplásicas. Esse resultado pode representar tanto achados malignos (neoplasia intraepitelial escamosa, adenocarcinoma in situ ou invasor, adenocarcinoma de endométrio, neoplasia extrauterina) quantos benignos (metaplasia tubária, uso de DIU, pólipos endometriais, adenose vaginal, etc.). A chance de lesão de alto grau ou câncer em pacientes com essa atipia citológica varia de 15% a 56% dos casos, por isso todas as pacientes com esse achado devem ser encaminhadas à colposcopia.

Na colposcopia, devido à possibilidade de lesões glandulares e patologias endometriais, é muito importante a avaliação do canal endocervical e avaliação endometrial, que é indicada para as pacientes acima de 35 anos ou que estejam apresentando sangramento uterino anormal, anovulação crônica ou obesidade.

A recomendação para estes casos é encaminhar as pacientes para colposcopia. À colposcopia:

- Realizar nova coleta de material para citologia com especial atenção para o canal cervical.
- Realizar avaliação endometrial com ultrassonografia transvaginal:
 - Em todas as pacientes acima de 35 anos.
 - Independentemente da idade, se paciente estiver com sangramento uterino anormal ou citologia sugerindo origem endometrial. A investigação da cavidade endometrial será prioritária em relação à investigação da ectocérvice e canal endocervical sempre que mencionada a possível origem endometrial dessas células atípicas.
 - Se ultrassonografia anormal, realizar estudo anatomo-patológico do endométrio.
- Realizar biópsia de qualquer achado anormal.
- Avaliar canal endocervical:
 - Se JEC não visível ou parcialmente visível.
 - Se colposcopia normal (pense que a lesão pode estar “escondida” no canal endocervical, especialmente porque as atipias são em células glandulares).

Nos casos em que a paciente faz toda a investigação de colo e corpo uterino e não encontra nada, está indicado manter o seguimento com citologia + colposcopia semestral, mesmo que a paciente persista com citologia AGC.



Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque esta não é a conduta indicada para nenhuma das alterações colpocitológicas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque a curetagem do canal endocervical só é indicada se a colposcopia for insatisfatória e houver necessidade de avaliar o canal que não pôde ser avaliado com a colposcopia.

A letra C está correta. Correta a alternativa C: está indicada avaliação do colo com colposcopia e avaliação endometrial iniciando com ultrassonografia e realizando biópsia se houver qualquer alteração.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D, porque antes de realizar biópsia de endométrio prosseguimos a investigação desta alteração colpocitológica realizando a colposcopia e a ultrassonografia transvaginal.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque a exérese da zona de transformação tipo 3 (conização) é indicada para o tratamento de lesões de alto grau ou lesões invasoras bastante iniciais, após confirmação da lesão feita por biópsia realizada durante o exame de colposcopia.

Questão | 2023 | 4000183454

Paciente de 35 anos, G2P2 (cesarianas), procurou o ambulatório de ginecologia por apresentar ausência de menstruação por seis meses. Informa que seu ciclo sempre foi regular e que, no mesmo período, começou a apresentar saída de secreção láctea pelas papilas mamárias. Sem demais sintomas. Usa como contracepção a laqueadura tubária. Faz uso de Risperidona como antipsicótico e Losartana, iniciados há seis meses. Beta HCG negativo e exame ecográfico transvaginal normal.

Considerando o cenário acima, qual o provável mecanismo fisiopatológico para esta amenorreia secundária?

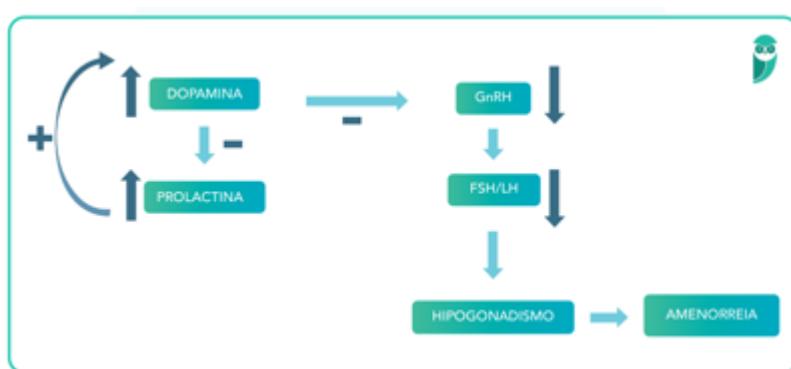
- A) A laqueadura tubária diminui a perfusão sanguínea ovariana, podendo levar à falência gonadal.
- B) Após 35 anos de idade, ocorre naturalmente uma falência ovariana temporária com diminuição de função gonadal.
- C) A secreção láctea pode ser consequente à elevação do neuropeptídeo Y subsequente à estimulação da Losartana.
- D) Ocorre antagonismo dos receptores D2 no sistema tuberoinfundibular hipotalâmico promovido pela Risperidona.
- E) Nos casos em que não se estabelece um motivo evidente, como no caso acima, é classificada como idiopática.

Solução

Gabarito: D) Ocorre antagonismo dos receptores D2 no sistema tuberoinfundibular hipotalâmico promovido pela Risperidona.

GABARITO: ALTERNATIVA D

A prolactina (PRL) é um hormônio sintetizado, na sua maioria, pela adeno-hipófise (existem fontes extra hipofisárias de prolactina, incluindo linfócitos, fibroblastos cutâneos, cérebro, glândula mamária, decídua e tecido adiposo) e tem como função estimular a glândula mamária a produzir leite. Entretanto, devido a seus mecanismos de regulação, esse hormônio também relaciona-se com importantes sintomas sistêmicos, como a amenorreia. Diferentemente dos outros hormônios hipofisários, a liberação de prolactina é controlada por inibição da dopamina, um neurotransmissor hipotalâmico.



A letra A está incorreta. Alternativa “a” incorreta, pois não há associação entre laqueadura e insuficiência ovariana.

A letra B está incorreta. Alternativa “b” incorreta, pois não existe uma falência ovariana temporária após os 35 anos. O que ocorre é uma redução da reserva ovariana, mas que não

impacta na menstruação.

A letra C está incorreta. Alternativa “c” incorreta, pois a losartana não está associada à hiperprolactinemia.

A letra D está correta. Alternativa “d” correta, pois a causa mais comum de hiperprolactinemia são os fármacos. Eles são capazes de aumentar os níveis de prolactina por interferir no mecanismo da dopamina, seja por ação antagonista ou por causar depleção dos níveis de dopamina. A risperidona é um dos mais associados, assim como outros antipsicóticos.

A letra E está incorreta. Alternativa “e” incorreta, pois no caso acima há um motivo evidente que é o uso da risperidona.

Questão | 2023 | 4000183455

Paciente de 35 anos, G2P1A1 (ectópica tubária há 4 anos), veio ao ambulatório de ginecologia para solicitar a inserção de dispositivo intrauterino medicado com levonogestrel. Como antecedentes, informa ser portadora de enxaqueca com aura, fumante de 10 cigarros por dia. Além disso, teve uma trombos e venosa profunda na perna direita, há dois anos. Qual das condições acima representa contraindicação ao DIU medicado?

- A)** Idade de 35 anos
- B)** Gravidez ectópica
- C)** Enxaqueca com aura
- D)** Fumante de 10 cigarros/dia
- E)** Antecedentes de TVP

Solução

Gabarito: **B)** Gravidez ectópica

Caro estrategista, esta é uma questão sobre as contraindicações dos progestágenos exclusivos e do SIU de levonorgestrel. A tabelas abaixo mostram estas contraindicações.:.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS CONTENDO APENAS PROGESTERONA	
Câncer de mama atual	
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AOS ANTICONCEPCIONAIS CONTENDO APENAS PROGESTERONA	
Câncer de mama prévio, sem evidência de doença nos últimos cinco anos	
TVP/TEP agudo	
Cirrose descompensada	
Adenoma hepatocelular	
Tumor hepático maligno	
Lúpus com anticorpos antifosfolipídeos positivos ou desconhecidos	
AVC (para AMP e continuação de POP e implantes)	
Doença cardíaca isquêmica atual ou prévia (para AMP e continuação de POP e implantes)	
Hipertensão descompensada (sistólica ≥160 e/ou diastólica ≥100 mmHg) (para AMP)	
<6 semanas pós-parto (para AMP)	
Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (para AMP)	

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL	
Gravidez	
Sepse puerperal	
Imediatamente após aborto séptico	
Doença trofoblástica gestacional com níveis elevados de beta HCG ou com malignidade	
Câncer de colo uterino	
Câncer de mama atual	
Câncer de endométrio	
Anormalidades que distorcem a cavidade uterina	
Sangramento transvaginal inexplicado	
Doença Inflamatória Pélvica (DIP) atual	
Cervicite purulenta ou infecção ativa por clamídia ou gonococo	
Tuberculose pélvica	
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL	
48 horas a 4 semanas pós-parto (pelo risco de expulsão)	
TVP/TEP aguda	
Lúpus com anticorpos antifosfolipídeos positivos ou desconhecidos	
Doença trofoblástica gestacional com níveis de beta HCG decrescentes ou indetectáveis	
Câncer de mama prévio e sem evidência da doença nos últimos 5 anos	
Câncer de ovário	
HIV avançado	
Cirrose descompensada	
Adenoma hepatocelular e tumores hepáticos malignos	
Doença cardíaca isquêmica atual ou prévia (para continuação do método)	

Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque o SIU de levonorgestrel é considerado critério de elegibilidade 1 para as mulheres com mais de 20 anos de idade.

A letra B está correta. Correta a alternativa B: esta foi considerada a alternativa correta pela banca, porém o SIU de levonorgestrel é considerado categoria 1 (CDC) pelos critérios de elegibilidade da OMS nas mulheres com história prévia de gravidez ectópica. Esta questão foi passível de recurso na época do exame.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C, porque o SIU de levonorgestrel é considerado critério de elegibilidade 1 para as mulheres com enxaqueca com aura.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D, porque o SIU de levonorgestrel é considerado critério de elegibilidade 2 para pacientes fumantes de 10 cigarros/dia.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque o SIU de levonorgestrel é considerado critério de elegibilidade 2 para mulheres com antecedente de TVP.

Questão | | 2023 | 4000183456

Paciente de 20 anos, G0 P0, tenta engravidar há dois anos sem sucesso e sem métodos contraceptivos. Revela ainda que já ficou sem menstruar por três meses em algumas ocasiões. Informa ter, em média, três atividades sexuais por semana. Durante exame físico, percebe-se aumento do peso corporal, Acantose nigricans em região posterior da nuca e pelos em sulco intermamário. Traz consigo dosagens séricas de androgênios normais e exame de ultrassonografia da pelve sem alterações.

Considerando o quadro acima, qual achado corresponde à resistência insulínica aumentada?

- A)** Nuliparidade
- B)** Oligomenorreia
- C)** Acantose nigricans
- D)** Distribuição de pelos
- E)** Infertilidade

Solução

Gabarito: C) Acantose nigricans

Estrategista, esta paciente apresenta um quadro clínico sugestivo de síndrome dos ovários policísticos (SOP), com irregularidade menstrual e hirsutismo (aumento dos pelos). A insulina também é importante na fisiopatologia da SOP. A maioria das mulheres com SOP tem uma resistência aumentada à insulina, que parece estar relacionada a um defeito pós-receptor de insulina nessas pacientes. Na tentativa de vencer essa resistência, o pâncreas aumenta a produção de insulina e isso leva à intolerância à glicose e, possivelmente, ao diabetes. A insulina e o fator de crescimento semelhante à insulina I (IGF-I) têm ação semelhante ao LH nas células da teca interna e do estroma ovariano e contribuem, também, para o aumento da produção de androgênios.

A hiperinsulinemia faz com que o fígado diminua a produção de SHBG e outras proteínas carreadoras de fatores de crescimento. Isso aumenta a fração livre de andrógenos e de fatores de crescimento, como o IGF-1. Com o aumento da fração livre de andrógenos, ocorre a piora do hiperandrogenismo, já que a fração livre é a forma ativa do hormônio e

o IGF-1, juntamente à insulina, exerce um efeito proliferativo sobre o endométrio, aumentando o risco de desenvolver a hiperplasia e o câncer. O aumento da fração livre de fatores de crescimento também aumenta o risco da paciente para outros tipos de câncer, como o câncer de mama, pâncreas, fígado e outros.

Além de tudo isso, a hiperinsulinemia favorece a disfunção endotelial e o maior risco de doença cardiovascular, obesidade, apneia do sono e doença hepática gordurosa não alcoólica.

Existem várias técnicas laboratoriais para a avaliação da resistência insulínica e aumento dos níveis de insulina, mas a acantose nigricans é o sinal clínico da hiperinsulinemia e pode, inclusive, substituir os testes laboratoriais.

A acantose nigricans é uma alteração da pele, caracterizada por manchas escuras e espessas, que costuma aparecer nas regiões de “dobras”.



Foto: Acantose nigricans. Fonte: Shutterstock.

Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque a nuliparidade não é achado correspondente à resistência insulínica aumentada.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque a oligomenorreia é causada principalmente pela anovulação crônica e não é achado correspondente à resistência insulínica aumentada.

A letra C está correta. Correta a alternativa C: a acantose nigricans é o sinal clínico da hiperinsulinemia.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D, porque o aumento dos pelos está relacionado principalmente com o hiperandrogenismo.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque a infertilidade acontece devido a anovulação crônica.

Questão | | 2023 | 4000183457

Mulher de 25 anos, G1P1 (vaginal), procura o ambulatório de ginecologia por se apresentar com nódulos inflamatórios que progrediram para úlceras altamente vasculares, avermelhadas e carnudas, sangram com facilidade ao contato. Refere ter tido episódio parecido no ano anterior que deixou uma cicatriz fibrosa semelhante a queleode na região inguinal. Fez uma biópsia há 15 dias que demonstrou células mononucleares contendo corpos ao redor.

Qual o provável diagnóstico?

- A) Protossifiloma**
- B) Donovanose**
- C) Cancroide**
- D) Condiloma acuminado**
- E) Herpes vírus**

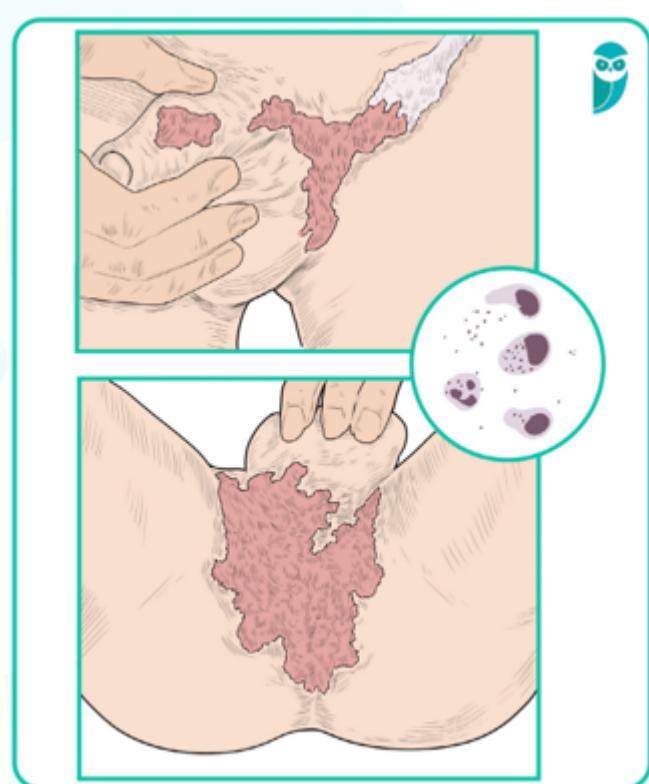
Solução

Gabarito: B) Donovanose

GABARITO: ALTERNATIVA B

Também conhecida como granuloma inguinal, úlcera serpiginosa e granuloma esclerosante, a donovanose é uma IST crônica progressiva causada pela bactéria Gram-negativa *Klebsiella granulomatis* (antiga *Calymmatobacterium granulomatis*). É uma patologia de baixa transmissibilidade. Seus mecanismos de transmissão não são bem conhecidos, mas é associada à transmissão sexual.

O período de incubação é bastante variável, de 1 a 360 dias. Surgem lesões em regiões cutâneas e mucosas da genitália e região anal, perianal ou inguinal, que se iniciam como pápulas ou nódulos subcutâneos indolores, que aumentam de tamanho e necrosam, formando úlceras indolores de bordas hipertróficas, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil (figura abaixo).



A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões são múltiplas, frequentemente assumindo “configuração em espelho”. Não há adenite, porém raramente podem formar-se pseudobubões na região inguinal.

A letra A está incorreta. Alternativa “a” incorreta, pois a úlcera da sífilis primária é única, indolor, com bordas elevadas e fundo limpo.

A letra B está correta. Alternativa “b” correta, pois o quadro da paciente é compatível com uma donovanose como foi explicado na introdução.

A letra C está incorreta. Alternativa “c” incorreta, pois o cancroide se caracteriza por úlcera múltiplas, dolorosas, com bordas irregulares e fundo purulento. Além de poder haver acomentimento linfonodal com fistulização em orifício único.

A letra D está incorreta. Alternativa “d” incorreta, pois o condiloma acuminado é caracterizado por verrugas e não por úlceras.

A letra E está incorreta. Alternativa “e” incorreta, pois a herpes genital se caracteriza por úlceras rasas e dolorosas que se formam após a ruptura de vesículas com material citrino.

Questão | | 2023 | 4000183458

Mulher de 26 anos, G1P1, assintomática, leva ao ambulatório de ginecologia exame de Papanicolau realizado há 10 dias.

O resultado revela *cândida sp*, *lactobacillus e cocos*. Diante do achado acima, qual a melhor conduta?

- A)** Independente dos sintomas, os microrganismos possuem importância prognóstica, devendo a paciente ser tratada.
- B)** O tratamento deve ser estipulado, uma vez que existe associação de bactérias e fungos revelando biota polimicrobiana.
- C)** Lactobacillus e cocos dispensam tratamento, devendo realizar medicação tópica exclusivamente para a cândida.
- D)** Deve-se seguir a rotina de rastreamento citológico habitual, estabelecendo tratamento específico nas sintomáticas.
- E)** Como a paciente é assintomática, a orientação é encaminhar para colposcopia e biópsia se revelar mácula periorificial.

Solução

Gabarito: D) Deve-se seguir a rotina de rastreamento citológico habitual, estabelecendo tratamento específico nas sintomáticas.

Estrategista, o resultado da colpocitologia desta paciente apresentando *cândida sp*, *lactobacillus e cocos* mostra apenas constituintes da flora vaginal normal.

De acordo com o MInistério da Saúde, devem ser rastreadas para o câncer de colo de útero, através da colpocitologia, as mulheres sexualmente ativas com idade igual ou superior a 25 anos. Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo anual e, se negativos, o rastreamento pode ser feito a cada três anos.

O rastreamento deve seguir até os 64 anos de idade e ser interrompido caso a paciente já tenha, pelo menos, dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque o resultado da paciente mostra flora vaginal normal e se ela estiver assintomática não precisa ser tratada.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque a cándida sp, lactobacillus e cocos são constituintes da flora vaginal normal e estando em "equilíbrio" no conteúdo vaginal não há indicação de tratamento.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C, porque a candida faz parte da flora vaginal normal, desde que esteja com sua "população em quantidade normal" dentro da flora vaginal. A candidíase acontece e deve ser tratada quando a população de candida se prolifera exacerbadamente e produz o corrimento branco grumoso, associado com sintomas inflamatórios, característicos da patologia.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: trata-se de resultado de colpocitologia normal, devendo-se seguir a rotina de rastreamento de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde. O tratamento só é indicado nos casos de mulheres sintomáticas.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque a paciente não apresenta colpocitologia com atipia sugestiva de lesão precursora ou câncer de colo, não sendo indicada realização de colposcopia.

Questão | 2023 | 4000183459

Paciente 35 anos procura o serviço de ginecologia, por apresentar, inicialmente na mama esquerda, alteração da cor da pele, evoluindo de um rosado claro que em duas semanas passou a ser um rash vermelho associado a edema (casca de laranja). A alteração se espalhou rapidamente por toda a mama e agora criou umas endurações difusas. Informa também que a mama dobrou de tamanho. Diante do achado, qual o provável diagnóstico?

- A)** Carcinoma ductal in situ
- B)** Carcinoma lobular
- C)** Tumor phyllodes
- D)** Carcinoma inflamatório
- E)** Fibroadenoma

Solução

Gabarito: D) Carcinoma inflamatório

Estrategista, neste caso a paciente apresenta a mama eritematosa. Repare que a pele foi descrita com aspecto de casca de laranja (peau d'orange) e mais ainda, apesar do aspecto "inflamatório" o enunciado não descreve o sintoma de dor!

Sempre que estiver frente a um caso em que a mama está eritematosa, edemaciada e com um aspecto de que deveria estar doendo, mas não está, pense na hipótese do carcinoma inflamatório de mama.

O carcinoma inflamatório é uma forma grave de câncer de mama localmente avançado. Não é um subtipo histológico específico, mas uma variante clínica, muito mais agressiva, do tipo ductal.

O carcinoma inflamatório é relativamente raro e representa cerca de 1% dos casos de câncer de mama, mas, devido a sua agressividade, apresenta uma maior proporção de casos com estádios mais avançados.

A maioria das mulheres com carcinoma inflamatório já apresenta os linfonodos axilares comprometidos no momento do diagnóstico e cerca de um terço dessas pacientes já apresenta também metástases à distância nesse momento.

O quadro clínico do carcinoma inflamatório é caracterizado por uma mama sensível, edemaciada, aumentada, avermelhada e quente, com a pele espessada e com uma aparência de casca de laranja (peau d'orange). O carcinoma inflamatório tem uma evolução rápida, com sinais e sintomas que surgem rapidamente em comparação com os outros tipos histológicos, geralmente dentro de poucas semanas a seis meses.

As alterações "inflamatórias" da pele não ocorrem por infiltração de células inflamatórias, mas sim pelo linfedema causado pela embolia de células neoplásicas nos vasos linfáticos dérmicos. Ou seja, o carcinoma inflamatório deixa a pele com aspecto de peau d'orange, porque ocorre o "entupimento dos vasos linfáticos da pele por células neoplásicas".



O principal diagnóstico diferencial do carcinoma inflamatório deve ser feito com as mastites. A principal diferença entre o carcinoma inflamatório e as mastites é a dor. O carcinoma inflamatório em geral não apresenta dor importante, já as mastites costumam cursar com bastante dor. Além disso, quadros inflamatórios que não melhoram com antibioticoterapia são sugestivos de carcinoma inflamatório.

O carcinoma inflamatório tem uma categoria própria no estadiamento do câncer de mama (TNM), sendo classificado como T4d.

A maioria dos carcinomas inflamatórios não expressam receptores hormonais de estrógeno e progesterona. Isso mostra que são tumores menos diferenciados, portanto mais agressivos e de pior prognóstico, estando associados a uma menor sobrevida livre de doença e a um prognóstico pior do que os tumores receptores positivos.

Além disso, o carcinoma inflamatório também é caracterizado por altas taxas proliferação celular e comumente apresenta superexpressão do HER2, um fator de crescimento epidérmico que confere pior prognóstico para o tumor.

O carcinoma inflamatório tem um prognóstico muito ruim, por isso tem um tratamento diferenciado dos outros tipos histológicos, com tratamento quimioterápico neoadjuvante (antes da cirurgia) e adjuvante (após a cirurgia), a fim de melhorar a sobrevida da paciente.

O carcinoma inflamatório de mama é muito temido! Trata-se de um tumor muito agressivo, geralmente diagnosticado em estádios avançados e com péssimo prognóstico. Por tudo isso, infelizmente, os casos de carcinoma inflamatório de mama costumam ter uma sobrevida curta.

Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque o carcinoma ductal in situ é assintomático, sendo diagnosticado através do exame de mamografia, com a observação de microcalcificações pleomórficas agrupadas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque o carcinoma lobular se manifesta com nódulo mamário, indolor, pouco endurecido, mal delimitado, sem sinais inflamatórios.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C, porque o tumor Phyllodes se manifesta clinicamente com nódulo bastante volumoso, bem delimitado, de crescimento rápido, consistência fibroelástica, indolor, sem sinais inflamatórios.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: o quadro clínico é muito sugestivo de carcinoma inflamatório de mama.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque o fibroadenoma se manifesta como um nódulo fibroelástico, indolor, móvel, bem delimitado sem sinais inflamatórios na mama.

Questão | 2023 | 4000183460

Recém-nascido de 33 semanas de idade gestacional nasceu de parto cesáreo de urgência por eclâmpsia materna. Nasceu deprimido e necessitou de manobras de reanimação. Apresentou Apgar 1:5 e 5:8 e evoluiu com desconforto respiratório em sala de parto. Exame físico: estado geral decaído, gemente, dispneico e reativo. AR: murmúrio vesicular diminuído globalmente, tiragem subcostal, batimento de asa de nariz, FR: 82ipm, SatO₂ 89% em ar ambiente. Dentre as medidas abaixo realizadas na gestante, a que teria maior eficácia em prevenir esta condição clínica seria a seguinte:

- A)** o uso de sulfato de magnésio.
- B)** a administração de corticoide antenatal.
- C)** a profilaxia com penicilina.

- D) o uso de nifedipina durante o terceiro trimestre.
E) a suplementação com ácido fólico.

Solução

Gabarito: B) a administração de corticoide antenatal.

GABARITO B

Olá, Estrategista, preste atenção na dica que vou te dar: Prematuridade + desconforto respiratório precoce = Síndrome do desconforto respiratório (SDR) até que se prove o contrário!

A Síndrome do Desconforto Respiratório também é denominada de Doença da Membrana Hialina (DMH) tem como causa a deficiência de surfactante pulmonar devido à prematuridade. É considerada uma das principais causas de desconforto respiratório em recém-nascidos pré-termo, sendo a principal causa de mortalidade neonatal.

Vamos entender?

O surfactante é produzido por volta das 20 semanas de gestação, mas só atinge a concentração ideal na 35^a semana. Sem ele, o alvéolo não consegue se manter aberto e colapsa no final da expiração, gerando microatelectasias progressivas. Essas lesões acabam desencadeando inflamação e edema pulmonar, levando à formação de uma membrana hialina, à falha na oxigenação do sangue e à diminuição da complacência, o que aumenta o esforço respiratório.

Assim, na SDR, temos um neonato menor ou igual a 35 semanas, hipoxêmico e taquidispneico, já nas primeiras horas de vida, com piora progressiva. Além da prematuridade, outros fatores de risco são condições que interferem na produção de surfactante, como filhos de mães diabéticas, hipotireoidismo congênito e asfixia perinatal. O sexo masculino é mais afetado, mas o mecanismo relacionado a isso é desconhecido.

A radiografia inicial de tórax pode ser normal, evoluindo depois de 6 a 12 horas para microatelectasias, hipotransparência homogênea em padrão “vidro moído” e broncogramas aéreos.

A conduta primordial deve ser baseada no uso de ventilação não invasiva (CPAP) associado com o uso de surfactante exógeno.

Agora, a questão pede medida de prevenção, além de prevenir a prematuridade, o uso de corticoide antenatal é um grande aliado clínico.

A aceleração da maturação pulmonar deve ser feita nas mulheres em trabalho de parto prematuro ativo, ou com risco dele acontecer, por meio dos corticoesteroides. A dexametasona e a betametasona são os de escolha. A idade gestacional indicada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB) é entre 26 e 34 semanas.

Questão | | 2023 | 4000183461

Recém-nascido termo com 72 horas de vida apresenta icterícia que se iniciou com 36 horas de vida. Em aleitamento materno exclusivo e pesando 3200gramas. Genitora GIPIAO, pré-natal sem intercorrência, classificação sanguínea da mãe O negativo, Coombs indireto negativo e nega antecedente de transfusão sanguínea ou sangramentos. O recém-nascido nasceu bem, pesando 3250 gramas e recebeu todos os procedimentos recomendados em sala de parto. Exame físico: icterícia em face, tronco e membros. A classificação sanguínea do pai é O positivo. Exames laboratoriais: bilirrubina total 16,2mg/dL, bilirrubina indireta 15,8mg/dL, hemoglobina 21,6g/dL, hematócrito 66,7% e reticulócitos 4,8%.

A provável causa desta icterícia deve ser

- A)** incompatibilidade materno-fetal Rh.
- B)** cisto de colédoco.
- C)** policitemia.
- D)** icterícia do aleitamento materno.
- E)** atresia de vias biliares.

Solução

Gabarito: C) policitemia.

GABARITO C

A primeira coisa a ser feita é identificar se a icterícia é fisiológica ou patológica.

Para termos uma icterícia patológica, algum dos critérios abaixo deve estar presente.

- Icterícia precoce, antes de 24 horas de vida.
- Elevação da bilirrubina sérica em nível acima do fisiológico (12mg/dL em termos e 15mg/dL em pré-termos)
- Aumento dos níveis séricos de bilirrubina, acima de 0,2mg/dL/hora.
- Manifestações de doença associada, como hipotonía, letargia, instabilidade clínica ou térmica.
- Icterícia persistente após 8 dias em termos ou 14 dias em pré-termos.
- Aumento da bilirrubina às custas da fração direta.

A questão nos traz um bebê com icterícia zona 4 que se iniciou com 36 horas de vida, a sua bilirrubina total é de 16m2mg/dL. Portanto, podemos considerar a icterícia como patológica.

A principal causa de hiperbilirrubinemia indireta patológica é a hemólise exacerbada, que pode ser causada por

- Anemias hemolíticas, como doença falciforme ou esferocitose.

- Presença de sangramentos, como céfalo-hematoma, equimoses e hemorragia intracraniana.
- Policitemia
- Deficiência de G6PD
- Incompatibilidade ABO e Rh

Nesse caso, a principal hipótese é icterícia por policitemia, pois o valor de referência do hematócrito varia entre 45 e 67%, portanto, ele está no limite superior.

Vamos analisar as alternativas

A letra A está incorreta. A incompatibilidade Rh ocorre a partir da 2a gestação. Na primeira, quando a mãe Rh negativo gera um bebê Rh positivo, ela é sensibilizada e desenvolve anticorpos anti-Rh. Em uma segunda gestação de um bebê Rh positivo, ela hemolisa as hemácias fetais. Seu coombs indireto é positivo e o coombs direto do RN também é positivo.

A letra B está incorreta. Cisto de colédoco é causa de hiperbilirrubinemia direta.

A letra C está correta. A policitemia leva a uma hemólise exacerbada e, consequentemente, hiperbilirrubinemia indireta.

A letra D está incorreta. A icterícia do aleitamento é considerada fisiológica e ocorre em bebês com dificuldade de amamentação e que perdem muito peso. O RN em questão perdeu 1,5% do peso de nascimento (normal até 10%).

A letra E está incorreta. Atresia biliar é causa de hiperbilirrubinemia direta.

Questão | 2023 | 4000183462

Quanto à sífilis congênita, é CORRETO afirmar que

a presença isolada de sinais clínicos inespecíficos (ex: hepatoesplenomegalia, icterícia e A) petéquias) não é suficiente para ser considerado um caso sintomático de sífilis congênita, exigindo-se ao menos um sinal patognomônico da doença.

B) as opções antimicrobianas atualmente recomendadas para o tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis com a capacidade de tratamento associado do feto são a utilização de penicilina G benzatina 1.200.000 UI, dose única ou eritomicina por 10 dias.

C) independente da realização ou não de tratamento adequado da mãe durante a gestação , deve ser realizada sempre a dosagem do VDRL do recém-nascido, podendo ser acrescentados outros exames laboratoriais e de imagem, a depender de cada caso.

D) é indicado o uso rotineiro de Penicilina G Cristalina ou Penicilina G Procaína em recém-nascidos de mães com sífilis não tratadas ou inadequadamente tratadas durante a gestação, mesmo diante de investigação laboratorial e de imagem normais, devido ao elevado risco de sequelas.

E) só deve ser realizada a coleta do LCR, quando houver indicação formal de tratamento da sífilis. Nesses casos, um LCR alterado indica prolongar o tratamento da meningite luética por mais 4 dias, totalizando 14 dias de tratamento.

Solução

Gabarito: C) independente da realização ou não de tratamento adequado da mãe durante a gestação , deve ser realizada sempre a dosagem do VDRL do recém-nascido, podendo ser acrescentados outros exames laboratoriais e de imagem, a depender de cada caso.

GABARITO C

Olá, Estrategista.

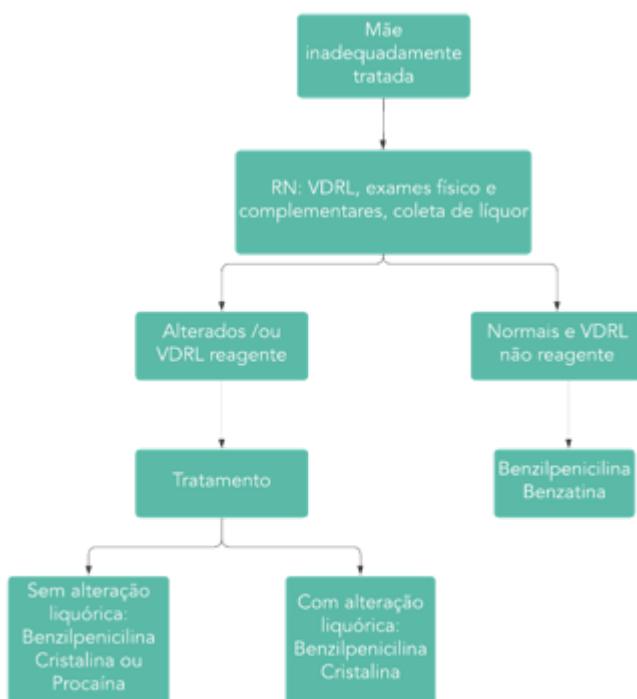
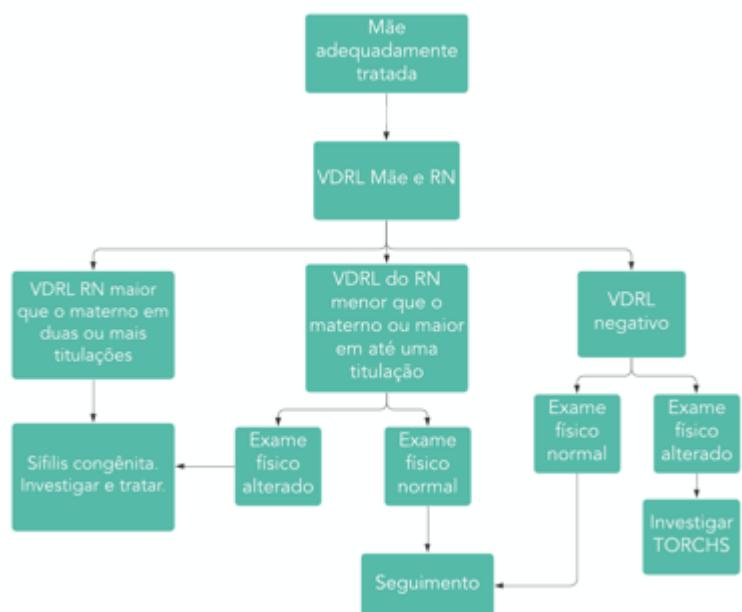
Apresentam sífilis congênita todos as crianças expostas à doença materna e:

- Se filhos de mães não tratadas na gestação ou inadequadamente tratadas, independente dos exames clínico e laboratoriais.
- Alterações no exame físico, líquor ou radiografia compatíveis com a doença E VDRL reagente em qualquer titulação, independente do tratamento materno.
- VDRL em sangue periférico reagente em duas ou mais titulações acima do VDRL materno, independente do tratamento da mãe.

Apresentam neurosífilis congênita todos as crianças com VDRL em sangue periférico reagente em qualquer titulação E:

- Líquor com VDRL reagente ou apresentando celularidade maior que 25 células/ mm³ e proteinorraquia maior de 150mg/dL.

A conduta depende do tratamento materno. Observe



Vamos analisar as alternativas.

A letra A está incorreta. Para considerarmos sífilis congênita, não há necessidade de sinal patognomônico. A presença isolada de sinais inespecíficos e VDRL reagente em qualquer titulação fecham diagnóstico.

A letra B está incorreta. O único tratamento materno que é considerado eficaz para tratamento do feto é a Penicilina Benzatina 2.400.000UI. A quantidade de doses depende do estagio clínico. Sífilis recente (primária, secundária ou latente recente) é tratada com dose única. Sífilis tardia (latente tardia, terciária ou duração ignorada) é tratada com 3 doses.

A letra C está correta. Correto.

Filhos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas deverão coletar VDRL, hemograma, líquor e realizar raio x de ossos longos.

Filhos de mães adequadamente tratadas coletam, inicialmente, apenas VDRL.

A letra D está incorreta. Filhos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, inicialmente, são triados com VDRL, hemograma, líquor e raio x de ossos longos. Caso algum exame esteja alterado ou reagente, o RN é tratado com Penicilina Cristalina como primeira opção. Caso todos os exames sejam normais/não reagentes, o tratamento é com Penicilina Benzatina em dose única.

A letra E está incorreta. O LCR deverá ser coletado em todos os filhos de mães inadequadamente tratadas, não tratadas OU filhos de mães adequadamente tratadas, mas com VDRL do RN maior que o materno em duas titulações OU filhos de mães adequadamente tratadas, mas com VDRL positivo e exame físico alterado.

A presença de neurosífilis não estende o período de tratamento.

Questão | 2023 | 4000183463

Considere um recém-nascido, sexo feminino, com diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita, forma clássica, por deficiência de 21-alfa-hidroxilase.

Qual dos marcadores listados abaixo deverá estar caracteristicamente reduzido ao ser mensurado nesta criança?

- A)** Potássio sérico
- B)** 17-OH progesterona
- C)** Aldosterona
- D)** Testosterona
- E)** Androstenediona

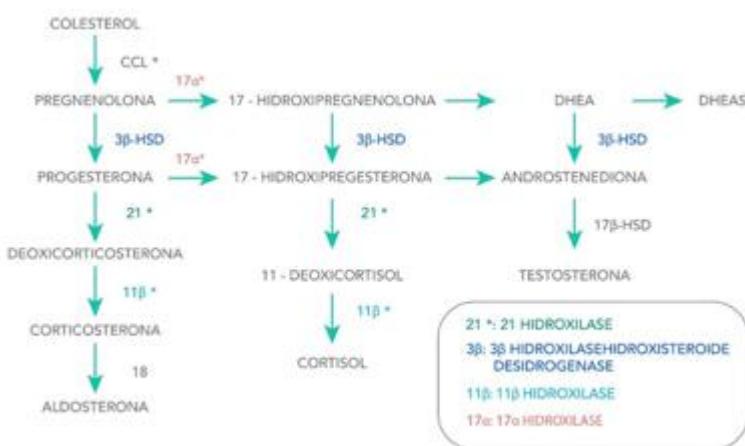
Solução

Gabarito: C) Aldosterona

Olá querido Estrategista,

A HAC é um conjunto de doenças de herança autossômica recessiva decorrente em 90 a 95 % dos casos, de uma mutação no gene CYP21A2 que é responsável por codificar a enzima 21-hidroxilase (21OH).

Devido ao bloqueio enzimático, a aldosterona e o cortisol não são produzidos adequadamente e há excesso de produção de testosterona, assim como dos hormônios pré-bloqueio enzimático como 17 OH progesterona e androstenediona, observe:



Além disso, devido à baixa produção de aldosterona, ocorre perda de sódio pelos rins e aumento da absorção do potássio, levando à hiponatremia e hiperpotassemia no paciente sem tratamento adequado.

A letra A está incorreta. Incorreta A, esperamos uma elevação dos níveis de potássio nessas crianças.

A letra B está incorreta. Incorreta B como a 17 OH progesterona é um hormônio pré-bloqueio, ela deve estar aumentada.

A letra C está correta. Correta C, na HAC ocorre um prejuízo na produção de aldosterona e seus níveis encontram-se diminuídos.

A letra D está incorreta. Incorreta D, devido ao bloqueio enzimático a produção de hormônios da adrenal sofre um desvio, priorizando a produção de testosterona.

A letra E está incorreta. Incorreta E, esse é outro hormônio pré-bloqueio que se encontra elevado.

“O leite humano tem vários fatores imunológicos específicos e não específicos que conferem proteção ativa e passiva contra infecções às crianças amamentadas”. Tratado de Pediatria/ SBP/2022. Assinale a alternativa que apresenta um componente do leite materno que NÃO é considerado um fator clássico de proteção imunológica para o recém-nascido/ lactente.

- A) Lipase
- B) Lactoferrina
- C) Lisozima
- D) Fator bífido
- E) Oligossacarídeos

Solução

Gabarito: A) Lipase

Olá querido aluno,

Essa questão cobra conhecimentos sobre os fatores imunológicos do leite materno que os protege contra as infecções.

O leite humano é uma fonte de proteção contra doenças. A IgA secretória é o principal anticorpo presente nele e atua, principalmente, contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas.

A concentração de IgA é bastante prevalente no colostro. A IgA secretória é resistente a mudanças de pH e à digestão enzimática, permanecendo ativa ao longo do trato gastrointestinal do bebê e exercendo papel protetor, que impede a aderência de microrganismos. O leite materno também contém outros fatores de proteção, como células vivas dos tipos macrófagos, neutrófilos e linfócitos B e T.

Há, também, a presença de proteínas, como a lactoferrina, que tem efeito bacteriostático, atuando como um quelante de ferro com efeito muito importante na *Escherichia coli*, e a lisozima, com ação sobre bactérias Gram-positivas, principalmente, e algumas Gram-negativas.

O fator bífido facilita o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, que é uma bactéria saprófita que acidifica as fezes, dificultando a infecção por bactérias como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*.

Os oligossacarídios presentes no leite humano dificultam a ligação de bactérias na superfície mucosa e protegem contra enterotoxinas no intestino, ligando-se à bactéria, e estimulando as células intestinais a produzir proteínas que evitam as infecções.

A letra A está correta. Incorreta A (GABARITO DA QUESTÃO), A lipase facilita a digestão da gordura, e o fator de crescimento epidérmico, que estimula a maturação das células intestinais, melhorando a digestão e a absorção de nutrientes, mas não é considerado um fator imunológico direto.

A letra B está incorreta. Corretas B, C, D e E pois, como exposto acima, são fatores imunológicos que protegem o lactente contra infecções.

A letra C está incorreta.

A letra D está incorreta.

A letra E está incorreta.

Questão | | 2023 | 4000183465

Diante de uma suspeita clínica de Estenose Hipertrófica do Piloro, qual alternativa abaixo apresenta marcador(es) que é(são) altamente sugestivo(s) de tal patologia?

- A)** Hiponatremia e hipercalemia
- B)** Hiperglicemia e acidose metabólica
- C)** Hipoglicemia e acidose metabólica
- D)** Alcalose metabólica hipoclorêmica
- E)** Acidose metabólica, hiponatremia e hipercalemia

Solução

Gabarito: D) Alcalose metabólica hipoclorêmica

Olá Estrategista,

A estenose hipertrófica do piloro (EHP) é uma anormalidade causada pela hipertrofia das camadas musculares do piloro, que acomete principalmente a camada muscular circular. Essa hipertrofia leva ao estreitamento da luz pilórica, dificultando a passagem do conteúdo gástrico em direção ao duodeno. Desse modo, a criança que apresenta EHP evolui com um quadro obstrutivo do trato gastrointestinal.

A incidência dessa afecção é de 1 a cada 300 - 900 nascidos vivos. É mais comum no sexo masculino (meninos são afetados 04 vezes mais do que meninas) e os bebês masculinos primogênitos são os que estão sob maior risco.

Com os vômitos repetidos, há depleção de suco gástrico, rico em ácido clorídrico (HCl). Essa perda de ácido determina alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica. Essa hipocalemia é causada, principalmente, pela perda urinária de potássio, consequente à alcalose metabólica.

A letra A está incorreta. Incorreta A, essas alterações podem ser observadas na hiperplasia adrenal congênita devido à falta de produção de aldosterona que leva à perda de sódio e aumento da reabsorção de potássio.

A letra B está incorreta. Incorreta B, essas alterações são esperadas na cetoacidose diabética.

A letra C está incorreta. Incorreta C, alguns erros inatos do metabolismo podem causar essas alterações.

A letra D está correta. Correta D, esse é principal distúrbio metabólico encontrado nesses pacientes.

A letra E está incorreta. Incorreta E, essas alterações do equilíbrio acido-básico podem ser observadas em recém-nascidos com hiperplasia adrenal congênita.

Questão | 2023 | 4000183466

Em consulta de puericultura, a mãe de um pré-escolar masculino de 4 anos questiona ao pediatra sobre o peso atual do seu filho, pois acredita que ele está „magro e necessita de um suplemento alimentar. Após exame clínico, o pediatra plota os dados antropométricos na curva da OMS para IMC, apropriada para sexo e idade do menor, estando este entre os percentis 85 e 97.

Podemos afirmar que, de acordo com o estado nutricional, como este pré-escolar é classificado de acordo com os dados acima, sabendo que, na avaliação da altura, ele encontra-se no percentil 50?

- A) Eutrófico**
- B) Peso adequado para a idade**
- C) Risco de sobrepeso**
- D) Sobrepeso**
- E) Obesidade**

Solução

Gabarito: C) Risco de sobrepeso

Olá futuro Residente,

Essa questão exige conhecimentos a respeito da classificação nutricional de uma criança de 4 anos cujo IMC se encontra entre o percentil 85 e 97 e cuja estatura está no percentil 50.

Primeiro vamos analisar a estatura:

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

A estatura da criança é adequada para a idade pois se encontra acima do percentil 3. Agora, em relação ao IMC temos:

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

Uma criança de 4 anos que está entre o percentil 85 e 97 de IMC tem RISCO DE SOBREPESO.

Gabarito: C

A letra A está incorreta.

A letra B está incorreta.

A letra C está correta. Correta C, porque indicou o diagnóstico nutricional apropriado.

A letra D está incorreta.

A letra E está incorreta.

Questão | 2023 | 4000183467

O departamento científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o uso do My Plate (meu prato), instrumento esse instituído nos Estados Unidos em 2011, no qual os grupos alimentares são distribuídos proporcionalmente, respeitando-se as recomendações da Pirâmide Alimentar.

Assinale a alternativa que apresenta a CORRETA distribuição dos grupos alimentares de acordo com o instrumento My Plate, para um lactente de 11 meses

A) Verduras e legumes 1/3; cereais e tubérculos 1/3; carnes e ovos 1/3

- B)** Verduras e legumes 1/2; cereais e tubérculos 1/4; e o 1/4 restante dividido na metade para carnes e ovos e a outra metade para leguminosas
- C)** Verduras e legumes 1/3; cereais e tubérculos 1/3; no 1/3 restante, dividido em partes iguais entre carnes, ovos e leguminosas
- D)** Verduras e legumes 1/2; cereais, tubérculos e leguminosas correspondentes a 1/4; carnes e ovos com o 1/4 restante
- E)** Verduras e legumes 1/4; cereais e tubérculos 1/4; leguminosas 1/4; carnes e ovos 1/4

Solução

Gabarito: B) Verduras e legumes 1/2; cereais e tubérculos 1/4; e o 1/4 restante dividido na metade para carnes e ovos e a outra metade para leguminosas

Olá Estrategista,

O enunciado dessa questão cobra conhecimentos acerca da alimentação infantil, solicitando as proporções adequadas dos alimentos na dieta de um lactente de 11 meses. O My Plate foi lançado pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos em 2011 e consiste em um guia cuja intenção é de facilitar as orientações de distribuição dos grupos de alimentos na refeição da criança, respeitando as recomendações nutricionais preconizadas na pirâmide alimentar. O Departamento Científico de Nutrologia da SBP preconiza o uso desse instrumento.

A distribuição dos alimentos é a mesma para todas as idades e pode ser entendida ao observar a figura abaixo (extraída do manual de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria). O que varia entre as idades é o tamanho das porções. Observe a seguir:



Ao analisar as alternativas, vemos que a única que se adequa às recomendações é a alternativa B , que traz as proporções recomendadas de cada um dos alimentos.

A letra A está incorreta.

- A letra B está correta. Correta B, porque indicou as proporções recomendadas no My plate.
- A letra C está incorreta.
- A letra D está incorreta.
- A letra E está incorreta.

Questão | | 2023 | 4000183468

Sobre as atuais recomendações e as vacinas disponíveis no Brasil para a vacinação pediátrica contra a COVID-19, analise as assertivas abaixo:

- I. Se um escolar estiver em atraso com a vacina contra a Influenza, ele poderá receber no mesmo dia as duas vacinas (Influenza e COVID-19).**
- II. Em relação à vacina CoronaVac®, a formulação para crianças entre cinco e onze anos de idade corresponde a 1/3 da dose da vacina para adolescentes e adultos.**
- III. Não há contraindicação para a vacinação de crianças com a CoronaVac® que apresentem histórico de alergias graves ao ovo.**

Podemos afirmar que

- A)** todas estão corretas.
- B)** todas estão incorretas.
- C)** apenas I está incorreta.
- D)** apenas II está incorreta.
- E)** apenas I e III estão incorretas.

Solução

Gabarito: D) apenas II está incorreta.

GABARITO D

Olá, Estrategista. Vamos relembrar o que temos de vacinas contra covid 19 para a população pediátrica até a data da prova.

- 1) Coronavac - produzida pelo Butantan.**
Vacina composta por vírus inativado (morto) inteiro, intramuscular.
Eficácia geral in vitro: 50,39%.
Crianças de 3 a 11 anos: duas doses com intervalo de 28 dias.

Adolescentes de 12 a 17 anos: duas doses com intervalo de 4 semanas.

As doses para crianças, adolescentes e adultos são iguais: volume de 0,5ml.

Contraindicada para imunocomprometidos de 6 a 17 anos.

As reações adversas mais comuns foram as locais. Não houve relatos de reações adversas graves.

2) Comirnaty. Produzida pela Biontech e Pfizer.

Vacina de RNA mensageiro, intramuscular.

Nessa vacina, é introduzido no corpo uma molécula de RNA mensageiro com instruções para que o corpo do indivíduo produza a proteína S.

Eficácia geral: 95%.

Crianças de 6 meses a 2 anos 11 meses e 29 dias: três doses da vacina pediátrica (volume menor 0,2 ml), com intervalo de 4 semanas entre a primeira e segunda dose e 8 semanas entre a segunda e a terceira.

Crianças e adolescentes de 5 a 17 anos, inclusive gestantes e puérperas: duas doses da vacina pediátrica (volume 0,2 ml), com intervalo de 8 semanas. A partir de 12 anos, é indicado reforço*.

Adolescentes imunossuprimidos de 12 a 17 anos: três doses da vacina pediátrica, com intervalo de oito semanas entre cada dose, mais um reforço.

Contraindicada para gestantes.

As reações adversas mais comuns foram locais, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, dor nas articulações, calafrios e febre.

Vamos as afirmativas:

I. Se um escolar estiver em atraso com a vacina contra a Influenza, ele poderá receber no mesmo dia as duas vacinas (Influenza e COVID-19).

Correta. As vacinas influenza e covid podem ser feitas no mesmo dia ou com 15 dias de intervalo entre elas.

II. Em relação à vacina CoronaVac®, a formulação para crianças entre cinco e onze anos de idade corresponde a 1/3 da dose da vacina para adolescentes e adultos.

Incorreta. A coronavac é aplicada na dose de 0,5ml para todas idades.

III. Não há contraindicação para a vacinação de crianças com a CoronaVac® que apresentem histórico de alergias graves ao ovo.

Correta. Não há contraindicação, pois a vacina não possui proteínas do ovo.

Questão | 2023 | 4000183469

“Desde 2015, as coberturas vacinais vêm caindo no Brasil, atingindo seus piores marcadores no período pandêmico. Em 2020, a cobertura vacinal por grupo alvo para

poliomielite foi de 75,88%”. SBP/ Nota de Alerta/ março de 2022. Em relação à doença imunoprevinível citada acima e considerando o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde de 2022, quantas doses da vacina inativada (VIP) e quantas da atenuada (VOP), respectivamente, uma criança com 6 anos de idade deve ter recebido? Para essa resposta, considere que a carteira vacinal desta criança está totalmente em dia, quer seja no esquema básico, bem como nos reforços, e não se deve considerar as doses extras de campanhas nacionais anuais.

- A) 2; 3
- B) 0; 4
- C) 3; 1
- D) 2; 2
- E) 3;2

Solução

Gabarito: E) 3;2

GABARITO E

Olá, Estrategista. Vamos falar de imunização contra poliomielite.

A poliomielite era uma doença muito prevalente no mundo e no Brasil. Quando a vacina foi introduzida no calendário vacinal, houve redução no número de casos e, em 1989, ocorreu o último registro da doença no Brasil. Em 1994, a circulação do vírus selvagem foi considerada erradicada das Américas. Mas, o vírus vacinal continuava circulando e causando, mesmo que raramente, poliomielite associada à vacina.

Por isso, a Organização Mundial de Saúde recomendou, a longo prazo, a troca da vacina oral pela inativada, e é isso que o Brasil tem feito. A vacina oral foi mantida no calendário pelo menor custo e por ser de mais fácil aplicação. Além disso, ela promove imunidade de rebanho, ao competir com o vírus selvagem no intestino, ideal para proteção de uma possível reintrodução desse mesmo vírus trazido por viajantes de outros países.

Portanto, hoje, temos duas vacinas disponíveis no Brasil.

- Vacina inativada contra poliomielite (VIP ou Salk): composta por poliovírus 1, 2 e 3 mortos. Administração intramuscular. Tem como vantagem ser inativada e não causar reações adversas graves.
- Vacina oral viva atenuada contra poliomielite (VOP ou Sabin): composta por poliovírus 1 e 3. Administração oral. Tem como vantagem ser de menor custo e fácil aplicação. É excretada pelas fezes, então tem a capacidade de causar imunidade de rebanho aos não vacinados, ao competir com o vírus selvagem no intestino. Como desvantagem, pode causar poliomielite associada à vacina.

No calendário da criança do PNI, estão indicadas cinco doses das vacinas:

- Aos 2, 4 e 6 meses, na forma inativada.
- Aos 15 meses e 4 anos, na forma oral.

Além disso, o governo tem feito campanhas de vacinação com doses extras da vacina oral para crianças maiores de 1 ano a menores de 5 anos.

Questão | 2023 | 4000183470

Lactente de 4 meses, masculino, deu entrada em serviço de emergência pediátrica, pois os pais perceberam que o menor havia ficado inicialmente pálido e depois com leve cianose em lábios, quando estava deitado no berço em posição supina. Lactente no momento da consulta estava acordado, mamando e com bom estado geral. Exame clínico evidenciou frequência respiratória de 34 movimentos por minuto, sem dispneia, corado, acianótico, afebril, hidratado, fontanela anterior normotensa, auscultas pulmonar e cardíaca sem alterações, oximetria de pulso de 98% e frequência cardíaca com 130 batimentos por minuto, além de tônus adequado para a idade. Glicemia capilar realizada na chegada à emergência registrou um valor de 72 mg/dL. Durante anamnese mais detalhada, pediatra fez alguns questionamentos e identificou que: os sinais observados pelos pais duraram menos que 30 segundos; menor está em aleitamento materno exclusivo e com ganho de peso adequado; nunca apresentou episódio semelhante ao observado hoje, nem mesmo relatos de engasgos, alteração súbita do tônus ou irritabilidade; não necessitou de manobras de reanimação cardiopulmonar antes da chegada ao hospital; gestação sem intercorrências e nascido a termo com peso de 3,5 kg. Além disso, o lactente não apresenta nenhum sinal/ sintoma de infecção respiratória ou gastrointestinal, nem mesmo febre nos últimos 14 dias. Este é o primeiro filho do casal, e os pais não apresentam consanguinidade. Após 4 horas de observação na emergência, lactente estava dormindo nos braços da mãe e com bom estado geral.

Diante do exposto, qual diagnóstico mais adequado/conduita o pediatra de plantão deverá realizar?

BRUE, evento inexplicado brevemente resolvido, é um diagnóstico provável, devendo o

- A) pediatra dar alta hospitalar, orientando sobre sinais de alarme, além de ensinar manobras de reanimação, e que o menor seja reavaliado a nível ambulatorial no dia seguinte.

Internar o lactente para agilizar exames, entre os quais um videodeglutograma, e iniciar

- B) inibidor da bomba de prótons, pois disfagia ou doença do refluxo gastroesofágico são suspeitas diagnósticas fortes diante do exposto acima.

- C) Iniciar inibidor da bomba de prótons e agendar pHmetria a nível ambulatorial, além de encaminhar para um gastropediatra.

- D) Pensar em epilepsia e iniciar ácido valproico, sem a necessidade de realizar exame de imagem do cérebro ou eletroencefalograma na emergência.

Pela gravidade do evento e idade do menor, pensar em sepse sem sinais localizatórios,

- E) colher hemograma, hemocultura, proteína C reativa e sumário de urina e iniciar antibioticoterapia em regime hospitalar, antes mesmo dos resultados destes.

Solução

Gabarito: A) BRUE, evento inexplicado brevemente resolvido, é um diagnóstico provável, devendo o pediatra dar alta hospitalar, orientando sobre sinais de alarme, além de ensinar manobras de reanimação, e que o menor seja reavaliado a nível ambulatorial no dia seguinte.

Caro Estrategista,

Temos uma questão muito interessante, acompanhe comigo!

O lactente do enunciado apresentou um evento súbito e de curta duração que se manifestou com palidez e discreta cianose e quando ele chega ao setor de emergência, encontra-se assintomático. Podemos caracterizar esse evento como BRUE cuja definição é:

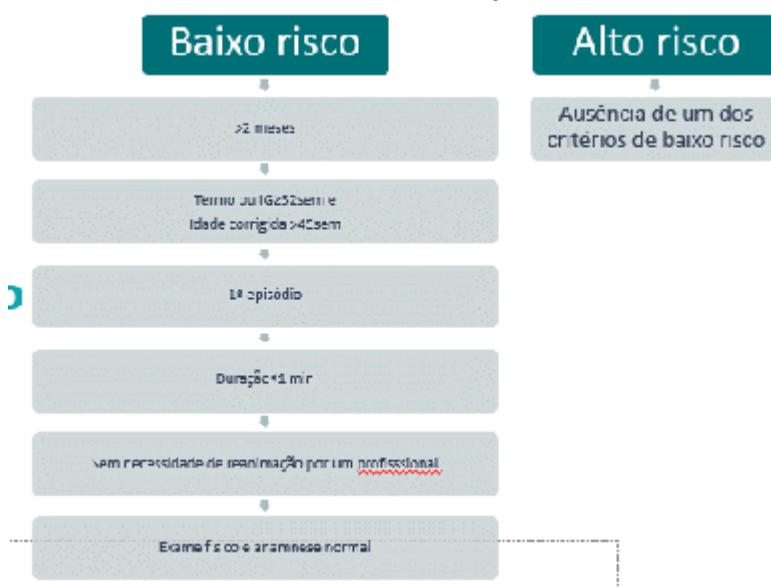
-Evento de curta duração não explicado, repentino e agora resolvido em uma criança menor de 1 ano de idade que apresentou pelo menos uma das seguintes alterações:

Alteração da cor da pele	FR, FC	Tônus	Responabilidade
• Cianose central	P	P	P
• Palidez da face e tronco	Apneia	Hipotonia	Lembre
	Irregularidade na FR	Hipertonia	Sono profundo
			Alteração do nível de consciência

Além disso, sua duração deve ser menor de 1 minuto (média de 20 a 30 segundos) e o paciente deve retornar ao basal após o evento, apresentando exame físico e sinais vitais sem alterações.

Foi exatamente isso que vimos nesse enunciado.

Agora, vamos para a classificação de risco:



Nosso paciente apresenta TODOS critérios de baixo risco.

As condutas recomendadas no RUE de baixo risco são:

- ORIENTAÇÃO DA FAMÍLIA: explicar que trata-se de um evento benigno, de baixo risco para o bebê;
- DECISÃO COMPARTILHADA: as avaliações adicionais do paciente deverão ser decididas após discussão com os familiares;

- ACOMPANHAMENTO PRÓXIMO: é preciso orientar aos pais que estejam atentos ao lactente nos próximos dias
- OFERECER TREINAMENTO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR : esse treinamento deve ser oferecido aos pais, para que fiquem mais tranquilos ao lidar com eventos como esse.

A letra A está correta. Correta A, porque indicou a conduta apropriada para o caso.

A letra B está incorreta. Incorreta B, esses exames são desnecessários pois o diagnóstico mais provável é de BRUE de baixo risco.,

A letra C está incorreta. Incorreta C, não estamos diante de um lactente com doença do refluxo gastroesofágico, essa se manifesta com episódios de regurgitação, associados a perda de peso, postura inadequada entre outros.

A letra D está incorreta. Incorreta C, a crise convulsiva pode se manifestar com cianose, porém, se associa a movimentos de hipertonia ou abalos, além disso, geralmente observamos uma sonolência no pós comicial.

A letra E está incorreta. Incorreta D, não há febre, sinais de infecção ou comprometimento do estado geral que nos leve a pensar em sepse.

Questão | 2023 | 4000183471

Lactente com 3 meses de vida vem apresentando irritabilidade constante, caracterizada por „crises de choro ao longo dos dias, evacuações mais frequentes e aquosas há 2 semanas e, nos últimos 10 dias, a mãe vem observando sangue vermelho vivo e muco nas fezes. Genitora nega febre ou vômitos. Menor faz uso exclusivo de fórmula infantil (F.I.) do primeiro semestre há cerca de 5 semanas, e o ganho de peso está sendo de aproximadamente 15 gramas/ dia nas últimas 4 semanas. Pediatra da criança observou em consultório que o menor se apresentava com estado geral preservado, eutrófico em relação à curva da OMS, hidratado, hipocorado +/++, distensão abdominal moderada, e flagrou assadura perianal mas ausência de fissuras nesta mesma região.

Diante do exposto, pensando na principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta a ser adotada no momento é a seguinte:

- A)** iniciar Terapia de Reidratação Oral (TRO), zinco e azitromicina orais.
- B)** iniciar TRO, zinco, azitromicina e probiótico orais.
- C)** substituir a F.I. atual por fórmula isenta em lactose, porém com proteínas intactas.
- D)** substituir a F.I. atual por fórmula com proteína parcialmente hidrolisada.

E) substituir a F.I. atual por fórmula com proteína extensamente hidrolisada.

Solução

Gabarito: E) substituir a F.I. atual por fórmula com proteína extensamente hidrolisada.

GABARITO E

Olá, querido Estrategista.

SEMPRE que o examinador trouxer **LACTENTE JOVEM + SANGUE NAS FEZES**, devemos pensar em **ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)**.

A APLV é uma patologia imunomediada, característica de lactentes jovens alimentados ao seio materno ou no momento que a família introduz fórmula láctea na alimentação do bebê.

Suas manifestações podem ser IgE mediadas, não IgE mediadas ou mistas.

- IgE mediadas: Broncoespasmo, urticária, angioedema, anafilaxia.
- Não IgE mediadas: São as mais comuns - enterocolite, proctocolite e enteropatia.
- Mistas: Esofagite e gastrite eosinofílicas, dermatite de contato e asma.

Avaliando o caso, temos um lactente jovem, com sangue nas fezes, irritabilidade, perda de peso e assadura perineal. Esse é um típico caso de proctite ou proctocolite alérgica, na qual temos uma inflamação intestinal causando os sintomas acima.

A hipótese diagnóstica deve ser confirmada pelo teste de provação oral. Ou seja, retirada das proteínas do leite da dieta, estabilização do quadro e reintrodução posterior do alimento sob supervisão médica. .

A dieta de exclusão das proteínas do leite pode ser feita através de dieta materna, caso em aleitamento exclusivo ou com fórmula infantil de proteínas extensamente hidrolisadas.

A letra A está incorreta. Essa é uma conduta voltada para diarreia infecciosa, que traria diarreia aguda, vômitos e febre.

A letra B está incorreta. Essa é uma conduta voltada para diarreia infecciosa, que traria diarreia aguda, vômitos e febre. O probiótico não está indicado pelo Ministério da Saúde.

A letra C está incorreta. O problema não é a lactose e sim as proteínas do leite, portanto, não há benefício em retirá-la.

A letra D está incorreta. A fórmula de proteína parcialmente hidrolisada não resolveria o caso, pois continuamos com proteínas inteiras.

A letra E está correta. Correto.

Questão | | 2023 | 4000183472

Escolar de 8 anos, feminino, diagnosticada com subocclusão por „ovelho de *Ascaris lumbricoides*, deverá receber inicialmente qual tratamento, em ambiente hospitalar, de acordo com as recomendações atuais?

- A)** Albendazol por 3 dias seguidos
- B)** Jejum, sonda nasogástrica e óleo mineral
- C)** Mebendazol dose única
- D)** Tiabendazol por 5 dias consecutivos
- E)** Piperazina e óleo mineral

Solução

Gabarito: **B)** Jejum, sonda nasogástrica e óleo mineral

Olá Estrategista,

A subocclusão intestinal é a principal complicação da ascaridíase.

No caso de suspeita de oclusão ou semioclusão intestinal, o tratamento indicado é inicialmente conservador, com uso de sondagem nasogástrica, óleo mineral (para facilitar a eliminação dos vermes), antiespasmódicos e hidratação.

Somente após a resolução da oclusão que é indicado o tratamento com mebendazol ou albendazol, ou seja, não faça nenhum anti-helmíntico no manejo inicial. Caso você use uma dessas medicações, o parasita pode morrer e agravar o quadro, já que ele deixa de se movimentar para ser eliminado. Indicações de cirurgia incluem um quadro de oclusão total sem melhora com tratamento conservador, apendicite aguda, intussuscepção ou perfuração

A letra A está incorreta. incorretas A, C e D pois os antihelmínticos não são recomendados na fase aguda da subocclusão por áscaris.

A letra B está correta. Correta B, em casos de subocclusão, o tratamento conservador é o preconizado.

A letra C está incorreta.

A letra D está incorreta.

A letra E está incorreta. incorreta E, essa medicação não é mais recomendada nos dias atuais por ser considerada tóxica.

Questão | | 2023 | 4000183473

Uma criança com 3 anos, pesando 14 kg, ao receber uma venoclise de manutenção por 24 horas, necessitará, de acordo com a fórmula de Holliday-Segar, de um volume total de soro de

- A) 1,4 L
- B) 2,8 L
- C) 1,0 L
- D) 1,1 L
- E) 1,2 L

Solução

Gabarito: E) 1,2 L

GABARITO E

A regra de Holliday-Seggar leva em consideração o peso da criança. Observe:

TABELA – REGRA DE HOLLIDAY – SEGGER	
Até 10 kilos de peso	100x peso
De 10 a 20 kilos	1000 + 50 x peso que excede 10 quilos
Maior de 20 kilos	1500 + 20 x peso que excede 20 quilos

Sendo assim, para uma criança de 14kg: $1000 + 50 \times 4 = 1200\text{ml}$ de volume em 24 horas.

Questão | | 2023 | 4000183474

“A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é uma doença inflamatória, que afeta as vias aéreas de pequeno calibre, cursando com inflamação aguda, edema e necrose de células epiteliais do trato respiratório. O agente etiológico mais comum é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR).” **Tratado de Pediatria/ SBP-2022.**

Todos os fatores de risco listados abaixo indicam maior gravidade de BVA pelo VSR, EXCETO

- A) Sexo feminino.
- B) Bebês que nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas.
- C) Comunicação interventricular com repercussão hemodinâmicas.
- D) Ausência de aleitamento materno.

E) Truncus arteriosus.

Solução

Gabarito: A) Sexo feminino.

Olá futuro residente,

A bronquiolite viral aguda se caracteriza pelo primeiro episódio de sibilância em um lactente que apresenta sinais clínicos de infecção viral do trato respiratório inferior e ausência de outra razão que explique a sibilância.

O principal agente etiológico é o vírus sincicial respiratório e maior parte dos casos é leve com curso autolimitado.

Essa questão menciona uma fonte específica, o Tratado de Pediatria.

De acordo com a fonte indicada, os principais fatores de risco relacionados à bronquiolite são:

- prematuridade,
- displasia broncopulmonar ou outras doenças respiratórias crônicas (pela redução da função pulmonar),
- idade menor que 12 meses,
- sexo masculino (provavelmente se deve ao menor calibre das vias aéreas),
- aglomeração,
- ausência de aleitamento materno,
- cardiopatia congênita
- imunodeficiência.

Diante desses fatores, podemos esperar uma evolução insatisfatória e mais grave.

A letra A está correta. Incorreta A (gabarito da questão) o sexo MASCULINO é considerado fator de risco e não o feminino.

A letra B está incorreta. Corretas B,C, D e E pois são condições consideradas como fatores de risco para a bronquiolite viral aguda.

A letra C está incorreta.

A letra D está incorreta.

A letra E está incorreta.

Questão | | 2023 | 4000183475

Ana Ester, sete anos, é atendida no posto de saúde pelo médico do PSF, com uma história de tosse, cansaço e febre há seis dias, sem outras queixas. Ao exame, apresenta-se com estado geral regular, taquipneica, afebril, corada, acianótica, sem sinais de desidratação, tempo de enchimento capilar < 2 segundos. Ausculta respiratória:

diminuição de murmúrio vesicular em base direita, com estertores finos. FR=44 incursões por minuto, SatO₂=95%. Restante do exame físico sem alterações. Iniciado amoxicilina. Após 72h, persistia febril, com aparecimento de tiragem intercostal e subcostal.

Qual a conduta mais adequada para esse caso?

- A)** Realização de radiografia de tórax, hemograma e proteína C reativa. Após resultado desses exames, definir se tratamento ambulatorial ou internamento.
- B)** Internamento e iniciar antibioticoterapia por via parenteral.
- C)** Manter amoxicilina e deixar antitérmico fixo e reavaliar com 48 horas, ou antes, se piora.
- D)** Modificar esquema para amoxacilina com clavulanato, orientação de aumentar a ingestão hídrica, além de solicitar reavaliação com 48 horas.
- E)** Substituir amoxacilina por macrolídeo, com orientação de reavaliar com 48 horas, ou antes, se piora clínica.

Solução

Gabarito: **B)** Internamento e iniciar antibioticoterapia por via parenteral.

Olá Estrategista,

Vamos extrair os pontos principais desse enunciado:

- criança de 7 anos
- Pneumonia em tratamento
- regular estado geral
- Persistência da febre
- Diminuição MV: derrame pleural?
- Presença de tiragem subcostal

Os dados apresentados sugerem uma pneumonia complicada com derrame pleural, que é a principal causa de manutenção da febre em crianças que estão recebendo tratamento adequado.

Sabemos que mesmo na presença de derrame pleural, devemos pensar no pneumococo como o principal agente. Contudo, toda pneumonia complicada requer tratamento em regime de internação hospitalar.

Além disso, a criança apresenta tiragem subcostal que é uma das indicações de internação para crianças com pneumonia. Observe as indicações de internação de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria:

- hipoxemia (saturação de oxigênio <92% em ar ambiente);
- desidratação ou incapacidade de manter a hidratação ou alimentação por via oral;
- desconforto respiratório moderado a grave: frequência respiratória >70 rpm para pacientes <12 meses de idade e >50 rpm para crianças maiores;
- dificuldade em respirar (gemênia, batimento de asas nasais, retrações ou apneia);
- aparência tóxica;

- doenças subjacentes (doença cardiopulmonar, síndromes genéticas, distúrbios neurológicos);
- complicações (derrame / empiema, pneumonia necrotizante, abscesso).

Vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta A, a criança se encontra em regular estado geral, tem tiragem subcostal e com uma provável complicaçāo, ela necessita de internação mesmo antes da realização dos exames. Embora, todos os exames mencionados estejam indicados.

A letra B está correta. Correta B, diante do exposto, há necessidade de internação.

A letra C está incorreta. Incorretas C, D , devemos internar a criança devido à presença de retracções e diante da suspeita do derrame pleural.

A letra D está incorreta.

A letra E está incorreta. Incorreta E, embora seja possível observar derrame pleural nas pneumonias atípicas, o derrame é muito mais comum nos casos de pneumonia pneumocócica. Assim, vamos internar a criança e tratar de forma apropriada.

Questão | 1 | 2023 | 4000183476

Hugo, 7 anos, foi atendido na emergência pediátrica com quadro de tosse persistente há 12h, com piora nas últimas 6h. Está gripado há 2 dias. Nega febre. Ao exame físico: Ausculta respiratória com sibilos bilaterais, tiragem intercostal, tempo expiratório prolongado. FR: 40ipm; Saturação O₂ de 96% em ar ambiente. Fez corticoide oral em casa antes da chegada na emergência. Após a primeira hora de atendimento em que foi realizada b2 adrenérgico – 20/20 minutos – 3x (spray), ele persiste praticamente com a mesma clínica, porém sem piora.

A conduta a ser adotada agora é a seguinte:

- A)** Repetir ciclo de b2 adrenérgico.
- B)** Metilprednisolona.
- C)** Corticoide inalatório.
- D)** Sulfato de magnésio.
- E)** Xantina venosa

Solução

Gabarito: A) Repetir ciclo de b2 adrenérgico.

Olá Estrategista.

O enunciado dessa questão apresenta uma criança de 7 anos com exacerbação de asma. Diante desse diagnóstico, a primeira conduta é classificar a gravidade do quadro, para que possamos tratá-lo adequadamente. Observe:

PARÂMETROS	CRISE LEVE A MODERADA	CRISE GRAVE	"LIFE THREATENING" MUITO GRAVE
Nível de consciência	Não agitado	Agitado	Sonolento
Padrão respiratório	Sem uso de musculatura acessória	Uso de musculatura acessória	Dispneia importante
FR	Aumentada, mas ≤ 30 irpm	> 30 irpm	Tórax silencioso
FC	100 - 120 bpm	> 120 bpm	
Saturação	90 - 95%	< 90%	
Capacidade de falar	Frases	Palavras	
PFE	> 50% do previsto	≤ 50% do previsto	

Agora, vamos analisar os dados:

- presença de sibilos,
- taquipneia,
- sinais de desconforto respiratório (tiragem intercostal, tempo expiratório prolongado)
- oximetria adequada.

Observe que a maior parte dos sinais apresentados são compatíveis com asma leve a moderada, mas, ele apresenta sinais de desconforto respiratório, isso prejudica a classificação do paciente.

Mas, podemos classificar o paciente como asma grave se valorizarmos os sinais de uso de musculatura acessória, embora ele não apresente hipoxemia e o desconforto.

Diante disso, vamos nos recordar do tratamento da crise de exacerbação de acordo com a gravidade:

1) asma leve a moderada:

- SABA 4-10 puff repetidos a cada 20 minutos por 1 hora,
- Prednisolona 1-2mg/kg (máximo de 40mg) na primeira hora,
- Brometo de Ipratrópio pode ser considerado,
- Oxigenoterapia se necessário: alvo de 94-98%.

2) Asma grave:

- SABA 4-10 puff repetidos a cada 20 minutos por 1 hora,
- Corticoide sistêmico (VO ou EV) imediatamente,
- Brometo de Ipratrópio obrigatoriamente,
- Oxigenoterapia: alvo de 94-98%,
- Considerar Sulfato de Magnésio (na falta de resposta às medidas acima)

3) Asma muito grave:

todas as medidas da grave e internação em unidade de terapia intensiva.

Observe que o paciente já recebeu beta 2 adrenérgico(SABA) e corticoide, mas não apresentou melhora. Então teríamos 2 situações:

- 1) classificação do paciente como asma leve a moderada: nesse casos devemos manter o SABA inalatório
- 2) classificação do paciente como asma grave: estaria indicado o uso do sulfato de magnésio.

Veja que a banca examinadora considerou a asma como leve a moderada, mas caberia uma crítica pela forma como esse paciente foi apresentado, pois há taquipneia e sinais de desconforto respiratório.

Assim, diante dos fatos apresentados, julgamos que caberia recurso a essa questão.



A letra A está correta. Correta A (COM RESSALVAS) essa conduta seria apropriada caso o paciente fosse classificado como asma leve a moderada.

A letra B está incorreta. Incorreta B, o paciente já recebeu corticoide na primeira hora. O corticoide pode ser mantido no horário padrão.

A letra C está incorreta. Incorreta C, o corticoide inalatório é recomendado para o tratamento de manutenção e não da exacerbação.

A letra D está incorreta. Correta D (COM RESSALVAS) essa conduta seria adequada para uma criança com crise grave de asma que não respondeu às medidas iniciais.

A letra E está incorreta. Incorreta E, as xantinas não fazem parte do tratamento da exacerbação de asma devido à sua toxicidade.

Questão | | 2023 | 4000183477

Pré-escolar de 4 anos, masculino, internado há 10 dias em hospital pediátrico de referência, com história de febre há 2 semanas, palidez, epistaxe discreta e emagrecimento, foi diagnosticado com Leishmaniose Visceral após visualização de amastigotas em medula óssea. Paciente não apresenta, no momento do diagnóstico, insuficiências cardíaca, hepática ou renal, aumento de intervalo QT em eletrocardiograma, icterícia, edema, dispneia além de ter investigação negativa para HIV. Último hemograma evidenciava contagem de leucócitos de $3.300/\text{mm}^3$, plaquetas de $90.000/\text{mm}^3$ e hemoglobina de 8,2 g/dL.

Diante do exposto, qual a primeira opção terapêutica a ser iniciada nesse paciente, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria?

- A) Benzonidazol
- B) Anfotericina B lipossomal
- C) Pirimetamina com sulfadiazina
- D) Antimoniato de N-metil glucamina
- E) Nusinersena

Solução

Gabarito: D) Antimoniato de N-metil glucamina

Olá estrategista,

A leishmaniose visceral, também chamada popularmente de Calazar, esplenomegalia tropical ou “febre dundun”, é uma doença infecciosa crônica endêmica de algumas áreas no Brasil, causada principalmente pelo *Leishmania chagasi* – um parasita flagelado. É importante pontuar que ela é uma zoonose de vigilância epidemiológica, visto que tem hospedeiros animais envolvidos em seu ciclo de transmissão.

A leishmaniose visceral tem três formas clássicas: a oligossintomática, a aguda e a leishmaniose visceral crônica (calazar).

A forma crônica é também a forma mais sintomática e vai predominar em pessoas relativamente imunodeficientes (crianças menores que 10 anos, pacientes com HIV/Aids, transplantados e oncológicos). A incubação dessa forma poderá durar de 3 a 12 meses, em média.

Dos sintomas, a febre é característica clínica marcante, com padrão intermitente ou remitente. Associadas à febre, teremos, frequentemente, queixas de aumento de volume abdominal, tosse crônica, hiporexia e diarreia crônica.

No exame físico desses pacientes, veremos importante palidez de pele e mucosas, com expressiva desnutrição (pele seca, cabelos quebradiços e finos e pobreza de fâneros),

ausculta pulmonar normal (já que não há doença parenquimatoso) e aumento do volume abdominal, geralmente indolor. Esse aumento de volume abdominal ocorrerá pela esplenomegalia de grande monta, que eventualmente cruzará a linha umbilical. Pelo aumento do volume esplênico, há uma hipertensão portal por refluxo, podendo gerar hepatomegalia leve a moderada, também indolor.

O acometimento da medula óssea, na forma crônica, poderá ter dois mecanismos: o primeiro, e mais comum, é pela invasão medular direta da Leishmania, impedindo a mielopoiese adequada.

O segundo mecanismo é por meio da síndrome hemofagocítica secundária, em que linfócitos desregulados pela Leishmania ativarão macrófagos e histiócitos, que serão estimulados a fagocitar as células do próprio sistema hematopoiético, causando a pancitopenia.

O tratamento de escolha para a leishmaniose visceral é o antimonial pentavalente (antimoniato de N-metil glucamina). Essa medicação é feita via endovenosa ou intramuscular diariamente (não se preocupe com a dose, pois isso não é explorado pelas bancas), durante 20 a 40 dias, que são calculados a depender da resposta clínica do paciente (melhora da febre, ganho de peso, redução de esplenomegalia, aparecimento de eosinófilos no hemograma e redução das provas inflamatórias).

Mas, fique atento, o tratamento com anfotericina B é indicado quando há risco de toxicidade ao antimonial (extremos de idade e insuficiências prévias), maior chance de recidiva (imunossuprimidos) ou chance de parto prematuro (gestantes).

O uso da anfotericina B pode ser particularizado como primeira escolha em alguns casos com apresentações graves, como nos casos com hepatomegalia intensa com aumento de transaminases, pancitopenia ou desnutrição grave.

O paciente do enunciado não apresenta nenhum dos critérios para o uso da anfotericina B, portanto, seu tratamento deve ser realizado com antimonial pentavalente. Observe:

Quando utilizar a anfotericina B liposomal na leishmaniose visceral
idade < 1 ano ou > 50 anos
Insuficiência renal, hepática ou cardíaca
Intervalo QT prolongado
Uso de medicações que prolonguem o intervalo QT
Infecção pelo HIV
Doença imunossupressora ou uso de imunossupressão
Falha terapêutica com antimonial pentavalente
Gestantes

A letra A está incorreta. Incorreta A, essa medicação é utilizada para o tratamento da doença de Chagas.

A letra B está incorreta. Incorreta B, não estão presentes os critérios para a indicação da anfotericina nesse paciente.

A letra C está incorreta. Incorreta C, esse tratamento é indicado para a toxoplasmose.

A letra D está correta. Correta D, esse é o tratamento apropriado para o paciente apresentado.

A letra E está incorreta. Incorreta E, esse medicamento é recomendado para a atrofia muscular espinhal (AME).

Questão | | 2023 | 4000183478

Lactente feminino de 18 meses é internado com queixa principal de anemia súbita. Sua genitora refere que a palidez surgiu há cerca de 2 dias. A criança apresentou diarreia sanguinolenta há 6 dias, com leve melhora nos últimos dias. Foi relatada também diminuição da diurese há 24 horas. Ao exame clínico, chamou a atenção do pediatra: palidez +++; desidratação, ausência de febre e frequência respiratória de 56 incursões por minuto. Exames laboratoriais na admissão hospitalar:

- Hemoglobina = 6,0 g/dL; elevado número de esquizócitos; contagem de plaquetas = 35.000/mm³; teste de Coombs negativo; ureia = 156 mg/dL; creatinina = 2,4 mg/dL
- Sumário de urina com hematúria e leucocitúria

Diante dos dados acima, analise as assertivas:

- I. Há uma forte suspeita de tratar-se de um quadro sindrômico grave conhecido como microangiopatia trombótica.
- II. O provável diagnóstico da lactente é de síndrome hemolíticourêmica, tendo, como principal agente desencadeador, a toxina Shiga produzida pela *Escherichia coli*.
- III. Outros achados laboratoriais podem ser encontrados nesse caso, como hipercalemia, hiperfosfatemia e acidose metabólica.

Assinale a alternativa CORRETA:

- A)** Todas as assertivas estão corretas.
- B)** Todas as assertivas estão incorretas.
- C)** Apenas a assertiva I está correta.
- D)** A assertiva II está incorreta.
- E)** Apenas a assertiva II está correta.

Solução

Gabarito: A) Todas as assertivas estão corretas.

Olá Estrategista,

O enunciado dessa questão apresenta um lactente que apresentou anemia súbita após um quadro de diarreia sanguinolenta. Isso nos faz pensar na síndrome hemolítico urêmica (SHU). Além disso, a plaquetopenia, e alterações dos níveis de ureia e creatinina corroboram essa hipótese.

A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) típica é a forma mais comum das microangiopatias trombóticas (MAT) e sua frequência é maior no grupo de crianças menores de cinco anos. As MAT são desordens microvasculares, de diversas etiologias, que possuem o mesmo mecanismo de lesão endotelial de vasos de pequeno calibre, através da oclusão, total ou parcial, do lumen do vaso por agregados de plaquetas. A formação de agregados de plaquetas que formam os trombos intraluminais leva à plaquetopenia por consumo. O endotélio vascular lesado provoca uma lesão mecânica aos eritrócitos, que precisam passar por áreas semiocluídas, levando

à anemia hemolítica microangiopática. Por fim, a lesão isquêmica, decorrente da trombose de pequenos vasos que diminui a perfusão tecidual, leva a disfunções orgânicas que afetam, principalmente, o rim e o cérebro.

As alterações laboratoriais características são plaquetopenia e anemia normocítica com provas de hemólise positivas, ou seja: aumento de DHL, aumento de bilirrubina indireta, aumento de reticulócitos, consumo de haptoglobina e presença de esquizócitos em sangue periférico.

A LRA é determinada pela elevação dos níveis de ureia e creatinina. Outras manifestações envolvidas são o descontrole pressórico, hematúria e proteinúria.

Em geral, a SHU típica está associada à infecção pela bactéria *Escherichia coli*, produtora de Shiga toxina (sorotipo O 157:H7). A infecção provoca diarreia sanguinolenta cerca de 3 dias antes do surgimento da LRA – a toxina adere à mucosa intestinal, destrói as vilosidades e penetra na circulação, onde pode ser transportada até o rim e, finalmente, lesa as células endoteliais glomerulares, gerando agregação plaquetária.

Vamos avaliar as afirmações:

Afirmiação I correta: a SHU consiste em uma microangiopatia trombótica e pode se manifestar com quadros graves.

Afirmiação II, correta, pois indicou a principal hipótese e o principal agente envolvido

Afirmiação III, correta, pois esses distúrbios podem ser encontrados em pacientes que evoluem para insuficiência renal.

gabarito: A

A letra A está correta. Correta A, porque todas as assertivas estão corretas.

A letra B está incorreta.

A letra C está incorreta.

A letra D está incorreta.

A letra E está incorreta.

Questão | | 2023 | 4000183479

Uma pré-escolar de 4 anos, peso 15 kg, internada em enfermaria de cardiologia pediátrica, portadora de uma cardiopatia congênita, evoluiu com piora grave do desconforto respiratório. Pediatra de plantão, após avaliação clínica e análise de gasometria arterial, decide pela intubação orotraqueal e instalação de ventilação mecânica assistida. Na sequência, a menor evoluiu com parada cardiorrespiratória (PCR). Em relação à PCR, analise as assertivas abaixo:

- I. Caso o monitor demonstre assistolia, a dose de epinefrina endovenosa, na diluição 1:1000, deverá ser de 0,1 ml por quilo de peso da menor.
- II. Se o monitor evidenciar uma taquicardia ventricular e a menor estiver sem quaisquer pulsos palpáveis, está indicado, de imediato, o uso de epinefrina, na diluição 1:1000, na dose de 0,1 ml por quilo de peso da menor.
- III. Uma vez que o monitor demonstre que a menor está em fibrilação ventricular, deve-se realizar a cardioversão numa carga de 1,5 J/Kg de peso da menor.

Podemos afirmar que

- A) todas estão corretas.
- B) todas estão incorretas.
- C) existe apenas uma correta.
- D) existe apenas uma incorreta.
- E) a II está correta.

Solução

Gabarito: B) todas estão incorretas.

GABARITO B

Olá, Estrategista. A criança do enunciado está em ambiente hospitalar, com acesso venoso e via aérea avançada. Vamos analisar as alternativas.

- I. Caso o monitor demonstre assistolia, a dose de epinefrina endovenosa, na diluição 1:1000, deverá ser de 0,1 ml por quilo de peso da menor.
Incorreta. A dose da epinefrina endovenosa é diluída 1:10.000 (1 ml de adrenalina e 9 ml de água destilada). A dose está correta.
Utilizamos a diluição 1:1.000 (pura) na via endotraqueal.
- II. Se o monitor evidenciar uma taquicardia ventricular e a menor estiver sem quaisquer pulsos palpáveis, está indicado, de imediato, o uso de epinefrina, na diluição 1:1000, na

dose de 0,1 ml por quilo de peso da menor.

Incorrecto. A taquicardia ventricular é um ritmo chocável, portanto a prioridade aqui é a desfibrilação. Além, disso, a diluição da adrenalina está incorreta novamente.

III. Uma vez que o monitor demonstre que a menor está em fibrilação ventricular, deve-se realizar a cardioversão numa carga de 1,5 J/Kg de peso da menor.

Incorrecto. A fibrilação ventricular é um ritmo chocável e deve ser desfibrilado, na primeira carga 2J/Kg, na segunda 4J/kg, nas próximas, podemos chegar até 10J/kg. A cardioversão é utilizada fora da parada cardíaca, em ritmos no qual o choque pode ser sincronizado com a onda R do paciente, por exemplo taquicardia supra ventricular.

Todas estão incorretas.

Questão | | 2023 | 4000183480

Sobre os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, temos um que foi implantado na década de 70, considerado um dos principais instrumentos para apoiar a elaboração de políticas públicas, visando à prevenção, promoção e cuidado em saúde. Assinale a alternativa que corresponde a esse Sistema.

- A)** SINASC.
- B)** SINAN.
- C)** SIM.
- D)** SIH.
- E)** SIA-SUS.

Solução

Gabarito: **C)** SIM.

GABARITO: ALTERNATIVA C

Estrategista,

Estamos diante de uma questão muito direta da SES PE em que o examinador deseja saber qual é o Sistema de Informações mais antigo do Brasil.

Ele ainda fala que esse sistema é "considerado um dos principais instrumentos para apoiar a elaboração de políticas públicas, visando à prevenção, promoção e cuidado em saúde". Não podemos utilizar essa frase como critério porque todos os sistemas de informações em saúde também são instrumentos de apoio às políticas públicas. Por isso, para gabaritar essa questão, é realmente necessário saber as datas de criação de cada sistema.

Portanto, grave isso: o Sistema de Informações sobre Mortalidade é o mais antigo, pois foi criado na década de 70 (precisamente em 1975). Todos os outros sistemas, em sua maioria, foram criados na década de 90 ou depois (exceto o SIH, que foi criado na década de 80).

Vamos conferir as alternativas:

A letra A está incorreta. **Incorreta a alternativa A.** O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é o sistema que registra os nascimentos vivos no país e foi criado em 1990.

A letra B está incorreta. **Incorreta a alternativa B.** O Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) monitora a incidência das principais doenças e agravos no país e foi criado em 1993.

A letra C está correta. **Correta a alternativa C**, sem ressalvas.

A letra D está incorreta. **Incorreta a alternativa D.** O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) registra toda a produção hospitalar do SUS e tem como principal documento que o alimenta a **autorização de internação hospitalar (AIH)**. Foi criado em 1981.

A letra E está incorreta. **Incorreta a alternativa E.** O SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) registra toda a produção ambulatorial realizada no SUS, tendo a **Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)** como um dos principais documentos que o alimentam. Foi criado em 1993.

Questão | | 2023 | 4000183481

Um estudo foi conduzido sobre os sinais e sintomas físicos em 247 pacientes avaliados para Tuberculose Pulmonar (TB). O diagnóstico final foi feito de acordo com os achados da cultura (padrão-ouro). Noventa e cinco pacientes tinham TB, e 49 deles também tinham hemoptise. Cento e cinquenta e dois não tinham TB, e 79 desses pacientes tinham hemoptise.

Analisando esse estudo, qual a especificidade da hemoptise para TB?

- A)** 38%
- B)** 48%
- C)** 52%
- D)** 61%
- E)** 76%

Solução

Gabarito: B) 48%

GABARITO: ALTERNATIVA B.

Estrategista,

As questões que cobram os cálculos de medidas de validação como sensibilidade e especificidade são muito comuns nas provas de residência médica. Nessa questão, o examinador deseja o cálculo da especificidade da hemoptise quanto método diagnóstico para tuberculose, já que esse sinal foi confrontada quanto à validade frente ao padrão-ouro (cultura).

O primeiro ponto fundamental é montarmos a nossa tabela de contingência 2 x 2:

		Cultura (tuberculose ou TB)		Total
		+	-	
Hemoptise	+	Verdadeiro-positivos (VP) (pessoas com tuberculose e com hemoptise)	Falso-positivos (FP) (pessoas sem tuberculose e com hemoptise)	Total de pessoas com hemoptise (VP + FP)
	-	Falso-negativos (FN) (pessoas com tuberculose e sem hemoptise)	Verdadeiro-negativos (VN) (pessoas sem tuberculose e sem hemoptise)	Total de pessoas sem hemoptise (VN + FN)
Total		Total de pessoas com cultura positiva (isto é, com TB) (VP + FN)	Total de pessoas com cultura negativa (isto é, sem TB) (VN + FP)	População total (VP + FN + VN + FP)

		Cultura		Total
		+	-	
Hemoptise	+	49	79	128
	-	46	73	119
Total		95	152	247

O segundo ponto fundamental é finalmente calcularmos a especificidade:

Especificidade = (verdadeiro-negativos/total de pessoas sem tuberculose) x 100

Especificidade = (73/152) x 100 = 48,02% ou aproximadamente 48%.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. Esse é o valor preditivo positivo:

VPP = (verdadeiro-positivos/total de resultados positivos*) x 100

*no caso, total de indivíduos com hemoptise.

VPP = 49/128 = 38,28% ou aproximadamente 38%.

A letra B está correta. Correta a alternativa B, conforme vimos acima.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Essa é a sensibilidade:

Sensibilidade = (verdadeiro-positivos/total de indivíduos doentes*) x 100

*no caso, total de indivíduos com cultura positiva, que é o padrão-ouro para a tuberculose.

Sensibilidade= $(49/95) \times 100 = 51,57\%$ ou aproximadamente 52%.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Esse é valor preditivo negativo:

VPN = (verdadeiro-negativos/total de resultados negativos*) x 100

*no caso, total de indivíduos sem hemoptise.

VPN = $73/119 = 61,34\%$ ou aproximadamente 61%.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, esse valor não corresponde a especificidade e também não corresponde às demais medidas de validação.

Questão | 2023 | 4000183482

Considerando o estudo da questão anterior, se o médico pensou que o paciente tinha TB por causa da hemoptise, em qual porcentagem dos pacientes ele estava certo?

- A)** 38%
- B)** 48%
- C)** 52%
- D)** 61%
- E)** 76%

Solução

Gabarito: A) 38%

GABARITO: ALTERNATIVA A.

Estrategista,

Essa questão veio na prova da SES PE 2023 em sequência a essa:

"Um estudo foi conduzido sobre os sinais e sintomas físicos em 247 pacientes avaliados para Tuberculose Pulmonar (TB). O diagnóstico final foi feito de acordo com os achados da cultura (padrão-ouro). Noventa e cinco pacientes tinham TB, e 49 deles também tinham hemoptise. Cento e cinquenta e dois não tinham TB, e 79 desses pacientes tinham hemoptise".

Veja que o examinador deseja saber o seguinte: considerando que o médico pensou que o paciente tinha TB por causa da hemoptise, em qual porcentagem dos pacientes ele estava certo? Em outras palavras, qual é o percentual de indivíduos com hemoptise que realmente tem tuberculose ou qual é o valor preditivo positivo (VPP) da hemoptise?

Bom, o valor preditivo positivo (VPP) de um teste diagnóstico nada mais é do que a divisão entre os verdadeiro-positivos e o total de indivíduos com resultado positivo naquele teste:

$$\text{VPP} = (\text{verdadeiro-positivo}/\text{total de resultados positivos}) \times 100.$$

Observe que temos 95 pacientes com TB, sendo que 49 tinham hemoptise. Portanto, esses 49 são os verdadeiro-positivos. Em contrapartida, 152 não tinham TB, mas 79 tinham hemoptise. Esses 79 são os falso-positivos. Somando 49+79 temos o total de 128 resultados positivos (veja a tabela de contingência abaixo):

		Cultura (tuberculose ou TB)		Total
		+	-	
Hemoptise	+	Verdadeiro-positivos (VP) (pessoas com tuberculose e com hemoptise)	Falso-positivos (FP) (pessoas sem tuberculose e com hemoptise)	Total de pessoas com hemoptise (VP + FP)
	-	Falso-negativos (FN) (pessoas com tuberculose e sem hemoptise)	Verdadeiro-negativos (VN) (pessoas sem tuberculose e sem hemoptise)	Total de pessoas sem hemoptise (VN + FN)
Total		Total de pessoas com cultura positiva (isto é, com TB) (VP + FN)	Total de pessoas com cultura negativa (isto é, sem TB) (VN + FP)	População total (VP + FN + VN + FP)

		Cultura		Total
		+	-	
Hemoptise	+	49	79	128
	-	46	73	119
Total		95	152	247

Portanto, o VPP será igual a:

$$\text{VPP} = (49/128) \times 100 = 38,28 \text{ ou aproximadamente } 38\%.$$

Ou seja, a cada 100 resultados positivos, apenas 38 realmente tem tuberculose (é um VPP baixo).

Portanto:

A letra A está correta. Correta a alternativa A, sem ressalvas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. Essa é a especificidade do teste:

Especificidade = (verdadeiro-negativos/total de pessoas sem tuberculose) x 100

Especificidade = $(73/152) \times 100 = 48,02\%$ ou aproximadamente 48%.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Essa é a sensibilidade do teste:

Sensibilidade = (verdadeiro-positivos/total de indivíduos doentes*) x 100

Sensibilidade = $(49/95) \times 100 = 51,57\%$ ou aproximadamente 52%.

*o total de indivíduos doentes é o total de indivíduos com cultura positiva. A cultura é o padrão-ouro e é ela que determina quem é verdadeiramente doente.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Esse é valor preditivo negativo:

VPN = (verdadeiro-negativos/total de resultados negativos*) x 100

VPN = $73/119 = 61,34\%$ ou aproximadamente 61%.

*o total de resultados negativos é o total de indivíduos sem hemoptise.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, esse valor não corresponde a especificidade e também não corresponde às demais medidas de validação.

Questão | 2023 | 4000183483

O Relatório Belmont foi promulgado em 1978, nos Estados Unidos, devido aos escândalos causados pelos experimentos da medicina desde o início da 2ª Guerra Mundial. Como o caso Tuskegee study no Estado de Alabama, iniciado em 1932, mas descoberto apenas em 1972, no qual foram deixados sem tratamento quatrocentos negros sifilíticos para pesquisar a história natural da doença.

Esse Relatório utilizou como referencial para as suas considerações éticas os seguintes princípios básicos:

I. Respeito pelas pessoas

II. Beneficência

III. Não-maleficência

IV. Justiça

É(São) princípio(s):

- A)** I, II, III e IV.
- B)** Apenas II, III e IV.
- C)** Apenas I, II e IV.
- D)** Apenas II e III.
- E)** Apenas a III.

Solução

Gabarito: **C)** Apenas I, II e IV.

GABARITO: ALTERNATIVA C.

Referência bibliográfica:

(1) Marelli LF. Relatório de Belmont (1978). Disponível em:

<https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/34256/relatorio-de-belmont-1978>

Estrategista,

Essa é uma questão difícil da SES-PE, em que o candidato precisa conhecer o Relatório Belmont e saber que nem todos os princípios bioéticos atuais foram descritos por esse documento.

O relatório foi publicado em 1978, nos Estados Unidos, e tinha por objetivo delinear os aspectos éticos essenciais na prática científica. Dessa forma, o documento citou os seguintes princípios:

1. Autonomia, que é o princípio em que o indivíduo pode se "autogovernar" ou decidir aquilo que é o melhor para si. Por isso, toda pesquisa com seres humanos deve ter o consentimento livre e esclarecido dos participantes (e esses participantes devem ser informados claramente sobre os benefícios e riscos da pesquisa).

2. Beneficência, que é o princípio onde o profissional de saúde ou o pesquisador se compromete a lançar mão dos recursos que trarão o máximo de benefício para aqueles que estão sob os seus cuidados.

3. Justiça, que é o princípio que fala sobre a distribuição justa de recursos, e o "justa" nada mais é do que a equidade: quem precisa mais, recebe mais e quem precisa menos, recebe menos.

O único princípio bioético que "faltou" nessa lista foi o da **não-maleficência** (ou *primum non nocere*). Ele não foi mencionado no Relatório Belmont, mas foi discutido posteriormente por Beauchamp no documento "*Principles of Biomedical Ethics*", que se constituiu como a base bibliográfica da Bioética.

Voltando para a questão, o examinador deseja saber quais dos princípios citados estavam no Relatório Belmont. Como já sabemos, apenas a autonomia, a beneficência e a justiça. Portanto, números I, II e IV:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. Como vimos, a assertiva III não está correta porque o princípio da não-maleficência não foi claramente descrito pelo Relatório Belmont.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A assertiva I está correta e a III não está, conforme explicação em "A"".

A letra C está correta. Correta a alternativa C, sem ressalvas.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D porque assertiva I e IV estão corretas e a assertiva III não está, conforme explicação anterior.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E porque a assertiva III é a única que não está correta.

Questão | 2023 | 4000183484

No ano de 2021, 412 mil brasileiros morreram pela Covid-19. Qual dos seguintes fatores melhor descreve essa estatística?

- A)** Prevalência-ponto
- B)** Incidência cumulativa
- C)** Incidência-densidade
- D)** Prevalência-período
- E)** Nenhuma das alternativas

Solução

Gabarito: E) Nenhuma das alternativas

GABARITO: ALTERNATIVA E.

Referência bibliográfica:

1. Medronho e colaboradores. Epidemiologia - 2^a edição. Editora Atheneu, 2009.

Estrategista,

Veja que o enunciado menciona que 412 mil brasileiros morreram pela Covid-19 em 2021. Logo, estamos diante de uma medida de mortalidade, mais especificamente número absoluto de óbitos especificamente causados pela COVID-19.

--> Se essa medida for dividida pela população total brasileira que estava em risco de adoecimento pela COVID, teremos a **mortalidade específica da doença**.

--> Mas se esse número for dividido pelo número total de casos de COVID, teremos a **letalidade**.

Veja que o examinador deseja que o candidato nomeie essa medida. Portanto:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. A prevalência pontual é o número total de casos existentes (novos e antigos) em um determinado ponto ou momento de uma linha do tempo. É uma medida de morbidade e a medida descrita acima é de mortalidade.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A incidência cumulativa é o número de casos novos de uma doença que surgem em um determinado período, considerando uma localidade. Assim como a prevalência de ponto, ou prevalência pontual, é uma medida de morbidade.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa B. A incidência-densidade ou densidade de incidência também revela o número de casos novos de uma doença em um determinado período para uma dada localidade. A diferença é que a incidência calculada é o tipo de incidência para populações fixas ou estáticas (isto é, sem fluxos migratórios) e densidade de incidência calcula a incidência para populações dinâmicas (isto é, com fluxos migratórios). Ambas são medidas de morbidade.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Ao contrário da prevalência pontual, que contabiliza o total de casos em um determinado momento ou ponto de uma linha do tempo, a prevalência de período contabiliza o número total de casos (novos e antigos) em um determinado período. É uma espécie de acumulado de casos.

A letra E está correta. Correta a alternativa E. Como o enunciado trouxe uma medida de mortalidade e todas as descritas até agora foram medidas de morbidade, podemos dizer que nenhuma das alternativas anteriores está correta. Mas atenção aqui: se a alternativa E não fosse citada, a melhor resposta seria "incidência acumulada". Isso porque, segundo Medronho e colaboradores (2009), as medidas de mortalidade podem ser vistas, em último caso, como uma medida de incidência, já que contabiliza o "número de casos novos de óbitos).

Questão | | 2023 | 4000183485

A história da política previdenciária de saúde no Brasil teve origem na criação de uma estrutura de proteção social, instituída pela Lei Eloy Chaves em 1923. Assinale a alternativa que corresponde a essa estrutura.

- A)** Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).
- B)** Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
- C)** Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS).
- D)** Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).
- E)** Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Solução

Gabarito: **A)** Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

GABARITO: ALTERNATIVA A.

Referência bibliográfica:

(1) Souza RR. Construindo o SUS - A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Mestrado Profissional em Administração de Saúde. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2002.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf.

Estrategista,

A Lei Federal Eloy Chaves foi consolidada através da publicação do Decreto nº 4.682, de 1923, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP). Essa normativa foi desenvolvida inicialmente para os trabalhadores do ramo das ferrovias, sendo difundida posteriormente para trabalhadores de outros ramos, como os marítimos e

os portuários. Embora tenham existido iniciativas anteriores, essa lei foi considerada um marco histórico por consolidar a base do sistema previdenciário brasileiro.

As CAP eram iniciativas dos próprios trabalhadores junto a seus patrões, que se organizaram para recolher e financiar o atendimento em saúde e a assistência médica deles e de suas famílias. Tratava-se de um financiamento de modelo bipartite: empregados e patrões contribuíam com um percentual (os trabalhadores contribuíam com 3% dos vencimentos mensais). Em contrapartida, tanto o trabalhador como sua família obtinham o direito à assistência em saúde em “caso de doença”.

A Lei Eloy Chaves também previa aposentadoria, estabilidade trabalhista após 10 anos de serviço e pensão em caso de morte. Ficavam “de fora” da lei os desempregados, os trabalhadores do meio agrícola e os trabalhadores informais... Portanto, esses ainda precisavam contar com hospitais de caridade para acessar a saúde.

Em 1930, o sistema das CAPs já possuía cerca de 50 “caixas” espalhadas pelo Brasil, mais de 100 mil trabalhadores segurados, mais de 8 mil aposentados e milhares de pensionistas e beneficiários. Posteriormente, as CAPs viraram Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cuja contribuição passou a ser tripartite (empregador, o empregado e o Estado), mas ainda se dava por categoria. Mais para frente, a união dos IAP deu origem ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), com a unificação de todas as categorias no mesmo sistema.

Resumindo: as CAP eram sociedades civis voltadas para trabalhadores de uma determinada empresa, com a administração e o financiamento realizados pelo empregador e pelos empregados da empresa, sem a interferência do governo.

O examinador deseja saber justamente o nome da estrutura social instituída pela Lei Eloy Chaves. Agora você já sabe: Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP).

Portanto:

A letra A está correta. Correta a alternativa A, sem ressalvas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa C. O INPS surgiu anos depois, em 1966, com a unificação dos Institutos de Aposentadores e Pensões (IAP).

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. As Ações Integradas de Saúde (AIS), que surgiram na década de 80, representaram uma tentativa de cuidado integral durante a Reforma Sanitária e representou uma época de transição até o SUS.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Os IAPs foram criados a partir da fusão das CAPs para as mesmas categorias.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. O SUDS (Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados) foi uma iniciativa do INAMPS na década de 80 para universalizar o atendimento, que antes do SUS era restrito

aos trabalhadores com carteira assinada. Por isso, também representou uma transição para o SUS (1).

Questão | | 2023 | 4000183486

Sobre as tecnologias utilizadas nas vacinas para o enfrentamento da COVID-19, analise os itens abaixo:

I. Coronavac - Vírus inativado SARS-CoV-2

II. AstraZeneca - Vetor viral partículas do Adenovírus recombinante

III. Pfizer - RNA mensageiro

IV. Janssen - Vetor viral Adenovírus tipo 26 - DNA recombinante

Assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Todos os itens estão corretos.
- B)** Existem, apenas, três itens corretos.
- C)** Existem, apenas, dois itens corretos.
- D)** Existe, apenas, um item correto.
- E)** Nenhum item está correto.

Solução

Gabarito: A) Todos os itens estão corretos.

GABARITO: ALTERNATIVA A

Essa é uma boa questão para revisar as vacinas para covid-19.

Todos os itens estão corretos, pois descrevem adequadamente a tecnologia empregada em cada vacina.

I – correta. Coronavac - Vírus inativado SARS-CoV-2: A vacina Coronavac utiliza o vírus SARS-CoV-2 inativado, ou seja, o vírus é inativado para não causar doença, mas ainda é capaz de estimular uma resposta imune no organismo.

II. AstraZeneca - Vetor viral partículas do Adenovírus recombinante: A vacina da AstraZeneca utiliza um vetor viral de adenovírus recombinante, que é um vírus

geneticamente modificado para induzir a produção de proteína spike do Sars-Cov-2 pela pessoa vacinada.

III. Pfizer - RNA mensageiro: A vacina da Pfizer utiliza a tecnologia de RNA mensageiro (mRNA), onde é inserido na vacina um mRNA sintético contendo informações genéticas do coronavírus. Esse mRNA é traduzido pelas células do organismo para produzir a proteína spike do vírus, estimulando a resposta imune.

IV. Janssen - Vetor viral Adenovírus tipo 26 - DNA recombinante: A vacina da Janssen utiliza um vetor viral de adenovírus tipo 26 contendo um segmento de DNA recombinante com informações genéticas do coronavírus. Esse vetor viral induz a produção de proteína spike do Sars-Cov-2 pela pessoa imunizada.

Questão | | 2023 | 4000183487

A Poliomielite é uma doença, que se encontra erradicada no Brasil desde o início dos anos 90, em virtude do êxito da política de imunização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sobre a Poliomielite, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** É uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia espástica de início súbito.
- B)** As formas paralíticas são as manifestações mais comuns da doença, podendo ocorrer em 80% dos casos.
- C)** É um poliovírus da família Picornaviridae, composto de quatro sorotipos.
- D)** O período de incubação é de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias.
- E)** A vacina (VIP - inativada), deve ser administrada em duas doses (3º e 5º mês) e dose de reforço aos 12 meses.

Solução

Gabarito: D) O período de incubação é de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias.

GABARITO D

Estrategista, vamos falar de poliomielite

A poliomielite, também conhecida como paralisia infantil, é uma doença viral, causada por um poliovírus, que pode infectar crianças e adultos por meio do contato direto com fezes ou com secreções eliminadas pela boca das pessoas infectadas e provocar ou não

paralisia. Nos casos graves, em que acontecem as paralisias musculares, os membros inferiores são os mais atingidos.

Há 4 formas de poliomielite

- 1) **Forma Inaparente ou Assintomática.** 90 a 95% das infecções.
- 2) **Forma Abortiva.** 5% dos casos. Caracteriza-se por sintomas inespecíficos, como febre, cefaléia, tosse e coriza, vômitos, dor abdominal e diarréia.
- 3) **Poliomielite não paralítica.** 4%. Os pacientes normalmente desenvolvem meningite asséptica, mas não desenvolvem paralisia.
- 4) **Poliomielite paralítica.** 1%. A doença começa com manifestações inespecíficas e evolui para rigidez muscular. Desses pacientes, alguns evoluem para paralisia e fraqueza muscular. A paralisia pode evoluir a tal ponto de paralisar musculatura respiratória.

Não existe tratamento específico, todas as vítimas de contágio devem ser hospitalizadas, recebendo tratamento dos sintomas, de acordo com o quadro clínico do paciente.

A vacinação é a única forma de prevenção da poliomielite. Todas as crianças menores de cinco anos de idade devem ser vacinadas conforme esquema de vacinação de rotina e na campanha nacional anual. O esquema vacinal contra a poliomielite é de três doses da vacina injetável – VIP (aos 2, 4 e 6 meses) e mais duas doses de reforço com a vacina oral bivalente – VOP.

Em 25 de agosto de 2020, a OMS anunciou a erradicação da polio na África, enfatizando que então cinco de suas seis regiões haviam erradicado a doença, apenas dois países em todo o mundo continuam a observar a transmissão do poliovírus selvagem: o Paquistão e o Afeganistão. O Brasil recebeu certificado de eliminação de polio em 1994.

A letra A está incorreta. É correto dizer que é uma doença infectocontagiosa viral aguda, mas pode ser assintomática, abortiva , não paralítica ou paralítica. A forma paralítica evolui progressivamente e não subitamente.

A letra B está incorreta. A forma assintomática é a mais comum.

A letra C está incorreta. A família está correta, mas são três sorotipos: 1, 2 e 3

A letra D está correta. Decoreba! Está correto.

A letra E está incorreta. A VIP é administrada aos 2, 4 e 6 meses e a VOP aos 15 meses e 4 anos.

Questão | | 2023 | 4000183488

Gestante G1P0A0 (8 semanas) com histórico vacinal desconhecido, chega à Unidade Básica de Saúde para acompanhamento.

De acordo com o calendário nacional de vacinação da gestante, assinale a alternativa INCORRETA para o caso.

- A)** Deve receber três doses da vacina hepatite B com intervalos entre doses recomendados (0, 1 e 6 meses), independentemente da idade gestacional.
- B)** Caso perdesse a oportunidade de se vacinar durante o período gestacional, administrar uma dose da vacina dupla adulto (dT) no puerpério (até 45 dias).
- C)** A 3^a dose da vacina hepatite B pode ser administrada com intervalo de 4 meses após a 1^a dose.
- D)** Se fosse multípara, deveria ser aplicada uma dose reforço da vacina (dTpa) a cada gestação a partir da 20^a semana.
- E)** Deve receber duas doses da vacina dupla adulto (dT) respeitando o intervalo entre as doses, e uma dose da (dTpa) a partir da 20^a semana de gestação.

Solução

Gabarito: B) Caso perdesse a oportunidade de se vacinar durante o período gestacional, administrar uma dose da vacina dupla adulto (dT) no puerpério (até 45 dias).

GABARITO ALTERNATIVA: B

O que o examinador quer saber: vacinação na gestação.

O esquema vacinal na gestação, conforme as Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2022/2023, está resumido na tabela a seguir:

Vacina	Situação vacinal	Vacinação na gestação
dT/dTpa	Previvamente vacinada com duas ou três doses	Uma dose de dTpa a partir de 20 semanas
	Vacina incompleta, tendo recebido apenas um doses.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, com intervalo de um mês, sendo que a dTpa deve ser feita após 20 semanas
	Gestantes não vacinadas ou com histórico vacinal desconhecido	Dois doses de dT e uma dose de dTpa, com intervalo de um mês entre as doses, sendo que a dTpa deve ser feita após 20 semanas.
Hepatite B	Vacinadas com esquema completo (3 doses)	Não vacinar
	Vacinadas com esquema incompleto	Completar o esquema vacinal
	Não vacinadas e suscetíveis	Três doses, no esquema 0-1-6 meses
Influenza	Todas as gestantes	Dose única anual
COVID-19	Todas as gestantes	Conforme protocolo vigente

A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a Bordetella pertussis ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado.

As vacinas contraindicadas na gestação são aquelas que possuem vírus vivo atenuado: tríplice viral (sarampo caxumba e rubéola), HPV, Varicela e Dengue.

A letra A está incorreta. **Correta a alternativa A:** a gestante não vacinada ou com vacinação desconhecida, deve receber três doses de vacina de Hepatite B durante a gestação. A vacina de hepatite B pode ser feita em qualquer idade gestacional respeitando os intervalos de 0, 1 e 6 meses.

A letra B está correta. **Incorreta a alternativa B:** caso a gestante não seja vacinada durante o período gestacional, ela deve receber uma dose de dTpa no puerpério.

A letra C está incorreta. **Correta a alternativa C:** a terceira dose deve ser administrada com um intervalo de 6 meses da primeira dose, mas pode-se adiantar a terceira dose e administrar a partir de 4 meses da primeira.

A letra D está incorreta. **Correta a alternativa D:** a vacina de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, a partir de 20 semanas, independente da situação vacinal.

A letra E está incorreta. **Correta a alternativa E:** como a gestante desconhece suas vacinas prévias, ela deve receber o esquema completo com três doses de vacina de difteria e tétano, sendo duas doses de dT e uma dose de dTpa a partir de 20 semanas, respeitando o intervalo de 1 mês entre as doses.

Questão | 2023 | 4000183489

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação, tem como principal fonte de dados as notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, algo imprescindível para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Sobre esse Sistema, assinale a alternativa INCORRETA.

- A)** Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades de saúde precisam preencher o formulário de notificação negativa.
- B)** Além da Ficha Individual de Notificação e da Notificação Negativa, o Sistema ainda disponibiliza a Ficha Coletiva de Investigação.
- C)** Ainda são utilizados para a coleta de dados a Planilha de surtos e os Boletins de acompanhamento de casos de Hanseníase e Tuberculose.
- D)** A Ficha Individual de Notificação é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente, quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal.

- E) Caso os municípios não alimentem o banco de dados do Sistema por dois meses consecutivos, são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica – PAB.

Solução

Gabarito: B) Além da Ficha Individual de Notificação e da Notificação Negativa, o Sistema ainda disponibiliza a Ficha Coletiva de Investigação.

GABARITO: ALTERNATIVA B.

Referência bibliográfica:

(1) Ministério da Saúde. SINAN - Funcionamento. Disponível em:
<http://www.portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>.

Estrategista,

Essa é uma questão polêmica, pois a banca da SES PE retirou as informações do seguinte site do Ministério da Saúde: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>.

O problema é que esse link contém informações já desatualizadas. Mas antes, acompanhe as informações a seguir. Vamos aproveitar o tema para fazer uma mini-revisão, já que o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) é cobrado frequentemente nas provas de residência médica.

Pois bem. O primeiro ponto fundamental é entendermos o que é uma notificação compulsória. Segundo a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 2017, temos a seguinte definição:

"VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravos ou evento de saúde pública, descritos no Anexo 1 do Anexo V, podendo ser imediata ou semanal".

Nesse sentido, existem 3 tipos de notificações que podem ser feitas:

- **Notificação compulsória imediata:** Deve ser realizada em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravos ou evento de saúde pública, através do meio de comunicação mais rápido disponível;
- **Notificação compulsória semanal (ou mediata):** Realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravos;
- **Notificação compulsória negativa:** É uma comunicação realizada semanalmente que o responsável pelo estabelecimento de saúde faz à autoridade de saúde, informando que

na semana epidemiológica não foi identificada nenhuma doença ou nenhum agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória.

-- ***Eita, Bárbara, notificação compulsória negativa? Isso existe?***

Existe! Segundo o Ministério da Saúde, "caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades de saúde precisam preencher o formulário de notificação negativa, que tem os mesmos prazos de entrega. Essa é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alertas para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação" (1).

Aqui é que temos a polêmica. Segundo o site utilizado pela banca, "caso os municípios não alimentem o banco de dados do Sinan, por dois meses consecutivos, são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica - PAB, conforme Portaria N.º 1882/GM de 16/12/1997" (1).

Só que o PAB não é a mais a forma de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde, e sim o PREVINE BRASIL! Mesmo assim, a banca da SES PE não anulou a questão.

Bom, vamos só finalizar essa introdução com mais algumas informações importantes. Cada uma dessas notificações possuem "formulários" próprios. Para você compreender, vamos fazer uma analogia: você se lembra de que o documento para alimentarmos o SIM é a declaração de óbito, certo? E que a declaração será sempre a mesma, independentemente do tipo de óbito? No SINAN, isso funciona diferente. Temos a Ficha Individual de Notificação (FIN) e a Ficha Individual de Investigação (FII).

A **Ficha Individual de Notificação (FIN)** é uma ficha geral para realizar a notificação quando o profissional de saúde faz o primeiro atendimento de um indivíduo com uma doença ou um agravo de notificação compulsória. Ela é "é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal" (1). Veja o trecho inicial de uma FIN. Observe como ela não faz menção a nenhuma doença e já começa com os dados do paciente:

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual <input type="checkbox"/> 3 - Surto <input type="checkbox"/> 4 - Inquérito Técnico				
2 Agravo/Doença <input type="checkbox"/> 3 Data da Notificação				
4 UF 5 Município de Notificação <input type="checkbox"/> Código (IBGE)				
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) <input type="checkbox"/> Código 7 Data dos Primeiros Sintomas				
8 Nome do Paciente <input type="checkbox"/> Data de Nascimento				
10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Menor <input type="checkbox"/> 2 - Menina <input type="checkbox"/> 3 - Menor <input type="checkbox"/> 4 - Menino				
11 Sexo U - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> 1 - Primeiro <input type="checkbox"/> 2 - Segundo <input type="checkbox"/> 3 - Terceiro <input type="checkbox"/> 4 - Quarto <input type="checkbox"/> 5 - Quinto <input type="checkbox"/> 6 - Sexto <input type="checkbox"/> 7 - Setimo <input type="checkbox"/> 8 - Oitavo <input type="checkbox"/> 9 - Nono <input type="checkbox"/> 10 - Decimo <input type="checkbox"/> 11 - Undezimo <input type="checkbox"/> 12 - Dozeno <input type="checkbox"/> 13 - Trezeano <input type="checkbox"/> 14 - Quatorzeano <input type="checkbox"/> 15 - Quinzeano <input type="checkbox"/> 16 - Dezeno				
12 Gestante <input type="checkbox"/> 1 - Primeiro <input type="checkbox"/> 2 - Segundo <input type="checkbox"/> 3 - Terceiro <input type="checkbox"/> 4 - Quarto <input type="checkbox"/> 5 - Quinto <input type="checkbox"/> 6 - Sexto <input type="checkbox"/> 7 - Setimo <input type="checkbox"/> 8 - Oitavo <input type="checkbox"/> 9 - Nono <input type="checkbox"/> 10 - Decimo <input type="checkbox"/> 11 - Undezimo <input type="checkbox"/> 12 - Dozeno <input type="checkbox"/> 13 - Trezeano <input type="checkbox"/> 14 - Quatorzeano <input type="checkbox"/> 15 - Quinzeano <input type="checkbox"/> 16 - Dezeno				
17 Número do Cartão SUS 18 Nome da mãe				
19 Local Inicial de Ocorrência do Surto <input type="checkbox"/> 1 - Residência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital / Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 3 - Creche / Escola <input type="checkbox"/> 4 - Asilo <input type="checkbox"/> 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) <input type="checkbox"/> 6 - Restaurante/ Padaria <input type="checkbox"/> 7 - Eventos <input type="checkbox"/> 8 - Casos Dispersos no Bairro <input type="checkbox"/> 9 - Casos Dispersos Pelo Município <input type="checkbox"/> 10 - Casos Dispersos em mais de um Município <input type="checkbox"/> 11 - Outros <input type="checkbox"/> Especificar				

Já a **Ficha individual de investigação (FII)** é específica para cada uma das doenças ou dos agravos! Ela é mais complexa e permite a obtenção de dados mais específicos sobre as doenças, inclusive a identificação da fonte da infecção e dos mecanismos de transmissão da doença. Veja o trecho inicial de uma FII (no caso, de raiva humana). Observe que ela já começa com o nome da doença. Ao longo da ficha, é possível encontrar perguntas específicas para aquela doença (e essas perguntas serão diferentes nas fichas das outras enfermidades):

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO RAIVA HUMANA	Nº
CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encéfalite rúbica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rúbico.			
Detalhes Gerais	1 Tipo de Notificação <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Individual	2 Agravo/Doença RAIVA HUMANA	3 Código (CID10) A 82.9
	4 UF <input checked="" type="checkbox"/> 5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data da Notificação Código (BGE)
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data dos Primeiros Sintomas	10 Data de Nascimento
	11 Idade 1 - Infância 2 - Adolesc. 3 - Juventude 4 - Adulto	12 Gestante 1 - Sim 2 - Não 3 - Incerteza 4 - Ignorada	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Indígena 4 - Amarela 5 - Marrom

Questão | | 2023 | 4000183490

Um estudo de revisão comparou o desempenho do TESTE A versus o TESTE B no rastreamento do câncer colorretal. Em comparação com TESTE B, o TESTE A apresentou melhor detecção das lesões pré-cancerígenas que seriam tratadas para evitar cânceres subsequentes. Porém, o TESTE A também teve maior taxa de falso-positivos. Analise as afirmativas abaixo e assinale a INCORRETA.

- A) A testagem mais frequente pode piorar a especificidade do TESTE A.
- B) O TESTE A é menos específico que o TESTE B para rastreamento.
- C) O TESTE A é mais sensível que o TESTE B para rastreamento.
- D) A testagem mais frequente pode melhorar a sensibilidade de ambos os testes.
- E) O valor preditivo negativo é menor no TESTE A que no TESTE B.

Solução

Gabarito: E) O valor preditivo negativo é menor no TESTE A que no TESTE B.

GABARITO: ALTERNATIVA E

Estrategista,

A questão fala sobre dois testes diagnósticos que foram comparados quanto ao rastreio do câncer colorretal (TESTE A e TESTE B).

O teste A apresentou melhor detecção das lesões pré-cancerígenas, porém esse teste também tem uma maior taxa de falso-positivos. Ora, se ele tem uma melhor detecção das lesões, e se ele gera um maior número de falso-positivos, isso significa que ele é mais sensível que o teste B. E de praxe, sabemos que testes sensíveis geralmente apresentam valor preditivo negativo mais elevado.

Observe que o enunciado não traz qualquer outra informação. Logo, a única afirmativa que podemos tecer diante desse é a de que **o teste A apresenta maior sensibilidade e maior valor preditivo negativo quando comparado ao teste B**, sendo incorreto afirmar o contrário disso.

Portanto:

A letra A está incorreta. **Correta a alternativa A, com ressalvas.** A testagem mais frequente poderia piorar a **especificidade** do teste A porque a sensibilidade melhora quando

aumentamos a frequência das testagens (e aí partirmos do pressuposto que melhorar a sensibilidade significa piorar a especificidade - essa é *uma verdade para as provas de residência médica, mas nem sempre é verdade no mundo real*). No entanto, esse raciocínio é aplicado mais em doenças infecciosas como a COVID-19.

Por exemplo, suponha que um indivíduo tenha sido infectado com um vírus recentemente, mas ainda não produziu uma quantidade suficiente de抗ígenos ou anticorpos para que um teste possa detectar a presença do vírus. Se esse indivíduo for testado justamente no período de baixa viremia, o resultado do exame será negativo. No entanto, se ele for testado novamente em um curto período de tempo, é possível que a quantidade de抗ígenos ou anticorpos tenha aumentado o suficiente para que o teste possa detectar a presença do vírus, aumentando assim a sensibilidade do diagnóstico (não é bem a sensibilidade do teste, mas do *diagnóstico final*; é como se ajudássemos o teste).

A letra B está incorreta. **Correta a alternativa B.** O enunciado fala que o teste A apresenta maior taxa de falso-positivos. Logo, sua sensibilidade é maior e sua especificidade é menor.

A letra C está incorreta. **Correta a alternativa C**, sem ressalvas.

A letra D está incorreta. **Correta a alternativa D**, com ressalvas: aumentar a frequência das testagens pode, de fato, melhor a sensibilidade dos testes, conforme vimos na alternativa A.

A letra E está correta. **Incorta a alternativa E** porque é justamente o oposto: o valor preditivo negativo do teste A é maior.

Questão | 2023 | 4000183491

A Leishmaniose Visceral (LV) é considerada uma doença negligenciada endêmica em populações de baixa renda e ainda apresenta indicadores inaceitáveis, baixos investimentos em pesquisas e tratamento. Sobre a LV, analise as afirmativas abaixo:

I. Os agentes etiológicos mais importantes no Brasil: *Leishmania (Viannia) braziliensis* e *L. (L.) amazonenses*.

II. A evolução clínica da LV pode ser dividida em três períodos: Inicial, de estado e final.

III. No período final da doença os títulos de anticorpos específicos antiLeishmania são elevados.

IV. No Brasil, a forma de transmissão é através da fêmea de insetos flebotomíneos das espécies de *Lutzomyia longipalpis* e *L. cruzi*, infectados.

V. Desoxicolato de Anfotericina B é medicamento de escolha no tratamento para gestantes.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Todas as afirmativas estão corretas.
- B)** Existem, apenas, quatro afirmativas corretas.
- C)** Existem, apenas, três afirmativas corretas.
- D)** Existem, apenas, duas afirmativas corretas.
- E)** Existe, apenas, uma afirmativa correta.

Solução

Gabarito: B) Existem, apenas, quatro afirmativas corretas.

Gabarito oficial: Alternativa B. No entanto, só há três afirmativas corretas.

Gabarito correto: Alternativa C.

Leishmaniose visceral (ou calazar) é uma doença infecciosa crônica, caracterizada por febre, anemia ou pancitopenia, perda de peso e hepatoesplenomegalia.

Essa questão tem um erro conceitual – preste atenção aos comentários a seguir.

I – incorreta. *Leishmania (Viannia) braziliensis* e *L. (L.) amazonenses* são agentes etiológicos de leishmaniose tegumentar, e não visceral. No Brasil, *L. chagasi* (ou *L. infantum*) é o principal agente causador da leishmaniose visceral.

II – correta. As fases da doença são: inicial (aguda), de estado (crônica) e final (evolução terminal de pacientes não tratados).

III – correta. Os anticorpos anti-*Leishmania* passam a ser detectados a partir do período de estado.

IV – correta. *Lutzomyia longipalpis* e *L. cruzi* são os vetores da leishmaniose visceral no Brasil.

V – incorreta. Segundo o Guia de Vigilância em Saúde (5ª edição) do Ministério da Saúde, publicação oficial mais recente que trata sobre a leishmaniose visceral, “a anfotericina B lipossomal é a única opção no tratamento de gestantes e de pacientes que tenham contraindicações ou que manifestem toxicidade ou refratariedade relacionada ao uso dos antimoniais pentavalentes”. Assim, a anfotericina B desoxicolato não deve ser utilizada para o tratamento de gestantes com leishmaniose visceral.

Questão | | 2023 | 4000183492

Sobre os estudos epidemiológicos, qual dos seguintes estudos NÃO pode ser usado para identificar fatores prognósticos?

- A)** Coorte
- B)** Caso-controle
- C)** Prevalência
- D)** Análise de tempo até o evento
- E)** Nenhuma das alternativas

Solução

Gabarito: **C)** Prevalência

GABARITO: ALTERNATIVA C.

Referências bibliográficas:

(1) Fernandes FCBCF. Capítulo 9: Medicina Baseada em Evidências. In: Epidemiologia & Saúde. Organizado por Maria Zélia Rouquayrol. 8ª edição. Medbook, 2017.

(2) Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Capítulo 1: Introdução. Epidemiologia Clínica - Elementos Essenciais. 5ª edição. Editora Artmed, 2014

Estrategista,

A realização de estudos epidemiológicos se destina a responder algumas questões principais (1,2):

1. “Com que frequência uma doença ocorre?” – essa pergunta (prevalência) geralmente é respondida pelos estudos de prevalência, que são do tipo seccionais ou transversais (isto é, avaliam a população em um único momento de uma linha do tempo) (1,2).

2. “Qual são os fatores de risco ou a causa de uma determinada doença?” – questionamentos sobre a etiologia de doenças geralmente são respondidos pelos estudos observacionais longitudinais como os de coorte e caso-controle, e também por alguns estudos transversais (como prevalência e ecológico) que tentam gerar hipóteses diagnósticas para serem validadas posteriormente pelos observacionais longitudinais citados anteriormente (1,2).

3. “Qual o prognóstico dessa doença?” – essa pergunta (prognóstico) geralmente é respondida por estudos de coorte e relato ou série de casos (1,2), mas pode ser

respondida também por outros estudos longitudinais como caso-controle e ensaios clínicos.

4. “Qual a acurácia dos testes realizados para diagnosticar doenças?” – esse questionamento (acurácia) geralmente é respondido por estudos de acurácia, que são em sua essência estudos transversais onde uma determinada população com um número conhecido de indivíduos doentes e saudáveis é avaliada segundo dois testes diagnósticos: o padrão-ouro e o teste a ser validado (1,2).

5. “Como essa intervenção altera o curso dessa doença? Ela reduz desfechos clínicos desfavoráveis?” – essa pergunta (tratamento) geralmente é respondida pelos ensaios clínicos randomizados (1,2).

6. “Como essa intervenção protege da instalação da doença em indivíduos saudáveis?” – esse questionamento (profilaxia) geralmente é respondido por ensaios de campo e intervenções comunitárias (1,2).

Voltando para a questão, o examinador deseja saber qual das alternativas abaixo corresponde a um estudo que NÃO pode ser utilizado para o estabelecimento de prognóstico. Portanto, ele deseja a exceção ou a alternativa incorrecta:

A letra A está incorreta. Correta a alternativa A. Como vimos acima, os estudos de coorte podem ser utilizados para o estudo de prognóstico de uma enfermidade.

A letra B está incorreta. Correta a alternativa B. Como vimos acima, os estudos de caso-controle também podem ser utilizados para o estudo de prognóstico de uma enfermidade, embora o mais comum seja a utilização das coortes e dos relatos/série de casos.

A letra C está correta. Incorreta a alternativa C e é esse o nosso gabarito. Os estudos de prevalência são transversais, ou seja, avaliam a população em um único momento de uma linha do tempo. Além disso, esses estudos, como o próprio nome sugere, têm o interesse apenas em estabelecer o percentual da população que foi acometido por uma determinada enfermidade (isto é, a prevalência da enfermidade). Para um estudo de prognóstico, é necessário acompanhar o indivíduo (ou a população) ao longo do tempo; portanto, exige uma análise longitudinal.

A letra D está incorreta. Correta a alternativa D porque o termo "análise de tempo até o evento" sugere o acompanhamento longitudinal e, de fato, para o estudo do prognóstico é necessária a longitudinalidade para entendermos o que acontecerá com o paciente (ou a população estudada).

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E porque a alternativa C é o gabarito.

Em 2018, uma conferência reafirmou o compromisso da Organização Mundial da Saúde com a Atenção Primária à Saúde com o lema "Saúde para todos".

Assinale a alternativa que corresponde a esse marco.

- A)** Conferência de Ottawa
- B)** Conferência de Alma-Ata
- C)** Conferência de Astana
- D)** 8ª Conferência Nacional de Saúde
- E)** Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento

Solução

Gabarito: **C)** Conferência de Astana

GABARITO: ALTERNATIVA C

Estrategista,

A Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde, também conhecida como **Conferência de Astana**, foi um reunião internacional realizada em 2018 em Astana, no Cazaquistão. A reunião teve por objetivo **reafirmar os compromissos estabelecidos 40 anos antes na Declaração de Alma-Ata**, que também havia sido realizada no Cazaquistão e que foi o marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no mundo. O lema da Conferência de Astana foi "Saúde para todos".

A Conferência de Astana destacou a importância da atenção primária à saúde como a base para sistemas de saúde fortes e sustentáveis, bem como estratégia necessária para alcançar os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** das Nações Unidas (estes devem ser alcançados até 2030). A conferência também enfatizou a necessidade de investir em recursos humanos em saúde, infraestrutura e sistemas de informação de saúde, bem como o papel crucial das comunidades e dos pacientes na promoção da saúde e no acesso aos cuidados de saúde.

Portanto:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. A Conferência de Ottawa (ou Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde) foi realizada no Canadá em 1986 e produziu a Carta de Ottawa, documento que trouxe a definição de promoção da saúde:

"É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A **Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata** ocorreu em setembro de 1978 e recebeu esse nome por ter sido realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (antigo país membro da União Soviética). A conferência produziu a Declaração de Alma-Ata, documento que influenciou diversos países a desenvolverem políticas públicas de saúde e reorientar os seus sistemas de saúde segundo a Atenção Primária à Saúde.

A Conferência de Astana foi realizada 40 anos depois da Conferência de Alma-Ata e teve por objetivo justamente reafirmar os compromissos realizados durante essa última, conforme vimos acima.

A letra C está correta. Correta a alternativa D, sem ressalvas.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. A **VIII Conferência Nacional de Saúde** foi realizada no Brasil em 1986 e representou o ápice do movimento da reforma sanitária no país. Na conferência, foram discutidas as bases do SUS, que foi criado oficialmente dois anos depois pela Constituição Federal de 1988.

A letra E está incorreta. A **Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento** foi realizada em Buenos Aires em 2007 e teve como objetivo discutir a declaração de Alma-Ata reforçando a elaboração de políticas de saúde e o acesso igualitário e universal nos sistemas de saúde para que os países consigam estabelecer a saúde como direito de todos. O documento produziu a Declaração de Buenos Aires.

Questão | 2023 | 4000183494

O **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil (2021-2030)** destaca a transição epidemiológica tanto nas doenças crônicas e de seus fatores de risco e o crescimento das causas externas de morbimortalidade. Sobre o panorama da mortalidade por acidentes e violências no Brasil, é CORRETO afirmar que

- A)** as lesões de trânsito representam a primeira causa de morte entre as causas externas, com maior ocorrência entre jovens e adultos de 15 a 39 anos.

- B)** maior parte das vítimas era do sexo masculino, aproximadamente 90%, com maior risco de morte na faixa etária de 35 a 50 anos de idade.

- C)** em 2019, as agressões foram a quarta causa de morte de jovens de 15 a 29 anos.

- D)** o suicídio constitui a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos de idade.

E) em 2019, em 56% dos óbitos por quedas accidentais, a vítima era do sexo feminino.

Solução

Gabarito: D) o suicídio constitui a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos de idade.

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Referência bibliográfica:

(1) Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil (2021-2030). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view.

Estrategista,

O **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil (2021-2030)** DESPENCOU nas provas de 2023. Por isso, aconselho que você leia o documento na íntegra para garantir pontos extras. Ele está disponível no link que colocamos acima.

Pois bem. A banca da SES PE deseja que o candidato assinale a alternativa correta em relação ao panorama de acidentes e violências no país. Vamos analisar as alternativas: A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. O documento afirma em sua página 35 que: "no Brasil, as lesões de trânsito representam a segunda causa de morte entre as causas externas, com maior ocorrência entre jovens e adultos de 15 a 39 anos" (1).

Portanto, os acidentes de trânsito são a SEGUNDA causa de morte entre as causas externas, e não a primeira.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. O documento afirma o seguinte, em sua página 40: "estudo global sobre homicídios apresentou taxa de mortalidade, em 2017, de 6,2 homicídios a cada 100 mil habitantes, com grande variabilidade entre diferentes regiões. A maior mortalidade ocorreu nas Américas (17,2/100 mil), em seguida na África (13/100 mil). A maior parte das vítimas era do sexo masculino, aproximadamente 81%, com maior risco de morte na faixa etária de 15 a 29 anos de idade (UNITED NATIONS, 2019)" (1).

Portanto, a maior parte das vítimas era do sexo masculino (81%, e não 90%), com maior risco de morte entre 15 e 29 anos (e não entre 35 e 50 anos).

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Segundo o documento, em sua página 41, há a seguinte afirmativa: "no Brasil, em 2019, as agressões foram a principal causa de morte

de jovens de 15 a 29 anos ($n = 22.228$; 50,6%)".

Portanto, as agressões foram a principal causa de morte entre os jovens, e não a quarta.

A letra D está correta. Correta a alternativa D. Na página 45 do documento, é possível encontrar a seguinte afirmação: "*adicionalmente, o suicídio constitui a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)*" (1).

É importante não confundir esse trecho com outro que existe na página 48 e que afirma que em 2019 o suicídio foi a terceira principal causa de suicídios entre os jovens. A diferença é que essa última frase está falando especificamente do ano de 2019, enquanto a alternativa está se referindo a série histórica dos últimos anos.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. Na página 59 do documento, encontramos a seguinte frase: "*em 2019, no Brasil, em 56,0% dos óbitos por esta causa ($n=8.698$) a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 7,8 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 4,3 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada, a mortalidade por quedas foi maior para o sexo masculino*" (1).

Portanto, analisando todos os óbitos por quedas acidentais, a proporção é maior para os homens.

Aqui é importante não confundir mortalidade por queda com risco de queda. Em primeiro lugar, o documento levou em consideração a mortalidade proporcional das quedas acidentais. Portanto, foram incluídas as quedas em todas as idades, com mortalidade maior dos homens.

Isso é diferente de risco de queda nos idosos, que é o que tradicionalmente cai nas provas de residência médica. O documento acima não fala sobre risco, mas saiba que esse ser do gênero feminino é um fator de risco para quedas quando o indivíduo é idoso (ou seja, as mulheres têm maior probabilidade de cair, mas não necessariamente apresentam maior mortalidade após a queda).

Questão | | 2023 | 4000183495

No Brasil, desde 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências, são compulsórias para todos os serviços de saúde. Além da notificação compulsória à autoridade sanitária, o Estatuto da Criança e do Adolescente determina a comunicação

obrigatória de casos suspeitos e confirmados de violências contra crianças e adolescentes

- A)** ao Ministério Público.
- B)** à autoridade policial.
- C)** ao Conselho Tutelar.
- D)** à Rede Nacional Primeira Infância.
- E)** ao Centro de Referência de Assistência Social.

Solução

Gabarito: C) ao Conselho Tutelar.

GABARITO C

O termo violência contra a criança ou maus tratos não implica somente em traumas físicos e agressões. Os maus tratos vão muito além disso: envolvem a esfera física, socioemocional e sexual. Sendo assim, maus tratos envolve tudo entre a negligência e a agressão física propriamente dita, da mesma forma que o abuso sexual não é constituído somente pelo estupro em si.

Dessa forma, podemos dividir os maus tratos em, basicamente, quatro tipos:

-**Negligência:** seria um tipo de violência “social”, definida como: quando os cuidadores não provêm à criança o mínimo necessário à sua sobrevivência, mas não por falta de recursos (pois há famílias miseráveis, em que isso não é uma questão de opção).

-**Psicológico:** qualquer comportamento dos pais ou cuidadores (ou de uma pessoa envolvida com a criança) que lese a criança do ponto de vista psicológico. Aqui, falamos não só dos xingamentos, que podem ocorrer em casa, mas até mesmo do “bullying inocente” que os pais podem fazer com os filhos. A alienação parental também se enquadra nesse quesito uma vez que por meio dela, a criança ou adolescente são induzidos, mediante diferentes formas e estratégias de atuação, a destruir seus vínculos com um dos genitores.

-**Físico:** agressões físicas, mas que não são exclusivamente aquelas graves, lesões simples também.

-**Sexual:** da mesma forma que no adulto, a violência sexual infantil envolve desde a expressão de desejos, obscenidades ou realização de carícias em áreas sexuais, até o ato sexual em si, praticado por uma pessoa mais velha contra uma criança ou adolescente.

E como proceder?

A suspeita diagnóstica, não é preciso esperar a confirmação, já indica a notificação ao Conselho Tutelar.

Além disso, é importante lembrar também: trata-se de uma doença de notificação compulsória para a vigilância epidemiológica.

Por fim, internar a criança é uma conduta importante e interessante do ponto de vista de proteção dela contra seus agressores. Nunca se deve dispensar uma criança com suspeita de maus tratos.

Portanto, alternativa correta C: Temos que notificar ao conselho tutelar.

Questão | 2023 | 4000183496

Pernambuco foi o primeiro Estado brasileiro a desenvolver um programa específico para enfrentamento de doenças transmissíveis negligenciadas com o Programa Sanar, instituído pelo Decreto nº 39.497, de 11 de junho de 2013. Esse programa tem como objetivo reduzir ou eliminar enquanto problema de saúde pública as seguintes doenças transmissíveis negligenciadas:

I. Doença de Chagas

II. Esquistossomose

III. Helmintíase

IV. Filariose linfática

V. Hanseníase

Assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Todos os itens estão corretos.
- B)** Existem, apenas, quatro itens corretos.
- C)** Existem, apenas, três itens corretos.
- D)** Existem, apenas, dois itens corretos.
- E)** Existe, apenas, um item correto.

Solução

Gabarito: A) Todos os itens estão corretos.

GABARITO: ALTERNATIVA A.

Estrategista,

Para responder essa questão, era necessário conhecer o **Programa Sanar**, que foi instituído pelo Decreto nº 39.497, de 11 de junho de 2013, que foi uma normativa publicada especificamente para o estado de Pernambuco. Vejo o que diz um trecho da normativa:

"Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Estado de Pernambuco, o Programa SANAR, para enfrentamento às doenças negligenciadas, assim definidas pela Organização Mundial da Saúde – OMS e que tenham importância epidemiológica estadual, tendo como objetivos reduzir o número de casos e eliminar a transmissão.

Art. 2º Para fins de definição, no Estado de Pernambuco, das doenças negligenciadas enfrentadas pelo Programa SANAR, deve a autoridade sanitária verificar a existência de:

I - intervenções eficientes;

II - estratégia de tratamento em massa ou por quimioterápicos;

III - programas mundiais de eliminação e controle, com protocolos estabelecidos e testados em várias partes do mundo; e

IV - protocolo nacional, com vigilância epidemiológica implantada.

Parágrafo único. Observados os critérios estabelecidos neste decreto, ficam selecionadas como prioritárias, para intervenção do Programa SANAR em Pernambuco, as seguintes doenças:

I - geo-helmintíases;

II - esquistossomose;

III - filariose;

IV - doença de Chagas;

V - hanseníase;

VI - tuberculose; e

VII - tracoma".

Veja que o examinador deseja que o candidato aponte quais doenças citadas no enunciado estão, de fato, na normativa. Vamos analisar as assertivas:

I. Doença de Chagas - correta, corresponde ao item IV do decreto.

II. Esquistossomose - correta, corresponde ao item II do decreto.

III. Helmintíase - correta, corresponde ao item I do decreto.

IV. Filariose linfática - correta, corresponde ao item III do decreto.

V. Hanseníase - correta, corresponde ao item V do decreto.

Portanto, todos os itens estão corretos.

A letra A está correta. Correta a alternativa A, sem ressalvas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B porque todos os itens estão corretos, conforme vimos acima.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C porque todos os itens estão corretos, conforme vimos acima.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D porque todos os itens estão corretos, conforme vimos acima.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E porque todos os itens estão corretos, conforme vimos acima.

Questão | 2023 | 4000183497

O Ministério da Saúde instituiu pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Assinale a alternativa que corresponde ao objetivo geral dessa política.

- Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às
- A)** pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades
- B)** Contribuir para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança
- C)** Garantir os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação, decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.
- D)** Incluir a diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território.

E) Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Solução

Gabarito: E) Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

GABARITO: ALTERNATIVA E.

Referência bibliográfica:

(1) Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.

Estrategista,

Não tem jeito. Esse é o tipo de questão em que você precisa ler a política de saúde e memorizar os aspectos principais. Caso contrário, não conseguirá encontrar o gabarito de forma adequada.

Pois bem! Ao consultarmos a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, verificamos que ela traz a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Ao termos a normativa, encontramos o seguinte objetivo geral:

"Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo".

Além disso, a portaria também traz os objetivos específicos e as diretrizes. Sim, eu sei que são objetivos grandes, mas uma dica para memorizá-los é tentar compreender a essência deles. Lembre-se de que a população LGBT sofre muita discriminação e marginalização, o que faz com essa população tenha dificuldade no acesso aos serviços de saúde, principalmente por medo de discriminação. Isso faz com que eles deixem de realizar rastreamentos importantes. Além disso, eles estão mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e uso de substâncias

ilícitas. Por isso, observe que os objetivos tentam combater justamente esses problemas:

"Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT".

Por fim, dê uma olhada nas diretrizes, pois elas também foram citadas nos comentários dessa questão:

"Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social".

Ufa! Sabendo esse três tópicos (objetivo geral, objetivos específicos e diretrizes), provavelmente você acertará qualquer questão sobre o tema. Voltando para a questão, vamos analisar as alternativas. O examinador deseja aquela que corresponde ao objetivo geral da política:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A porque, como vimos acima, esse é um objetivo específico da política.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. Segundo a portaria, esse é uma das diretrizes da política:

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

(...)

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança".

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Segundo a portaria, esse é uma das diretrizes da política:

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

I -respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença".

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Segundo a portaria, essa é uma das diretrizes da política:

"Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

(...)

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território".

A letra E está correta. Correta a alternativa E, sem ressalvas.

Questão | 2023 | 4000183498

Quarenta e oito por cento dos adultos relataram ter tido episódio de cefaleia que durou pelo menos 1 dia nos últimos 3 meses. Qual dos seguintes fatores melhor descreve essa taxa?

- A) Incidência-densidade**
- B) Incidência cumulativa**
- C) Prevalência-ponto**

D) Prevalência-período

E) Taxa de complicações

Solução

Gabarito: D) Prevalência-período

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Estrategista,

A SES PE tem predileção por questões que envolvem as medidas de saúde coletiva, especialmente questões que verificam se o candidato sabe a diferença entre prevalência e incidência. Por isso, vamos relembrar rapidamente a diferença entre essas duas medidas:

A incidência nada mais é do que o número de casos novos de uma doença (ou agravos) que surgem em uma determinada localidade. Para a sua aferição, necessariamente temos que considerar um determinado intervalo de tempo e avaliar a população no início desse intervalo e ao final. Isso porque a população não pode ter a doença no início do período. Em outras palavras, temos que tomar como base a população saudável ou em risco de adoecimento. Caso existam indivíduos doentes no 1º dia do intervalo de tempo, será preciso "retirá-los".

Por exemplo, suponha que o objetivo seja contabilizar a incidência de hanseníase no mês de janeiro. No dia 1º de janeiro, provavelmente já existirão alguns casos que tiveram início em meses anteriores. Portanto, esses casos devem ser retirados da população, a fim de que permaneçam apenas os saudáveis. Se a população tem 1.000 indivíduos mas, em 01/01/23, 100 já tinham hanseníase, então a população base deverá ser $1.000 - 100 = 900$. Ao final do período, avaliaremos a população novamente, verificando quantos casos novos surgiram. Essa será a incidência.

De forma geral, a incidência é contabilizada em números absolutos, mas ao dividirmos esse número pela população que estava em risco, teremos o coeficiente de incidência:

- Coeficiente ou taxa de incidência = $(Nº\ de\ casos\ novos\ da\ doença/\ população\ em\ risco\ de\ adoecimento\ no\ início\ do\ intervalo\ de\ tempo) \times 10^n$

Em contrapartida, a prevalência é o número total de casos da doença na localidade. Nessa medida, contabilizamos os casos novos e os casos antigos (como dito, é o número total, e não apenas os casos novos). A prevalência pode ser aferida em um dado momento (prevalência pontual) ou em um intervalo de tempo (nesse último caso, será chamado de prevalência de período e será um acumulado de casos).

Por exemplo, digamos que o objetivo seja contabilizar todos os casos de hanseníase no mês de janeiro de 2023. Portanto, no dia 1º de janeiro, contabilizaremos os casos que já

existem MAIS aqueles novos que surgirem ao longo do mês (ou seja, **MAIS** a incidência). Além disso, ao dividirmos a prevalência pela população total, teremos o coeficiente de prevalência:

- Coeficiente ou taxa de prevalência = (N° total de casos da doença/ população total) x 10^n

Bom, voltando para a questão, veja o que enunciado fala: "quarenta e oito por cento dos adultos relataram ter tido episódio de cefaleia que durou pelo menos 1 dia nos últimos 3 meses. Qual dos seguintes fatores melhor descreve essa taxa?".

Ora, esses casos são novos? Ou será que essas pessoas já tinham cefaleia antes? Veja que nada é dito sobre a população ser inicialmente saudável e esses serem os primeiros casos de cefaleia. Ou seja, provavelmente esses indivíduos já tiveram dor de cabeça antes. Portanto, essa medida não pode ser a incidência, já que não temos informações sobre o "antes" e o "depois". O que sabemos é que 48% da população avaliada reportou 1 episódio de cefaleia nos últimos 3 meses. Portanto, trata-se da prevalência.

-- Mas essa prevalência é a pontual ou a "de período"?

Opa, vamos lá: essa prevalência (ou esse acumulado de casos) foi contabilizado nos últimos 3 meses. Portanto, trata-se de prevalência de período.

Vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. Como vimos, o indicador citado pelo enunciado é a prevalência de período. Porém, aqui cabe uma explicação sobre a diferença entre incidência-densidade (ou densidade de incidência) e incidência acumulada.

1. Ambos são indicadores que aferem a incidência do evento. No entanto, a principal diferença está no tipo de população estudada.
2. Por exemplo, a incidência acumulada deve ser utilizada para populações estáticas ou fechadas, que são aquelas cujos indivíduos não se modificam ao longo do tempo. Nesse caso, é possível acompanhar tais indivíduos até o final do intervalo de tempo para sabermos em quem o desfecho ocorreu. Por isso, a incidência acumulada permite o cálculo do risco médio ou da probabilidade do evento.
3. Em contrapartida, a densidade de incidência deve ser utilizada para populações dinâmicas, que são aquelas que modificam o número de indivíduos ao longo do tempo. Nesse caso, como os indivíduos não permanecem na população até o final do intervalo, não é possível calcularmos a probabilidade do desfecho. A alternativa, então, é quantificarmos o número de eventos na unidade do tempo (ou seja, a alternativa é calcularmos uma espécie de velocidade com que o evento ocorre, isto é, uma taxa ao invés de uma probabilidade). Porém, precisamos padronizar essa velocidade pelo tamanho populacional e é por isso que a

densidade de incidência costuma ser expressa em "pessoas-tempo" (por exemplo, pessoas-dia, pessoas-ano, homens-hora, e assim por diante).

Portanto, para saber se o examinador está falando sobre a densidade de incidência ou incidência acumulada, veja o tipo de população ou se ele menciona "pessoa-tempo".

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B pelos motivos explicados em "A".

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Trata-se de prevalência, mas a de período, já que o enunciado citou o período de 3 meses.

A letra D está correta. Correta a alternativa D, sem ressalvas.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. Seria taxa de complicações se o examinador citasse o percentual de casos de cefaleia que poderiam ser enquadrados como cefaleia complicada, que geralmente são aqueles que evoluem com déficit neurológico persistente.

Questão | 2023 | 4000183499

Na Atenção Domiciliar, podemos utilizar ferramentas específicas que promovem a aproximação entre os profissionais de saúde e as famílias, sendo utilizadas de acordo com as necessidades vivenciadas. Podemos considerar como ferramenta(s) específica(s) da abordagem familiar:

I. Método Clínico Centrado na Pessoa

II. Olhar sistêmico

III. Ciclo de vida familiar

IV. Genograma

V. Ecomapa

Assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Todos os itens estão corretos.
- B)** Existem, apenas, quatro itens corretos.
- C)** Existem, apenas, três itens corretos.
- D)** Existem, apenas, dois itens corretos.
- E)** Existe, apenas, um item correto.

Solução

Gabarito: B) Existem, apenas, quatro itens corretos.

GABARITO: ALTERNATIVA B.

Estrategista,

Essa questão da SES PE foi elaborada tendo como base o documento "Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 2" do Ministério da Saúde, cuja descrição e link estão no cabeçalho desse comentário.

Veja que o examinador deseja que você aponte quais das ferramentas descritas são específicas para a abordagem familiar. Pois bem. De acordo com o documento supracitado, o olhar sistêmico, os tipos de família, o ciclo vital, a estrutura familiar, o genograma e o ecomapa, são ferramentas de abordagem família, além do APGAR, FIRO e Practice.

-- *Ué, Bárbara, olhar sistêmico é ferramenta específica?*

Sim! Existe um trecho do caderno de atenção domiciliar que fala justamente sobre isso:

"(...) algumas ferramentas específicas para abordar familiares. São elas: o olhar sistêmico, os tipos de famílias, a estrutura familiar, a dinâmica familiar e a conferência familiar, somadas a ferramentas específicas, básicas para a realização de uma adequada abordagem familiar na AD de acordo com as necessidades".

Por isso, observe que, de todas as ferramentas descritas na questão, apenas o método clínico centrado na pessoa não é ferramenta de abordagem familiar, mas de abordagem individual. **Portanto, temos 4 itens corretos.**

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, conforme descrito acima.

A letra B está correta. Correta a alternativa B, sem ressalvas.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C, conforme descrito acima.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D, conforme descrito acima.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, conforme descrito acima.

4.2 SES-PE - 2024

Questão | | 2024 | 4000212161

Recentemente, os casos de esporotricose têm crescido em níveis epidêmicos no Brasil. O número de casos vem aumentando progressivamente ao longo da última década. Sobre a esporotricose humana, analise os itens abaixo:

- I. Esporotricose cutânea é a forma clínica mais frequente.
- II. Tem como agente etiológico o fungo do gênero *Sporothrix*.
- III. Na América do Sul, é apontada como a micose subcutânea de maior prevalência.
- IV. Está inclusa na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Todos os itens estão corretos.
- B) Existem, apenas, três itens corretos.
- C) Existem, apenas, dois itens corretos.
- D) Existe, apenas, um item correto.
- E) Nenhum item está correto.

Solução

Gabarito: C) Existem, apenas, dois itens corretos.

GABARITO: ALTERNATIVA C

A esporotricose é uma infecção fúngica, subaguda ou crônica, cujo agente etiológico são fungos do gênero *Sporothrix*. Geralmente é uma doença localizada no subcutâneo resultante da implantação do fungo no ser humano por traumatismo. Pode ser adquirida por pequenos traumas em roseiras contaminadas ou através de arranhadura de gatos (esta última mais frequente no Brasil). A espécie mais associada com esporotricose adquirida através das plantas é o *Sporothrix schenckii* e através dos gatos o *Sporothrix brasiliensis*.

As formas clínicas mais comuns da esporotricose são:

Forma cutâneo-linfática - Esta é a forma clássica correspondendo a 80% dos casos. Dias ou semanas após a inoculação do fungo, surge uma pápula ou nódulo que pode ulcerar. Lesões semelhantes passam a surgir ao longo do trajeto dos vasos linfáticos (foto ao lado). Pode haver saída de secreção purulenta e o paciente pode se queixar de dor local, porém sintomas sistêmicos não costumam estar presentes.

Forma cutâneo-localizada (fixa) - É marcada pela presença de uma lesão úlcerovegetante isolada no ponto de inoculação do fungo (foto ao lado). Ocorre em pessoas com boa imunidade celular e é mais comum na face de crianças e nos membros de adultos.

O padrão-ouro para confirmação diagnóstica de esporotricose é a cultura no meio de ágar-Sabourad. No histopatológico não é fácil a visualização do fungo. O que geralmente visualizamos é uma dermatite granulomatosa e supurativa. O tratamento de escolha para a maior parte dos casos é o itraconazol na dose de 100 a 200mg/dia. Outras opções terapêuticas são a terbinafina e o iodeto de potássio.

Vamos analisar as assertivas agora.

I – Incorreta. Veja bem, esporotricose cutânea é um termo pouco preciso. Qual forma cutânea? Cutâneo-fixa? Cutâneo-linfática? Cutânea disseminada? Considero que essa assertiva está mal escrita, pois o examinador não discriminou o tipo, portanto, cabe recurso.

II – Correta. Como vimos, essa assertiva está correta.

III – Correta. É, de fato, a micose subcutânea de maior prevalência, principalmente após os surtos de transmissão de gatos.

IV – Incorreta. Não é uma doença de notificação compulsória.

Questão | | 2024 | 4000212164

O código de ética médica, em seu artigo 1º, versa que é vedado ao médico: causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. O referido artigo abrange o seguinte princípio bioético:

- A) Beneficência
- B) Não-maleficência
- C) Autonomia
- D) Justiça
- E) Paternalismo

Solução

Gabarito: B) Não-maleficência

GABARITO: ALTERNATIVA B

Referência Bibliográfica

**1. Roqué-Sánchez M. V.; e Macpherson I. Análise da ética de princípios, 40 anos depois. Rev. Bioét. vol.26 no.2 Brasília Abr./Jun. 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/VdV3ByFcxmgyhjxZLpv3wt/?format=pdf&lang=pt>.**

Estrategistas, os **princípios bioéticos** são elementos fundamentais da prática diária do médico, não se restringindo ao contexto da pesquisa clínica. Propostos originalmente com esse fim no chamado Relatório Belmont, foram posteriormente aprimorados e difundidos no contexto da medicina do dia a dia por Beauchamps e Childress, no que ficou conhecido como **modelo bioético principalista**.

Assim, quatro princípios básicos foram consagrados: a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência, todos eles possuidores da mesma importância e sendo considerados fundamentais para calcar uma prática médica ética e responsável.

A **autonomia** é um princípio que pressupõe que todos os indivíduos têm liberdade para decidir sobre suas vidas, estando aqui incluídas as decisões acerca de sua saúde. Assim, podemos inferir que a autonomia está diretamente ligada à capacidade de autodeterminação de um indivíduo, gerenciando suas escolhas de acordo com sua própria vontade, que deverá ser respeitada pelos profissionais médicos.

Outro princípio bioético é o da **justiça**, que preconiza a divisão justa e equitativa dos recursos necessários para a execução dos cuidados em saúde. Em linhas gerais, a grande frase que determina a essência desse princípio é “dar aquilo que cada um realmente necessita”. Nesse sentido, fica evidente que o princípio da equidade está aqui embutido, já que ao oferecermos a cada um aquilo que lhe é devido, estamos reconhecendo que as pessoas são diferentes e, portanto, apresentam necessidades diferentes.

O terceiro princípio é o da **beneficência**, que determina que os profissionais médicos têm por missão base buscar sempre fazer o bem aos seus pacientes. Essa é uma obrigação moral a ser seguida, já que um dos bens mais preciosos do ser humano é confiado a essa classe profissional: a saúde.

Por último, temos o princípio da **não maleficência**, que advoga que qualquer ato médico deve ter como princípio básico não causar danos ao paciente, ou seja, antes de tudo não devemos trazer prejuízos para aqueles sob nossos cuidados.

Em resumo, podemos assim determinar os quatro princípios bioéticos de forma esquemática:



Figura: Princípios de Bioética segundo Beauchamps e Childress. Fonte: Estratégia MED.

Com esses conceitos em mente e observando o enunciado da questão, percebemos que o examinador fala em uma "vedação" ou "proibição" imposta pelo Código de Ética Médica (CEM) ao profissional médico em "causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência".

Ora, se estamos falando em não lesar os pacientes, estamos claramente defendendo o princípio da **NÃO MALEFICÊNCIA!**

Portanto, fica evidente que o gabarito dessa questão residirá na **alternativa B**.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Pois o enfoque da questão está em trabalhar o "não dano" ao paciente, e não a ação benéfica em si, ou seja, a beneficência.

A letra B está correta. **CORRETA:** Como discutido no comentário introdutório da questão.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Já que não foi trabalhada a autonomia decisória do paciente no contexto da questão.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Assim como a autonomia, não encontramos indícios da aplicação do princípio bioético da justiça.

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** Pois o paternalismo não faz parte dos princípios elementares da bioética propostos por Beauchamps e Childress.

Questão | | 2024 | 4000212167

Um pesquisador realizou um estudo com 300 pacientes avaliados para Doença de Chagas aguda (DCA). O diagnóstico final foi feito de acordo com os achados do Exame Parasitológico Direto (padrão-ouro). 120 pacientes tinham DCA, e 50 deles também tinham hepatomegalia. 180 não tinham DCA, e 60 desses pacientes tinham febre prolongada. Analisando esse estudo, qual a frequência da DCA?

- A) 16%
- B) 36%
- C) 40%
- D) 60%
- E) Nenhuma das alternativas.

Solução

Gabarito: C) 40%

GABARITO: ALTERNATIVA C

Estrategistas, questão bem direta solicitando o cálculo da prevalência de Doença de Chagas aguda (DCA) na população em estudo!

Isso mesmo!

Quando a banca aponta a palavra "frequência" ela nada mais quer que você calcule, dentre todos os indivíduos avaliados, o percentual de casos da doença observada, o que será dado em termos percentuais, já que estaremos calculando a proporção de prevalência.

A fórmula de cálculo da proporção de prevalência é a seguinte:

Proporção de prevalência = total de casos prevalentes de uma determinada doença ou agravo x 100 / população total avaliada.

Perceba que o total de indivíduos avaliados foi de 300. Logo, o denominador da nossa fórmula de cálculo já está estabelecido.

Veja:

Proporção de prevalência de casos de Doença de Chagas Aguda = total de casos prevalentes de Doença de Chagas Aguda x 100 / população total avaliada (300).

Agora nos resta encontrar o numerador...

Mas a banca também nos forneceu essa informação.

Observe que o examinador aponta que, dos 300 indivíduos avaliados, 120 apresentaram confirmação da Doença de Chagas Aguda pelo exame padrão-ouro, que o parasitológico de fezes.

Portanto, temos confirmados 120 casos da doença.

Agora basta completar a fórmula e chegar ao valor da proporção de prevalência!

Proporção de prevalência de casos de Doença de Chagas Aguda = total de casos prevalentes de Doença de Chagas Aguda (120) x 100 / população total avaliada (300).

Proporção de prevalência de casos de Doença de Chagas Aguda = $120 \times 100 / 300 = 40\%$.

Assim, feitos os cálculos, temos a clara evidência que o gabarito residirá na alternativa **C**.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

A letra C está correta. **CORRETA:** Sem ressalvas.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

Questão | | 2024 | 4000212168

Promoção da saúde é o conjunto de políticas, planos e programas de saúde pública com ações individuais e coletivas, voltadas para evitar que as pessoas se exponham a situações que podem causar doenças. Nesse sentido, Leavell & Clark propuseram o modelo da história natural da doença. Sobre esse modelo, analise os itens abaixo:

I É composto por quatro níveis de prevenção: primária, secundária, terciária e quaternária.

II. Prevenção primária envolve ações de promoção à saúde, diagnóstico e tratamento precoce.

III. Prevenção secundária abrange as ações de reabilitação.

IV. Prevenção quaternária identifica pacientes em risco de hipermedicalização, para protegê-los de novas intervenções médicas e sugerir-lhes tratamentos eticamente aceitáveis.

Assinale a alternativa CORRETA de acordo com o modelo.

A) Todos os itens estão corretos.

B) Existem, apenas, três itens corretos.

- C) Existem, apenas, dois itens corretos.
- D) Existe, apenas, um item correto.
- E) Nenhum item está correto.

Solução

Gabarito: E) Nenhum item está correto.

GABARITO: ALTERNATIVA E

Estrategistas, questão traiçoeira da banca do SES-PE versando sobre níveis de prevenção em saúde.

Para acertar essa questão, você deveria atentar-se EXCLUSIVAMENTE aos conceitos oriundos do modelo de Leavell & Clark.

Em linhas gerais, os níveis de prevenção em saúde nos apontam como podemos intervir na história natural das doenças visando impedir, basicamente, sua instalação e progressão.

O primeiro passo para entendê-los é conhecer o clássico modelo de Leavell & Clark, que introduziu esse conceito, e foi exatamente o modelo que a banca queria que os candidatos se recordassem.

No século passado, esses dois estudiosos propuseram que, basicamente, poderíamos dividir a história natural das doenças em dois grandes períodos: o período pré-patogênico e o período patogênico.

No período pré-patogênico, não existe condição patológica instalada, ou seja, não há doença. Apesar disso, já existem as interações entre os fatores intrínsecos (do indivíduo - como sua genética e hábitos de vida, e extrínsecos (do ambiente) - como o local de habitação, as condições de saneamento e etc, que passam a se relacionar e a predispor aquele indivíduo ao adoecimento. A forma como esses fatores interagem será determinante para a evolução ou não de um processo patológico naquele organismo.

Por outro lado, no período patogênico, já existem as alterações estruturais e funcionais oriundas de uma patologia no organismo do indivíduo. Em outras palavras, já temos doença instalada. A grande questão é que toda doença evolui em fases, que podem ser divididas em: pré-clínica, clínica precoce, doença avançada e desfecho.

No período pré-clínico, a doença não se manifesta e, se não buscarmos ativamente pela condição, nunca iremos descobrir sua existência. Nos períodos clínico precoce e doença avançada, temos a progressão da afecção, do quadro inicial ao terminal. No desfecho, temos uma espécie de “finalização” do processo, onde pode haver cura completa, cura parcial (com sequelas e limitações) ou morte.

A figura abaixo esquematiza a história natural das doenças e agravos no homem:

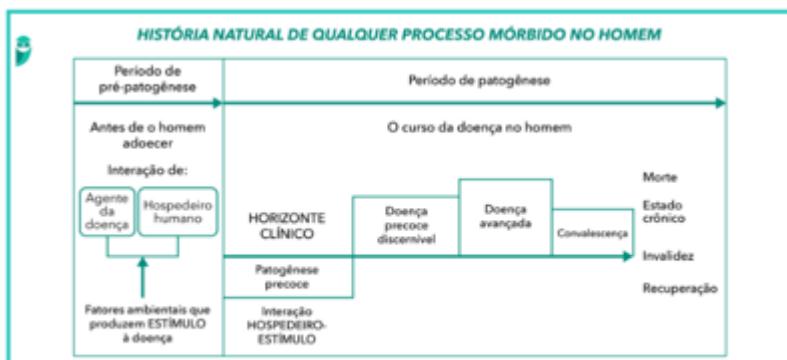


Figura: A história natural das doenças baseada no modelo de Leavell & Clark. Fonte: Estratégia MED.

A partir daí, entendendo como a história natural de uma doença “funciona”, podemos propor formas de alterar o seu curso, ou seja, os níveis de prevenção.

De acordo com Leavell & Clark, **três níveis de prevenção** poderiam ser estabelecidos:

1) Prevenção primária: atua no período pré-patogênico, visando trabalhar sobre os fatores que “pesam” a balança em direção ao adoecimento. Assim, esse nível de prevenção foca em impedir que a doença se instale. Pode ser subdividida em: promoção à saúde - conjunto de medidas gerais que objetivam manter o estado saudável, já que incidem sobre os fatores de risco de diversos processos patológicos, como por exemplo: prática de exercícios físicos e alimentação saudável; e proteção específica - atuação direcionada à um determinado fator de risco, combatendo-o diretamente, como por exemplo: programa de vacinação contra uma afecção como o sarampo.

2) Prevenção secundária: atua no período patogênico, ou seja, já houve instalação da condição patológica. Aqui, iremos basicamente atuar na fase pré-clínica, onde os indivíduos são assintomáticos, e isso é feito através dos rastreios ou screenings, que são programas que se utilizam de testes sensíveis para detectar precocemente uma condição e iniciar prontamente as medidas para seu controle, e nas fases clinicamente manifestas, onde empreendemos os tratamentos e intervenções visando impedir a progressão da doença e desfechos negativos, como morte ou sequelas.

3) Prevenção terciária: atingido o desfecho no período patogênico, caso o indivíduo não morra ou não se cure por completo, estaremos diante de limitações variadas oriundas do processo patológico, ou seja, as sequelas. É aqui que a prevenção terciária atua, buscando o tratamento dessas limitações e a reabilitação do acometido.

Em face desses conceitos, vamos às assertivas.

I. É composto por quatro níveis de prevenção: primária, secundária, terciária e quaternária - INCORRETA: Como vimos, o modelo de Leavell & Clark conta apenas com **TRÊS**

NÍVEIS de prevenção em saúde, não estando nele incluída a prevenção quaternária, que foi proposta anos depois pelo médico belga Marc Jamoulle.

II. Prevenção primária envolve ações de promoção à saúde, diagnóstico e tratamento precoce - INCORRETA: A prevenção primária atua única e exclusivamente no período pré-patogênico, não fazendo parte de seu escopo de ações o diagnóstico e tratamento precoce de doenças. Isso pertence ao escopo da prevenção secundária.

III. Prevenção secundária abrange as ações de reabilitação - INCORRETA: A reabilitação faz parte da prevenção terciária, aplicada no desenlace da doença, onde iremos reabilitar os indivíduos sequelados.

IV. Prevenção quaternária identifica pacientes em risco de hipermedicalização, para protegê-los de novas intervenções médicas e sugerir-lhes tratamentos eticamente aceitáveis - INCORRETA: Muita atenção aqui Estrategistas! A banca aponta nessa assertiva, um conceito correto acerca da prevenção quaternária, que pode ser assim definida:

"a ação de identificar pacientes em risco de sobremedicalização, para protegê-los de novas invasões médicas e sugerir-lhes intervenções eticamente aceitáveis".

Apesar disso, lembre-se que estamos falando do modelo de Leavell & Clark, que **NÃO INCLUI A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA** em seu escopo. Logo, é por esse motivo que essa assertiva mostra-se incorreta!

Assim, fica evidente que todos os itens apontados pela banca estão incorretos....

Portanto, será a alternativa E aquela que responde adequadamente essa questão!
A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Pois todos os itens estão **INCORRETOS**.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** Pois dos quatro itens apontados, os quatro mostram-se inadequados.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Pois não há assertiva correta.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Vide o que foi apontado no texto do comentário da alternativa C.

A letra E está correta. **CORRETA:** Conforme discutido no comentário introdutório da questão.

Questão | | 2024 | 4000212169

O processo de institucionalização da medicina no Brasil, foi iniciado com a chegada da Família Real. Ao longo do período colonial, a prática da medicina ficava a cargo da

assistência prestada nas enfermarias jesuíticas, nos hospitais da Misericórdia e hospitais militares, que, na maioria das vezes, eram a única fonte de assistência médica, tendo a primeira escola de medicina no Brasil sido fundada somente em 18 de fevereiro de 1808, localizada

- A) no Rio de Janeiro.
- B) em Pernambuco.
- C) em Minas Gerais.
- D) em São Paulo.
- E) na Bahia.

Solução

Gabarito: E) na Bahia.

GABARITO: ALTERNATIVA E

Referência Bibliográfica:

1. Conselho Regional de Medicina da Bahia. A primeira faculdade de medicina brasileira: experiências vividas pelos seus grandes alunos. / Nedy Maria Branco Cerqueira Neves (organizadora). Salvador: CREMEB, 2008. Qtd. p. 174. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2015/11/HistoiaFacMedicina.pdf>.

Estrategista,

Vamos aprender com esse exercício e fazer uma pequena viagem na história.

Em 1808, tão logo havia chegado no Brasil, Dom João VI e a corte recém transferida para o solo brasileiro se instalaram na atual capital baiana de Salvador. Entendendo a necessidade de iniciar o fomento e formação de profissionais médicos na nova sede da corte, foi criada o que seria a primeira escola médica brasileira nesse local.

Originalmente, essa instituição foi instalada sob o nome de Escola de Cirurgia da Bahia, ocupando o terreno pertencente a um antigo colégio jesuítico. Em 1815, passou a se chamar Academia Médico-Cirúrgica da Bahia e, em 1832, por legislação da Regência do Império do Brasil, recebeu finalmente o nome de Faculdade de Medicina da Bahia, que desde 1946 foi incorporada à Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Portanto, em face do histórico apresentado, fica evidente que a primeira escola médica brasileira foi criada e instalada no **ESTADO DA BAHIA**.

Logo, assinalaremos com tranquilidade a alternativa E como gabarito da questão.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** A primeira faculdade de medicina do estado do Rio de Janeiro foi criada meses depois da escola instalada na Bahia. A faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro originalmente chamava-se Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia e foi criada pelo príncipe regente Dom João, através de uma Carta Régia.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** Já que a primeira escola de medicina pernambucana foi criada apenas no século XX, em 1925, especificamente.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Já no século XX, foi fundada a primeira escola de Medicina do estado de Minas Gerais: a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** A primeira faculdade de medicina do estado de São Paulo foi criada em 1910 e corresponde a atual Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

A letra E está correta. **CORRETA:** Conforme discutido no comentário introdutório da questão.

Questão | 2024 | 4000212170

A autora Djamila Ribeiro, no livro *O pequeno manual antirracista*, escreve que:

“Meu irmão mais velho tocou trompete por muitos anos, fazendo inclusive parte da Sinfônica de Cubatão, na Baixada Santista. Toda vez que dizia ser músico, perguntavam se ele tocava pandeiro ou outro instrumento relacionado ao samba. Não teria problema se ele tocasse, a questão é pensar que homens negros só podem ocupar esse lugar”.

A situação apresentada pela autora é melhor conceituada devido

- A)** à injúria racial.
- B)** ao Racismo estrutural.
- C)** ao Mito da democracia racial.
- D)** ao Pacto narcísico da branquitude.
- E)** à segregação racial.

Solução

Gabarito: B) ao Racismo estrutural.

GABARITO: ALTERNATIVA B

Estrategistas, questão interessante e pouco cobrada no contexto das provas de Residência Médica.

Ela nos dá uma situação problema extraída do texto da autora Djamila Ribeiro e nos pede qual conceito chave está sendo trabalhado.

Vamos interpretar essa situação juntos.

É contado o breve trecho da história de um músico negro profissional que fazia parte de uma orquestra sinfônica. Sempre que esse homem apontava sua profissão de músico, quase que inevitavelmente lhe era questionado se o instrumento que tocava era algo relacionado ao samba.

O que isso representa Corujas?

Basicamente, atrelar um músico negro ao samba, sem questionar a possibilidade deste ser um músico clássico, nos mostra um fenômeno arraigado de preconceito em relação à população negra, limitando as capacidades e possibilidades destes.

Isso recebe o nome de RACISMO ESTRUTURAL.

De forma simplória, podemos definir esse fenômeno como o "racismo intrínseco à uma sociedade", ou seja, que faz parte de sua base e chega a ser tido como algo "natural" ou "normal" do seu funcionamento. Assim, nas sociedades onde a estrutura é racista, o racismo passa a ser desconsiderado como uma anormalidade.

Outro ponto chave de ser compreendido, é que nas sociedades estruturalmente racistas, a máquina de rege o funcionamento das relações entre os indivíduos é perpetuadora do racismo, sobretudo a partir da produção contínua de desigualdade social, que afeta predominantemente a população negra.

Portanto, a associação de uma pessoa de cor preta que trabalha com música ao samba, é uma forma de expressar o racismo arraigado no cerne da sociedade, ou seja, o RACISMO ESTRUTURAL.

Em face disso, fica evidente que assinalaremos o gabarito na alternativa B.

A letra A está incorreta. INCORRETA: A injúria racial por si pode ser definida como a ofensa direta ou indireta a uma pessoa valendo-se de elementos referentes à cor, raça, etnia, origem ou religião. Esta é tipificada como crime no Código Penal brasileiro, equiparável ao racismo, desde de 2023, quando foi promulgada a Lei nº 14.532.

Tendo isso em mente, podemos observar que na situação descrita no enunciado da questão, não temos a expressão de uma injúria racial propriamente dita, mas sim de uma concepção racista a respeito das capacidades de um músico de pele negra, o que representa o racismo estrutural da sociedade.

A letra B está correta. **CORRETA:** Conforme discutido no texto do comentário introdutório da questão!

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** A democracia racial pode ser definida como a igualdade plena entre todos os sujeitos independentemente da raça, cor ou etnia. Através dela, defende-se que todos têm igual direito à participação política e de desfrutar de igualdade de direitos sociais, econômicos e raciais, além da liberdade de expressão.

No Brasil, a democracia racial é tida como um mito, afinal, como pudemos observar no trecho apontado no texto do comentário introdutório, bem como em outras situações atuais e passadas, a sociedade brasileira é estruturalmente racista e a população negra não apresenta, de fato, todos os direitos estritamente iguais aos da população de pele branca.

Por fim, finalizadas as explicações, observamos que o trecho apontado não objetiva discutir a democracia racial, mas sim aponta o racismo estrutural da sociedade.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** O termo "Pacto Narcísico da Branquitude" foi cunhado pela autora Cida Bento em livro homônimo. Este termo aponta para o conjunto de normas e práticas estabelecidos pela população branca para manter seus privilégios e a estrutura socialmente racista que os beneficia.

Mais uma vez, deve ficar claro que este não foi o enfoque do trecho apontado no enunciado da questão.

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** A segregação racial nada mais é que a separação das pessoas tendo por base sua raça, cor ou etnia. Nas sociedades segregadas, é explícita a discriminação e isolamento de um grupo racialmente específico. Assim, os indivíduos a ele pertencentes não podem compartilhar meios de educação, transporte e outros tendo por base suas características físicas. Ao longo da história, podemos citar mais facilmente dois sistemas segregacionistas que afligiram a população negra: o Apartheid na África do Sul e o segregacionismo observado em alguns estados norte-americanos ao longo do século XIX e XX.

Para as aferições dos fenômenos clínicos epidemiológicos, são produzidos os tipos de dados.

Sobre isso, analise os itens abaixo:

- I. São exemplos de dados nominais dicotômicos: o tipo sanguíneo ABO e sexo.
- II. Os graus de força muscular de 0 até 5 são exemplos clínicos de dados ordinais.
- III. Existem 2 tipos de dados intervalares: os dados contínuos e os dados discretos.
- IV. Como exemplos de dados contínuos, temos o peso e a pressão arterial.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Todos os itens estão corretos.
- B) Existem, apenas, três itens corretos.
- C) Existe, apenas, um item correto.
- D) Existem, apenas, dois itens corretos.
- E) Nenhum item correto.

Solução

Gabarito: B) Existem, apenas, três itens corretos.

GABARITO: ALTERNATIVA B

Estrategistas, questão que aparece com muita frequência na prova do SES-PE!

Logo, se você postula uma vaga nesse processo seletivo, tenha as informações que iremos explicar abaixo em mente.

Vamos então à discussão sobre a natureza das variáveis!!!

De forma geral, uma variável pode ser classificada em duas naturezas fundamentais: **quantitativa e qualitativa**.

1) VARIÁVEIS QUANTITATIVAS (NUMÉRICAS): representam aquelas variáveis que podem ser quantificadas por meio de números. Dentro do grupo das variáveis quantitativas temos uma subdivisão em variáveis quantitativas discretas e contínuas. As primeiras não permitem na sua mensuração, casas decimais, ou seja, permitem apenas números inteiros (ex: número de filhos (1, 2, 3, 4), pessoas em uma fila (10, 20, 30) etc). As últimas, por sua vez, irão admitir valores decimais, ou seja, "com vírgula",

permitindo que seja elaborado um intervalo de valores (ex: pressão arterial sistólica (121,5, 122,3, 123,6), peso corpóreo (70,2, 87,5, 101,5).

2) VARIÁVEIS QUALITATIVAS (CATEGÓRICAS): essas variáveis devem ser pensadas como "adjetivos", não podendo a elas ser atribuídos valores numéricos (ex: sexo, cor dos olhos). Elas podem ser divididas em nominais, que nomeiam uma característica (ex: grupos sanguíneos), ou ordinais, que permitem categorizar as variáveis, ordenando-as entre si ou hierarquizando-as (ex: graus de uma queimadura, estádios de um câncer).

Além dessa classificação quanto à natureza, um outro critério acerca das variáveis deve ser devidamente conhecido, em especial quando falamos das variáveis qualitativas ou categóricas. Esse critério refere-se ao número de classes apresentado pela variável. Quando ela possuir apenas duas classes, ela será dita dicotômica. Caso apresente três ou mais classes, será dita não dicotômica.

Por fim, para que você não se esqueça das informações acima descritas, observe a figura abaixo:

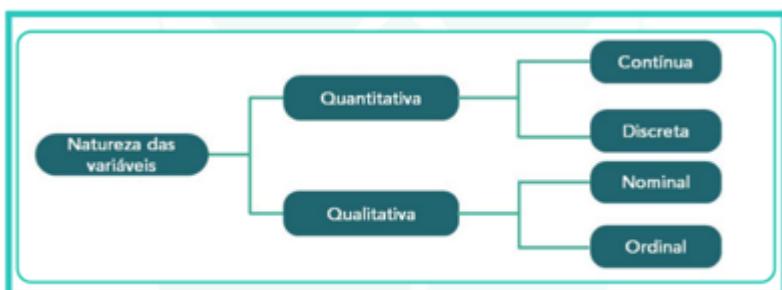


Figura: Classificação das variáveis de um estudo quanto a sua natureza. Fonte: Estratégia MED.

Feita essa revisão, vamos às assertivas!

I. São exemplos de dados nominais dicotômicos: o tipo sanguíneo ABO e sexo - INCORRETA: Apesar dos tipos sanguíneos serem, de fato, variáveis categóricas nominais, percebam que temos mais de duas categorias, o que tornam esses dados do tipo **POLIOTÔMICOS**.

II. Os graus de força muscular de 0 até 5 são exemplos clínicos de dados ordinais - CORRETA: Quando fazemos uma graduação, hierarquizando os elementos, estamos exatamente produzindo uma ordem. Para a variável força muscular, que é o tipo qualitativa, ao propormos uma ordenação dos graus de força, estamos modelando essa variável categórica para o subtipo ordinal.

III. Existem 2 tipos de dados intervalares: os dados contínuos e os dados discretos - CORRETA: Os dados intervalares são exatamente aqueles que podem ser dispostos em um intervalo de valores, geralmente quantificados numericamente. Assim, como vimos acima, dentro das variáveis quantitativas, temos dois grandes subtipos: os dados contínuos e os dados descontínuos ou discretos.

IV. Como exemplos de dados contínuos, temos o peso e a pressão arterial - CORRETA:
Tanto o peso quanto a pressão arterial são variáveis numéricas e que podem assumir valores não inteiros, fracionários ou contínuos. Portanto, ambas representam variáveis numéricas contínuas.

Portanto, ao final dessa avaliação, percebemos que temos 3 assertivas corretas em relação ao total.

Logo, o gabarito residirá, de fato, na **alternativa B**.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Pois existe um item ou assertiva incorreta.

A letra B está correta. **CORRETA:** Conforme discutido no texto do comentário introdutório.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Na verdade, temos apenas um item **INCORRETO**.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Pois existe apenas um item incorreto.

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** Pois existem três itens corretos.

Questão | | 2024 | 4000212172

A OMS trouxe uma definição de saúde em 1948, e essa definição foi uma primeira tentativa de superação da perspectiva de saúde apenas como conhecimento científico aplicado. A partir dessa conceituação, foi elaborado um documento, em 1974, cujo marco é o questionamento da política pública de saúde canadense de investir seus recursos prioritariamente em serviços assistenciais aos agravos de saúde, desconhecendo os fatores sociais que causam esses agravos. Assinale a alternativa que corresponde a esse documento.

- A)** Carta de Ottawa.
- B)** Declaração de Sundsvall.
- C)** Declaração de Adelaide.
- D)** Declaração de Alma-Ata.
- E)** Relatório Lalonde.

Solução

Gabarito: **E)** Relatório Lalonde.

GABARITO: ALTERNATIVA E.

Estrategista,

Para entender essa questão, tente responder a seguinte pergunta: **por que ficamos doentes?**

Provavelmente você pensou em diversas explicações: "Ah, porque não nos alimentamos direito no dia a dia, comendo muitas besteiras...", "porque vivemos estressados e aumentamos o nosso nível de cortisol", "porque isso tudo faz com que o nosso sistema imunológico acabe falhando..."...

A nossa tendência natural é pensar em causas ou explicações biológicas. Mas a bem da verdade, muitos adoecem porque não vivem em condições sociais ou econômicas adequadas. Em outras palavras, muitos de nós adoecemos porque não temos trabalho, moradia adequada, saneamento básico, escolaridade, e assim por diante... A isso, chamamos de "**determinantes sociais de saúde**".

- *Mas Bárbara, como é possível alguém adoecer só porque não tem escolaridade adequada? Então uma pessoa que só estudou até o ensino fundamental, por exemplo, teria maior probabilidade de adoecimento que aquela que foi até o nível superior?*

Exatamente. Isso porque a escolaridade faz parte de uma rede maior de causas. Ora, se um indivíduo não estudou adequadamente, isso significa que ele não terá uma renda adequada, por exemplo. Ainda, ele não conseguirá compreender adequadamente orientações simples de saúde e tampouco conseguirá pensar ou refletir sobre como se cuidar, se alimentar melhor... e se por algum acaso ele tomar consciência disso, talvez não consiga ter os recursos necessários, ou até mesmo acessar o sistema de saúde. Não é à toa que diferentes estudos mostram que a mortalidade infantil é maior em grupos onde a escolaridade da mãe é menor.

E é por isso também que, para levarmos saúde para a população, precisamos ir além dos protocolos clínicos e elaborar também políticas socioeconômicas, justamente para que a população tenha os serviços básicos e não estejam mais vulneráveis, podendo assim ter acesso à saúde.

Em 1948, a OMS publicou aquilo que seria o marco inicial da definição de saúde: "*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*". Ao considerar que a dimensão social também implica no adoecimento, a OMS deu o pontapé para que se pensasse em novas formas de levar saúde para as pessoas, dessa vez atingindo o cerne do problema, que é a vulnerabilidade que os indivíduos têm quando não tem os serviços adequados (educação, saneamento básico, emprego, entre outros...).

Nesse sentido, diversos movimentos ocorreram depois, inclusive aqui no Brasil, que teve a Reforma Sanitária iniciando-se a partir dos anos 70 e cujo ápice aconteceu em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dois anos depois, o SUS nasceu com a Constituição Federal, que define a Saúde como um direito de todos e um dever do Estado e que se faz por meio de políticas públicas que garantam a redução do risco de doença

(opa! Veja como a própria Constituição reconhece que a forma como se vive do ponto de vista social pode aumentar o risco de enfermidade):

"Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Constituição Federal de 1988).

Com o Canadá não foi diferente. Em 1974, o então Ministro Marc Lalonde produziu um relatório, que ficou conhecido como Relatório Lalonde e que atribuía os seguintes pesos à diferentes fatores que poderiam causar doenças. Segundo o documento, a forma como o sistema de saúde estava organizado era responsável por apenas 10% da saúde da população, enquanto a biologia (isto é, os fatores biológicos) eram responsáveis por apenas 17%. A grande influência na saúde da população vinha do estilo de vida, dentro do qual estavam os fatores sociais como alimentação, renda, emprego, moradia... tudo isso, em conjunto, contribuía para 53% da saúde dos canadenses, mostrando a relevância dos determinantes sociais de saúde. Esse modelo também ficou conhecido como "modelo dos campos de saúde".

Voltando para o enunciado, o examinador pergunta justamente qual foi o documento elaborado em 1974 e cujo marco foi o questionamento da política de saúde canadense, que investia os seus recursos prioritariamente em serviços assistenciais, mas não era isso que trazia resultados significativos para a população. Agora você já sabe: foi o Relatório Lalonde.

Portanto:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. A Carta de Ottawa foi o documento produzido a partir da Conferência de Ottawa em 1986 e que falava sobre promoção da saúde.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A Declaração de Sundswall também foi escrita durante uma conferência internacional sobre promoção de saúde e tinha como objetivo chamar a atenção para a necessidade de justiça social em saúde. Por isso, a declaração pontuava que era necessário construir um ambiente promotor de saúde atuando em alguns setores, como político e social, e também incluindo mais as mulheres nesses setores, para que atingisse um equilíbrio na sociedade.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. A Declaração de Adelaide é de 2010 e teve por objetivo propor um novo "contrato social" entre todos os setores para promover o desenvolvimento humano - e consequentemente, a saúde. Por isso, objetivava também a gestão compartilhada.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. A Declaração de Alma-Ata aconteceu em 1978 e é considerada o marco inicial onde a OMS passou a recomendar os cuidados

primários (Atenção Primária) para os diferentes povos. A Conferência de Alma-Ata levou em consideração em suas discussões o Relatório Lalonde.

A letra E está correta. Correta a alternativa E, sem ressalvas.

Questão | | 2024 | 4000212173

Dentre as mudanças ocorridas no decorrer da história da saúde pública no Brasil, temos um marco histórico ocorrido em 2001, em que foi sancionada a Lei 10.216, também conhecida como

- A)** Lei Orgânica da Saúde.
- B)** Pacto pela Saúde.
- C)** Norma Operacional da Assistência à Saúde.
- D)** Lei Maria da Penha,
- E)** Lei Paulo Delgado.

Solução

Gabarito: **E)** Lei Paulo Delgado.

GABARITO: ALTERNATIVA E

Referência Bibliográfica:

**1. Governo Federal. Lei N° 10.216, de 6 de Abril de 2001. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.**

Estrategistas, mais uma questão bem direta e "decoreba" da prova do SES-PE de 2024.

Infelizmente, a banca ao invés de cobrar conceitos de maior relevância dos seus candidatos, acabou optando por solicitar esse tipo de informação que em nada mede o conhecimento dos postulantes ao cargo de médico residente.

De forma bem sucinta, a Lei N° 10.216, de Abril de 2001, versa exatamente sobre a "proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental".

O presente texto legal, então, é considerado mais um dos marcos relevantes da **REFORMA PSIQUIÁTRICA** no país, assegurando mais uma vez os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e objetivando um modelo de assistência mais humano e que vise integrar esses indivíduos à sociedade.

Essa lei recebeu o nome de Paulo Delgado, deputado estadual de Minas Gerais que foi o responsável pelo Projeto de Lei que deu origem ao texto legal que hoje constitui a Lei Nº 10.216.

À título de curiosidade, o Projeto de Lei elaborado por Delgado data de 1989 e demorou cerca de 12 anos (2001) para ser aprovado no Congresso Nacional.

Portanto, em face do exposto, iremos assinalar a **alternativa E** como gabarito dessa questão.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Como bem sabemos, a Lei Orgânica da Saúde é composta por dois textos legais editados em 1990, mais especificamente em 19 de setembro (Lei Nº 8080) e 28 de dezembro (Lei Nº 8142). Estes foram os grandes responsáveis por legalizar os preceitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 no setor da saúde.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** O Pacto Pela Saúde data de 2006 e representou um esforço das esferas gestoras do Sistema Único de Saúde com o objetivo de fortalecer e aprimorar esse sistema. O pacto foi originalmente constituído por 3 grandes pilares: o pacto em defesa do SUS; o pacto de gestão; e o pacto pela vida.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) não são **LEIS**, mas sim decretos que possuíram importância no ordenamento da descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, não se enquadram no que foi solicitado pela banca no comando da questão.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** A famosa Lei Maria da Penha, ou Lei Nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006, versa sobre a criação de mecanismos que visam coibir a violência contra as mulheres no Brasil.

A letra E está correta. **CORRETA:** Conforme discutido no texto do comentário introdutório da questão.

Questão | 2024 | 4000212174

Mulher com 40 anos, 7 gestações anteriores, teve o último parto 1 ano antes da gestação atual. Em consulta médica na 38º semana dessa gestação, apresentava queixa de sangramento vaginal e recebeu a informação de que estava com placenta prévia confirmada por ultrassom. Foi encaminhada à maternidade, mas não compareceu no serviço. Dois dias após a consulta, foi internada em choque hipovolêmico, encaminhada ao centro cirúrgico para realizar a cesariana de emergência, fez uma parada cardiorrespiratória e faleceu. A causa do óbito na Declaração de Óbito (DO) original foi preenchida da seguinte forma:

Parte I:

- a. Placenta prévia total /
- b. Choque hipovolêmico /
- c. Parada cardiorrespiratória

Parte II:**Em branco**

Assinale a alternativa que corresponde à forma CORRETA de preenchimento da DO para o caso.

- A)** Parte I: a. Deslocamento de placenta / b. Parada cardiorrespiratória / c. Gestação de 38 semanas Parte II: em branco
- B)** Parte I: a. Choque hipovolêmico / b. Placenta prévia com hemorragia Parte II: Gestação de 38 semanas
- C)** Parte I: a. Gestação de 38 semanas / b. Placenta prévia com hemorragia / c. Parada cardiorrespiratória Parte II: em branco
- D)** Parte I: a. Placenta prévia / b. Choque hipovolêmico / e. Hemorragia intraparto Parte II: Gestação de 38 semanas
- E)** Nenhuma das alternativas.

Solução

Gabarito: B) Parte I: a. Choque hipovolêmico / b. Placenta prévia com hemorragia Parte II: Gestação de 38 semanas

GABARITO OFICIAL: ALTERNATIVA B

Estrategistas, mais uma questão clássica de provas de Residência Médica solicitando o correto preenchimento do campo 40 da Declaração de Óbito.

De antemão já aviso: tem polêmica por aí!

Vamos iniciar com a nossa tradicional revisão acerca do preenchimento do campo 40 da DO.

Em termos práticos, o campo 40 é separado em duas partes a saber:

Parte I: nela, iremos incluir em ordem cronológica todos os fatores que contribuíram diretamente para a cadeia de óbito, ou seja, os eventos que somados foram de fato relevantes para produzir a morte do indivíduo.

Teremos um total de quatro linhas para preencher, a, b, c e d. O que deve ficar claro é que nem sempre iremos preencher todas elas, já que muitas vezes não teremos quatro elementos contribuindo para a cadeia de óbito do indivíduo. Portanto, devemos ter em mente o seguinte: a linha “a” deve ser sempre preenchida com a causa terminal de morte - evento final e cabal para o falecimento. As demais linhas, b, c e d, devem ser preenchidas de acordo com o número de eventos presentes na cadeia de óbito, sendo sempre a última linha, que pode ser b, c ou d, preenchida com a causa básica do óbito, que é definida como “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal”.

Com isso, entendemos que a linha “a” sempre recebe a causa terminal, e as demais linhas serão preenchidas de acordo com o número de eventos presentes na cadeia final de óbito. Por exemplo: se tivermos apenas dois eventos: linha “a” recebe a causa terminal e a linha “b” a causa básica; três eventos: linha “a” causa terminal, linha “b” causa intermediária, ou seja, aquela entre a causa básica e terminal, e linha “c” a causa básica; quatro eventos: linha “a”, causa terminal, “b” e “c”, causas intermediárias, e linha “d” causa básica.

Parte II: aqui, iremos preencher as condições comórbidas que o indivíduo possui, que contribuem para a deterioração do seu estado de saúde, mas não foram responsáveis por desencadear a cadeia final de morte, ou seja, o óbito daquela pessoa não dependeu diretamente dessa ou dessas condições.

Em tempo, é importante salientar que modos de morte que não constituam-se como causas específicas (ex: parada cardiorrespiratória, falência orgânica múltipla, etc) não devem ser colocados na DO, já que não irão contribuir com a real compreensão da cadeia terminal de óbito do sujeito.

A seguir, vamos ver uma imagem esquemática de como deve ser feito o preenchimento da DO no seu campo 40.

40 CAUSAS DA MORTE	
PARTE I	
<small>Descreve os efeitos-motivadores que causam diretamente a morte.</small>	<small>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</small>
Causa terminal	
<small>Descreve os efeitos-motivadores que produzem a causa acima registrada, mantendo-se em último lugar a causa letal.</small>	
Causa Intermediária	
<small>Descreve os efeitos-motivadores que produzem a causa acima registrada.</small>	
Causa Intermediária	
<small>Descreve os efeitos-motivadores que produzem a causa acima registrada.</small>	
Causa básica da morte	
Doenças associadas	
<small>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não encaixaram, porém, na caixa acima.</small>	
PARTE II	

Figura: Preenchimento do campo 40 da DO “causas de morte”. Fonte: Estratégia MED.

Compreendidos os conceitos, vamos avaliar o caso da paciente.

Trata-se de uma mulher grávida com uma hemorragia de segunda metade da gestação, já previamente diagnosticada com uma placenta prévia. O sangramento que inicialmente era de baixo vulto, acaba evoluindo para grande vulto e leva a gestante a um choque hipovolêmico e consequente óbito.

Assim, a forma **MAIS CORRETA** de preenchimento do campo 40 dessa DO seria:

PARTE I

a - Choque hipovolêmico (causa terminal ou imediata).

Em decorrência de:

b - Placenta prévia (causa intermediária).

Em decorrência de:

c - Gestação de 38 semanas (causa básica).

Em decorrência de:

d - Em branco.

PARTE II

Em branco.

Vamos às alternativas!

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Aqui temos um parte I preenchida fora da cronologia adequada e que tem em sua linha B a parada cardiorrespiratória (PCR), termo que deve ser evitado na DO. Além disso, lembre-se que PCR é um evento comum a todas as mortes e jamais deveria ser alocada antes da causa terminal. Outro ponto que torna incorreta essa alternativa é o descolamento da placenta, que aparentemente não foi a causa do choque, mas sim uma placenta prévia.

A letra B está correta. **CORRETA:** Apesar dessa alternativa ter sido considerada como correta pela banca, precisaremos discordar.

A gestação dessa paciente não deve ficar na parte II, mas sim na parte I da DO, já que ela é a gênese da cascata terminal de morte pois, sem gestação, não teríamos jamais um quadro de placenta prévia.

Portanto, do ponto de vista teórico, a gestação de 38 semanas melhor se encaixa como causa básica do óbito.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Além de conter a PCR como parte dos itens preenchidos na parte I, perceba que a banca inverteu a ordem de preenchimento, começando com a causa básica ao invés da causa terminal.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Já que a placenta prévia foi a causa intermediária do óbito e o choque hipovolêmico foi a causa terminal. Mais uma vez a banca inverteu a ordem de preenchimento da parte I, além de colocar a gestação na parte II.

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** Em face do exposto, essa seria a melhor resposta, já que não encontramos dentre as alternativas o preenchimento correto do campo 40 da DO.

Porém, como vimos, a banca apontou o gabarito na alternativa B.

Consideramos, assim, que essa questão é passível de recurso!

Questão | 2024 | 4000212175

Um médico plantonista numa cidade no interior de Pernambuco realiza a assistência na sala de parto a um recém-nascido prematuro de 25 semanas, parto via vaginal, com peso corporal de 450g e estatura igual a 30cm, que morreu depois de 5 minutos de vida. Assinale a alternativa CORRETA sobre como o médico plantonista deve proceder nesse caso.

- A)** Emitir a Declaração de óbito e considerar como óbito fetal pelo critério: gestação superior a 20 semanas.
- B)** Emitir a declaração de Nascido vivo e exigir a Certidão de Nascimento para emitir a Declaração de Óbito.
- C)** Não emitir a Declaração de Óbito, pois o recém-nascido possui peso corporal menor que 500 g.
- D)** Apenas emitir a Declaração de Óbito, se a família requerer, sendo facultada ao médico a emissão do documento para fins de sepultamento.
- E)** Emitir a Declaração de Óbito e a Declaração de Nascido Vivo.

Solução

Gabarito: E) Emitir a Declaração de Óbito e a Declaração de Nascido Vivo.

GABARITO: ALTERNATIVA E

Estrategistas, questão interessante e que faz um "bate bola" entre DECLARAÇÃO DE ÓBITO e DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO.

Vamos recordar desses dois importantes documentos!

1) Declaração de Óbito (DO):

Quando o assunto é a DO, o primeiro ponto a ser discutido é em quais situações a DO deve ser emitida. São três ao todo, a saber:

1) Nos óbitos por causa natural ou por causa accidental e/ou violenta;

2) No óbito fetal, se a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto teve peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros;

3) No óbito não fetal, quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.

Diante desse conhecimento, já conseguimos entender que não haverá a emissão da DO para o conceito, já que este se trata de produto de abortamento (lembre-se que o evento ocorreu com 15 semanas de gestação), para o qual não existe previsão de emissão da DO. Assim, vamos entender agora como é feito o adequado preenchimento da DO, que no caso, será feita para a gestante.

As causas de morte são preenchidas em campo homônimo na DO. Ele é subdividido em duas partes: na parte I, ficam as causas básica, intermediária (s) e terminal, que compõem a cadeia de eventos que desencadeou e levou a pessoa à morte. Por outro lado, na parte II, temos as causas contribuintes, que nada mais são que os estados comórbidos apresentados pelo falecido, mas que não tiveram participação direta em sua cadeia terminal de morte.

Para o preenchimento dela, devemos "contar uma história" que colocará todas as causas da cadeia final de morte em ordem cronológica. Como todas história deve ter um "começo", um "meio" e um "fim", essa é a lógica que rege as respectivas causas básica, intermediária (s) e terminal de óbito.

A causa básica deve sempre constar na última linha da parte I, sendo definida como aquela responsável por iniciar a cascata de eventos que gerou o óbito. Na sequência, caso existam, devemos colocar as causas intermediárias, que podem ser uma, duas ou nenhuma e, como o próprio nome sugere, são os eventos que ficam entre a causa básica e terminal, derivando da primeira e levando à última. Por fim, na primeira linha da parte I, a famosa "linha a", deve constar a causa terminal, definida de forma simples como o evento que levou diretamente ao óbito.

Observe o esquema abaixo para adequada memorização do assunto:

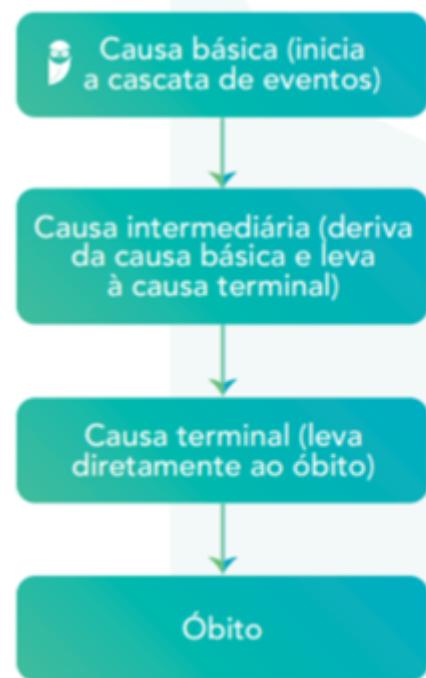


Figura: Cascata terminal de eventos relacionados ao óbito. Fonte: Estratégia MED.

2) Declaração de Nascido Vivo (DNV):

A DNV alimenta o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), sendo emitida por profissionais de saúde que constatarem a ocorrência de um nascido vivo, ou seja, o conceito que, independentemente da idade gestacional, apresente qualquer sinais de vida após a separação do corpo materno (ex: pulsação de cordão umbilical, batimentos cardíacos, choro e respiração ativa etc).

Deve ficar claro que a DNV será emitida para todos os nascidos vivos, independentemente do tempo transcorrido entre o nascimento propriamente dito e sua morte.

Feita essa breve revisão, vamos às alternativas.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** De fato, a DO deverá ser emitida, já que esse feto apresenta dois critérios que nos apontam positivamente para o preenchimento desse documento (a idade gestacional e o comprimento). Porém, independentemente disso, se estamos diante de um nascido vivo, já que a houve sobrevida de 5 minutos após abandonar o ventre materno, existe a obrigatoriedade de emissão da DO e da DNV.

Lembre-se, que se temos um nascido vivo, já não falamos mais em óbito fetal, mas sim óbito do nascido vivo ou óbito não fetal, caso ele venha a falecer.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** Pois a emissão da DO nesse caso prescinde da necessidade apresentação da certidão de nascimento.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Se temos um nascido vivo, deveremos emitir a DO independentemente de qualquer outro fator.

A despeito disso, o recém-nascido apresenta critérios positivos para emissão da DO, como idade gestacional (> 20 semanas) e comprimento (> 25 cm).

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** Pois nessa situação temos um nascido vivo, o que obriga a emissão da DO, para que cumpra, dentre uma de suas funções, o andamento dos trâmites do sepultamento junto ao cartório de registro civil.

Desse modo, não se esqueçam disso: nascido vivo que falece precocemente = emissão de DO e DNV **OBRIGATÓRIAS!**

A letra E está correta. **CORRETA:** Como previamente discutido, todo nascido vivo deverá ter sua DNV emitida e, caso faleça, deverá ter também sua DO preenchida.

Assim, na situação em tela, existe e obrigatoriedade da emissão desses dois documentos, o primeiro em caso de nascimento, e o segundo em caso de falecimento.

Questão | | 2024 | 4000212176

Em 2021, o Ministério da Saúde atualizou as recomendações do tratamento da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB). Sobre o tratamento para ILTB, assinale a alternativa INCORRETA.

- Atualmente, estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) três esquemas de
- A)** tratamentos para a ILTB, que são: Isoniazida, Rifampicina e a Rifapentina associada à Isoniazida.
 - B)** Todos os medicamentos devem ser tomados de uma única vez, a rifampicina e isoniazida preferencialmente em jejum, e a rifapentina junto com alimentos.
 - C)** É critério de abandono do tratamento com Isoniazida: 2 meses sem uso da medicação, consecutivos ou não.
 - D)** esquemas que contenham a isoniazida, com o objetivo de reduzir eventos adversos neurológicos.
 - E)** O tratamento com Rifapentina associada à Isoniazida deve ser de 12 doses por 12 semanas. Dependendo do caso, esse prazo pode ser prorrogado para 15 semanas.

Solução

Gabarito: C) É critério de abandono do tratamento com Isoniazida: 2 meses sem uso da medicação, consecutivos ou não.

GABARITO: ALTERNATIVA C

A infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) consiste na infecção assintomática pelo bacilo de Koch. Portadores de ILTB podem em algum momento de suas vidas apresentar quadro de tuberculose em atividade por reativação da doença. Alguns grupos estão mais sujeitos à reativação, como imunossuprimidos. Assim, é indicada a investigação da ILTB (e seu tratamento, conforme o resultado do exame e da condição de risco do paciente) para alguns grupos populacionais. O diagnóstico de ILTB depende de duas condições: prova tuberculínica positiva e ausência de tuberculose em atividade. Portanto, pacientes com ILTB não apresentam sintomas clínicos de tuberculose nem alterações radiográficas sugestivas da doença em atividade.

Os exames que podem ser utilizados no diagnóstico de ILTB são a prova tuberculínica (PPD) ou IGRA (ensaio de liberação de interferon-gama).

Veja abaixo para quem está indicado o tratamento da ILTB:

Indicações de tratamento de ILTB com base em exames no PPD	
	Contatos adultos, adolescentes e crianças (se vacinadas com BCG até o primeiro ano de vida)
	Pessoas com HIV
PPD \geq 5mm (Ou IGRA positivo)	Antes da utilização de inibidores do TNF-alfa ou corticosteroides (dose maior que <u>15mg/dia</u> de prednisona ou equivalente por mais de um mês)
	Pré-transplante
	Alterações radiológicas sugestivas de sequela de TB
	Silicose
PPD \geq 10mm (Ou IGRA positivo)	Neoplasias de cabeça e pescoço, hematológicas e outras em uso de quimioterapia imunossupressora
	Diabetes mellitus (DM)
	Doença renal crônica (DRC) em diálise
	Baixo peso ($< 85\%$ do peso ideal)
	Tabagista ($> 1macaço/dia$)
	Calcificação isolada na radiografia

Além das situações descritas acima, o tratamento de ILTB está indicado para pacientes vivendo com HIV/aids, assim como para contatos de tuberculose confirmada ou profissionais expostos que apresentem conversão tuberculínica. Veja mais detalhes abaixo:

PESSOAS VIVENDO COM HIV (TRATAMENTO DE ILTB)
Contatos de tuberculose pulmonar
CD4+ menor ou igual a 350 cel/ μ l
Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de tuberculose, sem tratamento anterior para tuberculose
CD4+ maior que 350 cel/ μ l (PT \geq 5mm ou IGRA positivo)

CONVERSÃO (VIRAGEM) TUBERCULÍNICA
(1ª prova tuberculínica negativa -> 2ª prova tuberculínica positiva \geq 10mm com intervalo de 8 semanas entre os testes)
Contatos de TB confirmada por critério laboratorial

Profissionais expostos (saúde, laboratório de micobactéria, sistema prisional ou instituições de longa permanência)

O tratamento da ILTB é realizado com algum dos esquemas abaixo:

Isoniazida 6H ou 9H	Isoniazida + Rifapentina 3HP	Rifampicina 4R
<ul style="list-style-type: none"> • 10mg/kg/dia (máx.: 300mg) • 180 doses em 6 a 9 meses • Ou • 270 doses em 9 a 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Isoniazida 900mg/semana e Rifapentina 900mg/semana (adultos) • 3 meses (12 doses semanais) • Evitar em gestantes • Contraindicado uso com inibidores de protease, nevirapina e TAF 	<ul style="list-style-type: none"> • 10mg/kg/dia (máx.: 600mg) • 4 meses • Esquema alternativo indicado para: <ul style="list-style-type: none"> • <10 ou > 50 anos • Hepatopatia • Contato com monoresistência à isoniazida • Intolerância à isoniazida

O esquema com isoniazida e rifapentina foi introduzido mais recentemente, e é considerado o preferencial.

Atenção! Nesta questão deve ser assinalada a alternativa incorreta!

A letra A está incorreta. Correta a alternativa A. Isoniazida, Rifampicina e a Rifapentina associada à Isoniazida são os três esquemas disponíveis no Brasil para o tratamento de ILTB.

A letra B está incorreta. Correta a alternativa B. Como regra geral, os medicamentos do tratamento da tuberculose devem ser ingeridos, preferencialmente, em jejum. Rifapentina é uma exceção, devendo ser ingerida com alimento.

A letra C está correta. Incorreta a alternativa C. OS critérios de abandono do tratamento da ILTB são:

1. rifampicina – 2 meses sem a medicação, consecutivos ou não;

2. isoniazida – 3 meses sem a medicação consecutivos ou não;

3. rifapentina + isoniazida- perda de 3 doses, consecutivas ou não.

A letra D está incorreta. Correta a alternativa D. Recomenda-se o uso de piridoxina (Vitamina B6) na dose de 50 a 100 mg/dia em combinação com isoniazida para algumas populações de risco para eventos adversos neurológicos, especialmente neuropatia periférica: pessoas vivendo com HIV, desnutridos, alcoolistas, indivíduos com doença renal crônica, diabetes e puérperas que estão amamentando.

A letra E está incorreta. Correta a alternativa E. O tratamento com rifapentina + isoniazida consiste em 12 doses semanais. No entanto, se necessário, as 12 doses podem ser administradas no período de até 15 semanas.

Questão | | 2024 | 4000212180

Mulher com história de 4 gestações e 3 cesáreas anteriores foi internada às 23h na 40º semana de gestação, em trabalho de parto. Ficou aguardando transferência de hospital para a realização de cesárea. Evoluiu para parto vaginal de recém-nascido com 3,6 kg. No pós-parto imediato, apresentou sangramento aumentado, foi instituído ocitócito, porém evoluindo para óbito seis horas após o parto. O caso apresentado é classificado como:

I. Morte relacionada à gestação.

II. Morte materna tardia.

III. Morte obstétrica direta.

IV. Morte obstétrica indireta.

Assinale a alternativa CORRETA.

A) Todos os itens estão corretos.

B) Existem, apenas, três itens corretos.

C) Existem, apenas, dois itens corretos.

D) Existe, apenas, um item correto.

E) Nenhum item está correto.

Solução

Gabarito: C) Existem, apenas, dois itens corretos.

GABARITO: ALTERNATIVA C

Referência Bibliográfica:

**1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p. Disponível em:
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf.](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf)**

**2. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília, 2009. Disponível em
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf.](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)**

Estrategistas, questão bem conceitual versando sobre a mortalidade materna!

Vamos definir alguns conceitos antes de avaliarmos a situação em tela trazida pela banca:

1) MORTE MATERNA RELACIONADA À GRAVIDEZ (GESTAÇÃO): "é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das mortes obstétricas com as não obstétricas".

2) MORTE MATERNA POR CAUSA OBSTÉTRICA DIRETA: "é a morte materna que se dá por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas".

3) MORTE MATERNA POR CAUSA OBSTÉTRICA INDIRETA: "é a morte materna que se dá em razão de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez".

4) MORTE MATERNA TARDIA: "é a morte materna ocasionada por causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorra após 42 dias do término da gestação e 364 dias incompletos desse fim".

Feitas as conceituações, vamos avaliar a situação da gestante em tela:

Trata-se de uma multípara, na 40º semana de gestação, que evolui com trabalho de parto enquanto aguarda realização de cesárea. Após o nascimento, pela via vaginal, de um recém-nascido de 3,6 kg, a parturiente evolui com um quadro vultuoso de sangramento, que mostra-se refratário às medidas aplicadas, e acaba vindo a óbito.

Nessa situação, a provável causa da morte foi uma atonia uterina, condição claramente relacionada à gestação e que constitui-se como uma típica causa de morte materna obstétrica direta.

Logo, essa morte é considerada como relacionada à gestação e por causa obstétrica direta (assertivas I e III corretas).

Em contrapartida, não poderemos considerar essa morte materna como tardia, já que o falecimento ocorreu ainda na gestação (assertiva II incorreta).

Por fim, como já explicitado, a morte se deu por causa obstétrica direta e não indireta (assertiva IV incorreta).

Logo, as assertivas I e III são as únicas corretas.

Temos, então, apenas dois itens corretos!

A letra A está incorreta. INCORRETA: Pois existem dois itens incorretos.

A letra B está incorreta. INCORRETA: Já que temos dois itens corretos e dois incorretos.

A letra C está correta. CORRETA: Sem ressalvas.

A letra D está incorreta. INCORRETA: Lembre-se que as assertivas I e III estão corretas.

A letra E está incorreta. INCORRETA: Pois está claro que dois itens mostram-se corretos!

Questão | | 2024 | 4000212181

Em 2023, foi realizado um estudo com o objetivo de identificar fatores associados à gravidade das quedas em pacientes adultos hospitalizados na Austrália Ocidental. Ele envolveu uma análise de registros de quedas de pacientes internados extraídos do Banco de Dados de Incidentes Clínicos do hospital de maio de 2014 a abril de 2019. Sobre essa pesquisa, o tipo de estudo epidemiológico utilizado foi o seguinte:

- A)** Coorte
- B)** Intervenção
- C)** Caso Controle
- D)** Ensaio clínico

E) Inquérito

Solução

Gabarito: A) Coorte

GABARITO PRELIMINAR: ALTERNATIVA A.

GABARITO DEFINITIVO: ANULADA.

Referências bibliográficas:

1. Vidigal LHG & Silva DAO. Parte III - Métodos de análise em diferentes tipos de estudos - 9. Métodos de análise em estudos sobre prognóstico. Scielo Books - Disponível em: <https://books.scielo.org/id/wh35j/pdf/mineo-9788570785237-10.pdf>.

2. Fletcher RH et al. Epidemiologia clínica - elementos essenciais. Capítulo 8: prognóstico. Editora artmed, 2011.

Estrategista,

Estamos diante de uma questão considerada difícil, uma vez que o candidato precisa julgar qual é o tipo de estudo epidemiológico a partir do objetivo do estudo. Isso porque até é possível identificarmos que estamos diante de um estudo retrospectivo (o estudo foi realizado em 2023 com dados de 2014 a 2019), mas não é possível identificarmos, apenas olhando o enunciado, se estamos diante de uma coorte ou de um caso-controle, uma vez que o examinador não cita a forma de divisão dos participantes (as coortes são divididas em expostos e não expostos e os estudos de caso-controle em casos e controles como o próprio nome sugere).

Nesse sentido, observe que os pesquisadores queriam identificar os fatores associados à gravidade das quedas em pacientes hospitalizados. Ora, se o estudo avalia a gravidade do desfecho é porque ele está avaliando, na verdade, o prognóstico do desfecho. Classicamente, os estudos que avaliam prognóstico - ou fatores prognósticos - são as coortes e as séries de casos.

Veja a definição a seguir para compreender melhor:

"Estudos de prognóstico são, em geral, estudos de coorte em que os pacientes selecionados apresentam uma condição comum (doença) e são acompanhados prospectivamente quanto aos desfechos clínicos, avaliando-se os fatores associados a tais desfechos (fatores prognósticos). Tal situação é semelhante aos estudos de coorte sobre causalidade (fatores de risco). Cumpre ressaltar, no entanto, que os fatores prognósticos são estudados em indivíduos doentes e os fatores de risco em pessoas saudáveis da população" (1).

- Mas Bárbara, aí em cima diz que os estudos de prognóstico são estudos de coortes... você mencionou acima que também podem ser séries de casos. E agora?

Sim, segundo Fletcher e colaboradores, as séries de casos também podem ser utilizadas para o estudo de prognóstico, sendo uma alternativa às coortes (2). Fizemos questão de trazer esse conceito aqui porque ele já foi cobrado anteriormente em outras bancas, então é válido conhecê-lo.

Como não temos "séries de casos" entre as alternativas, só podemos estar diante de uma coorte.

No entanto, após a fase de recursos, a questão acabou sendo anulada.

A letra A está correta. Correta a alternativa A, sem ressalvas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. Os estudos de intervenção (ou experimentais) são os ensaios clínicos, os ensaios de campo e os ensaios comunitários.

Nesses estudos, o pesquisador fornece a exposição para parte da população, bem como controla a exposição. Portanto, tais estudos devem ser obrigatoriamente prospectivos. O enunciado traz um estudo retrospectivo e, só por essa informação, já podemos descartar qualquer estudo de intervenção.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Apesar de ser um estudo retrospectivo, esse não é um estudo de caso-controle porque o objetivo do estudo foi avaliar o prognóstico das quedas. Portanto, a grande dica da questão é prestarmos atenção que trata-se de um estudo de prognóstico, já que outras informações não foram fornecidas para que pudéssemos identificar claramente que é uma coorte.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Não é um ensaio clínico porque, como vimos, esse tipo de estudo é experimental e necessariamente prospectivo, sendo que o estudo descrito pelo enunciado é retrospectivo. Além disso, nada foi dito sobre ofertar a exposição aos participantes.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. Os inquéritos epidemiológicos são estudos transversais. Por isso, avaliam a população em um único momento de uma linha do tempo - isto é, cada participante é avaliado pelo menos uma vez.

No estudo acima, veja que o objetivo é avaliar fatores associados à gravidade das quedas. Para isso, é preciso avaliar a população em pelo menos dois momentos: na ocasião em que os indivíduos têm apenas os fatores de risco e, posteriormente, após a queda, para saber se ela foi leve, moderada ou grave.

Por fim, classicamente os prognósticos são avaliados pelos ensaios clínicos e pelas coortes. Como não é um ensaio clínico, só pode ser uma coorte.

Questão | | 2024 | 4000212182

As apresentações extrapulmonares da Tuberculose (TB) têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos e/ou sistemas acometidos. A tuberculose óssea foi primeiramente descrita em 1779 por Percivall Pott e ainda se caracteriza como uma doença negligenciada em âmbitos de pesquisa e terapêutica. Sobre a Tuberculose óssea, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Ela afeta mais comumente a coluna torácica alta e cervical.
- B)** O esquema Básico para o tratamento da TB osteoarticular em adultos tem duração de 6 meses, sendo 2 meses de fase intensiva e 4 meses de fase de manutenção.
- C)** É mais comum em crianças, representando 30% das lesões extrapulmonares na infância.
- D)** Tem como esquema terapêutico preferencial o uso de Rifampicina associada à Isoniazida por 12 meses.
- E)** Nenhuma das alternativas está correta.

Solução

Gabarito: E) Nenhuma das alternativas está correta.

GABARITO: ALTERNATIVA E

A tuberculose osteoarticular é mais comum em crianças, representando de 10% a 20% das manifestações extrapulmonares nessa faixa etária, ou em indivíduos entre a quarta e quinta décadas de vida. Atinge principalmente a coluna vertebral, articulações coxofemorais e do joelho, embora também possa se manifestar em outras localizações. O mal de Pott (tuberculose na coluna vertebral) constitui aproximadamente 1% de todos os casos de tuberculose e até 50% dos casos de tuberculose osteoarticular, sendo mais proeminente na coluna torácica baixa e lombar. Clinicamente, caracteriza-se pela tríade sintomática de dor lombar, sensibilidade à palpação local e sudorese noturna.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. A tuberculose óssea acomete mais frequentemente a coluna lombar ou torácica baixa.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. O esquema para o tratamento da TB osteoarticular em adultos tem duração de 12 meses, sendo 2 meses de fase intensiva (rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol) e 10 meses de fase de manutenção (rifampicina + isoniazida).

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. A tuberculose óssea representa 10 a 20% das lesões extrapulmonares na infância.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. O esquema para o tratamento da TB osteoarticular em adultos tem duração de 12 meses, sendo 2 meses de fase intensiva

(rifampicina + isoniazida +pirazinamida + etambutol) e 10 meses de fase de manutenção (rifampicina + isoniazida).

A letra E está correta. Correta a alternativa E. Nenhuma das anteriores está correta.

Questão | | 2024 | 4000212183

A Lei Nº 14.443/2022 modificou as regras de esterilização cirúrgica no Brasil. Sobre essa Lei, analise os itens abaixo:

- I. A Lei reduz para 21 anos a idade mínima para a realização dos procedimentos de esterilização cirúrgica.
- II. Quem tem dois ou mais filhos vivos poderá realizar a cirurgia a partir dos 18 anos.
- III. A Lei mantém o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
- IV. A Lei dispensa o consentimento do cônjuge para autorizar a laqueadura em mulheres e vasectomia em homens.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Todos os itens estão corretos.
- B)** Existem, apenas, três itens corretos.
- C)** Existem, apenas, dois itens corretos.
- D)** Existe, apenas, um item correto.
- E)** Nenhum item está correto.

Solução

Gabarito: A) Todos os itens estão corretos.

Estrategista, esta é uma questão sobre a Lei do Planejamento Familiar. Os "PONTOS-CHAVE" dessa lei são:

1. QUEM PODE?

- Homens e mulheres;
- Idade igual ou superior a 21 anos **OU** dois filhos vivos;
- Risco de vida à mulher ou ao futuro conceito->assinado por 2 médicos;

2. Manifestação da vontade por escrito -> prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo e o procedimento;

3. Permitida a esterilização cirúrgica no parto ou aborto;

4. Proibida esterilização por histerectomia ou oorectomia;

5. Se sociedade conjugal -> não é necessária a assinatura do cônjuge;

6. PENA:

- reclusão de 2-8 anos e multa.

Agora vamos analisar os itens abaixo:

I. A Lei reduz para 21 anos a idade mínima para a realização dos procedimentos de esterilização cirúrgica. (CORRETO)

Anteriormente a idade mínima era de 25 anos de idade, mas foi reduzida para 21 anos na Lei 14.443 / 2022.

II. Quem tem dois ou mais filhos vivos poderá realizar a cirurgia a partir dos 18 anos. (CORRETO)

O homem ou mulher que tem dois ou mais filhos vivos não precisa ter 21 anos para poder ser submetido a cirurgia.

III. A Lei mantém o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. (CORRETO)

O prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação do desejo e assinatura do pedido e a realização do procedimento foi mantido em relação a Lei anterior.

IV. A Lei dispensa o consentimento do cônjuge para autorizar a laqueadura em mulheres e vasectomia em homens. (CORRETO)

Anteriormente era necessário a assinatura do cônjuge para a realização do procedimento, mas a Lei 14.443 / 2022 modificou isso, dispensando a necessidade de consentimento do cônjuge para que possa ser realizada a esterilização.

Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está correta. Correta a alternativa A: todos os itens estão corretos, de acordo com a Lei do Planejamento Familiar 14.443 / 2022.

A letra B está incorreta.

A letra C está incorreta.

A letra D está incorreta.

A letra E está incorreta.

Questão | | 2024 | 4000212187

Para comparar os riscos na epidemiologia, diversas medidas de associação entre a exposição e a doença são utilizadas, que são as medidas de efeito. A razão entre a incidência em pessoas expostas e a incidência em pessoas não expostas é a definição de

- A) Risco absoluto.
- B) Risco atribuível.
- C) Risco atribuível na população.
- D) Risco relativo.
- E) Fração atribuível na população.

Solução

Gabarito: D) Risco relativo.

GABARITO: ALTERNATIVA D

Estrategistas, questão bem direta cobrando a conceituação de medidas de associação que aferem risco.

Vamos revisar as principais!

1) Risco absoluto: o risco absoluto nada mais é que a incidência da condição avaliada. Portanto, o risco absoluto avalia o número de novos casos de uma determinada afecção, constituindo-se como um medida de frequência absoluta.

2) Risco relativo (razão de incidências): diferentemente do risco absoluto, que é uma medida de frequência, o risco relativo é uma medida de associação que avalia quantas vezes o risco de um desfecho é maior (ou menor) entre os expostos em relação aos não expostos.

Para que consigamos fazer essa avaliação do risco relativo, iremos aferir a relação entre a incidência nos expostos em relação à incidência entre os não expostos.

Risco relativo (RR) = incidência (ou risco absoluto) do desfecho entre os expostos / incidência (ou risco absoluto) do desfecho entre os não expostos

Perceba que o RR é dado pela razão das incidências, ou seja, dos riscos absolutos.

3) Risco atribuível: trata-se do excesso de risco que os expostos apresentam em razão da exposição, ou seja, é o risco adicional do desfecho após a exposição, além daquele já

experimentado pelas pessoas não expostas.

Sua fórmula de cálculo pode ser assim obtida:

Risco atribuível = risco absoluto dos expostos - risco absoluto dos não expostos

O risco atribuível é dado pela diferença do risco absoluto entre expostos e não expostos.

4) Risco atribuível na população: indica a incidência da afecção atribuível à exposição em uma população onde conhecemos a frequência (prevalência) dessa exposição.

Ele pode ser assim calculada:

Risco atribuível na população = risco atribuível x prevalência da exposição na população estudada

5) Fração atribuível na população: trata-se da fração atribuível da afecção à exposição em uma população.

Calcularemos a fração atribuível da seguinte forma:

Fração atribuível na população = Risco atribuível na população / Incidência total na população.

Feita essa revisão rápida, observe o comando da questão:

"A razão entre a incidência em pessoas expostas e a incidência em pessoas não expostas".

Como vimos acima, essa é a definição de **RAZÃO DE INCIDÊNCIAS** ou **RISCO RELATIVO**.

Logo, iremos assinalar a alternativa **D** como gabarito da questão.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

A letra D está correta. **CORRETA:** Conforme apontado no comentário introdutório.

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** Sem ressalvas.

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, residente na Ilha-do-Marajó no Estado do Pará, foi picado por uma cobra na face lateral da perna esquerda, quando caminhava em área de campo aberto. Inicialmente não apresentou nenhuma sintomatologia; relatava apenas parestesia no local da picada, sem edema, eritema ou dor. Procurou atendimento médico após 12 horas do acidente no Hospital do Município e apresentava ptose bipalpebral e mandibular, oftalmoplegia, mialgias, oligúria e urina escura. De acordo com o caso clínico apresentado, é CORRETO afirmar que:

- A) a serpente do acidente em questão tem como principal representante no Brasil a cobra coral verdadeira (*Micrurus lemniscatus*).
- B) o paciente pode apresentar como complicações gengivorragia, sangramento maciço, síndrome compartimental e insuficiência renal aguda.
- C) se o acidente for classificado como grave, devem ser administradas 10 ampolas do soro antiofídico indicado para o caso.
- D) o soro ou antiveneno deve ser administrado o mais rapidamente possível por via intramuscular.
- E) se fosse vista, a cobra do caso seria de fácil identificação, pois teria fosseta loreal e na cauda um chocalho ou guizo.

Solução

Gabarito: E se fosse vista, a cobra do caso seria de fácil identificação, pois teria fosseta loreal e na cauda um chocalho ou guizo.

GABARITO: ALTERNATIVA E

A primeira pergunta que você deve fazer para identificar a serpente peçonhenta é: há manifestações importantes no local da picada? Das quatro principais espécies encontradas no Brasil, duas causam lesão local importante (*Bothrops spp* e *Lachesis spp*), com muita dor e edema, enquanto as outras causam sintomas leves (*Crotalus spp*. e *Micrurus spp*.).

Quando avaliamos o conjunto de dados clínicos desse caso, podemos concluir que se trata de um acidente crotálico (cascavel). O veneno crotálico tem ação neurotóxica, miotóxica e coagulante. Assim, acidentes crotálicos apresentam sintomas que resultam de bloqueio neuromuscular e rabdomiólise. O bloqueio neuromuscular pode ser evidenciado por sintomas como fácies miastênica (ptose palpebral e flacidez da musculatura da face), oftalmoplegia, diplopia e visão turva. A rabdomiólise pode causar mialgia intensa, mioglobinúria (urina escurecida) e insuficiência renal aguda com oligúria ou anúria. Os sintomas locais no acidente crotálico são geralmente discretos.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. O veneno elapídico (acidente com *Micrurus spp*) é neurotóxico apenas, e leva a quadro neuroparalítico. Os pacientes acometidos apresentam fraqueza muscular progressiva, com ptose palpebral, oftalmoplegia

e fácies miastênica. A paralisia da musculatura pode levar à insuficiência respiratória. Os sintomas no local da picada são leves.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. O sangramento em acidentes crotálicos costuma ser leve. A síndrome compartimental é uma complicaçāo típica do acidente botrópico, já que o veneno da jararaca tem ação proteolítica, e causa reação local intensa, incluindo edema.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. A dose de soro anticrotálico a ser administrada varia de acordo com a gravidade:

- Leve: 5 ampolas;
- Moderado: 10 ampolas;
- Grave: 20 ampolas.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. A administração do soro deve ser por via intravenosa.

A letra E está correta. Correta a alternativa E. As serpentes do gênero *Crotalus* têm fosseta loreal e guizo ou chocalho na cauda.

Questão | | 2024 | 4000212189

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, residente na Ilha-do-Marajó no Estado do Pará, foi picado por uma cobra na face lateral da perna esquerda, quando caminhava em área de campo aberto. Inicialmente não apresentou nenhuma sintomatologia; relatava apenas parestesia no local da picada, sem edema, eritema ou dor. Procurou atendimento médico após 12 horas do acidente no Hospital do Município e apresentava ptose bipalpebral e mandibular, oftalmoplegia, mialgias, oligúria e urina escura. De acordo com o caso clínico apresentado, este é caracterizado como um acidente:

- A)** botrópico.
- B)** laquético.
- C)** crolático.
- D)** elapídico.
- E)** serpente não-peçonhenta.

Solução

Gabarito: C) crolático.

GABARITO: ALTERNATIVA C

A primeira pergunta que você deve fazer para identificar a serpente peçonhenta é: há manifestações importantes no local da picada? Das quatro principais espécies encontradas no Brasil, duas causam lesão local importante (*Bothrops spp* e *Lachesis spp*), com muita dor e edema, enquanto as outras causam sintomas leves (*Crotalus spp.* e *Micrurus spp.*).

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. O veneno botrópico apresenta efeitos proteolítico, coagulante e hemorrágico. O quadro clínico do acidente botrópico inclui manifestações locais (dor, edema, bolhas ou necrose) e hemorrágicas (por consumo de fatores de coagulação, lesões nas membranas basais de capilares e plaquetopenia). Não há no acidente botrópico manifestações neurológicas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. O veneno laquético tem ação proteolítica, coagulante, hemorrágica e neurotóxica (vagal). Acidentes laquéticos têm apresentação clínica que se assemelha aos acidentes botrópicos, mas adicionam sintomas de síndrome vagal: náuseas, vômitos, diarreia, bradicardia, hipotensão e choque. Diferentemente dos venenos crotálico e elapídico, o veneno laquético não resulta em bloqueio neuromuscular.

A letra C está correta. Correta a alternativa C. O veneno crotálico tem ação neurotóxica, miótica e coagulante. Assim, acidentes crotálicos apresentam sintomas que resultam de bloqueio neuromuscular e rabiomiólise. O bloqueio neuromuscular pode ser evidenciado por sintomas como fácies miastênica (ptose palpebral e flacidez da musculatura da face), oftalmoplegia, diplopia e visão turva. A rabiomiólise pode causar mialgia intensa, mioglobinúria (urina escurecida) e insuficiência renal aguda com oligúria ou anúria. Os sintomas locais no acidente crotálico são geralmente discretos.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. O veneno elapídico é neurotóxico apenas, e leva a quadro neuroparalítico. Os pacientes acometidos apresentam fraqueza muscular progressiva, com ptose palpebral, oftalmoplegia e fácies miastênica. A paralisia da musculatura pode levar à insuficiência respiratória. Os sintomas no local da picada são leves.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. Acidente por serpente não-peçonhenta limita-se a manifestações locais (dor, edema e equimose), e não apresenta manifestações sistêmicas.

Questão | 2024 | 4000212190

O Programa de Saúde da Família (PSF) gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial no Brasil. Posteriormente torna-se Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo a ESF enunciada na

- A)** Norma Operacional da Assistência à Saúde.
- B)** Política Nacional de Atenção Básica.
- C)** Norma Operacional Básica.
- D)** Lei Orgânica da Saúde.
- E)** Agenda de Saúde.

Solução

Gabarito: **B)** Política Nacional de Atenção Básica.

Questão | | 2024 | 4000212191

Uma escolar de nove anos está internada numa enfermaria de pediatria, com pneumonia direita há dois dias. A despeito do tratamento com ampicilina venosa na dose correta, seu desconforto respiratório persiste e ela realizou uma radiografia de tórax, que demonstrou derrame pleural de moderada intensidade. A ultra-sonografia de toráx no leito confirmou o derrame, revelando grumos. Realizou punção pleural que mostrou líquido citrino em moderada quantidade, com presença de diplococos Gram-positivos no esfregaço, assim como proteínas aumentadas, DHL elevada e glicose baixa. Qual a conduta mais adequada para essa menina?

- A)** Manter o antibiótico e realizar drenagem pleural fechada
- B)** Substituir antibiótico para ceftriaxona com gentamicina e manter tratamento de suporte
- C)** Substituir antibiótico para oxacilina e acrescentar fisioterapia respiratória
- D)** Manter antibiótico e realizar decorticação pleural por toracotomia
- E)** Substituir antibiótico para macrolídeo e realizar drenagem pleural

Solução

Gabarito: **A)** Manter o antibiótico e realizar drenagem pleural fechada

Gabarito: A.

Olá, Estrategista! Estamos diante de uma questão clássica de provas de residência. Observe que trata-se com pneumonia e que não melhorava a despeito da terapia antimicrobiana. Nessas circunstâncias, devemos pensar que pode se tratar de uma pneumonia complicada. Na questão essa hipótese já foi confirmada e mostrou um derrame pleural parapneumônico.

O derrame pleural parapneumônico pode ser dividido em três grupos: derrame não complicado, derrame complicado e empiema pleural. No primeiro grupo o tratamento consiste em manter antibioticoterapia, já nos dois últimos é necessário, além do antimicrobiano, fazer drenagem pleural fechada.

Para diferenciarmos esses grupos, é necessária a análise do líquido pleural através de uma toracocentese. Veja abaixo os parâmetros utilizados:

Estágios	Aspecto	Característica	Condutas
Derrame não complicado	Citrino	pH > 7,2 DHL < 1000 UI/L Glicose > 40	Antibiótico Toracocentese
Derrame complicado	Citrino ou turvo	pH < 7,2 DHL > 1000 UI/L Glicose < 40	Antibiótico Drenagem torácica Intercenção cirúrgica
Empiema	Pus	Gram e culturas podem ser positivas	Drenagem Intervenção cirúrgica

A análise do líquido pleural na questão sugere que seja um empiema pleural: presença de diplococos Gram-positivos no esfregaço, assim como proteínas aumentadas, DHL elevada e glicose baixa. Os diplococos gram positivos só podem representar um *streptococcus pneumoniae*.

A letra A está correta. Correta. A ampicilina um betalactâmico é eficaz contra *streptococcus pneumoniae*. e o empiema deve ser drenado.

A letra B está incorreta. Incorreta. O uso isolado de antimicrobianos só faria sentido se não fosse um derrame complicado. Além disso, a gentamicina é desnecessária já que não tem boa cobertura para pneumococo.

A letra C está incorreta. Incorreta. O uso isolado de antimicrobianos só faria sentido se não fosse um derrame complicado. A oxa poderia ser escolhido se o gram sugerisse estafilococo (cocos em cachos de uva ou agrupados).

A letra D está incorreta. Incorreta. A decorticação é reservada para empiemas de difícil tratamento, já em fase organizada com fibrotórax.

A letra E está incorreta. Incorreta. O macrolídeo seria pior que a ampicilina para cobertura de pneumococo.

Questão | 2024 | 4000212193

O diagnóstico diferencial das infecções congênitas é difícil quando não temos quadros clínicos característicos, dependendo de exames laboratoriais de difícil interpretação. No entanto, em algumas situações, achados clínicos mais específicos podem sugerir a etiologia. Assinale a alternativa que poderia sugerir o citomegalovírus como agente etiológico.

- Restrição de crescimento intraútero, ascite/hidropisia, hepatoesplenomegalia, icterícia,
- A)** petequia, hepatite, trombocitopenia, anemia, microcefalia, convulsões, coriorretinite e perda de audição sensorial.
- Rinite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea com descamação, coriorretinopatia
- B)** pigmentar (do tipo sal e pimenta), periostite e desmineralização cortical das áreas da metáfise e da diáfise dos ossos longos.
- Perda auditiva, defeito cardíaco congênito (estenose dos ramos da artéria pulmonar e
- C)** ducto arterioso patente), catarata, retinopatia pigmentar (do tipo sal e pimenta), coriorretinite ou glaucoma congênito.
- Microcefalia grave com colapso parcial do crânio e escalpo redundante com rugas
- D)** (dobras de pele extra), córtex cerebral fino com calcificações subcorticais e contraturas congênitas das articulações maiores (artrogripose).
- Anemia e trombocitopenia, crises convulsivas, vesículas em pele e mucosas, secreção
- E)** ocular bilateral e ceratite, icterícia colestática com hepatite e coagulação vascular disseminada.

Solução

Restrição de crescimento intraútero, ascite/hidropisia, hepatoesplenomegalia,

Gabarito: A) icterícia, petequia, hepatite, trombocitopenia, anemia, microcefalia, convulsões, coriorretinite e perda de audição sensorial.

Olá, querido Estrategista. As infecções congênitas apresentam características comuns entre elas, portanto, o examinador precisa colocar na questão alguma característica chave para que você possa diferenciá-las e isso é o pulo do gato! Observe o quadro abaixo, ele traz as principais delas, que são cobradas com bastante recorrência!

INFECÇÃO CONGÊNITA	CARACTERÍSTICAS CHAVES
Toxoplasmose	Tétrade de Sabin: Calcificações intracranianas difusas, coriorretinite, hidro ou microcefalia, retardo mental.
Rubéola	Cardiopatia congênita, catarata, surdez.
Citomegalovírus	Calcificações intracranianas periventriculares, petequias, surdez.
Sífilis	Lesões cutâneas palmoplantares, lesões ósseas (Pseudoparalisia de Parrot/dor a mobilização)
Herpes Simples	Vesículas cutâneas, hiperemia conjuntival, acometimento neurológico.
Varicela	Lesões cicatriciais cutâneas, malformações de membros.
Zika vírus	Microcefalia, microftalmia, pé torto congênito, artrogripose.
HIV	Assintomático ao nascer, sinais de imunodepressão tardios.

Vamos às alternativas.

A letra A está correta. Aqui, temos petéquias e surdez que nos levam as características chave da citomegalovirose congênita, faltou apenas citar as calcificações intracranianas periventriculares.

A letra B está incorreta. Lessões ósseas e cutâneas nos levam ao diagnóstico de sífilis congênita.

A letra C está incorreta. Surdez, cardiopatia e catarata nos levam a pensar em rubéola congênita.

A letra D está incorreta. Microcefalia e artrogripose são características chave da zikavirose congênita.

A letra E está incorreta. Acometimento neurológico, oftalmológico e vesículas na pele nos levam a herpes simples congênita.

Questão | | 2024 | 4000212199

Diante de um recém-nascido prematuro com 35 semanas de idade gestacional, filho de mãe diabética com difícil controle e sem fatores de risco para infecção, o diagnóstico diferencial do desconforto respiratório é, muitas vezes, difícil. Quanto às causas de desconforto respiratório nesse paciente, é CORRETO afirmar que

- A)** a taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN) é rara e, quando ocorre, costuma ter evolução muito leve e melhora em 12 a 24 horas.
- B)** a síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido não deve ocorrer com essa idade gestacional, na qual a produção do surfactante já é plena.
- C)** a policitemia pode causar desconforto respiratório e cianose em casos mais graves, ocorrendo, com maior frequência, em filhos de mãe diabética.
- D)** cardiopatias congênitas estruturais são as alterações cardíacas mais frequentes e devem sempre ser afastadas por ecocardiograma.
- E)** a hipertensão pulmonar persistente deve ser pensada, quando o desconforto respiratório for leve a moderado e melhorar nas primeiras 72 horas.

Solução

Gabarito: C) a policitemia pode causar desconforto respiratório e cianose em casos mais graves, ocorrendo, com maior frequência, em filhos de mãe diabética.

Olá, Estrategista.

As mães diabéticas, principalmente as mal controladas, tendem a apresentar mais complicações fetais, como abortos, óbitos fetais ou patologia peri/neonatais.

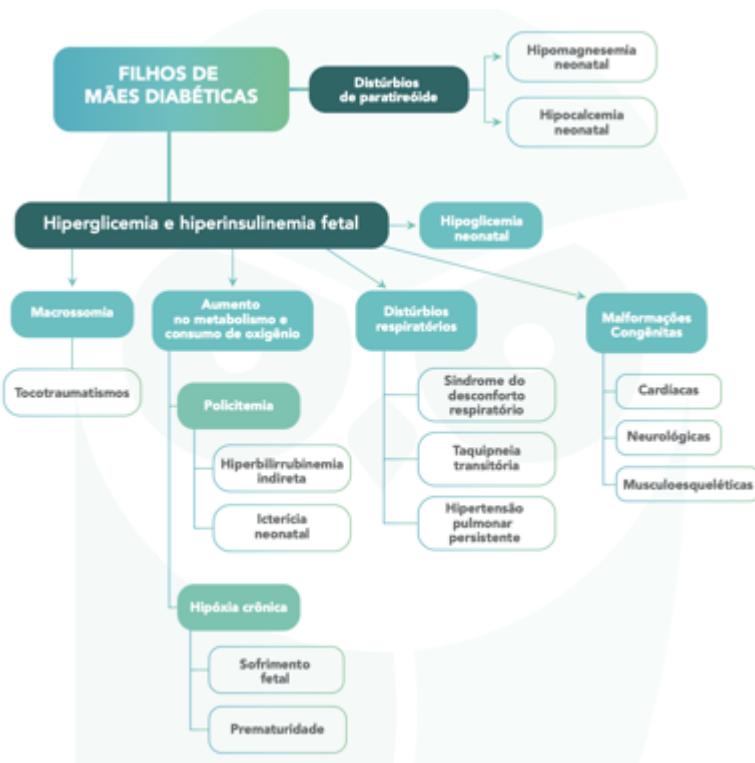
O principal distúrbio é a hipoglicemia neonatal, devido à hiperinsulinemia fetal. A hipocalcemia é o segundo distúrbio mais frequente dos bebês nascidos de mães diabéticas.

Mas não é só isso! No período fetal, especialmente no primeiro trimestre, a glicose age como fator de estímulo ao crescimento e desenvolvimento dos órgãos.

A hiperglicemia então pode levar ao crescimento excessivo, gerando bebês macrossômicos ou grandes para a idade gestacional. Aqueles bebês que vemos nas notícias nascendo com quatro, cinco quilos provavelmente são filhos de mães diabéticas mal controladas. RNs grandes podem sofrer tocotraumatismos por dificuldade na extração na hora do parto.

O crescimento desenfreado também pode ser teratogênico, e levar a malformações, principalmente cardíacas, como a cardiomegalia e a hipertrofia septal.

Já a hiperinsulinemia fetal aumenta o metabolismo e o consumo de oxigênio, elevando o número de hemácias, sendo assim, esses bebês, ao nascer, tendem a apresentar policitemia e consequentemente, hiperbilirrubinemia neonatal. Por fim, ela pode causar atraso na produção de surfactante e a síndrome da angústia respiratória do neonato.



Vamos às alternativas

A letra A está incorreta. A TTRN não é rara, é uma complicação comum em filhos de mães diabéticas, causada pelo retardamento na absorção do líquido pulmonar. É correto dizer que a evolução é leve e transitória.

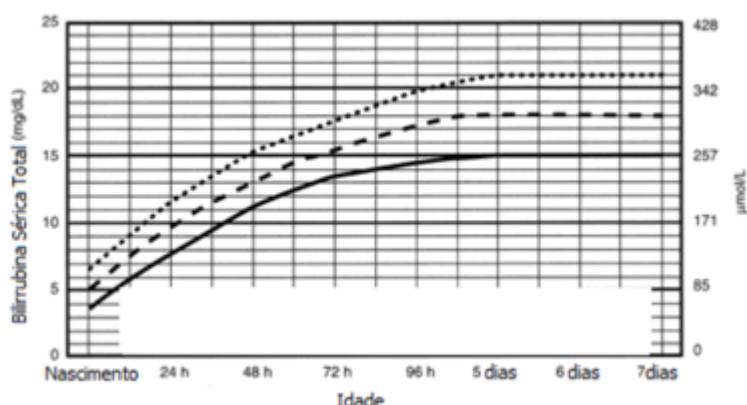
A letra B está incorreta. A SDR é pouco provável acima de 35 semanas de idade gestacional, porém, os filhos de mães diabéticas tendem a ter deficiência de surfactante, causando essa patologia mesmo em idades mais avançadas.

A letra C está correta. Correto, os filhos de mães diabéticas podem ter policitemia, causando hiperviscosidade sanguínea e consequentemente desconforto respiratório, hipóxia e cianose.

A letra D está incorreta. As cardiopatias congênitas estruturais são malformações frequentes cardíacas, mas, só devemos realizar ecocardiograma quando temos suspeita clínica e não em todos os casos.

A letra E está incorreta. A hipertensão pulmonar persistente é causa de desconforto respiratório grave e progressivo.

Questão | 2024 | 4000212200



Recém-nascido com idade gestacional de 39 semanas, com 36 horas de vida apresenta icterícia no exame no alojamento conjunto. Encontra-se em aleitamento materno exclusivo e pesa 3000gramas. Genitora GIIPIAI fez prénatal sem intercorrência, classificação sanguínea da mãe: O negativo. O recém-nascido nasceu bem, feito clampeamento do cordão umbilical com 60 segundos, com peso 3010gramas. Exame físico: icterícia em face, tronco e membros. Restante normal. Classificação sanguínea do recém-nascido: A positivo. Realizou dosagem de bilirrubina que teve BT 12,5mg/dL BI 11,9mg/dL. Considerando a orientação mais recente da Sociedade Brasileira de Pediatria que ainda preconiza a utilização do gráfico para indicação de fototerapia da Academia Americana de Pediatria de 2004, assinale a alternativa que indica a conduta CORRETA para esse paciente.

- A)** Indicar exsanguineotransfusão
- B)** Instalar albumina venosa e reavaliar com exames após 3 horas
- C)** Instalar fototerapia com irradiância de 30mW/cm²/nm.
- D)** Repetir bilirrubina com 6 horas e não indicar fototerapia
- E)** Colher provas de hemólise e Coombs direto para definir conduta

Solução

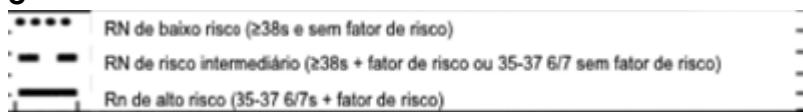
Gabarito: C) Instalar fototerapia com irradiância de 30mW/cm²/nm.

Estrategista, temos aqui:

- RN de 39 semanas
- Icterícia zona 4 com 36h de vida
- O negativo/ RN A positivo = risco de incompatibilidade Rh e/ou ABO
- BT 12,5mg/dL

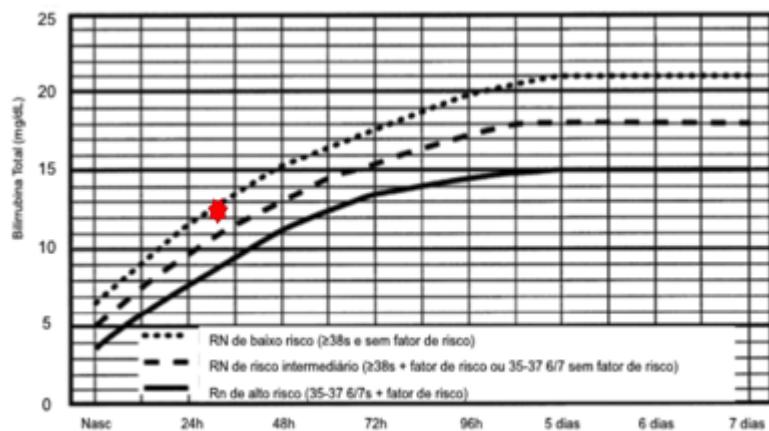
O examinador traz o gráfico de fototerapia e (na maior maldade, sem a legenda) solicita a conduta.

A primeira coisa é identificar que linha vamos seguir, vamos relembrar a legenda do gráfico.



Aqui, temos um RN de 39 semanas com fator de risco, portanto seguiremos a linha de risco intermediário.

Agora, vamos checar a interseção entre as horas de vida e bilirrubina total para esse RN.



Repare que estamos acima da linha de risco intermediário e, sempre que a interseção está acima da linha indicada para o RN, iniciamos ou mantemos a fototerapia. Essa é a conduta indicada para o nosso bebê.

A letra A está incorreta. Para considerarmos exsanguineotransfusão, precisamos de um gráfico específico ou de uma bilirrubina total maior que 25mg/dL.

A letra B está incorreta. Incorreto, pois o tratamento para icterícia é a fototerapia ou a exsanguineotransfusão.

A letra C está correta. Correto. Não teríamos necessidade de alta irradiância (30), porém, não é errado utilizá-la.

A letra D está incorreta. Incorreto, pois já tem indicação de fototerapia.

A letra E está incorreta. Incorreto, pois temos indicação de fototerapia, que deverá ser iniciada agora.

Questão | | 2024 | 4000212201

Pré-escolar, 4 anos, com relato de diarreia há 2 dias com fezes volumosas, várias vezes ao dia. Não aceita dieta há 12 horas (em jejum) e nesse período já apresentou 8 evacuações. Genitora leva a criança para a emergência porque a criança apresenta os olhos encovados, sonolência e taquicardia. Para organizar um plano terapêutico, o tipo de diarreia mais provável desse paciente e o agente etiológico comumente associado são:

- A)** Diarreia osmótica e Shiguella
- B)** Diarreia secretória e Salmonella
- C)** Diarreia osmótica e E. coli enterotoxigênica
- D)** Diarreia secretória e Vibrio cholerae
- E)** Diarreia secretória e E. coli enteroinvasiva.

Solução

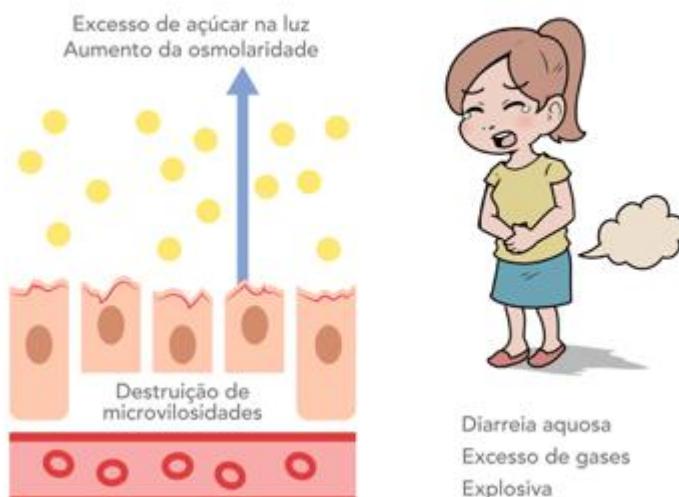
Gabarito: D) Diarreia secretória e Vibrio cholerae

Olá, Estrategista, há 3 mecanismos infecciosos na diarreia aguda. Observe

1) Mecanismo osmótico

Na diarreia infecciosa osmótica, os microrganismos infectam e destroem as vilosidades intestinais, local onde encontramos as dissacaridases, que são enzimas que digerem os açúcares. Eles, então, acumulam-se na luz intestinal, aumentando a pressão osmótica. Com isso, há aumento da passagem de água e eletrólitos para a luz intestinal. O excesso de açúcar fermentado transformase em radicais ácidos, portanto as fezes são aquosas, ácidas e explosivas, podendo causar dermatite perineal. O paciente manifesta dor e distensão abdominal, além do excesso de gases. Os agentes causadores são os vírus e a E. coli enteropatogênica.

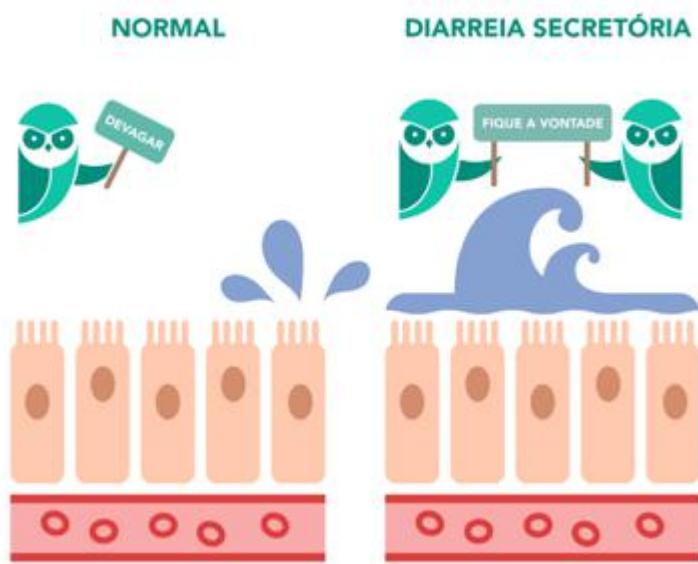
DIARREIA OSMÓTICA



2) Mecanismo secretório

No intestino, a adenosina monofosfato cíclico (AMPc), a guanosina monofosfato cíclico (GMPc) e o cálcio, em condições normais, regulam a saída de água da célula.

Alguns microrganismos causam aumento desses mediadores e, consequentemente, há saída ativa de água e eletrólitos para a luz intestinal, culminando nos episódios diarréicos com desidratação precoce e grave. Os principais agentes são a *E. coli* enterotoxigênica e o *Vibrio cholerae*.



3) Mecanismo inflamatório / invasivo

Nesses casos, a liberação de citocinas e mediadores inflamatórios promovem hipersecreção e hipermotilidade intestinal. Também podemos ter invasão da mucosa e doença sistêmica secundária.

Nas diarreias inflamatórias, há perda de sangue e muco nas fezes. Além disso, observamos aumento dos leucócitos fecais, bem como níveis elevados de calprotectina e lactoferrina nas fezes.

Os principais agentes da diarreia infecciosa inflamatória/invasiva são: **Shigella, Salmonella, E. coli enteroinvasiva, Campylobacter, E. coli entero-hemorrágica, Entamoeba histolytica e Yersinia.**

DIARREIA INVASIVA



Vamos às alternativas.

A letra A está incorreta. A Shiguella tem mecanismo inflamatório.

A letra B está incorreta. A Salmonella tem mecanismo inflamatório.

A letra C está incorreta.

Incorreta, pois a E. coli enterotoxigênica é uma diarreia secretória.

A letra D está correta. Correto, a cólera é uma diarreia secretória. Além disso, analisando o caso, faz sentido, pois temos fezes volumosas, sem relato de sangue e que se manifesta com desidratação grave.

A letra E está incorreta. Incorreta, pois a E. coli enteroinvasiva tem o mecanismo inflamatório.

Questão | 2024 | 4000212202

Paciente de 4 anos vem para consulta médica com quadro de febre e lesões arroxeadas em pele de início há algumas horas e queda do estado geral. Genitora relata que paciente começou quadro de febre, cefaleia, mialgia e vômitos há menos de 24 horas com piora rápida e progressiva do quadro, tendo evoluído com lesões purpúricas em tronco e membros. Nega outras queixas. Nega comorbidades. Cartão vacinal sem vacinas

registradas desde os 5 meses de idade. Ao exame: estado geral decaído, hipocorado, sudoreico, hidratação limítrofe, pulsos finos, ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas, frequência cardíaca de 165bpm; murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios e com taquidispneia; abdome depressível, indolor e sem visceromegalias. Lesões purpúricas em tronco e membros e exame neurológico meníngeo inconclusivo com presença de hipotonia muscular. Diante da sua hipótese diagnóstica, quais seriam as condutas mais adequadas?

- A)** Estabilizar paciente com hidratação venosa 20mL/Kg; iniciar antibiótico venoso; realizar exames complementares e indicar profilaxia nos familiares que viviam com o paciente.
- B)** Transferir para serviço de referência para seguimento clínico e tratar todos os profissionais que tiveram qualquer contato com o paciente.
- C)** Iniciar hidratação venosa com 20 mL/kg de solução balanceada; solicitar vaga de UTI e aguardar exames complementares para realização de outras medidas terapêuticas.
- D)** Realizar hidratação venosa e antibiótico na primeira hora de atendimento, além de manter paciente no leito mais visível à equipe de enfermagem, para melhor monitoramento. Indicar profilaxia apenas para os familiares que dormiam no mesmo quarto.
- E)** Ofertar hidratação venosa 10 mL/Kg em 1 hora com solicitação de exames séricos ao término dessa fase e manter paciente internado em monitorização contínua.

Solução

Estabilizar paciente com hidratação venosa 20mL/Kg; iniciar antibiótico venoso; realizar exames complementares e indicar profilaxia nos familiares que viviam com o paciente.

GABARITO: ALTERNATIVA A

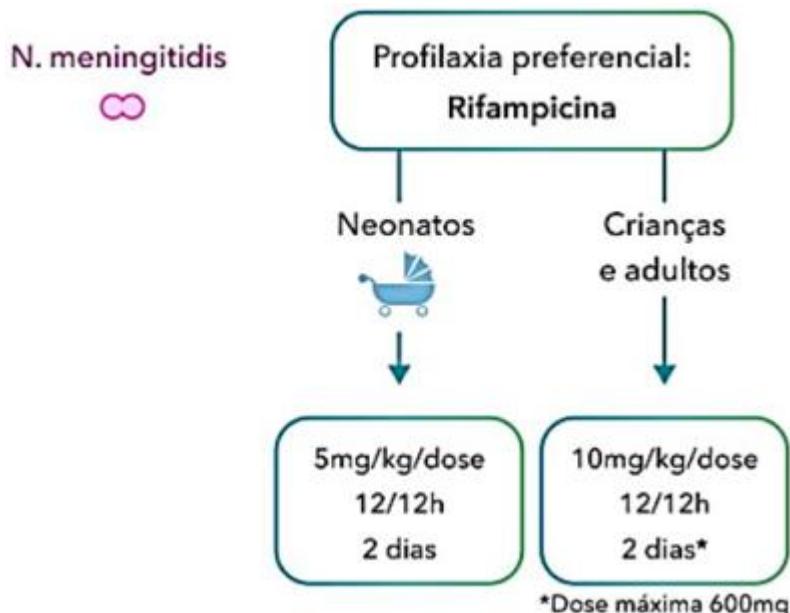
Sempre que você encontrar um caso clínico com criança apresentando um quadro febril agudo grave, com evolução rápida (variando de poucas horas a, no máximo, alguns dias) e presença de lesões purpúricas, pense em doença meningocócica.

A doença meningocócica (causada pela *Neisseria meningitidis*) tem incidência bimodal: o primeiro pico ocorre em crianças no primeiro ano de vida, seguido de um segundo na adolescência. Os fatores de risco clássicos para a doença meningocócica são: asplenia e deficiência de complemento (primária ou secundária ao uso de drogas, como o eculizumabe).

O quadro clínico pode incluir as seguintes manifestações: meningite ou meningoencefalite, CIVD com múltiplos fenômenos hemorrágicos (petéquias, equimoses, sangramentos) e insuficiência adrenal com choque refratário (síndrome de Waterhouse-Friderichsen), em que o uso precoce de corticosteroides auxiliará no manejo do choque.

Diante de um caso grave, como o descrito no enunciado, devemos iniciar a reposição volêmica (10 a 20ml/kg de cristaloide balanceado, segundo as recomendações da campanha “Surviving Sepsis” para pediatria), coletar amostras para cultura e análise laboratorial e iniciar terapia antimicrobiana logo no início do atendimento, sem aguardar resultados os exames para decidir sobre a antibioticoterapia.

A identificação de pessoas e profissionais com risco de infecção por cepas invasivas de meningococo é essencial para a prevenção de surtos. Todas as pessoas em contato com casos de meningite meningocócica precisarão de profilaxia? Não, apenas os contatos próximos, independentemente de sua condição vacinal. Contatos próximos podem ser definidos como: moradores do mesmo domicílio, pessoas que utilizam o mesmo dormitório em alojamentos, comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente. Atenção: profissionais da saúde só devem receber quimioprofilaxia em caso de realização de procedimentos envolvendo vias aéreas ou cavidade oral (intubação orotraqueal, cateterismo nasogástrico ou aspiração de vias aéreas) sem o uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI). Veja, a seguir, como deve ser prescrita a quimioprofilaxia:





A letra A está correta. Correta a alternativa A. Está correta a indicação de reposição volêmica, antibioticoterapia e coleta de amostras para exames complementares. A profilaxia deve ser indicada para todos os familiares que vivem no mesmo domicílio.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A conduta inicial não é transferir o paciente, mas sim estabilizar clinicamente e iniciar a terapia antimicrobiana. Os profissionais da saúde que tiveram contato não têm indicação da profilaxia ou tratamento.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. A terapia antimicrobiana deve ser iniciada logo após a coleta de amostras para cultura, e não apenas após o resultado dos exames.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. O erro dessa alternativa está em indicar a profilaxia apenas para os familiares que dormiam no mesmo quarto, quando deveria ser recomendada para todos que vivem no mesmo domicílio.

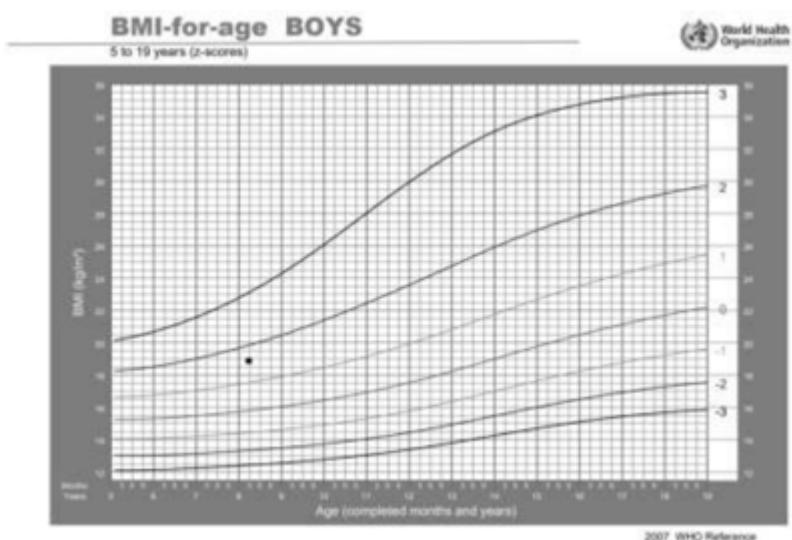
A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. É necessário iniciar a antibioticoterapia logo após a coleta de amostras para cultura.

Questão | 2024 | 4000212203

Escolar de 8 anos vem para atendimento médico de rotina sem queixas. Paciente apresenta importante erro alimentar com alta ingestão de ultraprocessados apresentando baixa adesão às orientações fornecidas. Na última consulta, foi realizado encaminhamento ao serviço de nutrição, o que impactou positivamente nos hábitos do paciente. Nega outras comorbidades e nega internamentos prévios. Não faz uso regular de medicações. Ao exame físico, paciente com bom estado geral, hidratado, corado, ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros; murmurio vesicular presente sem ruídos adventícios e sem desconforto respiratório; abdome globoso, ruído hidroáereo presente e sem visceromegalias. Presença de alterações cutâneas como na imagem abaixo:



O gráfico de crescimento é o que se segue:



Qual o nome da lesão visualizada, seu significado e a classificação antropométrica da criança?

- A) Acantose nigricans; resistência insulínica; peso normal para a idade
- B) Nevo melanocítico; resistência insulínica; obesidade
- C) Acantose nigricans; resistência insulínica; sobrepeso
- D) Nevo melanocítico; hiperglicemia; obesidade
- E) Acantose nigricans; hiperglicemia; sobrepeso

Solução

Gabarito: C) Acantose nigricans; resistência insulínica; sobrepeso

Olá coruja,

Antes de começarmos, vamos realizar a classificação nutricional dessa criança.

De acordo com o gráfico fornecido, vemos que seu IMC se encontra entre o escore Z +1 e +2, observe:

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

Concluímos que essa criança apresenta sobrepeso.

Agora, vamos resumir os principais dados do enunciado:

- criança de 8 anos
- erro alimentar com alta ingestão de ultraprocessados
- encaminhamento ao serviço de nutrição, com resultados positivos
- presença de acantose nigricans ao exame
- sobrepeso.

A acantose nigricans é encontrada na pele de pacientes obesos resistência insulínica. Suas principais características são manchas escuras resultantes de hiperqueratose e hiperpigmentação de aspecto áspero, verrucoso e aveludado, que se localizam em dobras e pregas da região do pescoço, axilas e virilha, podendo também afetar os pés, lábios e mãos. Esse sinal deve alertar o profissional de saúde quanto ao risco aumentado do desenvolvimento de diabetes melito tipo 2, devido ao hiperinsulinismo.

A letra A está incorreta. Incorreta A, a classificação nutricional está incorreta, pois o gráfico fornecido não é de peso e sim de IMC.

A letra B está incorreta. Incorreta B, porque indicou o diagnóstico errado da lesão de pele e a classificação nutricional está incorreta também.

Os nevos são neoplasias benignas derivadas dos melanócitos, consequência de sua multiplicação. São, popularmente, chamados de “pintas”. Dependendo de onde estejam esses melanócitos, dividimos os nevos em juncionais, compostos ou intradérmicos. Em geral, sua apresentação é de uma mácula acastanhada ou enegrecida, bem delimitada, de bordas regulares.

A letra C está correta. Correta C, tanto a classificação nutricional como o significado da lesão de pele encontrada estão corretos.

A letra D está incorreta. Incorreta D, o nevo melanocítico se apresenta de forma diferente da acantose, sendo uma lesão bem delimitada. Além disso, indicou a classificação nutricional incorreta e indicou o significado incorreto para a lesão de pele encontrada.

A letra E está incorreta. Incorreta E, porque o significado está incorreto já que a hiperglicemia é o resultado da resistência insulínica.

Questão | | 2024 | 4000212204

Criança de 26 dias de vida, termo, sexo feminino, vem para consulta ambulatorial com relato de tratamento para sífilis congênita. Realizou 10 dias de penicilina cristalina, porém há relato de exame liquórico sem alterações. Genitora nega queixas, refere que está ofertando seio materno sob livre demanda e que a criança tem boa diurese e boa evacuação. Durante seu exame físico, a criança apresentava todos os parâmetros esperados para a idade. Genitora questiona acerca do seguimento clínico e laboratorial da criança. Assinale a alternativa que indica a sequência de exames obrigatórios para o seguimento dessa criança.

- A)** Precisará repetir o exame liquórico aos 6 meses de idade.
- B)** A tomografia de crânio precisará ser solicitada aos 12 meses de vida.
- C)** Deverá realizar hemograma a cada três meses e teste treponêmico aos 18 meses.
- D)** Será solicitado teste não treponêmico obrigatoriamente aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.
- E)** O teste não treponêmico é indicado aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, sendo interrompidas as coletas após 2 testes não reagentes consecutivos.

Solução

Gabarito: E) O teste não treponêmico é indicado aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, sendo interrompidas as coletas após 2 testes não reagentes consecutivos.

Todo neonato exposto à sífilis gestacional, independentemente de ter sido tratado ou não, deverá realizar o seguimento ambulatorial. Ele deve ser realizado por pediatra ou infectologista pediátrico e consiste em:

- Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1a semana de vida e no 1o, 2o, 4o, 6o, 9o, 12o e 18o mês (protocolo do Ministério da Saúde) OU consultas mensais até o 6o mês de vida e bimensais até o 12o mês (protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria).

• Coleta de teste não treponêmico - VDRL com 1o, 3o, 6o, 12o e 18o meses de idade. Interromper o seguimento caso a criança apresente dois exames negativos consecutivos. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada.

Diante da elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou sua não negativação até 18 meses ou persistência de títulos baixos, reavaliar a criança e proceder ao retratamento.

Caso a criança tenha apresentado sífilis congênita confirmada, deverá também realizar:

- Avaliação especializada oftalmológica, neurológica e audiológica, semestralmente, por 2 anos;
- Em caso de neurosífilis, realizar coleta de liquor a cada 6 meses, até a normalização.

A letra A está incorreta. Incorreto, pois o enunciado exclui a neurosífilis.

A letra B está incorreta. Incorreto, pois não há indicação de tomografia de crânio.

A letra C está incorreta. Incorreto, não há indicação de hemograma nem de teste treponêmico.

A letra D está incorreta. Observem a pegadinha da alternativa, o teste não treponêmico não é obrigatório nessas idades, pois se tivermos dois consecutivos negativos, interrompemos o seguimento.

A letra E está correta. Correto, esse é o seguimento indicado.

Questão | 2024 | 4000212205

Criança de 10 anos portadora de cardiopatia congênita corrigida (comunicação interventricular) vem para serviço de urgência com queixa de dispneia. Havia perdido seguimento ambulatorial e estava sem uso de medicação ou avaliação médica há aproximadamente 3 anos. Durante sua avaliação, a criança foi apresentando deterioração clínica progressiva, evoluindo com perda da consciência e monitor evidenciando linha reta (assistolia). Você se encontra sozinho na sala vermelha no momento. Qual a sua conduta inicial diante do quadro clínico em questão?

- A)** Definir se houve parada cardiorrespiratória e, caso seja confirmada, iniciar reanimação cardiopulmonar com desfibrilador 2 J/Kg
- B)** Avaliar presença de pulso e de respiração, enquanto organiza material de gasometria para afastar causas como hipercalemia
- C)** Iniciar manobras cardiovasculares com compressões cardíacas na proporção 15:2, enquanto aguarda desfibrilador

- D)** Verificar pulso e respiração, além dos cabos, ganho e derivação, enquanto pede ajuda e inicia compressões cardíacas
- E)** Proceder às manobras de reanimação cardiovasculares e administração imediata de adrenalina endovenosa

Solução

Gabarito: D) Verificar pulso e respiração, além dos cabos, ganho e derivação, enquanto pede ajuda e inicia compressões cardíacas

Estrategista, há 4 ritmos de PCR na pediatria:

- 2 chocáveis: Fibrilação ventricular e Taquicardia ventricular sem pulso
- 2 não chocáveis: Assistolia e Atividade elétrica sem pulso



Quando temos o ritmo assistolia, a primeira coisa a se fazer é confirmar esse estado, para isso fazemos:

- Verificamos pulso e respiração simultaneamente.
- Checamos a assistolia com o protocolo "CAGaDa"

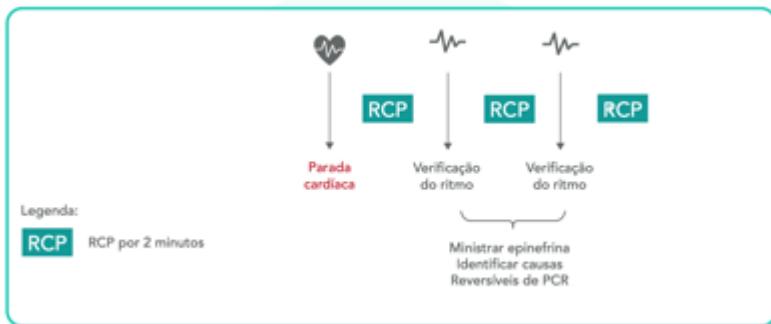
CAbos - checamos se os cabos estão corretamente conectados.

Ganho- aumentamos o ganho da derivação (como se fosse dar um zoom)

Derivações - mudamos a derivação para confirmar a assistolia

Confirmada a assistolia e sendo esse um ritmo não chocável, seguimos o seguinte protocolo:

1. A RCP deve ser iniciada e o ritmo checado.
2. Se a criança estiver em AESP ou assistolia, manter a RCP durante 2 minutos e, se tiver acesso, já aplicar a primeira dose de adrenalina.
2. Checar o ritmo.
3. Se persistir em assistolia/AESP, reiniciar as compressões.
4. Manter a adrenalina a cada 3 a 5 minutos.
6. Tratar causas reversíveis de PCR.



Vamos às alternativas

A letra A está incorreta. Incorreto, pois a assistolia é um ritmo não chocável, ou seja, não desfibrilamos.

A letra B está incorreta. As causas reversíveis de PCR são checadas durante a reanimação cardiopulmonar.

A letra C está incorreta. Quando temos um socorrista sozinho, o ritmo é de 30 compressões para 2 ventilações, além disso, não usamos o desfibrilador.

A letra D está correta. correto

A letra E está incorreta. Essa é a sequência a ser realizada após a confirmação da assistolia descrito na alternativa D.

Questão | | 2024 | 4000212206

Paciente feminino prematuro, nascido com 29 semanas de idade gestacional, devido à incompetência istmocervical, vem para consulta de seguimento. No momento, apresenta 7 meses e 1 dia de idade cronológica e genitora nega queixas. Atingia os marcos do desenvolvimento para a idade corrigida e vinha com evolução adequada nos gráficos de crescimento, além de vacinação completa e início de introdução alimentar adequado. Seu peso de nascimento havia sido 1030g. Além das orientações gerais e manutenção do uso do polivitamínico, quais orientações e condutas você ajustaria?

- A)** Manter sulfato ferroso 3mg/Kg/dia e zinco
- B)** Manter sulfato ferroso 4mg/Kg/dia e fosfato tricálcio
- C)** Iniciar sulfato ferroso 2 mg/Kg/dia devido à prematuridade
- D)** Manter vigilância clínica regular sem acrescentar outras intervenções
- E)** Solicitar exames complementares para avaliar necessidade de outras medicações

Solução

Gabarito: A) Manter sulfato ferroso 3mg/Kg/dia e zinco

Olá coruja,

Nesse enunciado temos um bebê prematuro que nasceu com peso de 1030g, que se encontra atualmente com 7 meses. Seu desenvolvimento neuropsicomotor é adequado para a idade corrigida e seu crescimento está adequado.

Tanto a parte nutricional como as imunizações estão adequadas.

O examinador solicita as condutas a serem ajustadas.

Observamos que o enunciado da questão não fez referência à suplementação de ferro e zinco, e aparentemente indica que o lactente recebe o polivitamínico.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, os bebês prematuros precisam receber:

- Polivitamínico (solução oral) contendo vitaminas A, C e D: 12 gotas VO 1x/dia; ou, vitamina A + D, 4 gotas VO 1x/dia, mais vitamina C, 3 gotas VO 1x/dia (a oferta de vitamina D deve ser de 400 UI/dia).
- Sulfato ferroso (solução oral) (veja doses a seguir)
- Sulfato de zinco (10 mg/ml): 0,5-1 mg/kg/dia VO desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida.
- Suplementação de cálcio : recomendada apenas para prematuros com doença metabólica óssea. As doses são de 200-250 mg/kg/dia de cálcio e 110-125 mg/kg/dia de fósforo (considerar o conteúdo do leite adicionado ao da solução de cálcio e fósforo)

Vamos realizar os ajustes:

1) Sulfato ferroso:

A suplementação de ferro em lactentes visa a prevenção da anemia ferropriva que é muito prevalente em lactentes e se relaciona a várias manifestações, tais como:

- Prejuízo motor;
- Prejuízo de desenvolvimento cognitivo;
- Rendimento escolar precário;
- Maior predisposição a infecções e
- Dificuldades inclusive afetivas e de concentração.

Vamos lembrar que o estoque de ferro, assim como o maior ganho de peso do feto, acontece no terceiro trimestre de gestação. Os bebês prematuros e termos de baixo peso ao nascimento (menor do que 2500 g) não tiveram tempo suficiente para fazer esse estoque, assim sua suplementação deve ser introduzida mais precocemente.

Assim, esse grupo de bebês necessita de suplementação de ferro a partir do 30º dia de vida e de acordo com seu peso de nascimento.

Na tabela abaixo, você pode conferir as doses. Depois, vamos dar a você uma dica de como memorizá-las:

Condição	Suplementação de Fe recomendada pelo MS e pela SBP
RNT < 2.500g ou Prematuro >1.500g	2mg/kg/dia até 1 ano
Prematuro de 1.500g a 1.000g	3 mg/kg/dia até 1 ano
Prematuro < 1.000g	4 mg/kg/dia até 1 ano

Essas doses são recomendadas até os 12 meses e a partir desse momento devem ser diminuídas para 1mg/kg/dia até que o lactente complete 1 ano de vida.

Como esse bebê nasceu com 1030g, a dose de ferro profilática para o primeiro ano de vida é de 3mg/kg/dia.

2) Zinco:

O zinco é um oligoelemento fundamental para as funções fisiológicas relacionadas à defesa antioxidante e função imunológica. Ele também interfere no crescimento e desenvolvimento.

Como o lactente nasceu com 29 semanas de idade gestacional, faltaram 11 semanas para que ele completasse as 40 semanas. Assim, devemos descontar da idade atual essas 11 semanas.

Ele tem 7 meses que equivalem a 28 semanas (pós-natais), acompanhe:

28-11 semanas= 17 semanas que equivalem a 4, 25 meses de idade corrigida, considerando que 1 mês equivale a 4 semanas.

Dessa forma, ele ainda precisa de zinco diariamente na dose de 0,5-1 mg/kg/dia.

3) Cálcio

Os neonatos pré-termo apresentam risco elevado de desenvolver doença metabólica óssea (DMO). Isso ocorre devido ao maior incremento de cálcio e fósforo ocorre no terceiro trimestre de gestação. Assim o prematuro que não recebe a suplementação com vitamina D, cálcio e fósforo pode apresentar osteopenia e os sintomas do raquitismo.

Como o leite materno e as fórmulas infantis não possuem a quantidade necessária destes elementos, eles devem ser acrescidos à dieta. Em caso de triagem positiva para DMO, a suplementação de cálcio e fósforo deverá continuar após a alta com solução manipulada.

Como no enunciado não foi mencionada a presença de doença metabólica óssea, não há recomendação de suplementação de cálcio para esse lactente.

A letra A está correta. Correta A, porque indicou a dose correta da suplementação de ferro, e a necessidade da suplementação de zinco.

A letra B está incorreta. Incorreta B, a dose do sulfato ferroso está incorreta e o cálcio só é recomendado para lactentes com doença metabólica óssea.

A letra C está incorreta. Incorreta C, a dose de ferro está insuficiente e não foi mencionada a necessidade de zinco.

A letra D está incorreta. Incorreta D, porque não recomendou a suplementação de ferro e zinco.

A letra E está incorreta. Incorreta E, porque a suplementação de ferro e zinco independe de avaliação laboratorial.

Questão | | 2024 | 4000212207

Paciente masculino de 7 anos vem com quadro de febre há algumas semanas e há alguns dias genitora vem notando aumento do volume abdominal. Nega alteração do estado geral e nega comorbidades. Segue acompanhamento médico regular no interior de Pernambuco e apresenta cartão vacinal atualizado. Ao exame: regular estado geral, hipocorado +/4+, com ausculta cardíaca e respiratória dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária; abdome semigloboso com ruídos hidroaéreos preservados, fígado a 4 cm do rebordo costal direito e baço a 5 cm do rebordo costal esquerdo; ausência de adenomegalias. Baseado nos dados clínicos e epidemiologia de doenças infectocontagiosas local, qual exame confirmaria sua hipótese diagnóstica?

- A)** Aspirado de medula óssea com formas mastigotas do parasita
- B)** Aspirado de baço com formas amastigotas do parasita
- C)** Exame da gota espessa com diferenciação do parasita
- D)** Lâmina direta com isolamento da bactéria
- E)** Visualização em campo escuro do vírus

Solução

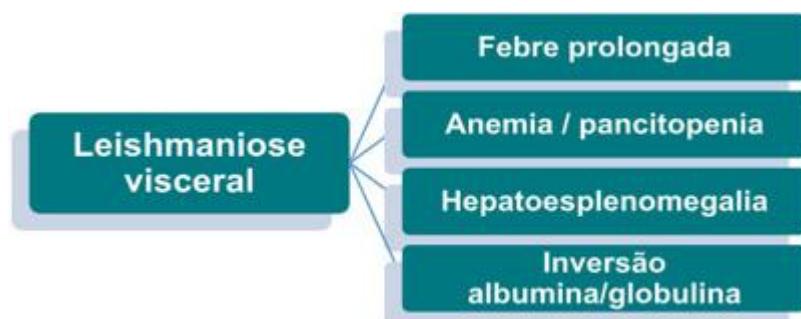
Gabarito: B) Aspirado de baço com formas amastigotas do parasita

GABARITO: ALTERNATIVA B

Leishmaniose visceral (ou calazar) é uma doença infecciosa crônica, caracterizada por febre, anemia ou pancitopenia, perda de peso e hepatoesplenomegalia. Hipoalbuminemia é um achado laboratorial típico, embora não exclusivo dessa doença. A hipergamaglobulinemia é comum, e resulta da ativação de células B policlonais. Assim, é frequente a inversão da relação albumina/globulinas.

Exames laboratoriais na Leishmaniose Visceral	
Hemograma	Anemia (Hemoglobina < 9g/dL) - padrão normocítica/normocrônica Leucopenia com poucos eosinófilos Plaquetopenia
VHS	Aumentado.
Albumina	Reduzida
Eletroforese de Proteínas	Pico de gammaglobulinas
AST/ALT	Discreta elevação

A dica para identificar leishmaniose visceral em provas de residência médica é procurar os seguintes achados clínicos e laboratoriais:



Portanto, quando estamos diante de uma criança com quadro prolongado de febre, hepatoesplenomegalia e anemia (“hipocorado +/4+), devemos pensar em leishmaniose visceral.

O diagnóstico de leishmaniose visceral pode ser realizado com método:

- **Imunológico:** imunofluorescência indireta ou teste rápido imunocromatográfico (rk39);
- **Parasitológico:** pesquisa de formas amastigotas em material biológico, preferencialmente medula óssea (a sensibilidade é maior de amostra de aspirado esplênico, mas esse procedimento traz risco elevado de sangramento). Esse é o padrão-ouro para o diagnóstico. A pesquisa do parasita também pode ser realizada por meio de método de biologia molecular (PCR).

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. Cuidado com a pegadinha! O diagnóstico é realizado com a visualização de formas amastigotas (e não mastigotas) do parasita.

A letra B está correta. Correta a alternativa B. Apesar do risco de sangramento, o diagnóstico pode ser feito por meio da visualização de formas amastigotas em aspirado do baço.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. O exame de gota espessa é o padrão-ouro para o diagnóstico de malária, e não de leishmaniose visceral.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. Leishmaniose visceral é causada por um protozoário, e não uma bactéria. No Brasil, *L. chagasi* (ou *L. infantum*) é o principal agente causador da leishmaniose visceral.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. A leishmaniose visceral não é causada por vírus.

Questão | | 2024 | 4000212208

Correlacione os quadros clínicos abaixo de obstruções infecciosas das vias aéreas superiores com o seu principal agente etiológico.

1. Criança de 6 meses com quadro de febre baixa aferida associada à tosse e coriza há 3 dias, evoluindo com rouquidão e estridor em repouso. Encontra-se com bom estado geral e sem desconforto respiratório.

2. Criança de 4 anos, com história de febre (Tax de 39°C), tosse e coriza há 4 dias, evoluindo com piora progressiva do estado geral e tosse ladrante. Chega ao serviço de emergência com desconforto respiratório moderado e presença de secreção purulenta ao exame de cavidade oral.

3. Criança de 6 anos é levado ao serviço de emergência devido a sintomas de odinofagia importante e disfagia há menos de 24 horas, além de febre associada. Genitora refere salivação importante e hipoatividade.

() *Haemophilus influenzae B*

() *Parainfluenza*

() *Staphylococcus aureus*

Assinale a alternativa que indica a correlação CORRETA.

A) 2-3-1

B) 1-2-3

C) 3-1-2

D) 3-2-1

E) 2-1-3

Solução

Gabarito: C) 3-1-2

Correta a alternativa "c"

A letra A está incorreta. Apresenta uma sequência diferente da compatível com os quadros clínicos listados.

A letra B está incorreta. Apresenta uma sequência diferente da compatível com os quadros clínicos listados.

A letra C está correta. Bela questão do SES-PE que avaliou o conhecimento clínico e etiológico de três causas importantes de estridor infeccioso numa única questão.

O caso de número 1 trouxe um episódio bem característico de laringite viral ou crupe que é causada pelo **vírus Parainfluenzae**, sendo mais frequente no outono e no inverno.

Nestes casos é frequente vermos como início do quadro sintomas comuns a várias infecções virais das vias aéreas superiores como febre baixa, tosse discreta e coriza hialina.

Os sintomas que caracterizam a laringite viral e estarão descritos em conjunto na maioria dos enunciados são:

- Rouquidão/Disfonia
- Tosse rouca/ladrante/ou “de cachorro”
- Estridor/Ruído inspiratório

O caso número 2 apresenta um caso compatível por laringotraqueite bacteriana que apresenta febre alta e dispneia mais intensa que a laringite viral, mas é geralmente precedida por esta última, apresentando os pródromos descritos nesta alternativa.

A laringotraqueite bacteriana é uma infecção exsudativa invasiva dos tecidos moles da traqueia, que acomete a laringe subglótica e a árvore brônquica superior.

Por isso a presença de secreção purulenta em orofaringe e laringe.

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

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

Porém, na laringotraqueite bacteriana ocorre uma intensificação deste quadro clínico prévio, através de uma evolução clínica mais insidiosa do que a verificada anteriormente na epiglotite.

O caso 3 apresenta a epiglotite que apresenta sinais e sintomas mais intensos que as demais com evolução rápida.

Pode ser causada por uma variedade de bactérias, fungos ou vírus. Porém, em crianças saudáveis e nas questões de prova, a epiglotite é de etiologia bacteriana causada pelo **Haemophilus influenzae tipo B**.

A vacinação completa tem um papel importante na prevenção desta infecção, pois a vacina pentavalente, que faz parte do calendário básico de vacinação, desenvolve imunidade contra a referida bactéria.

Diferente da laringite viral, a disfonia e a tosse rouca ou ladrante não são essenciais ao diagnóstico.

Em crianças com epiglotite, verificamos um início abruto e uma rápida progressão de:

- Disfagia
- Sialorreia
- Angústia respiratória (dispneia)
- Febre alta
- Sinais de Toxemia

A letra D está incorreta. Apresenta uma sequência diferente da compatível com os quadros clínicos listados.

A letra E está incorreta. Apresenta uma sequência diferente da compatível com os quadros clínicos listados.

Questão | | 2024 | 4000212209

“Os imunobiológicos são frequentemente chamados de “terapia alvo” e referem-se a um grupo diversificado de medicamentos que atuam diretamente no sistema imunológico, principalmente nas células T, células B, interação ligantereceptor, citocinas, quimiocinas, entre outros. Esses medicamentos demonstraram reduzir a atividade da doença, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes e seus familiares”.

Imunobiológicos e biossimilares em Pediatria. Departamento Científico de Reumatologia da SBP. Agost. 2023.

Entre as várias categorias de Imunobiológicos, temos a Imunoglobulina Humana Intravenosa (IGIV), com ação de imunomodulação.

Assinale a alternativa que contém 2 indicações pediátricas clássicas para o uso desse Imunobiológico.

- A) Doenças autoinflamatórias; doença de Behçet**

- B)** Artrite idiopática juvenil e artrite reumatoide
- C)** Encefalomielite aguda disseminada (ADEM) e síndrome hemolítico-urêmica atípica
- D)** Síndrome de Guillain-Barré e doença de Kawasaki
- E)** Artrite idiopática juvenil e doença inflamatória intestinal

Solução

Gabarito: **D)** Síndrome de Guillain-Barré e doença de Kawasaki

Olá, Estrategista, questão bastante decoreba e específica para uma prova de acesso direto!

A Imunomodulação e terapia de reposição de imunoglobulinas policlonais (IGIV) é indicada para o tratamento de erros inatos da imunidade (EII) que cursam com defeitos na produção de anticorpos, e, em doses maiores, para imunomodulação em casos de síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis, plaquetopenia autoimune e doença de Kawasaki. Em situações especiais, também é prescrita para miopatias inflamatórias, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de ativação macrofágica e vasculites sistêmicas.

Além da IGIV, há outras categorias de imunobiológicos e biossimilares, são elas

- Terapia anticitocinas (anti-TNF, anti-IL6, anti-IL1, anti-IL18, anti-IL17, anti-interferon): Citocinas pró-inflamatórias têm sido implicadas em doenças inflamatórias e autoimunes crônicas .Esses imunobiológicos são utilizados para o tratamento da artrite idiopática juvenil, doença inflamatória intestinal, doenças autoinflamatórias (por exemplo, febre familiar do Mediterrâneo, criopirinopatias, síndrome periódica associada ao receptor de TNF(TRAPS), doença de Behçet, arterite de Takayasu , uveítes autoimunes, esclerodermia, dermatite atópica grave, síndromes hipereosinofílicas, LES.
- Terapia com reposição de citocinas: consiste de reposição de interferon, indicada na tuberculose e doença granulomatosa crônica.
- Terapia antiadesiva: consiste de bloqueio de moléculas de superfície endotelial (integrinas), afetando a diapedese leucocitária. Indicada no tratamento da esclerose múltipla.
- Bloqueio e estímulo de células T: consiste de proteínas de fusão que contêm fração Fc de IgG ligada a uma molécula de CTLA-4, visando bloquear o sítio de ligação do CD80/CD86 na célula apresentadora de抗ígenos, impedindo assim o sinal coestimulador essencial à ativação do linfócito T. Indicado para tratamento da artrite idiopática juvenil e artrite reumatóide.
- Depleção de células B: O objetivo principal é destruir as linhagens de células B malignas ou autoimunes. Assim que o anticorpo monoclonal se liga ao alvo na superfície do linfócito B (CD20, CD22, BLyS ou TACI), pode determinar morte celular por três diferentes mecanismos e a consequente redução da produção de anticorpos. Além disto,

também inibe a produção de citocinas pró-inflamatórias (TNF α , IL-1, IL-4, IL-6). Indicado para artrite reumatóide, granulomatose com poliangiite, poliangiite microscópica, LES, PTI.

- Inibição de frações proteicas específicas: são exemplos o omalizumabe (anti-IgE, que se liga à porção ϵ do fragmento Fc da IgE impedindo a sua fixação ao receptor de alta afinidade, reduz a degranulação de mastócitos e basófilos, levando à redução da síntese de IgE, redução da produção de mediadores da resposta alérgica e dos eosinófilos periféricos), eculizumabe (anti-C5a convertase do sistema complemento que evita a formação do complexo de ataque à membrana).

Vamos às alternativas

A letra A está incorreta. São tratados com terapia anticitocina.

A letra B está incorreta. São tratados com bloqueio e estímulo de células T

A letra C está incorreta. ADEM utiliza IGIV, mas a SHU atípica utiliza inibição de frações proteicas específicas.

A letra D está correta. Correto.

A letra E está incorreta. AIJ pode ser tratada com bloqueio e estímulo de células T e a DII com terapia anticitocina.

Questão | 2024 | 4000212210

Analise as assertivas abaixo sobre a Doença Celíaca (DC) na infância:

I. Trata-se de uma doença caracterizada por uma resposta imunológica à ingestão de glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis. O tratamento consiste numa dieta totalmente isenta de alimentos, como trigo, aveia, centeio, entre outros, que contêm, em seu estado natural, uma família de proteínas chamada glúten.

II. São manifestações clínicas possíveis de serem encontradas em crianças/adolescentes com DC: diarreia crônica ou constipação intestinal; baixa estatura; anemia ferropriva e atraso no desenvolvimento puberal.

III. O diagnóstico histológico da DC consiste na presença de atrofia das vilosidades do intestino delgado associada ao aumento de eosinófilos intraepiteliais (acima de 25 para cada 100 enterócitos).

Podemos afirmar que

- A)** todas as assertivas estão corretas.
- B)** todas as assertivas estão incorretas.

- C) apenas a assertiva II está correta.
- D) apenas a assertiva I está correta.
- E) apenas a assertiva III está correta.

Solução

Gabarito: D) apenas a assertiva I está correta.

Olá Estrategista,

Essa questão cobra conceitos a respeito da doença celíaca.

A Doença Celíaca (DC) é definida como uma enteropatia imunomediada, desencadeada pela ingestão do glúten presente no trigo e outras proteínas encontradas em cereais como a cevada e o centeio. A DC ocorre em indivíduos geneticamente predispostos, com manifestações de graus variáveis, e com a presença de autoanticorpos celíacos específicos.

A DC tem sido cada vez mais diagnosticada em nossos dias.

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

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

Embora os achados histológicos não sejam específicos da Doença Celíaca, o critério padrão-ouro para o diagnóstico da Doença Celíaca consiste no encontro de alterações vilositárias na biópsia intestinal, associadas ao teste sorológico positivo.

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

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

Os achados mais característicos da biópsia intestinal na DC são:

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

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

Vamos analisar as afirmações:

- I. INCORRETA, porque definiu corretamente a DC, mas a aveia purificada é um alimento permitido.

- II. CORRETA** , porque mencionou as manifestações clínicas de crianças e adolescentes com DC.
- III. INCORRETA** , embora o diagnóstico seja feito pela atrofia das vilosidades do intestino delgado, as células que estão aumentadas são os linfócitos e não os eosinófilos.

A letra A está incorreta.

A letra B está incorreta.

A letra C está incorreta.

A letra D está correta. Correta D, porque indicou a única afirmação correta.

A letra E está incorreta.

Questão | 2024 | 4000212211

Em 2023, o Ministério da Saúde do Brasil, através do Departamento de Doenças Transmissíveis, publicou uma Atualização sobre o *Manejo do paciente com diarreia*. Considerando uma criança com 4 anos, pesando 20 kg, sendo atendida num Pronto-Atendimento com diarreia aguda, desidratada, na qual será implementado o Plano Terapêutico B e levando em consideração as atualizações do Ministério da Saúde do Brasil de 2023 sobre este tema, analise as assertivas abaixo:

I Uso preferencial de soro de reidratação oral (SRO) com osmolaridade reduzida, ou seja, com 75 mMol/L de sódio, na Unidade de Saúde, com um volume de 25 a 50 ml/kg, em um intervalo de 2 a 4 horas.

I. Se essa criança desidratada, durante o tratamento com o Plano Terapêutico B, apresentar vômitos persistentes, o Pediatra deve manter o SRO, porém este deverá ser administrado por gastróclise. O uso de antieméticos na Pediatria não deve ser considerado devido aos seus efeitos colaterais.

III. Se a criança estiver com diarreia com sangue e comprometimento do estado geral, o uso de ciprofloxacino deverá ser a primeira opção ao invés de azitromicina.

Podemos afirmar que

- A)** todas as assertivas estão corretas.
- B)** todas as assertivas estão incorretas.
- C)** apenas a assertiva II está correta.

D) apenas a assertiva I está correta.

E) apenas a assertiva III está correta.

Solução

Gabarito: B) todas as assertivas estão incorretas.

Olá, Estrategista, o examinador traz uma criança de 4 anos, com desidratação que irá utilizar o plano B. Vamos relembrar.

Ele consiste em administrar solução de reidratação oral (SRO) 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.

A criança deve ter sua alimentação suspensa durante a terapia de reidratação oral, EXCETO o aleitamento materno! Afinal, ele é um excelente líquido reidratante.

A criança deve ser monitorada constantemente, ao final de 4 a 6 horas, há dois caminhos a seguir! Se a criança estiver hidratada, ela poderá ser liberada para casa com o Plano A de hidratação (SRO para casa). Se a desidratação persistir, está indicado iniciar hidratação por sonda. A qualquer momento, se ela evoluir para desidratação grave, iniciamos a hidratação venosa.

Vamos analisar as afirmativas.

I. Uso preferencial de soro de reidratação oral (SRO) com osmolaridade reduzida, ou seja, com 75 mMol/L de sódio, na Unidade de Saúde, com um volume de 25 a 50 ml/kg, em um intervalo de 2 a 4 horas.

FALSO.

O soro de reidratação oral (SRO), preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado um dos maiores aliados no combate e na prevenção à desidratação. Ele é distribuído gratuitamente nas Unidades de Saúde e deve ser diluído em água. A solução é padrão globalmente.

Recomendação da OMS quanto à composição da SRO:

- Osmolaridade total 245 mmol/L
- Concentrações equimolares de glicose e sódio
- Concentração de glicose 75 mmol/L
- Concentração de sódio 75 mmol/L
- Concentração de potássio 20 mmol/L
- Concentração de citrato 10 mmol/L
- Concentração de cloro 65 mmol/L

No plano B, ele é dado, inicialmente, entre 50 a 100ml/kg, em um intervalo de 4 a 6 horas.

II. Se essa criança desidratada, durante o tratamento com o Plano Terapêutico B, apresentar vômitos persistentes, o Pediatra deve manter o SRO, porém este deverá ser administrado por gastróclise. O uso de antieméticos na Pediatria não deve ser considerado devido aos seus efeitos colaterais.

FALSO

No plano B, caso haja persistência de vômitos, está indicado o uso de Ondasentrona, o único antiemético liberado. Se ainda sim, persistirem os vômitos, podemos administrar o SRO por gastróclise.

III. Se a criança estiver com diarreia com sangue e comprometimento do estado geral, o uso de ciprofloxacino deverá ser a primeira opção ao invés de azitromicina.

FALSO

A antibioticoterapia é dispensável na maioria dos casos de diarreia, pois elas costumam ter origem viral. Mas, devemos pensar em agentes bacterianos e administrar antibióticos quando temos, de acordo com o Ministério da Saúde: Se apresentar sangue nas fezes e comprometimento do estado geral, conforme o quadro de avaliação do estado de hidratação do paciente e/ou febre alta persistente, dor abdominal, tenesmo ou comprometimento sistêmico.

Os antibióticos de escolha são:

- Crianças imunocompetentes de 3 meses a 10 anos ou 30 quilos.

Azitromicina: 10 mg/kg/dia, via oral, no primeiro dia e 5 mg/kg/dia por mais 4 dias;

Ceftriaxona: 50 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.

- Maiores de 30 quilos ou 10 anos.

Ciprofloxacino: 1 comprimido de 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias;

Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.

* Crianças menores de 3 meses ou criança com imunodeficiência: Internar e administrar

Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg endovenosa 1 vez ao dia.

Portanto, a indicação é guiada pela idade/peso e não pelas manifestações clínicas.

Questão | | 2024 | 4000212213

Escolar de 8 anos é atendido em Unidade de Pronto-Atendimento por Pediatra, com queixa de febre alta há 6 dias. Há 3 dias, a mãe da criança percebeu o surgimento de manchas vermelhas, inicialmente nos pulsos e tornozelos, as quais progrediram para as palmas das mãos, plantas dos pés, braços e pernas, e há 24 horas, foram observadas algumas lesões semelhantes espalhadas pelo tronco do menor. Há relato de cefaleia, dor no corpo e abdominal. Ao exame clínico, o único achado percebido pelo Pediatra, foi um exantema maculopapular em membros (incluindo palmas das mãos e plantas dos pés) e em tronco, além de algumas petequias em mãos e pés. Genitora refere que, há cerca de 12 dias, ela e a criança estiveram na casa dos avós maternos, em uma área rural no

Estado de São Paulo, durante 5 dias. Diante do exposto acima, assinale a doença febril exantemática com maior potencial de estar acometendo esse escolar.

- A) Eritema infeccioso
- B) Exantema de Boston — ECHO 16
- C) Exantema súbito
- D) Síndrome mão-pé-boca
- E) Febre maculosa brasileira

Solução

Gabarito: E) Febre maculosa brasileira

Estrategista, uma questão bastante interessante sobre doenças exantemáticas febris. Vamos entender as peculiaridades desta.

Nos é descrito um escolar de 8 anos com febre alta há 6 dias, com cefaléia e mialgia que iniciou há 3 com exantema iniciado em região de PULSOS e TORNOZELOS, com acometimento palmo-plantar (com posterior progressão para petéquias) e posterior progressão centrípeta. De dado epidemiológico, é mencionado que a criança esteve na casa dos avós em uma área rural do interior de São Paulo.

A questão nos deu algumas dicas para pensarmos que o diagnóstico apresentado pela paciente é de febre maculosa brasileira. Vamos revisar os principais pontos sobre essa doença.

A FMB é causada por bactérias denominadas riquetsias, sendo, assim, uma doença também chamada de rickettsiose. A principal espécie envolvida é a *Rickettsia rickettsii*, pequena bactéria intracelular Gram-negativa.

Os carrapatos do gênero *Amblyomma*, conhecidos popularmente pelo nome “carrapato-estrela”, são os vetores e reservatórios mais comuns de *R. rickettsii*. Cavalos, capivaras e outros animais silvestres são picados por esse carrapato, sendo, assim, considerados amplificadores de riquetsias e transportadores de vetores.

Como fatores de risco, podemos citar a exposição a carrapatos por meio do contato com animais de criação ou silvestres, ou com área de mata, cachoeira ou rios. A FMB ocorre em todas grandes regiões brasileiras, mas é mais comum no Sudeste e no Sul.

Após um período de incubação que varia entre 2 e 14 dias, os sintomas iniciam de forma súbita.

O quadro clínico costuma ser intenso, com febre elevada, mialgia, cefaleia, prostração, náuseas e vômitos. Entre o 2º e o 6º dia de doença, surge o exantema da FMB. Preste muita atenção em suas características, já que elas nos auxiliam a suspeitar desta doença.

Inicialmente, o exantema é maculopapular e acomete punhos e tornozelos (pode atingir as regiões palmar e plantar também). O exantema expande-se da periferia ao centro (de forma centrípeta), abrangendo membros e tronco. Com a evolução da doença, as lesões cutâneas tornam-se petequiais, podendo confluir em lesões purpúricas. Pode ocorrer necrose em casos graves.



Figura 18: evolução do exantema da FMB. Fonte das imagens: Shutterstock.

O mecanismo fisiopatológico por trás das manifestações clínicas da FMB é a infecção das células endoteliais (lembre-se de que *R. rickettsii* é um micro-organismo intracelular). Isso resulta em vasculite e lesão endotelial disseminada. Em casos graves podemos ter hepatoesplenomegalia, lesão renal aguda, pneumonite/meningite/miocardite, entre outras manifestações.

As alterações laboratoriais da FMB são inespecíficas. O hemograma pode demonstrar leucopenia ou leucocitose (com desvio à esquerda) e plaquetopenia. Elevações de enzimas hepáticas (AST e ALT) e musculares (creatinofosfoquinase e desidrogenase láctica) são frequentes.

O método mais utilizado para diagnóstico da FMB é a pesquisa de anticorpos em sangue (amostras de soro) por meio de reação de imunofluorescência indireta (RIFI). É necessário coletar duas amostras de soro: a primeira no início do quadro, e a segunda entre 14 e 21 dias após a primeira coleta. O resultado será considerado positivo se houver um aumento de quatro vezes nos títulos da segunda amostra em relação à primeira, pois nesse caso é confirmada a soroconversão.

O tratamento de FMB é muito simples: é indicada a prescrição de doxiciclina pelo período mínimo de 7 dias, sendo mantido por 3 dias após a resolução da febre. Como alternativa, pode ser utilizado o cloranfenicol. Quanto mais precoce for iniciado o tratamento, maior será a sua eficácia. Por isso, a antibioticoterapia deve ser iniciada no momento da suspeita clínica de FMB, e não somente após o resultado de exames.

Vamos rever as principais características das doenças apresentadas nas alternativas:

A letra A está incorreta. O eritema infeccioso é uma doença exantemática viral, provocada pelo Parvovírus B19. Geralmente, não há pródromos, sendo a primeira manifestação o exantema. O exantema inicia na face, com maculopápulas que confluem, dando o aspecto de "asa de borboleta" ou "face esbofeteada". Em 1 a 4 dias após seu surgimento, evolui para os membros, inicialmente em face extensora, depois flexora e tronco, de aspecto

rendilhado. O exantema pode persistir por mais de dez dias e pode exacerbar ou reaparecer quando a criança faz exercício, após estresse e na exposição ao frio ou calor.

A letra B está incorreta. Doença provocada por um enterovírus (Echovirus 16), usualmente com pródromos leves, cujo exantema é bastante semelhante ao do quadro do exantema súbito.

A letra C está incorreta. Também conhecido como roséola infantil ou sexta doença, o exantema súbito, causado pelo herpesvírus humano 6 e 7, característica de crianças que têm entre 6 meses e 6 anos, predominante em menores de 2 anos. A criança apresenta febre alta e contínua, que dura entre 3 a 4 dias, porém sem toxemia (neste período podemos ter quadro de linfonodomegalia, convulsão febril, hiperemia de membranas) e characteristicamente, quando a febre cessa, surge o exantema, máculopapular róseo, iniciado em tronco e que dissemina para os membros, de duração de horas a (poucos) dias e que some sem deixar marcas.

A letra D está incorreta. A doença mão-pé-boca é uma enterovirose (provocada por Coxsackie A16 ou Enterovírus 71). O pródromo é inespecífico, composto por febre baixa, irritabilidade e anorexia. O exantema é caracterizado, como o próprio nome já diz, em lesões na boca, mãos e pés, que podem ser (úlceras dolorosas em orofaringe /papulovesículas em mãos e pés). Desaparecem sem deixar manchas, mas pode haver descamação cutânea ou ungueal.

A letra E está correta. Esse quadro é mais compatível com o apresentado, e o que nos levanta essa suspeita são as características do exantema. Lembre-se que nos casos de FMB, o quadro clínico costuma ser intenso, com febre elevada, mialgia, cefaleia, prostração, náuseas e vômitos. Entre o 2º e o 6º dia de doença, surge o exantema da FMB. Preste muita atenção em suas características, já que elas nos auxiliam a suspeitar desta doença. Inicialmente, o exantema é maculopapular e acomete punhos e tornozelos (pode atingir as regiões palmar e plantar também). O exantema expande-se da periferia ao centro (de forma centrípeta), abrangendo membros e tronco. Com a evolução da doença, as lesões cutâneas tornam-se petequiais, podendo confluir em lesões purpúricas. Pode ocorrer necrose em casos graves.

Questão | 2024 | 4000212217

Considerando a introdução alimentar em lactentes de 6-12 meses de idade e tomando como princípio a Pirâmide Alimentar proposta pela SBP, em relação ao nível 4 (topo) desta pirâmide, podemos afirmar que

- A)** nenhuma porção desse nível deve ser utilizada nessa faixa etária.

- B)** esse nível comprehende leite e derivados e, portanto, na ausência do leite materno, deve-se recomendar 2-4 porções ao dia.
- C)** se deve oferecer até 3 porções ao dia, pois este nível é representado por leguminosas e grãos.
- no intuito de diversificar o cardápio, nenhum nível da Pirâmide Alimentar deverá ser
- D)** excluído, em especial o nível 4, o qual é representado, entre outros alimentos, pelos tubérculos.
- E)** somente parte dos alimentos desse nível da Pirâmide Alimentar deve ser utilizada com um máximo de 2 porções/ dia.

Solução

Gabarito: E) somente parte dos alimentos desse nível da Pirâmide Alimentar deve ser utilizada com um máximo de 2 porções/ dia.

Olá, Estrategista, questão bastante decoreba.

A pirâmide alimentar proposta pela SBP é composta de 4 níveis:

- Nível 1 (base): cereais, pães, tubérculos e raízes.
- Nível 2: verduras, legumes e frutas.
- Nível 3: leites, queijos, iogurtes, carnes, ovos, feijões.
- Nível 4 (topo): óleos, gorduras, açúcar e doce.

Figura 1. Pirâmide Alimentar.



Fonte: Adaptado de: Philippi ST (1999)⁵, SBP (2018)²

Agora, observe as porções indicadas para cada idade.



Departamento de Nutrologia
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Número de porções diárias recomendadas, de acordo com a faixa etária, por grupo da Pirâmide Alimentar	Nível pirâmide	Grupo alimentar	Idade 0 a 11 meses	Idade 1 a 3 anos	Idade pré-escolar e escolar	Adolescentes e adultos
1	1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	3	5	5	5 a 9
2	2	Verduras e legumes	3	3	3	4 a 5
3	3	Frutas	3	4	3	4 a 5
		Laticínios, queijos e iogurtes	leite materno*		3	3
		Carnes e ovos	2	2	2	1 a 2
		Feijões	1	1	1	1
	4	Óleos e gorduras	2	2	1	1 a 2
		Açúcar e doces	0	1	1	1 a 2

*No caso do leite materno, recomenda-se uma dieta de infantil adequada para a idade.

Portanto, o nível 4, na introdução alimentar corresponde a 2 porções de óleos e gorduras e nenhuma porção de açúcar e doces.

A letra A está incorreta. Incorreto, pois óleos e gorduras podem ser utilizados.

A letra B está incorreta.

Leite e derivados pertencem ao nível 3.

A letra C está incorreta. Leguminosas e grãos estão no nível 2.

A letra D está incorreta. Os tubérculos estão no nível 1.

A letra E está correta. Correto, os óleos e gorduras podem ser utilizados no máximo 2 porções ao dia.

Questão | 2024 | 4000212218

“Com base na sua riqueza em componentes relacionados ao sistema imunológico, o leite materno (LM) pode ser considerado o primeiro alimento funcional que os humanos encontram durante a vida... os benefícios do LM podem ser explicados pela sua combinação especial que inclui macronutrientes, micronutrientes e componentes bioativos”.

Gozde Okburan et al. Pediatr Neonatol. 2023 May.

Entre os componentes do LM listados abaixo, assinale aquele que representa um Bioativo com importante ação prebiótica.

- A)** Oligossacarídeos do leite humano.
- B)** Bifidobacterium longum
- C)** Ácido linoleico
- D)** Carnitina
- E)** Lactoferrina

Solução

Gabarito: A) Oligossacarídeos do leite humano.

Olá Estrategista,

Classicamente, as substâncias do leite materno que exercem efeitos prebióticos são os oligossacárides.

Eles atuam na função imunológica saudável, por meio da modulação da microbiota intestinal.

Os oligossacárides consistem em carboidratos de cadeias curtas que não são digeríveis nem absorvidos, mas funcionam como prebiótico para *Bifidobacterias* e *Bacteroides*, que são espécies benéficas para o microbioma infantil, pois melhoram a função imune por vários e competem com patógenos por sítios de ligação no epitélio intestinal e fortalecem a função da barreira intestinal.

Além disso, alguns subprodutos bacterianos podem influenciar expressão gênica de receptores toll-like, fator de necrose tumoral (TNF), interferon e outras citocinas.

Portanto, esse componentes do leite humano mantêm a de bactérias benéficas e também podem inibir diretamente o crescimento de bactérias patogênicas.

Em sua estrutura, esses oligossacarídeos imitam carboidratos de superfície dos locais de ligação ao receptor no epitélio. Dessa forma, os patógenos se ligam aos oligossacarídeos e não aos receptores epiteliais, sendo excretadas nas fezes.

A letra A está correta. Correta A, porque mencionou as substâncias presentes no leite materno que atuam como prebióticos.

A letra B está incorreta. Incorreta B, o *Bifidobacterium longum* é uma bactéria que habita o intestinal saudável. Essa bactéria auxilia a digestão, exerce proteção contra árias doenças como o câncer e doenças metabólicas e corresponde a cerca 90% das colônias intestinais de lactentes.

A letra C está incorreta. Incorreta C, o ácido linoleico é um ácido graxo essencial que está presente no leite materno e que melhora o desenvolvimento do cérebro e da retina.

A letra D está incorreta. Incorreta D, a carnitina é uma substância presente no leite materno que auxilia o transporte de ácidos graxos de cadeia longa e de outros ácidos orgânicos pelas membranas mitocondriais.

A letra E está incorreta. Incorreta E, a lactoferrina presente no leite materno atua como bactericida e bacteriostático contra bactérias intestinais, evitando infecções em lactentes.

Questão | | 2024 | 4000212219

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou uma nova vacina contra a Dengue, e esta promove prevenção contra qualquer um dos quatro sorotipos do vírus. O calendário vacinal da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o seu uso. Esta vacina é composta pela plataforma de vacinas de vírus vivos atenuados, e sua aplicação foi autorizada em crianças a partir dos 4 anos de idade. Dentre as vacinas abaixo, assinale a alternativa que indica aquela que diverge, em relação à sua plataforma, da vacina contra a Dengue.

- A)** Varicela
- B)** Hepatite A
- C)** Febre amarela
- D)** SCR — tríplice viral
- E)** Rotavírus humano Pentavalente

Solução

Gabarito: **B)** Hepatite A

Olá, Estrategista, temos dois tipos de vacinas: vivas atenuadas e inativadas.

As vacinas vivas atenuadas são vacinas que contém o patógeno, entretanto, de uma forma enfraquecida, na qual eles perderam a capacidade de produzir a doença em imunocompetentes.

São elas: BCG, Rotavírus, Pólio Oral, Tríplice Viral, Tetra Viral, Varicela Isolada, Dengue e Hérpes-Zoster.

As Vacinas Inativadas não contêm o patógeno vivo, portanto, não têm capacidade de produzir a doença.

São elas: Tríplice e Dupla Bacteriana, Meningocócicas, Pneumocócicas, Hepatites A e B, Haemophilus influenzae tipo B, Pólio Inativada, HPV, Influenza, Raiva e as vacinas contra o Coronavírus.

Exatamente por não conterem o patógeno, elas têm como vantagem serem seguras para imunodeprimidos, imunodeficientes e gestantes.

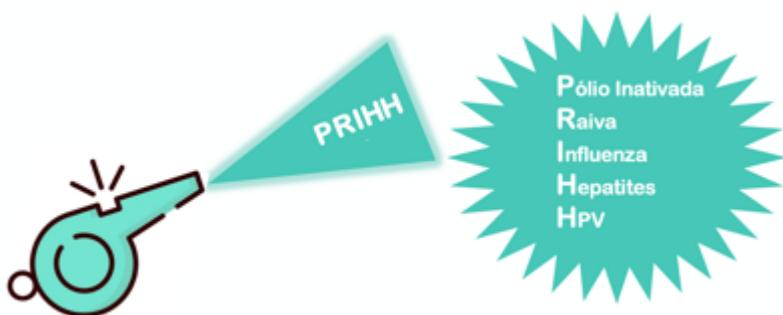
A maioria delas são aplicadas intramuscular.

O quadro abaixo traz a distribuição das vacinas virais e bacterianas entre os grupos.

	VIVAS ATENUADAS	INATIVADAS
Bacterianas	BCG	Difteria Tétano Coqueluche Meningocócicas C, B e ACWY Pneumocócicas 7, 10, 13 e 23 valente <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
Virais	Rotavírus Febre amarela Sarampo Caxumba Rubéola Varicela Pólio oral Dengue Herpes-zóster (Zostavax™)	Hepatites A e B HPV Pólio inativada Raiva Influenza Herpes-zóster (Shingrix™)

Para lembrar sem decorar, a maioria das vivas atenuadas são virais, a exceção é a BCG. Já a maioria das inativadas são as bacterianas, as exceções são as Hepatites, HPV, Pólio Inativada, Raiva e Influenza.

Dúvidas? Apite: “PRIHH” e lembre quais são as virais inativadas!



Vamos voltar à questão? O examinador fala da vacina da dengue, que é composta de vírus vivo atenuado e quer saber quais das abaixo diverge dessa classificação, ou seja, é inativada.

A letra A está incorreta. Essa é uma vacina viva atenuada.

A letra B está correta. Correto! A hepatite A é uma vacina inativada!

A letra C está incorreta. Essa é uma vacina viva atenuada.

A letra D está incorreta. Essa é uma vacina viva atenuada.

A letra E está incorreta. Essa é uma vacina viva atenuada.

Questão | | 2024 | 4000212220

Recente dado do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de 2023 mostrou uma prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) de uma para cada 36 crianças

nos Estados Unidos. Qual dos seguintes fatores NÃO é considerado fator de risco para o desenvolvimento do TEA?

- A) Uso de inibidores da receptação da serotonina durante a gestação
- B) Idade paterna acima de 45 anos
- C) Fertilização in vitro
- D) Vacinas que contêm mercúrio
- E) Idade materna abaixo de 20 anos

Solução

Gabarito: D) Vacinas que contêm mercúrio

Estrategista, o transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta 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 estão comumente presentes sintomas como estereotipias 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.

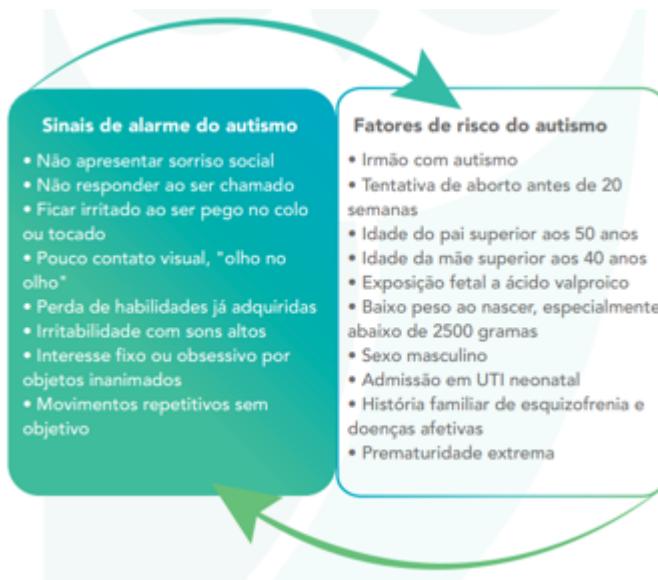
SINAIS DO AUTISMO



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.

Com relação de alguns dos principais fatores de risco, observe a imagem abaixo:



Vamos às alternativas!

A letra A está incorreta. Correta. Existem estudos indicando que o uso de ISRS durante a gestação pode aumentar (discretamente) o risco deste transtorno na prole.

A letra B está incorreta. Correta, conforme vimos na imagem. Ressalta-se que a questão da idade materna/paterna apresenta ampla variação na literatura.

A letra C está incorreta. Correta - Polêmica. Quanto à FIV, existem alguns estudos indicando que a taxa de transtorno de neurodesenvolvimento nas crianças geradas através deste método é discretamente superior àquelas geradas naturalmente. Contudo, é difícil separar fatores confundidores intrinsecamente associados à própria FIV, por exemplo, muitos casais que a ela recorrem já têm idade um mais avançada, problemas de crônicos de saúde, além da própria infertilidade.

A letra D está correta. Incorreta. Nenhuma vacina é considerada fator de risco para TEA. Sobre esse tema, explico que em 1998, Andrew Wakefield, médico britânico, e 12 colaboradores publicaram um artigo na revista científica The Lancet sugerindo a associação entre a vacina tríplice viral e o autismo. Rapidamente, a pesquisa de Wakefield foi confrontada com diversos erros metodológicos graves, viés de seleção de pacientes e um resultado muito controverso, por isso 10 colaboradores solicitaram que seus nomes fossem retirados do trabalho. Anos depois, a fraude foi constatada em sua pesquisa, além de graves conflitos éticos e de interesse. O próprio autor tentara patentear uma vacina contra o sarampo anos antes e, por incrível que pareça, as amostras de sangue de sua pesquisa foram coletadas de crianças que compareceram à festa de aniversário de seu filho. Mais tarde,

Wakefield perdeu sua licença médica e a revista The Lancet retirou seu artigo de circulação, além de retratar-se publicamente. Esse caso ficou conhecido como “o escândalo da vacina tríplice viral”. O episódio é considerado como o estopim para o início do “movimento antivacina”. Até hoje, não há qualquer indício de que vacinas estejam associadas ao surgimento do autismo.

A letra E está incorreta. Correta - Polêmica. Fato é que, a banca não deixou claro uma "faixa etária". Abaixo de 20, pode ser 19, 18, 12 anos. Mas o que se sabe é que complicações obstétricas, prematuridade, pequeno para idade, etc. (possivelmente mais comuns em meninas muito jovens), são importantes fatores de risco para transtornos do neurodesenvolvimento.

Questão | | 2024 | 4000212221

Paciente com 35 anos de idade, gestante no curso de 28 semanas, procura o serviço de emergência de uma maternidade com dor progressiva e localizada que não cessa com analgésicos habituais há três dias. Nega febre ou perdas genitais, informa boa movimentação fetal. Ao exame, percebe-se grande massa adjacente ao útero gravídico, amolecida, no entanto, a dinâmica uterina e o sinal de Blumberg estão ausentes. Durante o internamento, não respondeu aos analgésicos mais potentes. Realizou ultrassonografia que revelou nódulo miometrial/subseroso ecoico de 400cm³, heterogêneo com áreas císticas. Distancia-se da cavidade uterina por 1,5 cm. Considerando o cenário acima, assinale a alternativa que reúne o provável diagnóstico e a conduta mais adequada.

- A)** Mioma torcido/ morfina
- B)** Cisto hemorrágico/codeina
- C)** Degeneração hialina/expectante
- D)** Degeneração carnosa/miomectomia
- E)** Cisto torcido/laparoscopia

Solução

Gabarito: D) Degeneração carnosa/miomectomia

Estrategista, estamos diante de uma gestante com dor pélvica aguda que não cedeu ao uso de analgésicos. Ao exame físico, sem dinâmica uterina e presença de massa adjacente ao útero, a provável causa do quadro álgico. USG revelou massa uterina, de grande volume, compatível com mioma, com áreas císticas no seu interior, sugestivo de mioma degenerado.

Com pouca freqüência, os miomas causam dor aguda devido degeneração ou torção de um tumor pediculado. Como os miomas podem crescer durante a gestação (devido a hipertrofia miometrial, maior vascularização e modificações nos receptores locais de esteroide), pode ocorrer desproporção entre a oferta e a demanda de oxigênio, causando áreas de degeneração. A degeneração miomatosa geralmente resulta em dor pélvica e pode estar associada a febre baixa, sensibilidade uterina à palpação, contagem elevada de leucócitos ou sinais peritoneais.

Em alguns casos os miomas podem se transformar, ocorrendo a substituição do seu tecido “normal” por outro tipo de tecido. Isto se chama degeneração. Pode acontecer devido ao crescimento dos miomas sem aumento correspondente da irrigação sanguínea, ocorrendo necrose ou hemorragia.

Existem tipos diferentes de degeneração e a sua denominação é feita de acordo com o tecido ou substância que substitui o tecido miomatoso:

- **Hialina:** é a degeneração mais comum.
- **Calcificada:** comum após a menopausa devido ao hipoestrogenismo e falta de suprimento sanguíneo do mioma.
- **Cística:** ocorre pela liquefação da degeneração hialina, formando cistos
- **Mixóide:** ou mucoide: apresenta cistos de material gelatinoso.
- **Rubra ou vermelha (necrobiose asséptica) (ou carnosa):** é o infarto hemorrágico do mioma. Ocorre mais frequentemente no ciclo gravídico puerperal ou durante o uso de pílula anticoncepcional ou de análogos do GnRH.
- **Gordurosa:** substituição pelo tecido gorduroso. É menos frequente que as outras degenerações.
- **Sarcomatosa:** será abordada mais detalhadamente em outra aula, específica sobre tumores do corpo uterino. Felizmente é rara (0,1 a 0,6%), porque apresenta mal prognóstico. Por enquanto saiba que nestes casos ocorre crescimento rápido dos tumores e acontece mais frequentemente nas pacientes pós-menopausa. A sua confirmação depende do estudo histopatológico do tumor e nestes casos observa-se aumento das mitoses e atipia celular.

Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque a descrição do mioma é intramural/subseroso, portanto não há pedículo para sua torção e posterior isquemia. Além disso, o enunciado informa que foram utilizados analgésicos mais potentes sem melhora da dor.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque a ultrassonografia não descreve cisto hemorrágico anexial.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C, porque a degeneração hialina é a mais comum fora da gestação. Além disso, como não houve melhora com analgésicos mais potentes, não há possibilidade de indicar conduta expectante.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: a degeneração miomatosa mais comum na gravidez é a rubra (ou carnosa). Como não houve melhora com tratamento clínico, há indicação de miomectomia. Veja abaixo as indicações de tratamento cirúrgico para a miomatose uterina:

Indicações para o tratamento cirúrgico da leiomiomatose uterina
Recorrências
Falha do tratamento clínico
Escolha da paciente
Suspeita de Malignidade (Sarcoma)
Tratamento da Infertilidade / Abortos recorrentes

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque a ultrassonografia da paciente descreve um nódulo miomatoso e não um cisto anexial torcido.

Questão | 2024 | 4000212222

Paciente com 20 anos de idade veio ao ambulatório de ginecologia para mostrar exame ecográfico demonstrando útero com duas cavidades. Assintomática, GOPOO, usa pílula combinada como método contraceptivo. O exame ginecológico revelou dois colos. Realizou ressonância nuclear magnética que demonstrou útero com dois corpos e colo duplicado. Ovários normais. De acordo com o exposto acima, assinale a alternativa CORRETA quanto ao diagnóstico e à fisiopatologia.

- A)**) Útero bicornio/Ausência de fusão dos ductos de Wolf
- B)** Útero didelfo/Ausência de fusão dos ductos de Muller
- C)** Útero arquato/ Ausência de canalização do seio urogenital
- D)** Útero bicornio/Ausência de desenvolvimento da crista gonadal
- E)** Útero septado/ Ausência de reabsorção dos ductos de Muller

Solução

Gabarito: **B)** Útero didelfo/Ausência de fusão dos ductos de Muller

Durante o processo de fusão e reabsorção dos ductos de Müller, algumas falhas podem ocorrer, levando às chamadas malformações uterinas ou müllerianas.

As malformações uterinas ou müllerianas são as anormalidades causadas por fusão embriológica defeituosa ou falha na recanalização dos ductos de Müller na formação da cavidade uterina normal. As malformações uterinas mais comuns são a agenesia, os defeitos de fusão lateral e os

defeitos de fusão vertical.

Agenesia: é a presença de cornos rudimentares ou de nenhuma estrutura uterina. A associação com agenesia de terço superior de vagina é a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

Defeitos de fusão lateral: são o tipo mais comum, sendo resultado de falha na formação de um ducto, na fusão desses

ductos ou na reabsorção do septo entre eles. Dentre esses defeitos, temos:

1. útero septado (parcial ou completo) – não há regressão do septo medial dos ductos paramesonéfricos após a fusão. É a malformação uterina mais comum.

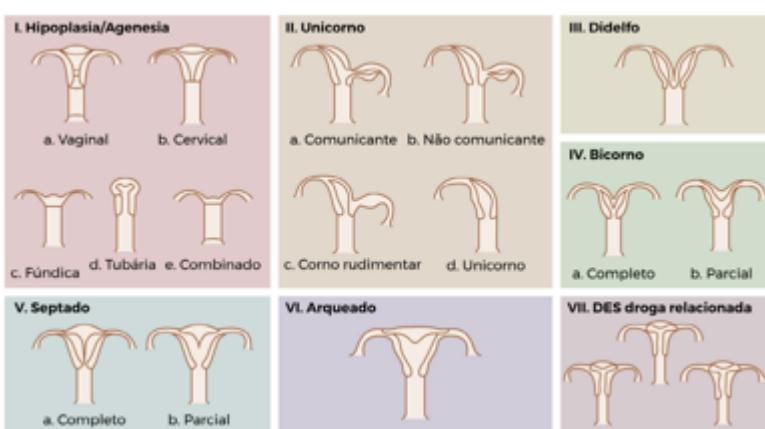
2. útero arqueado – discreta convexidade do fundo uterino ou pequeno septo na linha média com um fundo normal.

3. útero unicorno – resulta da falha de desenvolvimento de um dos ductos paramesonéfricos, podendo ou não apresentar um corno rudimentar.

4. útero bicornio – apresenta duas cavidades endometriais que se comunicam e um colo uterino por fusão incompleta dos ductos.

5. útero didelfo – presença de dois cornos uterinos separados, cada um com uma cavidade uterina e com um colo uterino por uma falha na fusão dos ductos.

Defeitos de fusão vertical: são resultado da falha de fusão distal dos ductos müllerianos com o seio urogenital ou de defeitos na recanalização vaginal, resultando na formação de septos vaginais. Vale lembrar-se de que os septos vaginais associados à amenorreia são os transversos. A ilustração abaixo demonstra as principais malformações müllerianas existentes:



A letra A está incorreta. Alternativa "a" incorreta, pois a presença de dois colos caracteriza um útero didelfo. Além disso, os ductos de Wolff não se desenvolvem no sexo feminino.

A letra B está correta. Alternativa "b" correta, pois no útero didelfo há a presença de duas cavidade e de dois colos uterino. Ele se forma por um defeito na fusão dos ductos de Muller.

A letra C está incorreta. Alternativa "c" incorreta, pois o útero arquato ou arqueado se caracteriza por um pequeno septo ou convexidade do fundo uterino

A letra D está incorreta. Alternativa "d" incorreta, pois a crista gonadal dá origem aos ovários.

A letra E está incorreta. Alternativa "e" incorreta, pois o útero septado apresenta cavidade uterina única apenas dividida por um septo parcial ou completo.

Questão | | 2024 | 4000212223

Paciente de 25 anos procura ambulatório de ginecologia por apresentar nódulo mamário mal definido e endurecido, percebido durante o autoexame. Chama a atenção na anamnese a história de queda de bicicleta há dois meses, quando apresentou equimose e hematoma na mama esquerda, produzido pelo impacto com o guidão. De acordo com o quadro acima, qual o provável diagnóstico?

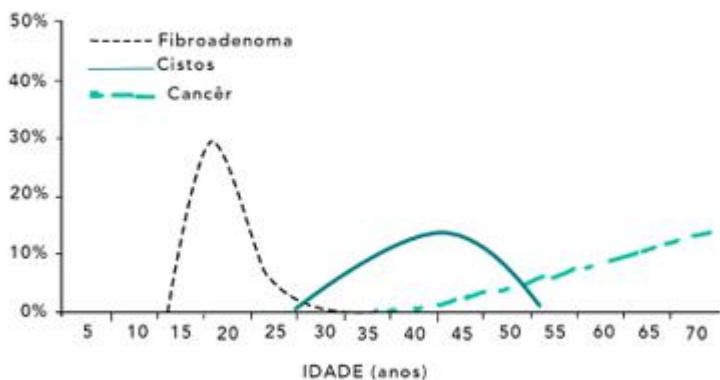
- A)** Cisto simples
- B)** Carcinoma ductal
- C)** Fibroadenoma
- D)** Esteatonecrose
- E)** Abscesso

Solução

Gabarito: D) Esteatonecrose

Estrategista, esta paciente tem um nódulo mal definido e endurecido na mama e estas características são suspeitas de malignidade, fazendo com que você suspeite que ela esteja com um câncer. Mas tome cuidado! Esta é a "pegadinha" desta questão.

Repare que trata-se de uma paciente jovem de 25 anos de idade e que a malignidade é rara nessa faixa etária. Veja o gráfico abaixo:



Repare que o câncer é raro nas mulheres jovens e apresenta um aumento na sua incidência a partir dos 40 anos de idade, sendo mais prevalente nas mulheres idosas. Além disso, esta paciente tem uma história de queda de bicicleta há dois meses, quando apresentou equimose e hematoma na mama esquerda, produzido pelo impacto com o guidão. Esta é a dica para acertar esta questão! Esta história é sugestiva de que o nódulo seja na verdade uma esteatonecrose devido a este trauma.

A esteatonecrose, como diz o nome, é a necrose da gordura da mama. É uma alteração absolutamente benigna, mas que pode ser confundida com o câncer em alguns casos. A esteatonecrose pode acontecer devido ao trauma, uma cirurgia da mama ou até mesmo em consequência de uma radioterapia prévia.

Em alguns casos podemos reconhecer a esteatonecrose devido a presença de cistos oleosos associados à lesão. Nos casos em que não há certeza devemos proceder com a biópsia para diferenciar a esteatonecrose das lesões malignas.

Uma vez confirmado o diagnóstico de esteatonecrose a conduta é o seguimento. A presença de esteatonecrose não aumenta o risco de desenvolver o câncer de mama.

Agora vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque o cisto simples se apresenta no exame físico como um nódulo amolecido, bem delimitado e móvel. Além disto os cistos são mais frequentes nas mulheres de idade média (ao redor dos 40 anos). O cisto mamário é uma formação redonda ou ovóide cheia de líquido. São um acúmulo de líquido na unidade lobular do ducto terminal que ocorre devido à distensão e obstrução do ducto.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque a paciente é jovem e a malignidade é muito rara nessa faixa etária. Além disso, a paciente tem uma história muito sugestiva de esteatonecrose.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C, porque o fibroadenoma se apresenta no exame físico como um nódulo fibroelástico, móvel e bem delimitado. O fibroadenoma é o

tumor mais comum na mama, sendo encontrado em 50% de todas as biópsias de mama. São mais comuns em mulheres entre 15 e 35 anos. Os fibroadenomas são tumores sólidos benignos contendo tecido glandular e fibroso, considerados como lesões proliferativas sem atipias. Em 20% dos casos são múltiplos.

Sua etiologia ainda não é conhecida, mas é provável que haja uma relação hormonal, porque eles persistem durante os anos reprodutivos, podem aumentar de tamanho durante a gravidez ou com a terapia com estrogênio, além de regredirem após a menopausa.

A letra D está correta. Correta a alternativa D: trata-se de nódulo em uma paciente jovem, com história de trauma prévio, sendo provavelmente uma esteatonecrose.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque o abscesso mamário se apresenta no exame físico como uma área de flutuação em um seguimento da mama com sinais flogísticos (dor, eritema e edema).

Questão | | 2024 | 4000212224

Uma paciente de 40 anos, G5P5, chega à UPA sem queixas, apenas para avaliar resultado de exame citológico do colo de útero. O resultado foi “células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau”. De acordo com o cenário acima, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Como a paciente tem menos de 45 anos, a melhor conduta é expectante e reavaliar com seis meses por citologia oncológica.
- B)** Encaminhar para a retirada da lesão por conização e aguardar o resultado histopatológico para estadiamento da lesão.
- C)** Encaminhar para colposcopia e, caso a JEC seja visível e os achados normais, repetir a citologia e colposcopia com seis meses.
- D)** Encaminhar para a colposcopia e realizar biópsia, independente do achado colposcópico.
- E)** Realizar estudo do canal endocervical e, se existirem achados colposcópicos anormais, deve-se encaminhar para a conização.

Solução

Gabarito: C) Encaminhar para colposcopia e, caso a JEC seja visível e os achados normais, repetir a citologia e colposcopia com seis meses.

Estrategista, esta é uma questão sobre a conduta frente a alteração da colpocitologia. Esta paciente fez o seu rastreamento do câncer de colo e o Papanicolau apresentou resultado de ASC-H.

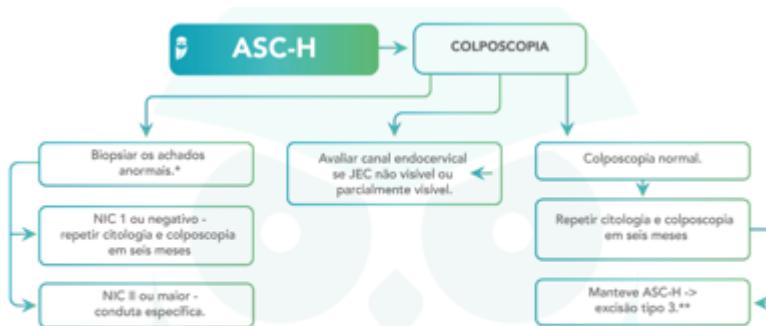
ASC-H significa “atipias de células escamosas de significado indeterminado, que não se podem afastar lesão intraepitelial de alto grau”. São alterações celulares que são sugestivas de lesão intraepitelial de alto grau, porém faltam critérios clínicos para o diagnóstico definitivo. A frequência de resultado histológico com lesão intraepitelial de alto grau nesses casos é de 12,2-68% e de câncer de 1,3-3%. Devido a esse risco de lesão intraepitelial de alto grau, todas as pacientes com esse achado citológico devem ser encaminhadas à colposcopia.

Recomendação para os casos de ASC-H:

Todas as mulheres com laudo citopatológico de ASC-H devem ser encaminhadas para colposcopia. Realizada a colposcopia, deve-se considerar se a JEC é visível. No caso de colposcopia com visão total da JEC (ou seja, nas ZT tipos 1 ou 2) e achados anormais maiores, deve ser realizada a biópsia, mas a excisão tipo 1 ou 2 são aceitáveis (detalhes sobre os tipos de excisão estarão em um quadro ao final do livro digital). Na presença de achados colposcópicos

anormais, sem visão da JEC (ZT tipo 3), deve-se proceder à biópsia e avaliação do canal endocervical e a conduta dependerá desse resultado. Caso seja confirmada a presença de NIC II ou mais relevante na biópsia ou material endocervical, seguir recomendação específica. Caso mostre NIC I ou o resultado dessa investigação for negativo, iniciar o seguimento, repetindo a citologia e a colposcopia em seis meses.

Nos casos em que a JEC não é visível ou parcialmente visível (ZT tipo 3) e a colposcopia não revela achados anormais, também deverá ser investigado o canal. Se o exame desse material mantiver o mesmo resultado ou mais grave, excluída lesão vaginal, é recomendável a excisão tipo 3 para diagnóstico. Caso o exame desse material seja negativo, indicam-se novas citologia e colposcopia em seis meses. Se os novos exames, realizados em seis meses após a colposcopia forem negativos, a paciente deve repetir a citologia em seis meses. Caso a citologia em seis meses mantenha o mesmo diagnóstico ou mais grave, na ausência de achados colposcópicos anormais, mantida a impossibilidade de visão da JEC e excluída lesão vaginal, é recomendada a excisão tipo 3. Nesses casos, se a JEC for visível, é recomendável a revisão das lâminas iniciais. Caso esse diagnóstico seja mantido ou mais grave, é recomendável a excisão tipo 3. Caso a revisão não mantenha esse diagnóstico, seguir conduta específica. Caso não seja possível a revisão, uma nova citologia deve ser realizada em seis meses. Caso a nova citologia mostre um novo resultado alterado, seguir conduta específica.



* Em casos de achados anormais maiores e ZT tipo 1 ou 2, a excisão tipo 1 ou 2 é aceitável.
** Detalhes sobre excisão de zona de transformação serão abordados ao final deste tópico.

* Em casos de achados anormais maiores e ZT tipo 1 ou 2, a excisão tipo 1 ou 2 é aceitável.

Situações especiais:

- Mulheres até 24 anos: existem evidências de regressão de lesões pré-invasivas nessa faixa etária, por isso uma conduta mais conservadora pode ser tomada.

Recomendação: todas serão encaminhadas para a colposcopia, mas só será realizada biópsia em caso de achados anormais maiores. Em caso de achados anormais menores ou colposcopia normal, repetir citologia em 12 meses.

- Gestantes: todas serão encaminhadas para colposcopia. A biópsia só deve ser feita em caso de suspeita de invasão (lembre-se desse detalhe!). A paciente deverá ser reavaliada 90 dias pós parto. O tratamento da lesão pré-invasiva durante a gestação pode ser adiado com segurança até o puerpério.

- Imunossuprimidas: a conduta não deve ser diferente das demais.

- Mulheres na pós-menopausa: lembre-se que a atrofia pode mimetizar alteração citológica.

Recomendação: realizar estrogenização antes da colposcopia.

Agora vamos analisar as alternativas:

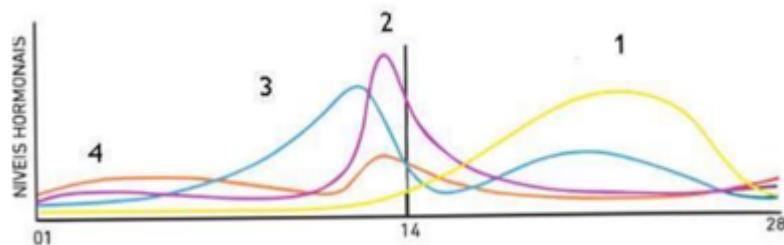
A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A, porque a conduta frente a uma paciente com resultado de ASC-H é realizar a colposcopia.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B, porque a conização é indicada para os casos de lesão de alto grau diagnosticada e confirmada através de biópsia do colo realizada na colposcopia.

A letra C está correta. Correta a alternativa C: a conduta frente a um resultado de ASC-H é encaminhar a paciente para realização de colposcopia. Se a colposcopia for satisfatória (JEC visível), e sem achados anormais, deve-se repetir a citologia e a colposcopia em 6 meses.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D, porque a biópsia só pode ser realizada se houver algum achado colposcópico anormal para ser biopsiado. Não há como realizar uma biópsia sem achado colposcópico, "às cegas".

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E, porque o estudo do canal endocervical é indicado para os casos de colposcopia insatisfatória, onde não pode ser visibilizada a JEC, que é o local mais frequente de lesões. Nestes casos é indicado o estudo do canal endocervical porque a lesão pode estar "escondida" dentro do canal.

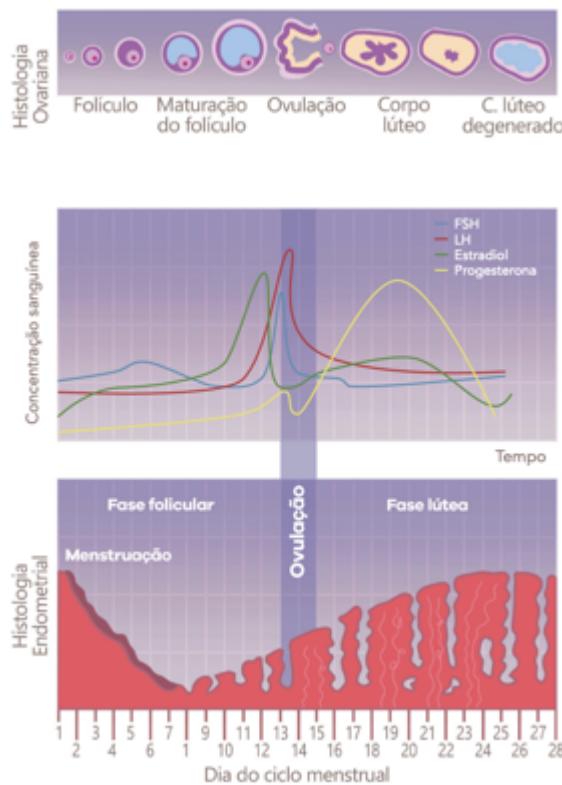
Questão | | 2024 | 4000212225**Considere a imagem abaixo sobre a representação hormonal do ciclo menstrual:****Em relação ao comportamento hormonal do ciclo menstrual, assinale a alternativa que identifica a correspondência adequada.**

- A)** Curva 1 — FSH
- B)** Curva 2 — progesterona
- C)** Curva 1 — LH
- D)** Curva 3 — estradiol
- E)** Curva 4 — inibina A

Solução

Gabarito: D) Curva 3 — estradiol

A figura abaixo traz a visão geral do ciclo menstrual com as variações dos principais hormônios ao longo do ciclo; veja que no primeiro dia do ciclo, todos os hormônios apresentam baixas concentrações:



A letra A está incorreta. Alternativa "a" incorreta, pois a curva 1 representa a progesterona que se eleva na segunda metade do ciclo.

A letra B está incorreta. Alternativa "b" incorreta, pois a curva 2 representa o LH, cujo pico ocorre antes da ovulação.

A letra C está incorreta.

Alternativa "c" incorreta, pois a curva 1 representa a progesterona.

A letra D está correta. Alternativa "d" correta, pois a curva 3 representa o estradiol, cujo pico na primeira metade do ciclo precede o pico de LH.

A letra E está incorreta. Alternativa "e" incorreta, pois a curva 4 representa o FSH.

Questão | 2024 | 4000212226

Mulher de 20 ano, G2P1A1, procura a UPA com queixas de ardência em região genital há 10 dias. Durante o exame ginecológico, foram identificadas lesões vulvares com características pleomórficas, ora vesículas, ora úlceras, com hiperemia intensa. Não foram observadas secreções patológicas. Nega episódios anteriores. No cenário acima, qual o provável diagnóstico?

- A)** Herpes genital
- B)** Protossifiloma

- C) Donovanose
- D) Estiomênio
- E) Cancro mole

Solução

Gabarito: A) Herpes genital

O herpes genital é uma IST causada pelo herpes simples vírus (HSV) tipos 1 e 2, pertencentes à família Herpesviridae. Anteriormente, a maioria das infecções genitais era causada pelo HSV-2, e o HSV-1 estava mais relacionado à infecção orolabial. Atualmente, a prevalência de HSV-1 na infecção genital está aumentando devido à prática de sexo oral. O HSV é a principal causa de úlcera genital, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

O período de incubação varia de 2 a 26 dias, com média de 7 dias. A primoinfecção herpética é assintomática em 75% dos casos e pode ou não ter pródromos, como aumento de sensibilidade, formigamento, mialgias ou prurido. Existe replicação do vírus e risco de transmissão mesmo em casos sem evidência clínica da infecção.

Nos casos sintomáticos (cerca de 25%), a lesão genital primária tende a ser mais grave e pode durar até 3 semanas.

Inicialmente, formam-se pápulas eritematosas, seguidas por múltiplas vesículas dolorosas com conteúdo citrino, que se rompem dando origem a ulcerações (figura 4). As úlceras são rasas, por isso também são chamadas de exulcerações. As localizações mais comuns são os pequenos lábios, clitóris, grandes lábios, fúrcula e colo uterino. Em 50% dos casos, ocorre linfadenopatia inguinal dolorosa. Quando ocorrem lesões no colo uterino (geralmente na primoinfecção), pode estar associado corrimento vaginal aquoso ou até sanguinolento.

A letra A está correta. Alternativa "a" correta, conforme explicado na introdução.

A letra B está incorreta. Alternativa "b" incorreta, pois a sífilis se caracteriza por úlcera única, com bordas elevadas, indolor e com fundo limpo.

A letra C está incorreta. Alternativa "c" incorreta, pois na donovanose formam-se úlceras indolores de bordas hipertróficas, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil.

A letra D está incorreta. Alternativa "d" incorreta, pois estiomene é nome que se dá a manifestação terciária do linfogranuloma venéreo, que se manifesta com acometimento linfático e fistulas anorretais.

A letra E está incorreta. Alternativa "e" incorreta, pois o cancro mole se caracteriza por úlceras múltiplas, dolorosas, irregulares e com fundo purulento.

Questão | | 2024 | 4000212227

Mulher de 30 anos, G2P2, assintomática, procura o ambulatório de ginecologia para mostrar o resultado do exame de Papanicolau realizado há três semanas. O resultado revela *cândida sp*, *lactobacillus* e *cocos*. Diante do achado acima, qual a melhor conduta?

- A)** Independente dos sintomas, os microrganismos possuem importância prognóstica, e a paciente deve ser tratada.
- B)** No cenário acima, deve-se seguir a rotina de rastreamento citológico habitual, estabelecendo tratamento específico nas sintomáticas.
- C)** O tratamento deve ser estipulado, uma vez que existe associação de bactérias e fungos revelando biota polimicrobiana.
- D)** *Lactobacillus* e *cocos* dispensam tratamento, devendo se realizar medicação tópica exclusivamente para a *cândida*.
- E)** As pacientes assintomáticas que apresentam microrganismos no exame preventivo devem repetir com seis meses, sem tratamento

Solução

Gabarito: B) No cenário acima, deve-se seguir a rotina de rastreamento citológico habitual, estabelecendo tratamento específico nas sintomáticas.

A flora vaginal normal é constituída principalmente por diferentes espécies de lactobacilos (*L. acidophilus* ou bacilos de Doderlein), bactérias aeróbias Gram-positivas. Também pode incluir a presença de outras bactérias Gram-positivas (*Staphylococcus epidermidis* e *Streptococcus agalactiae*), Gram-negativas (*Escherichia coli*), anaeróbios (*Gardnerella vaginalis*, presente em 5% - 60% da flora vaginal normal) e fungos.

Existem diversas espécies de lactobacilos, mas geralmente três ou quatro estão predominantes no microambiente vaginal, que correspondem ao complexo de *Lactobacillus acidophilus* (*L. crispatus*, *L. iners*, *L. jensenii* e *L. gasseri*), com destaque para *L. crispatus* e *L. iners*.

Os lactobacilos são o “escudo” do meio vaginal. Atuam inibindo a adesão, o crescimento e a proliferação de outros microrganismos estranhos ao meio vaginal, mediante diferentes mecanismos: secreção de ácidos orgânicos, produção de substâncias antimicrobianas (peróxido de hidrogênio, bacteriocinas e biossurfactantes), competição por nutrientes e por receptores e ativação de linfócitos T.

A letra A está incorreta. Alternativa "a" incorreta, pois não há indicação de tratamento em pacientes assintomáticas, exceto em situações específicas, como gestação e pré-operatório

de cirurgias do trato genital.

A letra B está correta. Alternativa "b" correta, pois a conduta é apenas repetir a citologia de acordo com a rotina preconizada.

A letra C está incorreta. Alternativa "c" incorreta, pois a flora vaginal normal é polimicrobiana, não havendo indicação de tratamento por esse motivo.

A letra D está incorreta. Alternativa "d" incorreta, pois nenhum dos microorganismos precisa ser tratado, uma vez que fazem parte da flora vaginal normal.

A letra E está incorreta. Alternativa "e" incorreta, pois não se altera a rotina de rastreamento pela presença desses microorganismos.

Questão | | 2024 | 4000212228

A diferenciação da genitália externa feminina é um processo passivo, determinado pela ausência da estimulação androgênica. Levando em consideração os acontecimentos no processo embriológico do trato genital inferior, assinale a alternativa CORRETA.

Até a 12º semana, a genitália externa é comum aos dois sexos e só a partir desse período

A) é que se desenvolverá em masculina ou feminina, de acordo com a presença ou ausência de andrógenos.

Como ocorre na diferenciação da genitália interna, a diferenciação da genitália externa

B) depende de altas concentrações de testosterona ligada que é a forma ativa nos receptores específicos.

No sexo feminino, o clitóris, os pequenos e os grandes lábios são originados a partir de

C) estruturas embriológicas denominadas de tubérculo genital, pregas urogenitais e pregas labioescrotais, respectivamente.

A diferenciação da genitália feminina é totalmente completada em torno da 15º semana,

D) com a finalização do canal vaginal, quando o seio urogenital se encontra com a fusão e absorção dos ductos de Wolff.

E) A membrana himenal é formada pela junção do terço inferior da vagina com o introito, coincidindo com o plano que concorda com o corpo perineal e o ângulo subpúbico

Solução

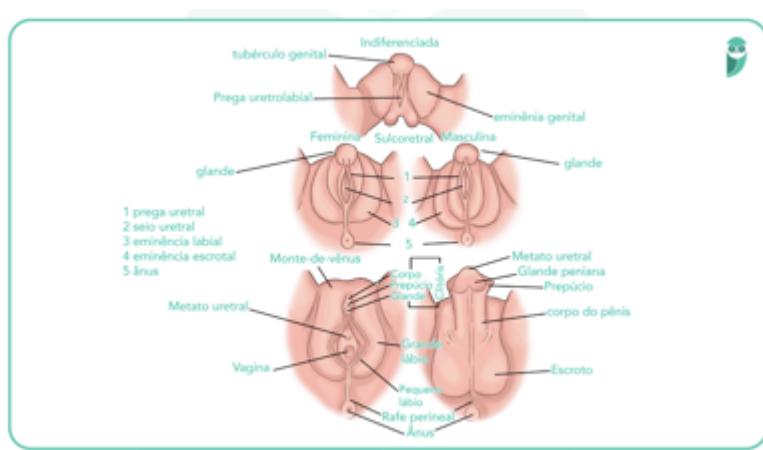
No sexo feminino, o clitóris, os pequenos e os grandes lábios são originados a

Gabarito: C) partir de estruturas embriológicas denominadas de tubérculo genital, pregas urogenitais e pregas labioescrotais, respectivamente.

A genitália externa é uma estrutura indiferenciada no início do desenvolvimento embrionário, podendo sofrer diferenciação em qualquer sexo a depender do estímulo hormonal a que é submetida. No sexo masculino, a ação androgênica é responsável pelo desenvolvimento do fenótipo masculino. Já no sexo feminino, não é necessária a ação dos hormônios ovarianos para o desenvolvimento do fenótipo feminino na fase embrionária.

Na quinta semana de vida do embrião, é formado o tubérculo genital, que dará origem às genitálias externas. No sexo feminino, o tubérculo genital dá origem ao clitóris e o seio urogenital dá origem à uretra e ao canal vaginal (porção inferior). As pregas urogenitais que não se fundem formam os pequenos lábios; as eminências labiais dão origem aos grandes lábios.

No embrião masculino, o tubérculo genital dá origem à glândula do pênis, e as pregas urogenitais fundem-se para formar a uretra peniana; os corpos cavernosos e esponjosos desenvolvem-se do tecido mesenquimal do pênis, e as eminências labioescrotais fundem-se e formam a bolsa escrotal. A imagem abaixo resume esse processo:



O seio urogenital também dá origem à bexiga (porção cefálica), à uretra feminina (porção medial), às glândulas de Bartholin e às glândulas uretrais e parauretrais de Skene.

A letra A está incorreta. Alternativa "a" incorreta, pois o início da diferenciação da genitália externa se dá antes de 12 semanas de gestação, tanto que é nesse período que a exposição a androgênios pode causar alterações do desenvolvimento sexual.

A letra B está incorreta. Alternativa "b" incorreta, pois é a ação da diidrotestosterona que age na diferenciação sexual da genitália externa masculina, enquanto a genitália interna depende da ação da testosterona.

A letra C está correta. Alternativa "c" correta, conforme foi explicado na introdução.

A letra D está incorreta. Alternativa "d" incorreta, pois são os ductos de Muller que se fundem com o seio urogenital para formar o canal vaginal.

A letra E está incorreta. Alternativa "e" incorreta, pois o terço inferior da vagina se origina a partir do seio urogenital e não há uma fusão entre o canal vaginal e o introito.

Questão | | 2024 | 4000212229

Paciente de 36 anos de idade procura consultório de ginecologia com quadro de ano sem menstruação. Ainda revela sintomas pouco específicos e gerais e discreta dispareunia de penetração. Exame físico aparentemente normal. Foi realizado teste de progesterona com resultado negativo, e o teste do estrógeno + progestágenos foi positivo. Dosado TSH, T4 e prolactina, normais. O HCG sérico foi negativo. Apresenta nível séricos de FSH elevado. De acordo com o quadro acima, qual o provável diagnóstico?

- A)** Menopausa precoce
- B)** Agenesia gonadal
- C)** Hiperplasia adrenal
- D)** Hiperprolactinemia
- E)** Tumor de células da granulosa

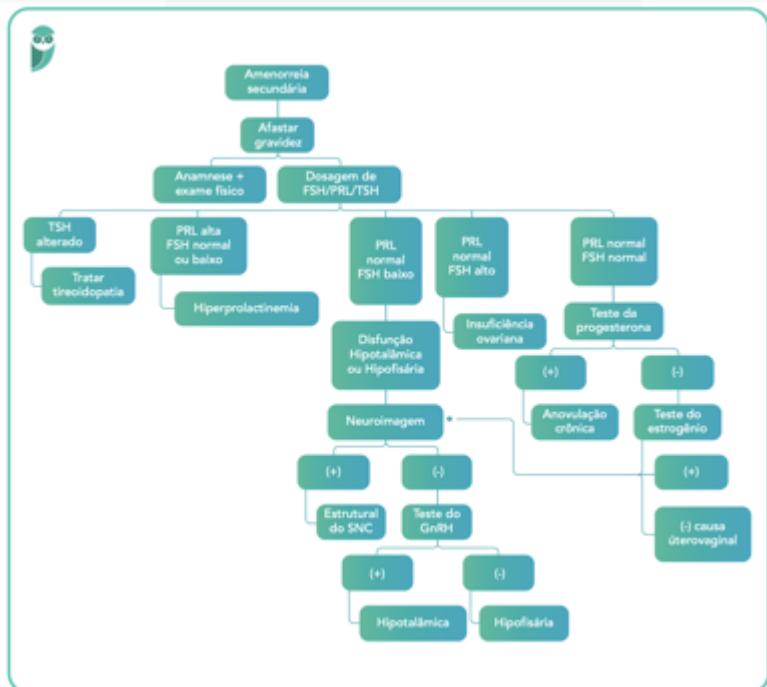
Solução

Gabarito: **A)** Menopausa precoce

A amenorreia secundária corresponde à ausência de menstruação por um período equivalente a três ciclos menstruais (se regulares) ou pelo menos seis meses (se ciclos irregulares), em mulheres em que a menarca já ocorreu. A ausência de menstruação em um período de tempo inferior aos descritos é classificada como atraso menstrual.

A definição acima é adotada pelo Tratado de Ginecologia do Williams. Já o Tratado de Ginecologia da FEBRASGO considera a amenorreia secundária como ausência de menstruação por três meses ou quando ocorrem menos de nove menstruações ao longo do ano, em mulheres que já tiveram a menarca.

A seguir, apresentamos o fluxograma que resume a investigação diagnóstica:



A letra A está correta. Alternativa "a" correta, pois a insuficiência ovariana prematura se manifesta com elevação das gonadotrofinas

A letra B está incorreta. Alternativa "b" incorreta, pois a ausência de gônadas levaria a um quadro de amenorreia primária.

A letra C está incorreta. Alternativa "c" incorreta, pois a hiperplasia adrenal congênita em sua forma clássica causa alterações na genitália identificadas logo após ao nascimento. A forma não clássica pode cursar com amenorreia secundária, porém com sinais de hiperandrogenismo e elevação da 17 OH progesterona, sem alteração nos níveis de FSH.

A letra D está incorreta. Alternativa "d" incorreta, pois a hiperprolactinemia cursa com níveis normais ou baixos de FSH. Além disso, foi dosada a prolactina e está normal.

A letra E está incorreta. Alternativa "e" incorreta, pois os tumores de células da granulosa são produtores de estrogênio e nessa fase de vida não causam amenorreia e sim, sangramento uterino anormal.

Questão | 2024 | 4000212230

Paciente de 60 anos de idade procura ambulatório de ginecologia com queixa de “bola” na vagina aos esforços. Durante o exame, foi realizado o POP-Q que demonstrou o seguinte cenário:

-3	-3	-2
5	4	10
-3	-3	-8

De acordo com o POP-Q da paciente em questão, qual o diagnóstico mais provável?

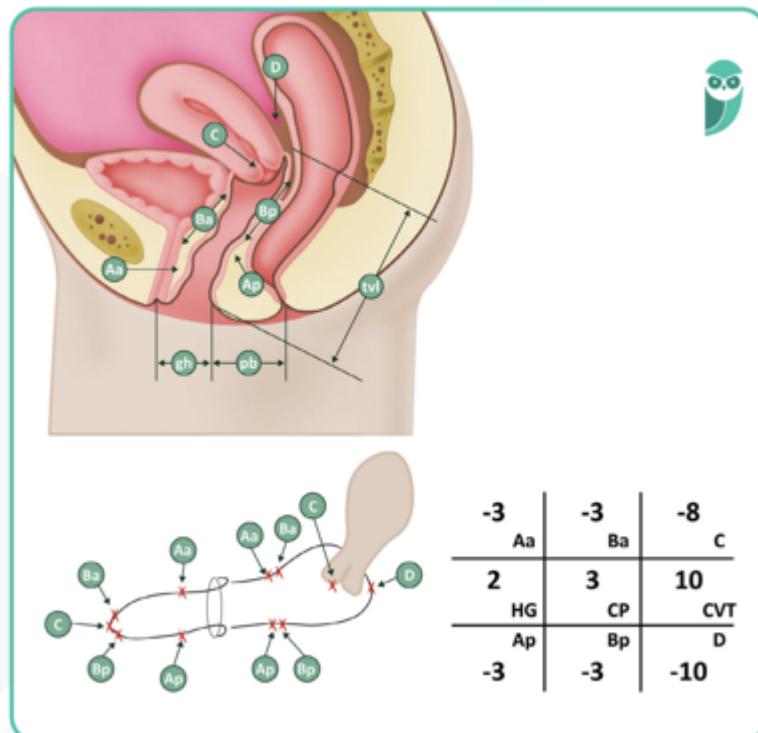
- A) Prolapso de parede anterior (E I)
- B) Incontinência urinária de esforço
- C) Prolapso apical (E I)
- D) Prolapso de parede posterior (E II)
- E) Hipertrofia de colo uterino

Solução

Gabarito: E) Hipertrofia de colo uterino

Existem diversas classificações utilizadas para avaliar os POPs, porém o POP-Q (pelvic organ prolapse quantification) é o mais aceito pelas sociedades científicas e o mais cobrado nas provas de Residência. Sabemos que avaliar as grades do POP-Q é amplamente cobrado nas provas e é uma das maiores dificuldades dos alunos.

A avaliação do POP-Q tem como base a fixação de pontos de referência na vagina (conforme imagem abaixo). Independentemente do ponto, sua distância é medida em centímetros, em relação à carúncula himenal, que é o introito da vagina (ponto zero). Os pontos internos da vagina são negativos e os pontos externos são positivos. Os valores aferidos pelo POP-Q são descritos através de uma grade, como a representada na imagem abaixo. Em algumas provas, os nomes dos pontos não são dados e você tem que decorar a organização dessa grade.



Vamos usar o passo a passo do POP - Q na prova?

1º Veja os valores dos pontos Ba, Bp, C e D (a partir deles você conseguirá avaliar se há a presença de prolapsos e sua localização). O comprimento vaginal total (CVT) também será importante para fazer a classificação.

Ba -3 Bp -3 C -2 D -8 CVT 10

2º Os pontos Ba e Bp são maiores do que -3 (por exemplo -2, -1, 0 etc.)? Se sim, isso significa que há prolapsos e você deve empregar a classificação em estádios para definir seu grau. Lembrando que o ponto Ba representa a parede vaginal anterior e o Bp, a parede posterior.

Não há prolapsos de parede anterior e posterior, pois os pontos Ba e Bp estão em -3.

3º Qual o valor do comprimento total da vagina? Vamos supor que seja de 10 cm. Transforme esse valor em um número negativo e compare-o com o ponto D. Se o valor do ponto D for maior que -10, por exemplo -9, -8 ou -7, isso significa que há uma descida da cúpula vaginal, porém consideraremos patológico somente se a diferença for maior do que 2 cm. A partir disso, você deve usar a classificação do POP-Q para ver seu estádio.

É importante lembrar que o ponto C e o ponto D descem juntos, pois representam o colo do útero e a cúpula vaginal.

O CVT é de 10 ---> -10. Ao compararmos com o ponto D, vemos que a diferença não é superior a 2 cm e, portanto, não há prolapo de parede apical. Mas, há uma diferença muito grande entre C e D. São 6 cm. O que isso significa? Há uma hipertrofia do colo uterino, quando ele mede mais do que 4-5cm.

Diante do exposto, a alternativa correta é a letra "e".

Questão | | 2024 | 4000212231

Paciente na 28º semana, segundigesta (um parto vaginal prematuro). Chega à emergência, com queixa de dor em baixo ventre tipo cólica. Ao exame: dinâmica uterina de 3 contrações/ 30 minutos/ 40 segundos, batimentos cardio fetais de 156 bpm e pressão arterial de 130 x 90 mmHg. Toque vaginal com colo uterino central 4 cm, 70% de esvaecimento cervical, cefálico e bolsa íntegra. Assinale a alternativa que NÃO deve ser realizada, baseada nas evidências atuais.

- A) Progesterona
- B) Dexametasona
- C) Sulfato de magnésio
- D) Penicilina cristalina
- E) Nifedipina

Solução

Gabarito: A) Progesterona

O que o examinador quer saber: sobre trabalho de parto prematuro abaixo de 34 semanas.

As principais medidas que reduzem os riscos da prematuridade abaixo de 34 semanas são: corticoterapia para maturação pulmonar, antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. A tocólise deve ser administrada com o objetivo de retardar o parto para ser possível administrar e aguardar o efeito dessas medicações.

A inibição do trabalho de parto prematuro geralmente retarda o parto em até 48 horas. O objetivo de adiar o parto é ter tempo hábil para administrar corticoide e sulfato de magnésio, bem como, permitir o transporte da gestante a um centro de referência quando necessário. Por isso, somente gestantes cujos fetos beneficiam-se dessas intervenções devem receber a tocólise. Além disso, a terapia de manutenção dos tocolíticos após 48 horas não está indicada, pois é ineficaz em prevenir o parto prematuro e melhorar os parâmetros neonatais.

Assim, a tocólise está indicada para trabalho de parto prematuro entre 24 a 34 semanas em pacientes com membranas íntegras, com até 4 cm a 5 cm de dilatação cervical. Fora desses limites, seu uso deve ser particularizado de acordo com as características de cada serviço. Sendo assim, as contraindicações para a tocólise são:

- - Idade gestacional < 24 semanas ou ≥ 34 semanas;
- - Rotura prematura pré-termo de membranas;
- - Óbito fetal ou malformação fetal letal;
- - Sinais de corioamnionite;
- - Suspeita de descolamento prematuro de placenta;
- - Placenta prévia com sangramento;
- - Restrição de crescimento fetal;
- - Doenças maternas graves descompensadas.

Os principais tocolíticos são: bloqueadores do canal de cálcio (nifedipina), antagonista dos receptores da ocitocina (atosiban), agonista dos receptores beta-adrenérgicos (terbutalina) e os inibidores da síntese de prostaglandinas (indometacina). O atosiban e a nifedipina são os tocolíticos mais utilizados na atualidade por terem menos efeitos colaterais e serem mais efetivos na tocólise.

A administração de corticoide é a principal conduta em gestantes com chance de parto prematuro nos próximos 7 dias (trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas fetais ou parto prematuro eletivo), pois diminui os riscos de síndrome respiratória do recém-nascido, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e morte neonatal.

Os corticoides utilizados para a maturação pulmonar são a betametasona e a dexametasona. A betametasona na dose de 12mg a cada 24h, completando duas doses no total, é o corticoide de escolha para esses casos, por ser necessário um menor número de aplicações. Já a dexametasona na dose de 6mg a cada 12h, completando 4 doses no total, é o segundo corticoide mais utilizado, mas tem a mesma eficácia da betametasona.

Observa-se o efeito do corticoide já nas primeiras horas de uso, mas a ação completa ocorre após 24 horas do término do ciclo, isto é, 48 horas após a primeira aplicação. Por isso, o uso do corticoide deve ser feito mesmo quando não há tempo hábil de se realizar o ciclo completo.

O sulfato de magnésio deve ser usado para neuroproteção fetal na iminência de parto prematuro com ou sem rotura de membranas, por diminuir a severidade e os riscos de

paralisia cerebral ocasionados pela prematuridade. O uso do sulfato de magnésio deve ser feito entre 24 a 31 semanas e 6 dias para gestantes em trabalho de parto prematuro estabelecido ou para parto prematuro eletivo nas próximas 24 horas.

A antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B deve ser feita intraparto a todas as gestantes em TPP com cultura positiva ou desconhecida para a prevenção da sepse neonatal. A medicação de primeira escolha é a penicilina cristalina, mas a ampicilina, 2g a cada 6 horas, também é medicação aceita.

A dose de ataque da penicilina cristalina é de 5 milhões UI por via endovenosa e deve ser feita, pelo menos, 4 horas antes do parto. As doses de manutenção são de 2,5 milhões UI a cada 4 horas até o parto. Pode-se optar pela clindamicina endovenosa, caso haja alergia à penicilina.

Atenção, estrategista, o examinador quer a alternativa que indica o que NÃO é preconizado no TPP abaixo de 34 semanas.

A letra A está correta. Correta a alternativa A: progesterona não é medicação preconizada diante de gestante em trabalho de parto prematuro. Essa medicação deve ser feita de maneira profilática em pacientes assintomáticas com maior risco de prematuridade.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: diante de TPP abaixo de 34 semanas está preconizado o uso de corticoide para maturação pulmonar, que pode ser dexametasona ou betametasona.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: diante de TPP franco abaixo de 32 semanas está indicado o uso do sulfato de magnésio para neuroproteção fetal.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: diante de TPP está preconizada a antibioticoprofilaxia para EGB se cultura desconhecida ou positiva.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: diante de TPP abaixo de 34 semanas está indicada a inibição do trabalho de parto (tocólise). As medicações de escolha são atosibam, nifedipina ou terbutalina.

Questão | 2024 | 4000212235

Paciente 35 anos, primigesta e na 39º semana de gravidez, sendo acompanhada no pré-natal de risco habitual. Durante a consulta, foi observada uma curva de altura de fundo de útero pela idade gestacional abaixo do 10º percentil. No momento, traz sua última ultrassonografia e a curva de crescimento do peso fetal estimado pela idade gestacional, que se encontra entre o 3º e 10º percentil. A dopplervelocimetria das artérias uterinas, umbilicais e cerebral média foi < 95º percentil, < 95º percentil e > 5º percentil,

respectivamente. Assinale a alternativa CORRETA referente ao fator de risco mais provável para a hipótese diagnóstica.

- A) Tabagismo
- B) Hipertensão
- C) Restrição de crescimento intraútero em gestação anterior
- D) Insuficiência placentária
- E) Baixa estatura materna e paterna

Solução

Gabarito: E) Baixa estatura materna e paterna

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de restrição de crescimento fetal.

Investiga-se RCF quando a gestante apresenta alto risco para desenvolver essa patologia ou quando, no pré-natal, há suspeita de crescimento abaixo do esperado para a idade gestacional.

Como dito anteriormente, gestantes de alto risco para RCF devem fazer ultrassonografia seriada a partir de 24-28 semanas, a fim de diagnosticar-se precocemente essa patologia. Porém, o ultrassom no terceiro trimestre para detectar RCF não deve ser solicitado de forma rotineira em gestantes que não são de alto risco. Nesses casos, a suspeita de RCF se dá pela medida da altura uterina.

Sendo assim, suspeita-se de RCF quando a medida da altura uterina ou o peso fetal, na ultrassonografia, estão abaixo do esperado para a idade gestacional.

A medida da altura uterina é tomada em toda consulta de pré-natal para avaliar de forma indireta o crescimento fetal e o volume de líquido amniótico. Quando a altura uterina está menor do que o esperado para a idade gestacional, isso é, abaixo do percentil 10, devemos suspeitar de RCF ou oligoâmnio e solicitar uma ultrassonografia para avaliação de peso e líquido fetais.

Quando o peso fetal ou a circunferência abdominal estimados na ultrassonografia estão abaixo do percentil 10, suspeita-se de RCF ou feto PIG constitucional.

Há uma grande dificuldade em diferenciar o feto que é PIG constitucional daquele que tem RCF, mas essa diferenciação é muito importante, uma vez que os fetos com RCF apresentam elevados índices de morbidade e mortalidade perinatal e infantil, além de doenças crônicas na vida adulta.

A história materna e o acompanhamento ultrassonográfico seriado, com avaliação do líquido amniótico e da Dopplervelocimetria da artéria umbilical, ajudam a distinguir o feto com restrição de crescimento fetal daquele constitucionalmente pequeno para a idade gestacional, mas muitas vezes esse diagnóstico somente é possível após o nascimento.

Fetos PIG geralmente apresentam peso entre o percentil 3 e 10, velocidade de crescimento normal, líquido amniótico normal, Dopplervelocimetria normal e tamanho compatível com as características maternas, como peso, altura e etnia. Por outro lado, fetos com restrição de crescimento podem apresentar alteração na velocidade de crescimento, no volume de líquido amniótico e na Dopplervelocimetria obstétrica.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: como se trata de um feto PIG e não uma RCF, o tabagismo não é um fator de risco.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: como se trata de um feto PIG e não uma RCF, a hipertensão materna não é um fator de risco.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: como se trata de um feto PIG e não uma RCF, o histórico de RCF não é um fator de risco.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: como se trata de um feto PIG e não uma RCF, a insuficiência placentária não é um fator de risco.

A letra E está correta. Correta a alternativa D: temos uma gestante com feto entre o percentil 3 e 10 e Doppler normal (arteria umbilical < p95, arteria uterina < p95 e arteria cerebral média > p5), o que indica ser um feto pequeno para a idade gestacional (PIG) e não uma restrição de crescimento fetal. Sendo assim, o principal fator de risco para um feto PIG é os pais serem pequenos em estatura.

Questão | | 2024 | 4000212236

Paciente 20 anos, primigesta e na 8º semana de gravidez. No momento, assintomática e vem trazendo os exames de rotina com sorologia para toxoplasmose, IgM positivo e IgG negativo. Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil.

- A)** Iniciar espiramicina e repetir sorologia com 2 a 3 semanas.
- B)** Iniciar espiramicina e solicitar o teste de avidez na mesma amostra de sangue ou imediatamente.
- C)** Iniciar o esquema com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico.
- D)** Iniciar o esquema com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico e solicitar o teste de avidez na mesma amostra de sangue ou imediatamente.
- E)** Repetir sorologia com 2 a 3 semanas e solicitar o teste de avidez na mesma amostra de sangue ou imediatamente.

Solução

Gabarito: A) Iniciar espiramicina e repetir sorologia com 2 a 3 semanas.

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

Como a maioria das gestantes é assintomática, o diagnóstico da toxoplasmose é feito pela sorologia materna, com avaliação dos anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose, solicitada no rastreamento de rotina durante o pré-natal.

Gestantes susceptíveis (podem adquirir a infecção na gestação) têm resultados negativos para os anticorpos IgG e IgM específicos para toxoplasmose e o acompanhamento deve ser feito com sorologia seriada (1-2 meses) e orientações preventivas, a depender do perfil epidemiológico da região.

Se a gestante apresentar IgG positiva e IgM negativa, elas são consideradas imunes e não precisam repetir a sorologia durante o pré-natal, a não ser que sejam imunocomprometidas.

Por outro lado, quando a gestante apresenta IgM positiva e IgG negativa pode ser toxoplasmose aguda ou um caso de falso positivo. Por isso, deve-se introduzir espiramicina e repetir a sorologia em 2 semanas. Se IgM mantiver positiva com IgG também positiva, trata-se de um caso de toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação. Se o IgG não positivar, trata-se de IgM falso positivo e deve-se suspender a espiramicina.

Se a gestante apresentar IgM e IgG positivas no primeiro trimestre, deve-se introduzir espiramicina e realizar o teste de avidez para IgG, a fim de determinar se a infecção é recente (baixa avidez) ou tardia (alta avidez), uma vez que os títulos de IgM podem permanecer positivos por até 1 ano e o de IgG por vários anos. Sabe-se que a capacidade de ligação e avidez da imunoglobulina aumenta com a maturação da resposta imunológica, por isso avidez baixa sugere infecção recente (menos de 4 meses) e avidez alta sugere infecção há mais de 4 m

A toxoplasmose materna aguda pode levar à transmissão vertical, causando toxoplasmose congênita. Por isso, o tratamento da toxoplasmose deve ser instituído se há suspeita ou confirmação de infecção aguda na gestação. O tratamento precoce em até 3 semanas da infecção materna diminui os riscos de infecção fetal.

Portanto, a principal conduta frente a um caso de suspeita de infecção aguda é a profilaxia para toxoplasmose congênita, com a administração materna de espiramicina na dose de 3g/dia via oral. Isso é aplicado para todas as gestantes que apresentam sorologia IgM + e IgG – ou sorologia IgM + e IgG +. A espiramicina não ultrapassa a barreira placentária, mas tem como objetivo reduzir o risco de passagem transplacentária do parasita, impedindo a infecção fetal.

Nos casos confirmados ou prováveis de infecção aguda, isto é, se houver soroconversão, avidez para IgG baixa ou intermediária ou ascensão dos valores de IgG em amostra seriada, deve-se fazer a pesquisa de infecção fetal a partir de 18 semanas.

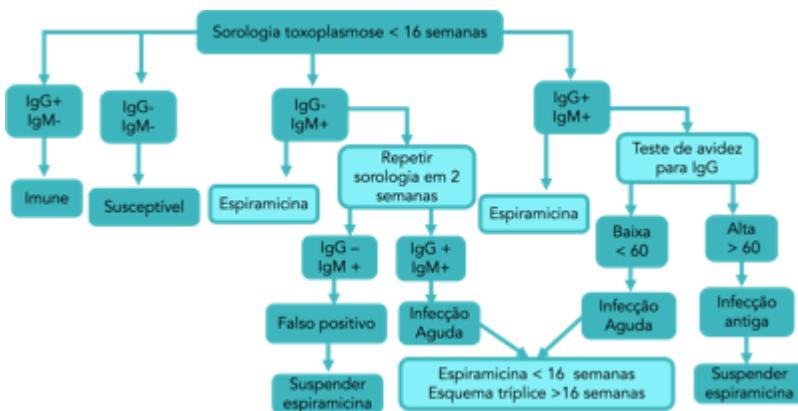
Nos casos em que há dúvida se a infecção é recente ou antiga, como quando a primeira sorologia com IgG e IgM positiva é realizada após 16 semanas e o teste de avidez já não é mais fidedigno, deve-se considerar a gestante como infecção aguda e fazer a investigar infecção fetal.

Atualmente, orienta-se utilizar espiramicina até 16 semanas e a partir de 16 semanas trocar para o esquema tríplice até realizar a pesquisa de infecção fetal.

A pesquisa de infecção fetal é realizada por meio da amniocentese, com coleta de líquido amniótico e pesquisa do DNA do Toxoplasma gondii por PCR. Caso a pesquisa venha positiva, estamos diante de um feto com toxoplasmose congênita (infecção fetal). Se a pesquisa de infecção fetal vier negativa, trocar por espiramicina e até o parto. Se a

infecção fetal for confirmada, manter tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico até o fim da gestação.

Lembre-se de não iniciar o esquema tríplice no primeiro trimestre, pelo risco de teratogenicidade dessas medicações.



A letra A está correta. Correta a alternativa A: diante de uma gestante com sorologia IgM reagente e IgG não reagente, a conduta é iniciar espiramicina e repetir sorologia em 2 a 3 semanas para avaliar soroconversão do IgG. Se em houver soroconversão do IgG trata-se de toxoplasmose aguda.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: o teste de avidez deve ser solicitado até 16 semanas diante de sorologia IgG e IgM reagentes.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: o esquema tríplice deve ser usado somente após 16 semanas de gestação.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: o teste de avidez deve ser solicitado até 16 semanas diante de sorologia IgG e IgM reagentes e o esquema tríplice deve ser usado somente após 16 semanas de gestação.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: o teste de avidez deve ser solicitado até 16 semanas diante de sorologia IgG e IgM reagentes.

Questão | | 2024 | 4000212237

Paciente 19 anos, primigesta e na 32º semana. Classificação sanguínea materna AB Rh negativo, classificação sanguínea paterna A Rh positivo e coombs indireto positivo. Assinale a alternativa que NÃO justifica essa possibilidade clínico-epidemiológica.

A) Histórico de uso de hemoderivados

- B)** Usuária de drogas €
- C)** Uso de Imunoglobulina anti-D na 28º semana
- D)** Feto A Rh positivo
- E)** Classificação sanguínea da avó materna: O positivo

Solução

Gabarito: **E)** Classificação sanguínea da avó materna: O positivo

O que o examinador quer saber: sobre aloimunização materna.

O sangramento fetomaterno é a principal causa de passagem de sangue não compatível para a corrente sanguínea materna, com consequente aloimunização materna. Isso ocorre, principalmente, no momento do parto, mas também pode acontecer durante a gestação, especialmente no terceiro trimestre, época em que encontramos taxa de sangramento fetomaterno em 45% das gestações.

Ademais, algumas complicações na gestação podem ocasionar hemorragia fetomaterna, levando à produção de anticorpos antieritrocitários maternos (aloimunização materna). Essas complicações estão listadas a seguir.

Complicações na gestação que levam à hemorragia fetomaterna

- Abortamento.
- Gestação ectópica.
- Mola hidatiforme.
- Procedimentos invasivos intrauterinos.
- Morte fetal.
- Trauma abdominal.
- Descolamento prematuro de placenta.
- Inserção baixa de placenta.
- Versão cefálica externa.

Além disso, a gestante pode ter contato com sangue não compatível por meio de transfusão sanguínea, uso de drogas ou realização de transplantes, situações essas que também podem levar à aloimunização materna.

Na aloimunização materna, primeiramente, há a produção de anticorpos IgM, que não ultrapassam a barreira placentária pelo fato de serem moléculas de alto peso molecular. Com o tempo ocorre a produção de anticorpos IgG que conseguem atravessar essa barreira, uma vez que tem baixo peso molecular. Os anticorpos IgG aderem aos抗ígenos das hemácias fetais desencadeando uma destruição eritrocitária importante (hemólise fetal) que leva à DHPN.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: a realização de transfusão sanguínea pode levar a aloimunização Rh e justifica o coombs indireto positivo.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: o uso de drogas injetáveis pode levar à aloimunização Rh e justifica o coombs indireto positivo.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: o uso de imunoglobulina anti- D com 28 semanas faz o coombs indireto ficar positivo por aproximadamente 12 semanas.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: feto Rh positivo pode levar a aloimunização materna e justifica o coombs indireto positivo.

A letra E está correta. Correta a alternativa E: se a avó materna apresenta tipo sanguíneo O, não há possibilidade do tipo sanguíneo da mãe ser AB. Sendo assim, essa alternativa não justifica a possibilidade clínico-epidemiológica apresentada.

Questão | | 2024 | 4000212238

Paciente 23 anos, terigesta (duas cesarianas anteriores) e na 8º semana de gravidez, refere dor tipo cólica em baixo ventre e sangramento genital em pequena intensidade. Ao exame: toque vaginal fechado com sangramento discreto em dedo de luva e útero aumentado de volume compatível com a gestação. Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada.

- A)** Solicitar ultrassonografia e iniciar progesterona.
- B)** Solicitar ultrassonografia, iniciar analgésicos e antiespasmódicos e recomendar abstinência sexual e repouso relativos.
- C)** Solicitar ultrassonografia, iniciar analgésicos, anticspasmódicos e progesterona e recomendar abstinência sexual e repouso relativos.
- D)** Iniciar cloridrato de piperidolato + hesperidina + ácido ascórbico.
- E)** Iniciar progesterona.

Solução

Gabarito: B) Solicitar ultrassonografia, iniciar analgésicos e antiespasmódicos e recomendar abstinência sexual e repouso relativos.

O que o examinador quer saber: sobre ameaça de abortamento.

A ameaça de abortamento ou abortamento evitável é a principal entidade clínica que leva à procura de serviços de urgência. Trata-se de uma complicação frequente, que acomete de 15 a 20% das mulheres. Aproximadamente 40 a 50% das mulheres que sangram no início da gestação evoluem para perda gestacional. Após ser evidenciada a atividade cardíaca na ultrassonografia, esse risco reduz para valores entre 4 e 10%.

Como a paciente se apresenta?

A paciente refere, em geral, um sangramento em pequena quantidade associado à cólica abdominal. No exame ginecológico, o útero tem tamanho compatível com a idade gestacional, o colo uterino encontra-se impérvio e, no exame especular, pequena quantidade de sangue coletado em fundo de saco posterior.

Como é o achado ultrassonográfico?

A ultrassonografia é compatível com a normalidade para a idade gestacional. É visualizada a presença de saco gestacional regular e, a depender da idade gestacional, embrião com batimentos cardíacos fetais presentes.

Sempre que houver relato de sangramento vaginal, sem que haja uma ultrassonografia prévia com gestação tópica, suspeitar também de gestação ectópica. O quadro clínico vai guiá-lo para a principal hipótese, mas a ultrassonografia deve ser realizada sempre que possível.

Como tratar a paciente?

Diante de um quadro de ameaça de abortamento, não existe uma conduta específica para o sangramento.

O uso de progesterona não tem impacto no desfecho do quadro e a indicação de repouso relativo não tem comprovação científica.

A conduta mais importante, nesses casos, é checar a tipagem sanguínea, assim como em qualquer sangramento durante a gestação. Caso a paciente seja Rh negativo, deve ser empregada a imunoglobulina anti-D, a fim de prevenir a aloimunização dessa paciente. Para efeito, nas provas, essa é uma conduta, em geral, obrigatória.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: a progesterona vaginal não está indicada nos casos de abortamento.

A letra B está correta. Correta a alternativa B: temos uma gestante de 8 semanas com sangramento vaginal em pequena quantidade e colo impérvio sugerindo uma ameaça de abortamento. Para confirmar o diagnóstico, deve-se realizar ultrassonografia. A conduta diante de uma ameaça de abortamento é a realização de medicações sintomáticas, abstinência sexual e repouso relativo podem ser orientados, mas não impedem a evolução do quadro.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: a progesterona vaginal não está indicada nos casos de abortamento.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: diante de uma ameaça de abortamento, as únicas medicações indicadas são as medicações sintomáticas nos casos de dor abdominal. Não há medicação que previna a evolução do quadro de abortamento.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: a progesterona vaginal não está indicada nos casos de abortamento.

Questão | | 2024 | 4000212239

Paciente chega para consulta com ginecologista e obstetra queixando-se de atraso menstrual. Refere ciclos menstruais regulares, mas não sabe informar o dia da última menstruação. Referiu um sangramento de pequena intensidade há 1,5 meses. Ao exame, à inspeção, apresentava-se com coloração violácea da vulva. No toque vaginal, observou-se uma flexão do corpo uterino sobre o colo do útero com istmo amolecido e a presença de uma pulsação vaginal. Assinale a alternativa CORRETA que sugere uma idade gestacional provável, baseando-se no exame clínico.

- A)** 5 semanas
- B)** 6 semanas
- C)** 8 semanas
- D)** 12 semanas
- E)** 14 semanas

Solução

Gabarito: **C)** 8 semanas

Questão | | 2024 | 4000212240

Paciente 30 anos, na 38º semana, secundigesta (um parto vaginal anterior), chega à emergência obstétrica referindo perda de líquido há 1 hora de forma súbita de um líquido transparente, cheirando a água sanitária, escorrendo pelas pernas e se acumulando do chão. Negava outras queixas. Ao exame clínico, temperatura axilar de 36,5°C e frequência cardíaca materna de 78 bpm. Ao exame obstétrico: batimentos cardiotéticos de 136 bpm (sem desacelerações), dinâmica uterina ausente, toque vaginal com 2 cm de dilatação, 70% de esvaziamento cervical, bolsa rota com líquido amniótico claro com grumos. Assinale a alternativa CORRETA referente à conduta menos recomendável a ser realizada na atualidade.

- A)** Expectante até 24 horas.
- B)** Ocitocina
- C)** Método de Krause
- D)** Misoprostol
- E)** Prostaglandina

Solução

Gabarito: C) Método de Krause

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na rotura prematura de membranas de termo.

Para a conduta correta na RPM, deve-se primeiramente avaliar: idade gestacional, sinais de infecção e vitalidade fetal.

A idade gestacional deve ser calculada pela data da última menstruação e confirmada por ultrassonografia do primeiro trimestre. Datar precisamente a gestação é de suma importância para a tomada de conduta adequada na RPM.

Além disso, a avaliação de sinais de infecção é fundamental diante de um caso de RPM, pois, se o quadro for sugestivo de corioamnionite, a conduta é resolutiva, independentemente da idade gestacional. Para isso, deve-se fazer uma avaliação clínica minuciosa da gestante e solicitar exames laboratoriais (hemograma e PCR). O diagnóstico de corioamnionite baseia-se na presença de febre, taquicardia materna, taquicardia fetal, útero irritável (dor), saída de secreção purulenta pelo orifício externo do colo uterino, ausência de movimentos respiratórios fetais, leucocitose e aumento da proteína C reativa. Falaremos mais sobre corioamnionite no fim desta aula.

A avaliação da vitalidade fetal também é fundamental nesses casos e pode ser feita pela cardiotocografia e pelo perfil biofísico fetal, já que a dopplervelocimetria não é um exame de escolha para avaliar vitalidade fetal na RPM. Diante de alteração na vitalidade fetal, deve-se partir para a resolução imediata da gestação, independentemente da idade gestacional. Caso a gestante apresente sangramento vaginal importante com suspeita de descolamento prematuro de placenta, a resolução da gestação também deve ser iminente. Outra situação em que a conduta deve ser ativa é diante do diagnóstico de óbito fetal.

Feita essa avaliação inicial, confirmando ausência de sinais de infecção e feto com boa vitalidade, a conduta na RPM varia conforme a idade gestacional.

Na rotura prematura de membranas em gestações de termo (a partir de 37 semanas), a conduta é ativa, com a resolução da gestação, uma vez que a conduta expectante para esses casos aumenta o risco materno-fetal de infecção.

Os protocolos obstétricos da maioria das instituições, incluindo a Febrasgo e o Ministério da Saúde, são unâimes em indicar a resolução da gestação nesse caso. Se a gestante se recusar à indução imediata do parto, deve-se explicar todos os riscos de aguardar o parto espontâneo e fazer o acompanhamento rigoroso dessa paciente. Sabe-se que 90% dos casos de RPM de termo evoluem para trabalho de parto espontâneo nas primeiras 24 horas.

Sendo assim, a resolução da gestação deve ser, preferencialmente, por indução do parto com misoprostol ou ocitocina, a depender das características do colo uterino, logicamente se não houver contraindicação ao parto normal. Não está indicado o uso de balão cervical, pois não há evidências seguras para seu uso na RPM.

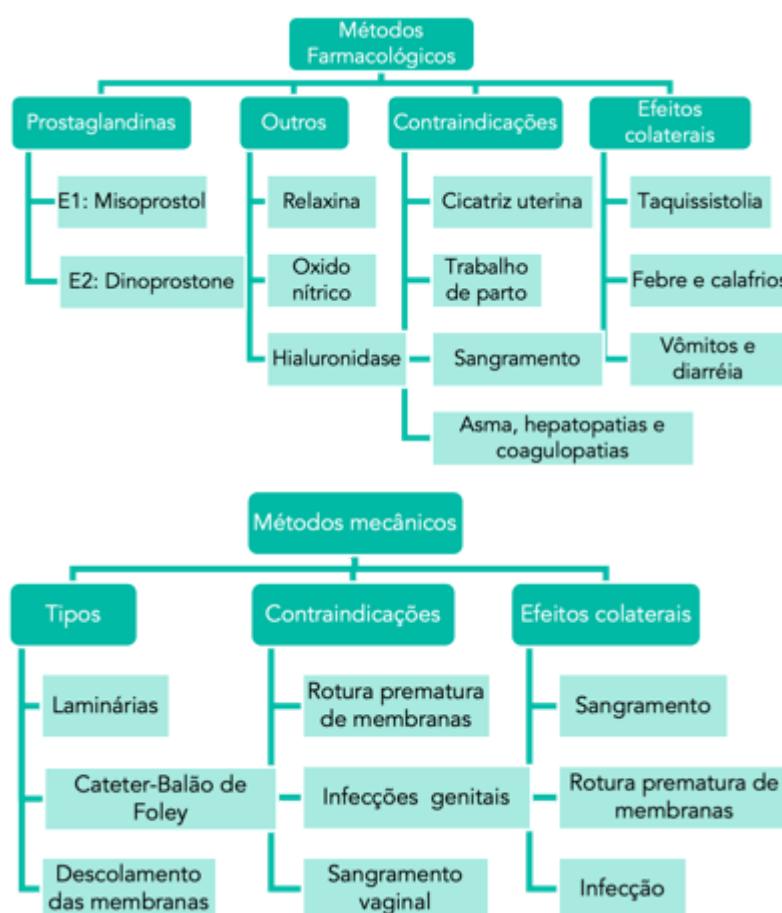
A condição do colo uterino é o principal fator preditor de sucesso na indução do trabalho de parto. Portanto, para avaliar a melhor estratégia para a indução é imprescindível avaliar primeiramente as condições do colo uterino.

Uma das formas de fazer essa avaliação é por meio do índice de Bishop. Esse índice leva em conta aspectos do colo uterino como a dilatação, o esvaecimento, a consistência e a posição do colo uterino, além da altura da apresentação fetal (planos de De Lee).

Se o colo uterino é desfavorável, isto é, quando o índice de Bishop é menor que 6, primeiro é preciso realizar a maturação cervical para depois induzir as contrações.

Durante a maturação cervical o colo uterino passa de uma estrutura fechada e grossa para uma estrutura aberta, amolecida e esvaecida, capaz de dilatar com as contrações uterinas.

Vários métodos podem promover a maturação cervical, sendo classificados em métodos farmacológicos ou mecânicos. A escolha do método depende da experiência médica, da preferência da gestante e das contraindicações inerentes a ele, uma vez que, em relação a superioridade entre os métodos, os estudos não mostraram diferença entre eles.



Quando o colo uterino se encontra maduro ($\text{Bishop} > 6$, de preferência > 9), utiliza-se a ocitocina para induzir as contrações uterinas e, dessa forma, a gestante iniciar o trabalho de parto. A ocitocina sintética é um análogo idêntico à ocitocina endógena. Essa é a medicação mais efetiva para causar contrações uterinas e por isso é a medicação utilizada para indução do parto.

Além do mais, a antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B (EGB) deve ser feita durante o trabalho de parto ativo se a gestante apresentar cultura positiva ou fatores de risco que justifiquem a antibioticoprofilaxia em caso de cultura desconhecida (febre ≥ 38 graus ou rotura de membranas ≥ 18 horas). O antibiótico usado é a penicilina cristalina a cada quatro horas até o parto.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: a conduta mais aceita diante de uma rotura de membranas no termo é a indução do parto, mas algumas instituições indicam a conduta expectante por até 24 horas.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: como o colo uterino está desfavorável, o uso da ocitocina não é a melhor opção para iniciar a indução do parto, mas entre o uso da ocitocina e o método de Krause, dá-se preferência pela ocitocina.

A letra C está correta. Correta a alternativa C: diante de uma gestante com rotura prematura de membranas no termo, a conduta mais aceita é a resolução da gestação, por indução do parto. Como o colo uterino está desfavorável, deve-se primeiro realizar a maturação cervical para depois provocar as contrações uterinas. Como a bolsa está rota, deve-se evitar os métodos mecânicos de maturação cervical, pelo maior risco de infecção, por isso, o método de Krause é o menos indicado para essa gestante.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: como o colo uterino está favorável, deve-se realizar a maturação cervical e o misoprostol é uma opção para isso.

A letra E está incorreta. Correta a alternativa E: como o colo uterino está favorável, deve-se realizar a maturação cervical e as prostaglandinas são uma opção para isso.

Questão | 2024 | 4000212241

Paciente 26 anos, na 30º semana, secundigesta (um aborto), chega à emergência obstétrica referindo perda de líquido há 19 horas. Após anamnese detalhada do médico assistente, a paciente refere que a perda foi súbita de um líquido transparente, cheirando a água sanitária, escorrendo pelas pernas e se acumulando do chão. Negava outras queixas. Ao exame clínico, temperatura axilar de 36,5°C e frequência cardíaca materna de 78 bpm. Ao exame obstétrico: batimentos cardiotelais de 136 bpm, dinâmica uterina ausente, toque vaginal não realizado no momento e ausente líquido amniótico pelo exame especular e manobra de valsava. Assinale a alternativa CORRETA referente ao exame que melhor tem acurácia para confirmar ou afastar a principal hipótese diagnóstica.

- A)** Manobra de Tarnier — positivo

- B)** Teste de pH — 7,0
- C)** Ultrassonografia — líquido amniótico normal
- D)** Teste da cristalização — arboriforme
- E)** Teste de Kittrich — coloração azul

Solução

Gabarito: **A)** Manobra de Tarnier — positivo

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de rotura prematura de membranas.

A principal queixa da gestante com RPM é a saída de líquido amniótico pela vagina na ausência de contrações uterinas. Diante desse sintoma, a gestante deve ser avaliada clinicamente por meio do exame especular, a fim de verificar a saída de líquido amniótico pelo orifício externo do colo uterino. Pode-se fazer elevação da apresentação fetal e compressão no fundo uterino (manobra de Tarnier) ou solicitar que a gestante realize manobra de Valsalva para observar melhor a saída de líquido amniótico. O exame de toque não deve ser realizado se a gestante estiver fora de trabalho de parto pelo risco aumentado de infecção.

Desse modo, o diagnóstico de rotura prematura de membranas ocorre em 90% dos casos por meio da avaliação clínica, com a visualização da saída de líquido amniótico pelo orifício externo do colo uterino no exame especular, sendo este o diagnóstico padrão-ouro.

Diversos são os testes laboratoriais que podem ser utilizados para ajudar no diagnóstico de RPM quando a clínica for duvidosa. Algumas vezes, o líquido amniótico pode ser confundido com outras secreções presentes na vagina, como corrimento vaginal, muco cervical, urina materna e até mesmo transpiração materna. Nesses casos, os testes laboratoriais são de grande valia para ajudar na diferenciação entre RPM e seus diagnósticos diferenciais.

Os testes diagnósticos mais utilizados estão resumidos na tabela abaixo:

TABELA 2: TESTES DIAGNÓSTICOS

Cristalização do muco cervical (figura 2)	Após secar na lâmina, o líquido amniótico fica cristalizado, apresentando aspecto arboriforme na microscopia (folha de samambaia).
Teste da Lanetta	Mudança de coloração (incolor para marrom) de amostra de líquido amniótico em lâmina aquecida por um minuto.
Determinação do pH vaginal	O pH vaginal é ácido (3,8 e 4,5) e o pH do líquido amniótico varia de 7,0 a 7,7. Na presença de líquido amniótico, o pH vaginal eleva-se (acima de 6,0). Esse teste pode apresentar falso-positivo na presença de vaginose, sangue ou sêmen na vagina.
Papel de nitrazina (figura 1)	A fita de papel nitrazina marcando pH ≥ 6,0 sugere presença de líquido amniótico.
Teste do fenol vermelho	O líquido amniótico apresenta coloração rosa choque na presença do corante alaranjado fenolftaleína.
Teste do azul de Nilo	Na presença do sulfato azul de Nilo a 1%, as células fetais-orangiófilas (presentes após 32 semanas no líquido amniótico) passam a ter uma coloração amarelo-alaranjada, comprovando a presença de líquido amniótico.
Lavado vaginal para pesquisa de ureia e creatinina fetal	A presença de ureia e creatinina fetal em lavado vaginal indica presença de líquido amniótico.
Prova do corante (índigo carmim ou vitamina B12)	O corante é introduzido na cavidade amniótica e um tampão é colocado na vagina, se após 30 min o tampão estiver azul, confirma-se o diagnóstico de amniorrexe. O azul de metileno não deve ser usado (anemia hemolítica e hemoglobinemias fetais).
Alfa 1-microglobulina placentária (PAMG-1). <i>Aminisure®</i>	Alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico de RPM em qualquer idade gestacional.
Fator de crescimento semelhante à insulina (IGFBP-1). <i>ActimPROM®</i>	Alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico de RPM em qualquer idade gestacional.

Com exceção dos testes PAMG-1 e IGFBP-1, os outros testes sofrem influência de sangue, sêmen, vaginose, tricomoníase e antisséptico alcalino, gerando resultados falsos-positivos.

Diante de rotura prematura de membranas, ocorre a liberação de fibronectina para a vagina e por isso o teste de fibronectina fica positivo nessa situação, embora esse teste não seja utilizado para avaliar RPM, mas sim a probabilidade de parto prematuro nos próximos dias em gestante de risco de prematuridade e membrana íntegra.

A avaliação ultrassonográfica do líquido amniótico pode ser utilizada para ajudar no diagnóstico, mas não exclui e nem confirma a RPM, uma vez que pode haver rotura de membranas e o líquido permanecer normal e, por outro lado, o oligoâmnio pode estar presente por outras causas que não a RPM, como na insuficiência placentária ou em malformações do sistema urinário.

A letra A está correta. Correta a alternativa A: o exame padrão ouro para o diagnóstico de RPM é a visualização da saída de líquido pelo orifício externo do colo pelo exame especular. A manobra de Tanier ajuda na exteriorização do líquido pela vagina e confirmação diagnóstica.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: os testes laboratoriais são utilizados somente quando o exame físico não conseguir confirmar a saída de líquido.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: A avaliação ultrassonográfica do líquido amniótico pode ser utilizada para ajudar no diagnóstico, mas não exclui e nem confirma a RPM, uma vez que pode haver rotura de membranas e o líquido permanecer normal e, por outro lado, o oligoâmnio pode estar presente por outras causas que não a RPM, como na insuficiência placentária ou em malformações do sistema urinário.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: os testes laboratoriais são utilizados somente quando o exame físico não conseguir confirmar a saída de líquido.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: os testes laboratoriais são utilizados somente quando o exame físico não conseguir confirmar a saída de líquido.

Questão | | 2024 | 4000212242

Paciente, 32 anos, secundigesta (cesariana anterior), na 6º semana de gravidez com queixa de sangramento genital há 20 dias, com piora há 12 horas. Ao exame, encontrava-se com estado geral bom, hipocorada (+/4+), acianótica, consciente e orientada. Pressão arterial de 120 x 80 mmHg. Frequência cardíaca de 98 bpm. Abdome plano depressível e indolor, sem massas palpáveis e ausência de sinais de irritação peritoneal. Submetida a exame ultrassonográfico transvaginal, que revelou saco gestacional dentro de cavidade uterina, medindo 41,0 x 21,0 x 5,0 mm, de contorno regular, em topografia de istmocele, além da presença de hematoma subcoriônico de 27,0 x 17,0 mm em topografia adjacente ao saco gestacional, vesícula vitelínica visualizada com 3,5 mm e embrião com comprimento cabeça nádega de 10,6 mm, batimento cardíaco de 136 bpm e comprimento cervical de 40,0 mm. Assinale a alternativa que sugere a principal hipótese diagnóstica.

- A) Saco gestacional implantado normalmente**
- B) Gestação em cicatriz de cesariana anterior**
- C) Abortamento em curso**
- D) Ruptura uterina**
- E) Descolamento de placenta normalmente inserido**

Solução

Gabarito: B) Gestação em cicatriz de cesariana anterior

O que o examinador quer saber: sobre gestação ectópica.

A gestação ectópica é definida quando a implantação e desenvolvimento do embrião ocorre fora da cavidade corporal uterina.

A gestação ectópica pode ser diagnosticada na forma ÍNTegra ou ROTA, o que vai diferenciar principalmente a clínica e a conduta. Além disso, o termo "ABORTAMENTO TUBÁRIO" é dado para as gestações ectópicas que evoluíram naturalmente para a eliminação espontânea em uma conduta expectante.

GRAVIDEZ HETEROTÓPICA: é definida quando ocorre uma gestação intrauterina combinada com uma extrauterina. Houve um aumento da incidência dos casos com as técnicas de reprodução assistida, elevando para 1% dos casos de gestações ectópicas pós-FIV.

A gestação ectópica TUBÁRIA ocorre entre 90 e 95% dos casos, sendo que a porção AMPOLAR da tuba uterina é a localização mais comum.

Porém, outras localizações também podem ocorrer e são de localizações atípicas em 10% dos casos: porção intersticial da tuba, ovário, cérvix, cicatriz da cesárea ou na cavidade abdominal.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: o saco gestacional está implantado na istmocele, então não trata-se de um saco gestacional normalmente inserido.

A letra B está correta. Correta a alternativa B: temos uma gestação em que o saco gestacional encontra-se na istmocele (falha da cicatrização miometrial na região ístmica do útero, sobre a região de uma cirurgia cesariana prévia), indicando uma gestação ectópica em cicatriz de cesariana anterior.

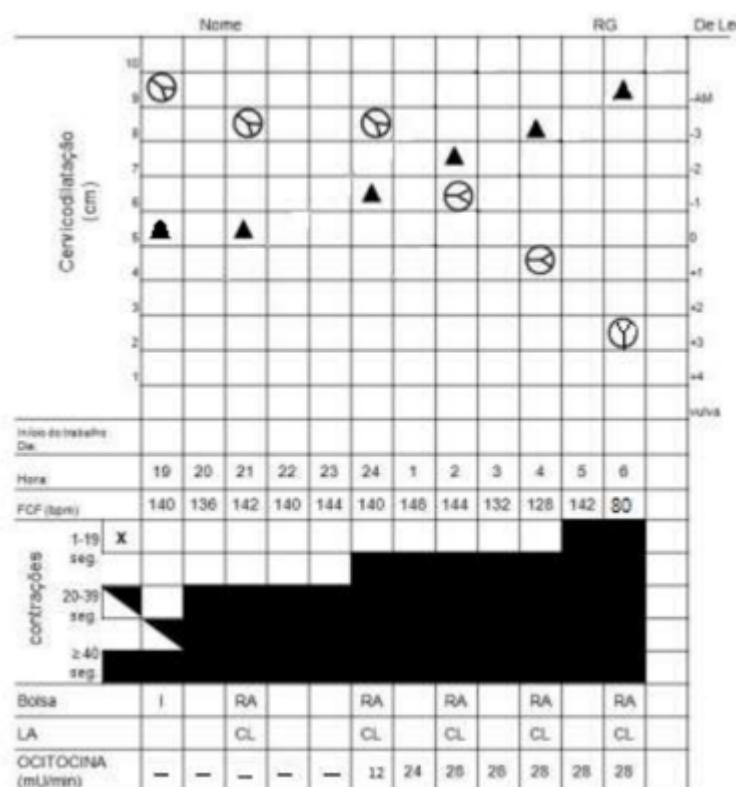
A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: como o saco gestacional está na região da istmocele, não trata-se de uma gestação tópica, mas sim de uma gestação ectópica.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: o diagnóstico de rotura uterina envolve o quadro clínico de instabilidade hemodinâmica, alteração da vitalidade fetal e sangramento intra-abdominal com sinais de peritonite.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: o diagnóstico de descolamento prematuro de placenta pode ser realizado somente após 20 semanas de gestação.

Questão | 2024 | 4000212243

Gestante 35 anos de idade, primigesta e na 39º semana de gravidez. Na emergência obstétrica, queixou-se de dor em baixo ventre. Ao exame, batimentos cardíofetais de 140 bpm, dinâmica uterina de 2 contrações / 10 minutos / 35 e 45 segundos. Ao toque vaginal, encontrava-se com 5 cm de dilatação, 80% de esvaecimento cervical, bolsa das águas íntegras e cefálico. Observe o partograma abaixo:



Assinale a alternativa que indica a estrutura anatômica menos relevante sobre o mecanismo do parto dessa paciente.

- A)** Grande bacia
 - B)** Pequena bacia
 - C)** Estreito superior
 - D)** Estreito inferior
 - E)** Estreito médio

Solução

Gabarito: A) Grande bacia

O que o examinador quer saber: sobre bacia obstétrica.

A bacia pode ainda ser dividida em maior e menor, separadas por uma linha inominada em forma de anel que se estende do promontório à margem superior da sínfise púbica. A bacia menor ou escava é o objeto do estudo obstétrico, por isso pode também ser chamada de bacia obstétrica. Suas características estão associadas às condições que o canal de parto terá para permitir ou não a passagem fetal.

Sendo assim, é importante para o estudo da pelve materna que tais características possam ser identificadas. A divisão da pelve materna em estreitos e a avaliação de cada um deles a partir de seus diâmetros, têm justamente esse objetivo.

Os diâmetros da bacia maior não interferem no prognóstico da avaliação da pelve para o parto via baixa, por não estarem associados ao espaço que o feto terá efetivamente para passar.

A bacia obstétrica ou menor pode ser dividida em três estreitos: superior, médio e inferior, os quais representam as regiões onde a passagem fetal pode ser prejudicada por serem pontos mais “apertados” ou “estreitos”, como o nome sugere, do canal de parto.

	Estreito Superior	Estreito Médio	Estreito Inferior
Limites	do promontório à margem superior da pube, até a linha inominada 	terço inferior do sacro à margem inferior da pube, plano das espinhas isquiáticas 	borda inferior da sínfise púbica a extremidade do cóccix 
Diametro	<ul style="list-style-type: none"> Conjugata anatômica (11cm) (Promontosuprapúbico) Conjugata vera obstétrica (10,5cm) – de fato o espaço disponível para a passagem do feto (Promontopúbico mínimo) 	<ul style="list-style-type: none"> Sacro médio-púbico (12cm) 	<ul style="list-style-type: none"> Conjugata exitus (11cm no desprendimento fetal) (Cóccix -subpúbico – 9 cm) Sagital posterior
Transverso	Transverso máximo (13cm)	<ul style="list-style-type: none"> Bi-isquiático (10,5cm) – ponto mais angustiado da bacia obstétrica e referência do plano O de De Lee 	<ul style="list-style-type: none"> Bituberoso (11cm)
Obliquos	Obliquos direito e esquerdo (12cm)		
			

A letra A está correta. Correta a alternativa A: o examinador quer saber qual parte da bacia não interfere na evolução do parto. A parte da bacia que não interfere no parto é a bacia maior.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: a pelve menor ou bacia obstétrica é a região da bacia materna que interfere na evolução do parto.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: a pelve menor ou bacia obstétrica é a região da bacia materna que interfere na evolução do parto. A pelve menor é composta pelos estreitos superior, médio e inferior.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: a pelve menor ou bacia obstétrica é a região da bacia materna que interfere na evolução do parto. A pelve menor é composta pelos estreitos superior, médio e inferior.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: a pelve menor ou bacia obstétrica é a região da bacia materna que interfere na evolução do parto. A pelve menor é composta pelos estreitos superior, médio e inferior.

Questão | | 2024 | 4000212244

MJS. 29 anos. Submetida a procedimento cirúrgico hepatobiliar há 1 semana. Submetida à imagem complementar abaixo:



Qual exame foi realizado?

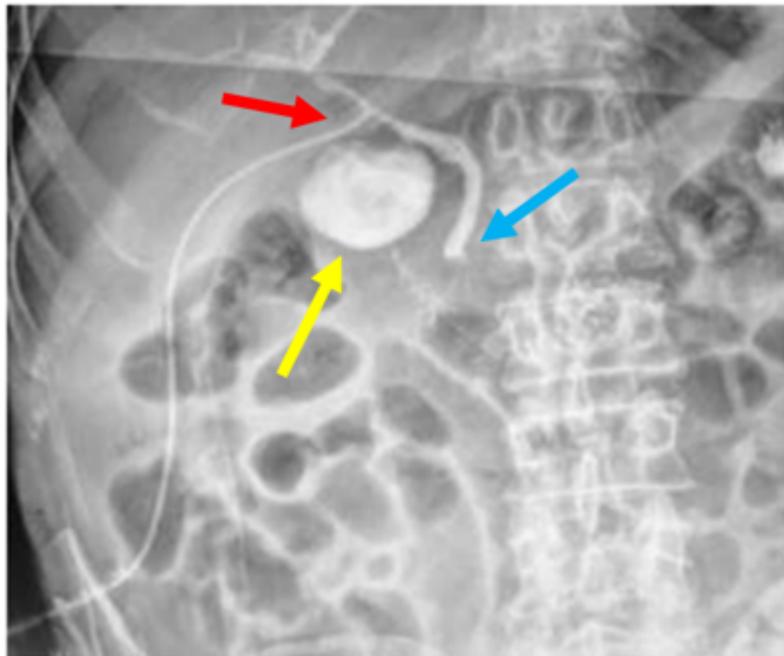
- A)** Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- B)** Colangiorressonância.
- C)** Colangiografia transdreno de Kehr.
- D)** Colangiografia transparietohepática.
- E)** Colecistograma oral.

Solução

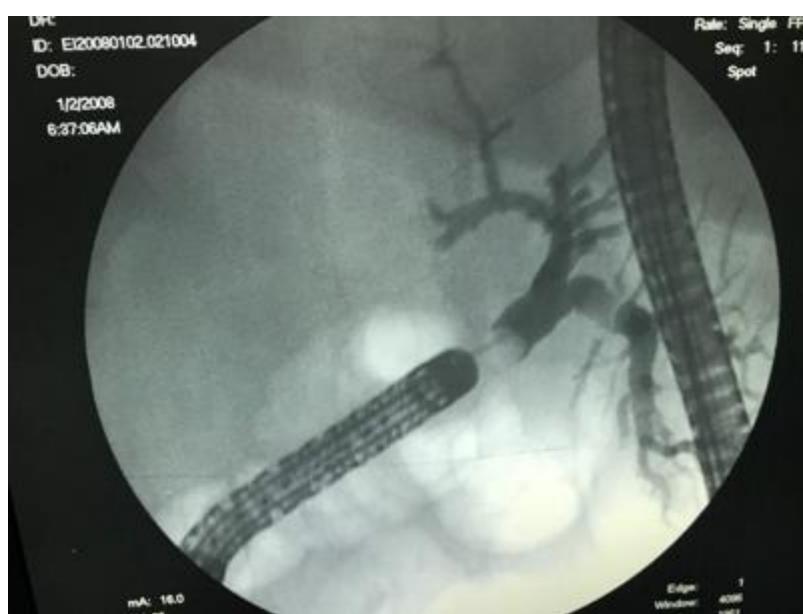
Gabarito: C) Colangiografia transdreno de Kehr.

Estamos diante de uma paciente submetida recentemente a uma "cirurgia hepatobiliar" e a banca mostra uma imagem de uma colangiografia realizada com a injeção de contraste pelo dreno de Kehr locado na via biliar principal (seta vermelha).

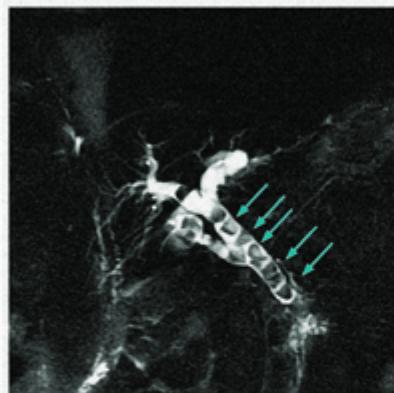
Nessa imagem é possível ver que há obstrução na topografia de colédoco distal (seta azul) e o contraste não progride para o duodeno. A imagem mais clara, sugere extravasamento de contraste, por uma possível lesão da via biliar (seta amarela).



A letra A está incorreta. Veja como é uma imagem de CPRE (colangiopancreatografia endoscópica retrógrada), realizada por via endoscópica - injeção de contraste pela papila duodenal.



A letra B está incorreta. Veja como é uma imagem de colangioressonância:



Colangioressonância: múltiplos cálculos na via biliar

A letra C está correta. Como vimos, o exame apresentado é uma colangiografia realizada por meio de injeção de contraste pelo dreno de Kehr.

A letra D está incorreta. Veja como é a imagem de uma colangiografia transparietohepática (nessa imagem há uma prótese na via biliar).



A letra E está incorreta. Hoje em dia o colecistograma oral é exame é pouco realizado porque foi substituído com vantagens pela ultrassonografia e pela tomografia computadorizada, ficando reservado apenas para locais que não dispõem desses recursos. Mais comumente o colecistograma oral é usado para a detecção de cálculos biliares, os quais aparecem nas radiografias como "manchas escuras" dentro da vesícula biliar opaca (branca).

No dia anterior ao exame as refeições devem ser leves e não conter gorduras. O paciente deve ingerir seis comprimidos de ácido iopanoico no almoço e seis comprimidos no jantar,

após mastigá-los com intervalos de cinco minutos entre cada um. Esses comprimidos não devem ser tomados por pacientes ictéricos.

Após 15 horas da tomada do contraste, quando ele está sendo excretado, deverá ser feita uma radiografia da região biliar que registrará o estado da vesícula e dos ductos biliares.

Questão | | 2024 | 4000212245

ACDC, 38 anos, sexo feminino, dá entrada no serviço de urgência, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito que irradia para as costas, de forte intensidade, sudorese e taquicardia. Foi solicitada uma ultrassonografia, e, durante o exame, o radiologista optou por complementar com uma tomografia com contraste, com o seguinte achado:



Qual a principal hipótese diagnóstica para o quadro em questão?

- A)** Carcinoma hepatocelular, com sangramento peritoneal.
- B)** Neoplasia hipernodular focal, com sangramento agudo.
- C)** Hemangioma hepático, com sangramento peritoneal.
- D)** Metástase hepática de tumor gástrico, também vista na TC
- E)** Adenoma hepático, com sangramento subcapsular.

Solução

Gabarito: E) Adenoma hepático, com sangramento subcapsular.

Questão | | 2024 | 4000212248

JFS, 67 anos, sexo masculino, tabagista e alcoolista, história de perda de peso não intencional e disfagia para sólidos com início há um mês. Realizou endoscopia que evidenciou lesão vegetante ulcerada há 25cm da ADS, intransponível ao aparelho. Qual dos sinais e sintomas abaixo NÃO está relacionado com irressecabilidade desse tumor?

- A)** Contato com o pericárdio
- B)** Vômita
- C)** Sinal de Virchow
- D)** Rouquidão
- E)** Derrame pleural hemático

Solução

Gabarito: A) Contato com o pericárdio

Estamos diante de um paciente de 67 anos, tabagista e alcoolista, com história recente de perda de peso e disfagia para sólidos. A endoscopia revelou uma lesão vegetante ulcerada no esôfago, um achado que sugere fortemente um câncer esofágico. A questão central aqui é identificar qual dos sinais ou sintomas listados não está relacionado à irressecabilidade do tumor.

A compreensão da classificação TNM é crucial para avaliar se há indicação de ressecabilidade. No componente "T", T4a e T4b são categorias que indicam extensão local avançada, mas com diferenças significativas em termos de ressecabilidade. Veja a classificação abaixo:

Sistema de estadiamento "TNM" para o câncer de esôfago (8ª edição - 2017)	
T - Grau de invasão do Tumor primário na parede (escamoso e adenocarcinoma)	
Tx: não pode ser avaliado	
T0: não foi detectado tumor	
Tis (tumor "in situ"): a lesão está confinada ao epitélio de revestimento, não chegando a alcançar a lámina própria.	
T1: tumor invade mucosa profunda ou vai até submucosa, sendo:	
T1a - invade lámina própria ou até a muscular da mucosa.	
T1b - invade a submucosa	
T2: tumor atinge a muscular própria (camada abaixo da submucosa)	
T3: tumor invade a adventícia (lembre-se de que o esôfago não tem serosa).	
T4: tumor invade estruturas adjacentes, sendo:	
T4a - pleura, pericárdio, veia ázigos, diafragma ou peritônio.	
T4b - aorta, vias aéreas, corpos vertebrais ou outras estruturas adjacentes.	
N - Grau de acometimento dos linfonodos (escamoso e adenocarcinoma)	
Nx: acometimento linfonodal não avaliado	
N0: linfonodos avaliados e livres de doença	
N1: acometimento de 1 a 2 linfonodos	
N2: 3 a 6 linfonodos	
N3: acometimento de 7 ou mais.	
M - Presença de metástases à distância (escamoso e adenocarcinoma)	
M0: ausência de metástases	
M1: presença de metástases	
G - Grau histológico (escamoso e adenocarcinoma)	
Gx: grau desconhecido	
G1: bem diferenciado	
G2: moderadamente diferenciado	
G3: pouco diferenciado/ indiferenciado	
L - Localização (esta categoria só vale para o carcinoma escamoso)	
X: localização desconhecida	
Superior: tumor de esôfago cervical até a borda inferior da veia ázigos.	
Médio: tumor da borda inferior da veia ázigos até a borda inferior da veia pulmonar.	
Inferior: da borda inferior da veia pulmonar até o estômago, no máximo 2 cm abaixo da junção esofagogastrica.	

Um tumor T4a, que invade pleura, pericárdio, veia ázigos, diafragma e peritônio, ainda pode ser submetido a tentativa de ressecção curativa. Nesse sentido, vamos avaliar as assertivas, buscando por aquela que represente uma condição compatível com um tumor T4a, ou seja, que não contraindique a ressecção curativa:

A letra A está correta. Correta. O envolvimento do pericárdio pode ser classificado como T4a, o que ainda permite a ressecabilidade em casos em que não haja metástases à distância.

A letra B está incorreta. Incorreta. A vômita, caracterizada pela expectoração de material purulento, pode ser um sinal de invasão do tumor esofágico nas vias respiratórias, como os brônquios ou o pulmão. Esta condição pode indicar uma extensão do tumor para além do esôfago, potencialmente classificando-o como T4b, o que sugere irressecabilidade devido à invasão de estruturas vitais e não resecáveis.

A letra C está incorreta. Incorreta. Indica metástase distante, mas não define a ressecabilidade com base na classificação TNM.

A letra D está incorreta. Incorreta (com ressalvas). A rouquidão em pacientes com câncer de esôfago pode ser um sinal de envolvimento do nervo laríngeo recorrente. Este nervo passa muito próximo ao esôfago e pode ser afetado por tumores esofágicos localmente avançados, especialmente aqueles localizados na região proximal ou no mediastino médio. Em muitos casos, tumores que comprometem o nervo laríngeo recorrente podem ter invadido estruturas respiratórias adjacentes, incluindo a laringe, traqueia ou brônquios, fazendo deles lesões irressecáveis. No entanto, é importante notar que o comprometimento desse nervo, por si só, não implica necessariamente invasão direta dessas estruturas. Portanto, essa alternativa não é 100% correta e caberia recurso.

A letra E está incorreta. Incorreta. O derrame pleural hemático pode ser um indicativo de invasão do tumor esofágico na pleura ou no pulmão. Este achado pode sugerir um estágio avançado do tumor (T4b), onde a ressecção cirúrgica torna-se improvável devido à extensão do tumor para estruturas vitais e não resecáveis.

Questão | | 2024 | 4000212249

VMJS, 19 anos, sexo masculino, chega ao serviço de pronto atendimento trazido por amigos, vítima de perfuração por arma branca no 6º espaço intercostal direito, com o seguinte exame físico: sonolento, pouco responsável, taquidispneico, hipocorado (++/4+), FC 120bpm, FR 35 ipm, PA: 80x60mmHg .RCR, 2T, BNF, SSFAo (++/6+) MV abolidos em HTD, mantidos em HTE, s/RA. ABD plano, tenso, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Abre os olhos ao estímulo doloroso, emite sons incompreensíveis e realiza flexão ao estímulo doloroso.

Após as medidas iniciais e estabilização do paciente, qual a melhor conduta para o caso em questão?

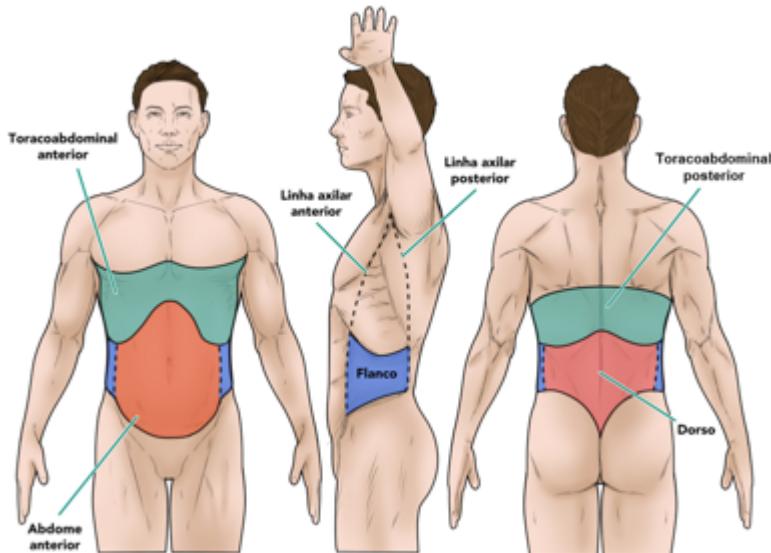
- A) Tomografia computadorizada**
- B) Radiografia de tórax e abdômen**
- C) E-FAST**
- D) Lavado peritoneal diagnóstico**
- E) Laparoscopia exploradora**

Solução

Gabarito: E) Laparoscopia exploradora

Estamos diante de um paciente vítima de ferimento por arma branca no sexto espaço intercostal, ou seja, na região toracoabdominal.

Relembrando os limites da região toracoabdominal:



Limite superior: linha intermamilar

Limite inferior: rebordo costal

Bom, seguindo a sequência do ABCDE do ATLS:

A: Vias aéreas pérviás, mas Glasgow 8 = indicação de via aérea definitiva (IOT)

B: MV abolido HTD = drenagem torácica

C: Instabilidade hemodinâmica = reposição volêmica com 1000 ml de Ringer lactato aquecido, ácido tranexâmico e transfusão de hemoconcentrados.

D: Glasgow = 8

E: Ferimento penetrante em HTD - toracoabdominal

A conduta diante de pacientes com ferimentos penetrantes na região toracoabdominal é, além de realizar a drenagem torácica (se necessário), é excluir lesão diafragmática, geralmente por laparoscopia (diagnóstica e terapêutica), desde que apresente estabilidade hemodinâmica.

Como a banca questiona a melhor conduta após as medidas iniciais e estabilização do paciente, resposta seria laparoscopia.

A letra A está incorreta. Lesões diafragmáticas agudas podem não ser visualizadas na tomografia, por isso, já há indicação de laparoscopia.

A letra B está incorreta. Radiografia de tórax e abdome não faz diagnóstico de lesão diafragmática.

A letra C está incorreta. E FAST também não consegue excluir lesão diafragmática.

A letra D está incorreta. Lavado peritoneal diagnóstico também não consegue excluir lesão diafragmática.

A letra E está correta. Como vimos, em ferimentos penetrantes da região toracoabdominal devemos excluir lesão diafragmática por meio de laparoscopia, que vai ser tanto diagnóstica quanto terapêutica.

Questão | | 2024 | 4000212250

VMJS, 19 anos, sexo masculino, chega ao serviço de pronto atendimento trazido por amigos, vítima de perfuração por arma branca no 6º espaço intercostal direito, com o seguinte exame físico: sonolento, pouco responsivo, taquidispneico, hipocorado (++/4+), FC 120bpm, FR 35 ipm, PA: 80x60mmHg .RCR, 2T, BNF, SSFAo (++/6+) MV abolidos em HTD, mantidos em HTE, s/RA. ABD plano, tenso, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Abre os olhos ao estímulo doloroso, emite sons incompreensíveis e realiza flexão ao estímulo doloroso. Qual das condutas abaixo NÃO é necessária de imediato?

- A)** Radiografia de tórax
- B)** Drenagem torácica à direita
- C)** Acessos venosos calibrosos
- D)** Entubação orotraqueal
- E)** Expansão volêmica com cristaloides

Solução

Gabarito: A) Radiografia de tórax

Estamos diante de um paciente vítima de ferimento por arma branca no sexto espaço intercostal, ou seja, na região toracoabdominal.

Apresenta-se com instabilidade hemodinâmica e rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 8):

Parâmetro	Resposta	Pontuação
Abertura ocular	Spontânea	4
	Ao chamado	3
	Ao estímulo doloroso	2
	Ausente	1
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso, desorientado	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
Melhor resposta motora	Ausente	1
	Obedece a comandos	6
	Localiza estímulo	5
	Retirada inespecífica (flexão normal)	4
	Decorticção (flexão anormal)	3
	Descerebração (extensão anormal)	2
	Ausente	1

Tabela 1. Escala de coma de Glasgow.



Bom, seguindo a sequência do ABCDE do ATLS:

A: Vias aéreas périvas, mas Glasgow 8 = indicação de via aérea definitiva (IOT)

B: MV abolido HTD = drenagem torácica

C: Instabilidade hemodinâmica = reposição volêmica com 1000 ml de Ringer lactato aquecido, ácido tranexâmico e transfusão de hemoconcentrados.

D: Glasgow = 8

E: Ferimento penetrante em HTD - toracoabdominal

A letra A está correta. O paciente apresenta MV abolido em HTD, que pode ser devido à hemotórax maciço ou pneumotórax hipertensivo (menos provável por não estar descrito turgência jugular, e desvio do mediastino para o lado contralateral).

Tanto o hemotórax quanto o pneumotórax têm indicação de drenagem torácica baseado apenas na ausculta pulmonar, sem a necessidade de radiografia de tórax anterior.

A letra B está incorreta. Como vimos na alternativa anterior, há indicação de drenagem do HTD.

A letra C está incorreta. Acessos venosos calibrosos e periféricos devem ser feitos para reposição volêmica.

A letra D está incorreta. Vamos relembrar as indicações de IOT:

- Apneia, incapacidade de manter oxigenação

- Risco de aspiração:

Paciente inconsciente / **Glasgow ≤ 8**

Sangramento profuso de via aérea

Convulsões reentrantes

- Risco iminente de comprometimento da via aérea

Trauma maxilofacial extenso

Lesão térmica/inalatória

Hematoma cervical expansivo

A letra E está incorreta. A reposição volêmica inicial deve ser feita com solução cristaloide aquecida (ATLS preconiza Ringer lactato), 1000 ml em acesso venoso periférico.

Questão | | 2024 | 4000212251

PDR, 22 anos, sexo masculino, sem sintomas ou comorbidades, realiza bateria de exames para check-up. Dentre eles, fez o exame de CA 19.9 cujo resultado deu 52 U/mL (valor de referência: 37 U/mL). Levando em consideração que a sensibilidade e especificidade desse marcador para o câncer de pâncreas é, respectivamente, 85% e 90%, e este câncer possui uma incidência de 5,29/100mil homens, é CORRETO afirmar que

A) a chance de um indivíduo ter câncer de pâncreas e o exame vir normal é 10%.

- B)** a chance desse paciente ter um exame falso-positivo é 15%.
- C)** devido ao exame alterado, é recomendada a realização de exame de imagem de ultrassonografia para avaliar o pâncreas.
- D)** a chance desse resultado ser verdadeiramente positivo é menor que 1%.
- E)** o screening populacional do câncer de pâncreas deveria ser preconizado com a dosagem do CA 19.9 para diagnósticos precoces.

Solução

Gabarito: **D)** a chance desse resultado ser verdadeiramente positivo é menor que 1%.

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Estrategista,

Observe que a incidência do câncer de pâncreas é baixa (5,29 a cada 100.000 homens). Além disso, por ser uma neoplasia de letalidade elevada, é possível dizer que a prevalência da doença também é baixa.

Sendo assim, podemos afirmar que, em cenários de baixa probabilidade pré-teste (ou baixa prevalência), resultados positivos do CA 19.9 tendem a ter maior probabilidade de serem falso-positivos, já que o valor preditivo positivo (VPP) é baixo. Em contrapartida, resultados negativos têm maior probabilidade de serem verdadeiros, já que o valor preditivo negativo é mais elevado (VPN).

Observe que um paciente de 22 anos realizou o exame que, por sua vez, veio positivo. Você já sabe que a probabilidade de ser um verdadeiro-positivo é pequena devido ao baixo VPP, mas vamos efetuar os cálculos:

Vamos supor que a incidência, justamente por ser baixa, aproxima-se da prevalência. Portanto, de 100.000 homens, o total de 5 estão doentes (vamos aproximar de 5,29 para 5,00, pois assim facilitaremos os cálculos).

Ora, se temos 5 doentes, então temos 99.995 saudáveis.

Se o CA 19.9 tem 85% de sensibilidade, então dos 5 indivíduos doentes, aproximadamente 4 serão identificados (verdadeiro-positivos) e 1 será falso-negativo.

Entre os saudáveis, como a especificidade é de 90%, então 89.995 serão identificados (verdadeiro-negativos), enquanto 10.000 serão falso-positivos.

Eis é a nossa tabela de contingência 2 x 2:

	Câncer de pâncreas	Saudáveis	Total
CA 19.9 positivo	4	10.000	10.004
CA 19.9 negativo	1	89.995	89.996
Total	5	99.995	100.000

Agora sim, vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. A probabilidade de um indivíduo com câncer de pâncreas apresentar resultado negativo nada mais é do que a probabilidade de falso-negativo. Portanto:

$$\text{Probabilidade de FN} = (\text{FN}/\text{total de doentes}) \times 100 = (1/5) \times 100 = 20\%.$$

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A probabilidade de um falso-positivo deve ser calculada em relação ao grupo dos resultados positivos. Por isso, é a divisão do número de resultados falso-positivos pelo total de resultados positivos.

$$= (\text{FP}/\text{total de resultados positivos}) \times 100 = (10.000/10.004) \times 100 = 99,96\% \text{ (altíssima!)}$$

Mesmo se considerarmos a probabilidade de falso-positivos dentro do grupo dos saudáveis, como a especificidade é de 90%, a probabilidade de um FP nesse grupo seria de 10%.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. A ultrassonografia de abdômen não é o melhor exame para a visualização do pâncreas, uma vez que esse órgão encontra-se anatomicamente atrás das alças intestinais, o que dificulta a sua visualização, principalmente devido à presença de gás nessas alças. Por isso, os exames de imagem a serem escolhidos para o estudo de lesões suspeitas devem ser a tomografia ou a ressonância magnética de abdômen.

A letra D está correta. Correta a alternativa D. A probabilidade de ser verdadeiro é muito pequena, e pode ser calculada por meio do seu VPP:

$$\text{VPP} = [\text{VP}/(\text{VP} + \text{FP})] \times 100.$$

$$\text{VPP} = (4/10.004) \times 100 = 0,04\%, \text{ ou seja, inferior a } 1\%.$$

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. O screening de câncer de pâncreas por meio do CA 19.9 será iatrogênico, uma vez que a probabilidade de um resultado positivo ser falso é muito elevada (99,9%).

JMS, 52 anos, sexo masculino, submetido à gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2, devido a uma neoplasia gástrica. A cirurgia ocorreu de maneira eletiva e sem intercorrências. Levando em consideração os preceitos do projeto ACERTO, qual conduta é a mais adequada para o pósoperatório?

- A) Alimentação precoce via sonda nasoenteral**
- B) Drenagem dos sítios de anastomose para a prevenção de fistulas**
- C) Inibidor de bomba de prótons em dose plena para prevenir sangramento de mucosa gástrica**
- D) Analgesia de resgate e antieméticos, se necessário**
- E) Deambulação precoce, fisioterapia motora e respiratória**

Solução

Gabarito: E) Deambulação precoce, fisioterapia motora e respiratória

O projeto ACERTO-ERAS se refere às recomendações nas prescrições nutricionais aplicadas ao período perioperatório de procedimentos eletivos em cirurgia geral (TGI, parede abdominal e CCP). As principais medidas são:

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

- Abreviar abreviar o jejum pré-operatório com líquidos contendo carboidratos para 2h antes da anestesia
- Alimentar precocemente no pós-operatório
- Deambulação precoce

OBJETIVOS:

- Diminuem complicações pós-operatórias (morbimortalidade)
- Reduzir o tempo de internação com segurança

A letra A está incorreta. A alimentação deve ser precoce, mas pode ser feita por via oral.

A letra B está incorreta. Não há recomendação de drenagem da cavidade com o objetivo de evitar a formação de fístulas. Geralmente deixamos um dreno vigilante próximo ao coto duodenal para fazer diagnóstico precoce de uma possível deiscência ou fístula intestinal.

A letra C está incorreta. Não há indicação de inibidor de bomba de prótons para prevenir sangramento de mucosa gástrica. Além disso, o paciente foi submetido à gastrectomia!

A letra D está incorreta.

A letra E está correta. A deambulação deve ser precoce.

Fisioterapia pode ser prescrita precocemente, importante na prevenção de atelectasia pulmonar (mais comum em cirurgias do andar superior do abdome)

Questão | | 2024 | 4000212260

A cirurgia minimamente invasiva vem ganhando cada vez mais espaço entre os procedimentos realizados no Brasil e no mundo. Dentre as vantagens dessa modalidade, podemos citar

- A)** menor tempo operatório.
- B)** menor dependência de materiais de alto custo.
- C)** menor curva de aprendizado.
- D)** menor taxa de infecção de ferida operatória.
- E)** melhores resultados oncológicos.

Solução

Gabarito: D) menor taxa de infecção de ferida operatória.

Na tabela abaixo estão as principais vantagens da cirurgia minimamente invasiva, por exemplo, a laparoscopia:

	LAPAROSCOPIA	LAPAROTOMIA
Infecção de ferida operatória		✓
Abscesso intracavitário	✓	
Maior dor pós-operatória		✓
Obstrução tardia por aderências		✓
Formação de hérnia Incisional		✓
Maior tempo cirúrgico	✓	
Reformo precoce às atividades habituais	✓	
Maior tempo de internação		✓

A letra A está incorreta. Há um maior tempo cirúrgico na cirurgia minimamente invasiva.

A letra B está incorreta. A cirurgia minimamente invasiva utiliza materiais com maior custo, por exemplo, grampeadores intestinais, clips cirúrgicos, pinças descartáveis, dentre outras.

A letra C está incorreta. A cirurgia minimamente invasiva exige maior curva de aprendizado.

A letra D está correta. Certamente uma das grandes vantagens da cirurgia minimamente invasiva é a menor taxa de infecção de ferida operatória.

A letra E está incorreta. Não podemos afirmar que cirurgia minimamente invasiva apresenta melhores resultados oncológicos.

Questão | 2024 | 4000212261

MJS, 52 anos, sexo feminino, procura a UPA com história de dor em epigástrico há 4 dias, de caráter constante e intensidade moderada, associada a vômitos há 1 dia. Refere 4 episódios, inicialmente com restos alimentares, mas relato de raios de sangue no último episódio. Exame físico e sinais vitais sem alterações. Realizou exames de sangue que evidenciaram um Hb 13 g/dL, Ht 39% e função renal normal. Sobre o caso em questão, qual a conduta mais adequada?

- A)** Encaminhar para serviço que tenha endoscopia com urgência.
- B)** Fazer sintomáticos, solicitar EDA ambulatorial e realizar tratamento com IBP.
- C)** Encaminhar para serviço de cirurgia geral, com urgência.
- D)** Iniciar terlipressina e fazer reserva sanguínea
- E)** Expansão volêmica vigorosa, pois a paciente está desidratada.

Solução

Gabarito: B) Fazer sintomáticos, solicitar EDA ambulatorial e realizar tratamento com IBP.

Estamos diante de uma paciente de 52 anos com queixa de epigastralgia associada a vômitos com raios de sangue, sem nenhuma repercussão hemodinâmica e alteração da hematimetria.

DISPEPSIA CRÔNICA:

A conduta varia conforme a faixa etária do paciente, já que a grande maioria dos pacientes jovens (abaixo de 50 a 55 anos) pode apresentar sintomas dispépticos transitórios por diversos motivos, como má alimentação, excesso de álcool, medicamentos ou ansiedade, não sendo necessária qualquer investigação complementar, apenas mudança de hábitos de vida e o uso empírico de um IBP por 4 a 6 semanas.

Fique atento às situações que exigem a investigação complementar de pacientes com sintomas de gastrite:

1. Mesmo em pacientes jovens (abaixo dos 50 anos), a persistência de dispepsia por mais de 4 semanas, especialmente se residirem em áreas de alta prevalência de *H. pylori*, podem ser submetidos a uma pesquisa não invasiva da bactéria e, caso positiva, tratar. Chamamos de estratégia “teste e trate”. O principal teste usado é o teste respiratório da ureia marcada.
2. Pacientes com quaisquer sinais de alarme: emagrecimento, anemia, suspeita de sangramento digestivo, disfagia, impactação alimentar e vômitos cíclicos devem ser investigados, obrigatoriamente, com endoscopia digestiva alta.
3. Pacientes acima dos 50 - 55 anos com sintomas dispépticos crônicos (> 4 semanas) também devem ser investigados, obrigatoriamente, com endoscopia digestiva alta.

A letra A está incorreta. A paciente está estável e sem alteração no hematócrito. A endoscopia pode ser feita em caráter ambulatorial.

A letra B está correta. Nossa paciente tem síndrome dispéptica, ou seja, sintomas de dor ou desconforto no andar superior do abdome.

Como ela não tem sinais de alarme e não há menção a tratamento prévio, porém ela tem mais de 50 anos, um relato de vômitos com raias de sangue, então irá precisar, necessariamente, iniciar a investigação com uma endoscopia digestiva alta (EDA). Podemos prescrever sintomáticos e iniciar tratamento em empírico com IBP.

A letra C está incorreta. Também não há indicação de avaliação da equipe cirúrgica

A letra D está incorreta. Essa é conduta para casos de hemorragia digestiva alta. Nossa paciente tem apenas histórico de epigástralgia com vômitos sendo apenas um com raios de sangue e sem repercussão hemodinâmica.

A letra E está incorreta. Não há nada no enunciado que sugira desidratação.

FMS, sexo feminino, 42 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, história de dor em região abdominal, em quadrante inferior esquerdo, que irradia para o umbigo, de moderada intensidade, iniciando-se após esforço físico e melhora com repouso. Ao exame físico, foi evidenciado abaulamento redutível no lado esquerdo, 2.5 cm abaixo do umbigo (na projeção do sigmóide) com aumento à manobra de Valsava. Sobre o caso em questão, qual afirmativa está CORRETA?

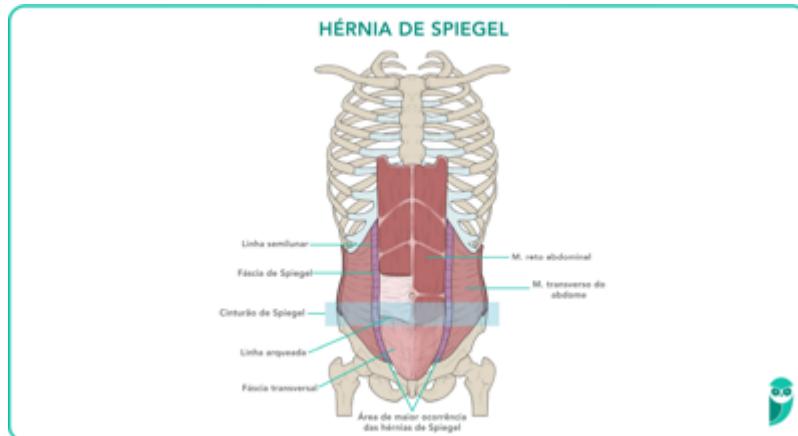
- A) Uma vez que é redutível, não há necessidade de cirurgia, pois se trata de afecção com baixíssima taxa de complicações.
- B) Para que o plano terapêutico seja concluído, é necessária uma ultrassonografia de parede abdominal.
- C) Esse tipo de hérnia acontece abaixo da linha arqueada de Douglas.
- D) Trata-se de uma hérnia de Littré, e seu tratamento padrão-ouro é hernioplastia sem tela.
- E) Trata-se de uma hérnia de Petit, e seu tratamento padrão-ouro é herniorrafia com o uso de tela.

Solução

Gabarito: C) Esse tipo de hérnia acontece abaixo da linha arqueada de Douglas.

O enunciado nos descreve uma hérnia na parede abdominal localizada em fossa ilíaca esquerda, topografia do cólon sigmoide. Com esse dado, nossa principal hipótese diagnóstica é uma hérnia de Spiegel.

As hérnias de Spiegel são raras e representam apenas 0,1 a 2% de todas as hérnias ventrais. Elas são hérnias pequenas, com 1 a 2 cm de diâmetro e ocorrem na parede abdominal anterolateral, mais especificamente na fáscia de Spiegel, composta pelas aponeuroses dos músculos transverso do abdome e oblíquo interno. Suas bordas são compostas pelo músculo reto abdominal, medialmente, e a linha semilunar, lateralmente. Embora as hérnias de Spigel possam se desenvolver em qualquer lugar ao longo de toda a extensão da aponeurose de Spigel, elas ocorrem mais comumente na região logo abaixo do nível da cicatriz umbilical até o plano interespinhal (uma linha horizontal entre a espinha ilíaca ântero-superior direita e esquerda). Esta região é frequentemente chamada de cinturão de hérnia de Spigel. As hérnias de Spiegel costumam ser interparietais, ou seja, o saco herniário encontra-se entre as camadas da parede abdominal, não rompem a aponeurose do oblíquo externo.



Não há clara predileção por sexo, e a maioria dos pacientes é diagnosticada na quinta ou sexta década de vida. Essas hérnias raramente são descritas em crianças.

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO.

Aumento da pressão intra-abdominal: obesidade; gestações múltiplas; tosse crônica, especialmente em fumantes)

Fatores que enfraquecem as camadas de tecido: distúrbios do colágeno, tabagismo, ou doença pulmonar obstrutiva crônica).

Trauma contuso: também é uma causa bem conhecida de ruptura da aponeurose de Spiegel.

TRATAMENTO CIRÚRGICO: deve ser indicado pelo risco elevado de encarceramento devido ao anel herniário relativamente estreito. O defeito é fechado transversalmente pela sutura do músculo transverso do abdome com o músculo oblíquo interno, seguido pelo fechamento da aponeurose do músculo oblíquo externo. Nos defeitos maiores, está indicado o uso de tela para diminuir o risco de recorrência.

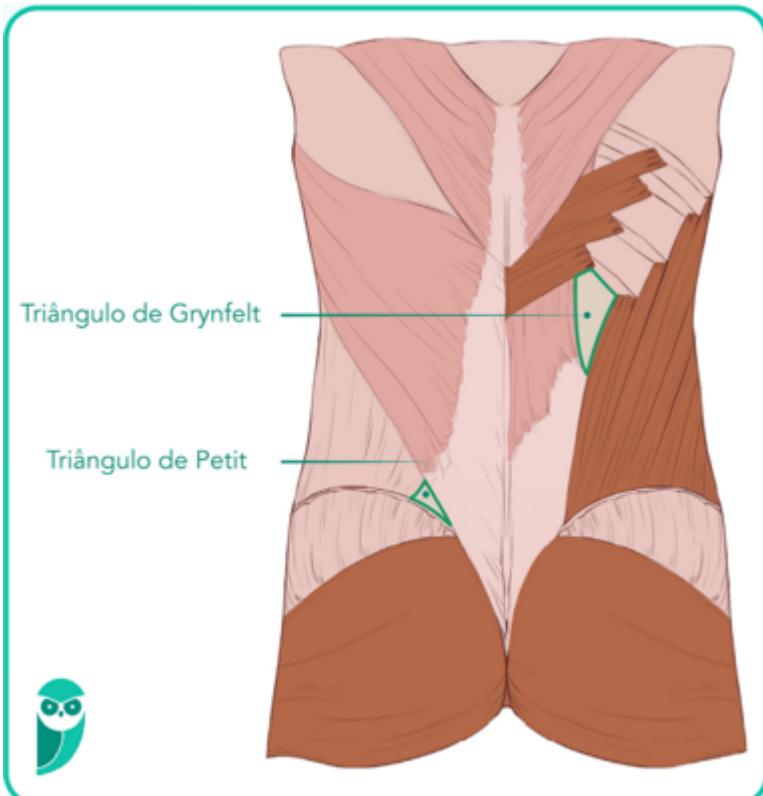
A letra A está incorreta. Na hérnia de Spiegel, o tratamento cirúrgico deve ser indicado pelo risco elevado de encarceramento devido ao anel herniário relativamente estreito.

A letra B está incorreta. Não há necessidade de ultrassonografia abdominal, já temos o diagnóstico clínico. A ultrassonografia fica reservada para dúvida diagnóstica (geralmente hérnias pequenas e pacientes obesos).

A letra C está correta. A localização típica é no "cinturão de hérnia de Spiegel", uma zona transversal de 6 cm de largura ao redor do nível da linha arqueada. A linha arqueada é a extensão mais caudal da bainha posterior do reto, local onde a artéria e veia epigástrica inferior perfuram o reto abdominal.

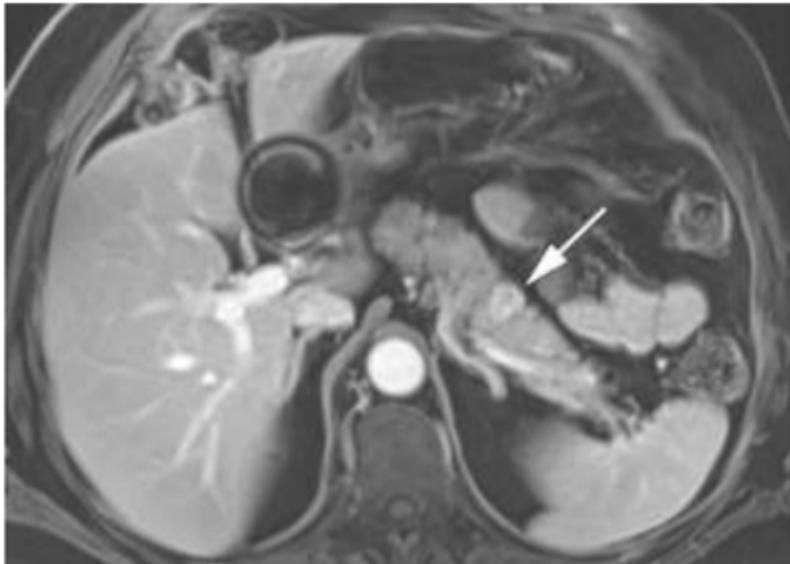
A letra D está incorreta. Hérnia de Littré é qualquer hérnia que contenho um divertículo de Meckel.

A letra E está incorreta. A hérnia de Petit é a hérnia que ocorre no triângulo lombar inferior. O triângulo lombar inferior é assim delimitado: lateralmente, pelo músculo oblíquo externo; medialmente, pela borda lateral do músculo grande dorsal; inferiormente, pela crista ilíaca.



Questão | 2024 | 4000212263

Mulher 57 anos. Dor epigástrica leve e dispepsia há 3 meses. Realizou USG que mostrou lesão mal definida em cauda pancreática. Após avaliação cirúrgica, fez uma RM do abdome superior sugestiva de tumor neuroendócrino pancreático (PNET) de 3,8 cm (Imagem abaixo). EDA normal. Sem sintomas de disglicemia ou diarreia.



Em relação à conduta e diagnóstico (estadiamento), assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Por se tratar de um tumor não funcionante, podemos acompanhar com RM semestral.
- B)** Devemos realizar USG endoscópica com biópsia antes de indicar a cirurgia.
- C)** A dosagem de cromogramina A não tem valor nos tumores não-funcionantes.
- D)** A paciente é cirúrgica devido ao tamanho do tumor, devendo ser indicada uma pancreatectomia caudal com ou sem esplenectomia.
- E)** Se a biópsia apresentar um Ki 67 > 10%, trata-se de um tumor carcinoide.

Solução

Gabarito: D) A paciente é cirúrgica devido ao tamanho do tumor, devendo ser indicada uma pancreatectomia caudal com ou sem esplenectomia.

Questão | 2024 | 4000212264

Em 2009, a OMS lançou o manual “Cirurgia Segura Salvam Vidas”, no qual, através de um checklist peroperatório, 10 objetivos essenciais eram utilizados para diminuir a morbimortalidade cirúrgica relacionada à insegurança. Qual das assertivas abaixo NÃO é um objetivo contemplado pelo protocolo Cirurgia Segura?

- A)** A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
- B)** A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.

- C) A equipe reconhecerá o papel do cirurgião como chefe da equipe cirúrgica, e o este deverá responder ao Checklist.
- D) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para a perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
- E) A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.

Solução

Gabarito: C) A equipe reconhecerá o papel do cirurgião como chefe da equipe cirúrgica, e o este deverá responder ao Checklist.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. A Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrando preocupação com a situação, criou em 2002 a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) que tem como objetivos organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos. As ações do PNSP articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam demais políticas de saúde para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde.

Um dos desafios da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, é a CIRURGIA SEGURA, por meio de quatro ações importantes, inclusas no programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, aderido em 2008 pelo Ministério da Saúde do Brasil:

- 1) Prevenção de infecções do sítio cirúrgico;
- 2) Anestesia segura;
- 3) Equipes cirúrgicas seguras;
- 4) Indicadores da assistência cirúrgica.

Para a verificação desses indicadores, foi criada uma lista de verificação padronizada, muito conhecida no centro cirúrgico como checklist!

LISTA DE VERIFICAÇÃO PADRONIZADA. O checklist possui 3 tempos diferentes:

SIGN IN: antes do início da anestesia

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E PRESENÇA DE ALERGIAS;
2. MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO (LOCAL E LATERALIDADE) - idealmente realizada pelo cirurgião antes de o paciente ser levado ao centro cirúrgico;
3. ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO;
4. CONFORMIDADE DOS MATERIAIS SOLICITADOS (ANESTESIA E CIRURGIA);
5. CHECAR DIFICULDADE DE VIA AÉREA E RISCO DE ASPIRAÇÃO;

**6. CHECAR RISCO DE SANGRAMENTO - > 500 ml no adulto ou 7ml/kg na criança
(solicitar tipagem sanguínea e reserva de sangue).**

TIME OUT: antes da incisão na pele

- 1. APRESENTAÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPE CIRÚRGICA, ANESTESISTA E ENFERMEIROS;**
- 2. CONFIRMAÇÃO VERBAL DO NOME DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO A SER REALIZADO;**
- 3. CONFIRMAÇÃO DA APLICAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS, QUANDO INDICADOS;**
- 4. DISPONIBILIDADE DOS EXAMES DE IMAGEM;**
- 5. MATERIAIS (FUNCIONAMENTO E ESTERILIZAÇÃO)**

SIGN OUT: antes da saída do paciente da sala de cirurgia.

- 1. CONFERÊNCIA DE MATERIAIS UTILIZADOS (contagem de materiais como gazes, compressas);**
- 2. IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRAS E MATERIAIS COLETADOS (por exemplo: anatomo-patológico)**

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
<p>Antes da indução anestésica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCARADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ALÉRGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML, C7 MILIGRAMS EM CRIANÇAS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO INEVITÁVEL ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS 	<p>Antes da incisão cirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: QUais SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS DURANTE A OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTAS? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTELOGIA: REVISÃO ALÉRGICAS E RISCOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX: INSTRUMENTOS, PRATO DE ESTERILIZAÇÃO, ETC) ESTÃO DENTRO DO PRAZO DE UTILIZAÇÃO? (EX: 6 MESES) DENTRO DO PRAZO DE UTILIZAÇÃO? (EX: 6 MESES) INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR(E) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A ALGUMA DAS ETAPAS OU QUAIQUEIR PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> ALGUNS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA 	<p>Antes de o paciente sair da sala de operações</p> <p>REGISTRO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAS DE MATERIAIS (GASES, COMPRESSES E AGULHAS) ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTELOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREPARAÇÃO E EMBALAGEM PARA RECUPERAÇÃO E MANEJO DO PACIENTE (SPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR) <p style="text-align: right;">Assinatura</p>

A letra A está incorreta. No sign in é feita identificação do paciente e as alergias apresentada pelo paciente. Isso impede danos à administração dos anestésicos. No time out a equipe de anestesia revisa se há alguma preocupação específica em relação ao paciente.

A letra B está incorreta. A equipe verifica se há risco de perda sanguínea superior a 500 ml e confirma a reserva sanguínea antes da indução anestésica.

E no time out a equipe de cirurgia diz se há risco de perda sanguínea.

A letra C está correta. Não há reconhecimento do cirurgião como chefe de equipe na lista de verificação de cirurgia segura. Além disso, no time out, cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem se apresentam pelo nome e função e confirmam verbalmente o nome do paciente, sítio cirúrgico e procedimento.

A letra D está incorreta. No sign in é verificado se há via aérea difícil e risco de aspiração e verificação dos materiais solicitados (equipamentos e medicações), tanto da anestesia como

da cirurgia.

Além disso, a verificação dos materiais utilizados na anestesia é feita no time out, o que auxilia na identificação precoce de perda da via aérea e alteração da função respiratória que ameace a vida do paciente.

A letra E está incorreta. A identificação de amostras e materiais colhidos durante a cirurgia deve ser feita no "sign out"

Questão | 2024 | 4000212265

A imagem abaixo retrata um acontecimento de 16 de outubro de 1846. William T.G. Morton demonstra a primeira administração bem-sucedida de anestesia geral. Este é um dos eventos mais significativos da história da medicina e ocorreu no *Massachusetts General Hospital*, sede da *Harvard School of Medicine*. A data é hoje reconhecida mundialmente como o Dia Mundial da Anestesia devido à importância desse evento. Qual foi a substância utilizada nesse procedimento?



A) Clorofórmio

B) Éter

C) Halotano

D) Tiopental

E) Morfina

Solução

Gabarito: B) Éter

O Dia Mundial da Anestesia é comemorado em 16 de outubro porque foi nesse dia, em 1846, que o cientista William Thomas Green Morton aplicou a primeira anestesia, feita a base de éter, no Hospital Geral de Massachusetts, nos Estados Unidos. Esta data é o marco inicial para a anestesiologia.

A letra A está incorreta. A substância utilizada na primeira anestesia geral foi o éter.

O clorofórmio foi sintetizado de forma independente por vários pesquisadores por volta de 1831.

Em 1831, Liebig e Soubeiran, obtiveram o clorofórmio pela primeira vez a partir do álcool etílico, sob a ação de cloro e solução diluída de hidróxido de sódio.

Ele foi usado pela primeira vez como anestésico em procedimentos cirúrgicos, em 1847, na Inglaterra. Ele atuava da seguinte maneira: ao ser aplicado sobre a pele, a temperatura abaixava, pois ele absorvia calor; deste modo, os nervos sensitivos perdiam a atividade e a sensação de dor diminuía.

A letra B está correta. A substância utilizada na primeira anestesia geral foi o éter.

A letra C está incorreta. A substância utilizada na primeira anestesia geral foi o éter.

O halotano foi descoberto em 1955.

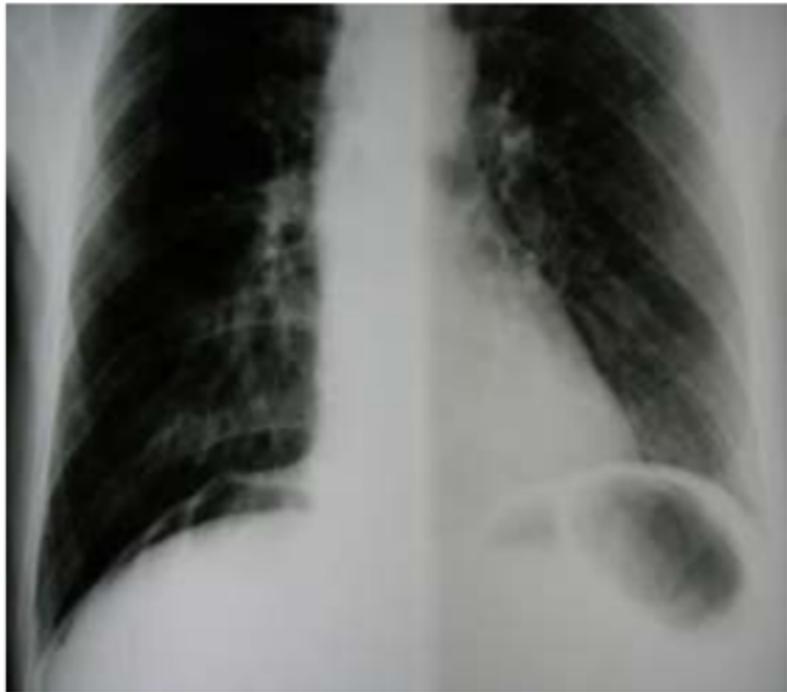
A letra D está incorreta. A substância utilizada na primeira anestesia geral foi o éter. O tiopental foi descoberto e introduzido à prática clínica nos anos 30 pelos químicos Waters e Lundy

A letra E está incorreta. A substância utilizada na primeira anestesia geral foi o éter.

A morfina pertencente ao grupo dos opioides, foi isolada pela primeira vez em 1804 por Friedrich Sertürner, que começou a distribuir a droga em 1817. A morfina passou a ser comercializada em 1827 pela Merck.

Questão | 2024 | 4000212266

Homem, 61 anos. Admitido na emergência após dor abdominal de início súbito e de forte intensidade há 3 h. Fumante. Ao exame: taquicárdico, estável, abdome em tábua. Rx tórax abaixo. Achado cirúrgico: úlcera gástrica (1,5cm) perfurada pré-pilórica. Realizada biópsia das bordas da úlcera e ráfia primária com omentoplastia.



Sobre esse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** Por se tratar de uma úlcera gástrica (maior risco de câncer), deveria ter sido realizada uma antrectomia a BII.
- B)** De acordo com a classificação anatômica modificada de Johnson das úlceras gástricas, trata-se de uma tipo I.
- C)** Nesse tipo de úlcera, observa-se hipocloridria e ausência de H. Pylori.
- D)** O retalho de Graham inclui a execução de um Y de Roux para fechamentos de grandes orifícios de perfuração (> 2,5 cm).
- E)** Em paciente estável, pouco sintomático e acompanhado de perto (incluindo Rx contrastado), podemos inicialmente indicar tratamento clínico dessa perfuração.

Solução

Gabarito: B) De acordo com a classificação anatômica modificada de Johnson das úlceras gástricas, trata-se de uma tipo I.

GABARITO: ALTERNATIVA B

Paciente com diagnóstico de úlcera gástrica perfurada, submetido a tratamento cirúrgico com ulcerorrafia e patch de Graham, além de biópsia das bordas da úlcera.

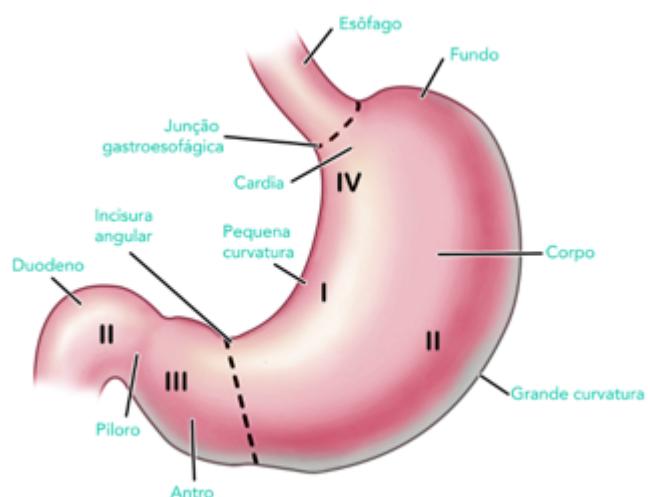
A letra A está incorreta. A indicação de antrectomia seria para úlceras gástricas "gigantes", maiores que 2 cm, pelo risco de neoplasia.

A letra B está correta.

Pela classificação de Johnson, uma úlcera pré-pilórica é tipo III.

CLASSIFICAÇÃO DE JOHNSON - TIPOS DE ÚLCERA GÁSTRICA

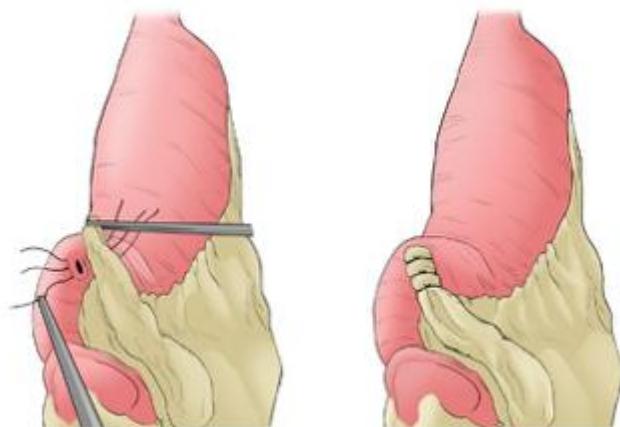
TIPO	LOCALIZAÇÃO	NÍVEL DE ÁCIDO	CIRURGIA
I	Pequena curvatura, incisura angular (60%)	Hipocloridria	Ressecção da úlcera ou Gastrectomia distal e BI ou BII
II	Corpo gástrico com úlcera duodenal (15%)	Hipercloridria	Gastrectomia distal com vagotomia troncular, BI ou BII ou Y de Roux
III	Pré pilórica (20%)	Hipercloridria	
IV	Parte alta da pequena curvatura, próxima à junção esofagogástrica (<10%)	Normal	Ressecção da úlcera ou Gastrectomia total ou distal (depende do tamanho e localização) e Y de Roux
V	Qualquer local	Normal, induzido por AINE	Rafia e "patch de Graham"



A letra C está incorreta. Na úlcera pré-pilórica, tipo III, temos hipercloridria.

A letra D está incorreta. No retalho ou patch de Graham é realizado o fechamento primário da úlcera e um “patch” de omento ou epiplonplastia.

Patch de Graham



A letra E está incorreta. Nos casos de apresentação em que a perfuração foi bloqueada, e o paciente está bem, estável, sem sinais de irritação peritoneal, nenhuma intervenção cirúrgica pode ser necessária. Mas esta é uma conduta de exceção, em pacientes selecionados.

Questão | 2024 | 4000212267

Homem, 63 anos. Dor abdominal em cólica, náusea e vômitos escuros há 24h. Passado de retosigmoidectomia aberta por doença diverticular há 4 anos. Traz o Rx abaixo.



Assinale a alternativa CORRETA em relação ao caso.

- A)** Observa-se no Rx um corpo estranho (compressa) na pelve
- B)** Podemos identificar o sinal do colar de contas
- C)** Trata-se de uma obstrução em alça fechada
- D)** A alça identificada pela seta é, com certeza, de delgado
- E)** Observam-se sinais de perfuração de víscera oca

Solução

Gabarito: D) A alça identificada pela seta é, com certeza, de delgado

Estamos diante de um paciente com antecedente de cirurgia abdominal cursando com dor abdominal, náuseas e vômitos. A radiografia apresentada tem um padrão de obstrução intestinal alta, com distensão centralizada de alças de delgado, uma vez que as pregas coniventes, chamada de “empilhamento de moedas”, estão bem evidentes nessa imagem.

A principal hipótese diagnóstica nesse caso é obstrução intestinal por bridas (aderências intestinais pós-operatórias tardias).

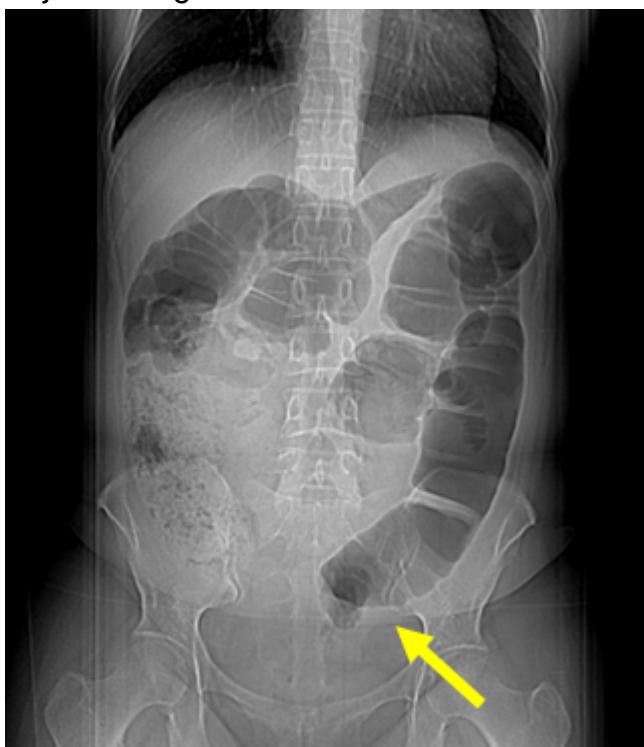
A letra A está incorreta. Não há corpo estranho na radiografia apresentada.

As compressas cirúrgicas costumam apresentar um fio radiopaco que permite sua identificação nas radiografias.

A letra B está incorreta. O “Sinal do Colar” é um sinal de oclusão intestinal total, onde é visualizada pequenas quantidades de gás residual em alças murchas (pós-obstrução), com forma de pérolas. Não vemos esse sinal na imagem apresentada.

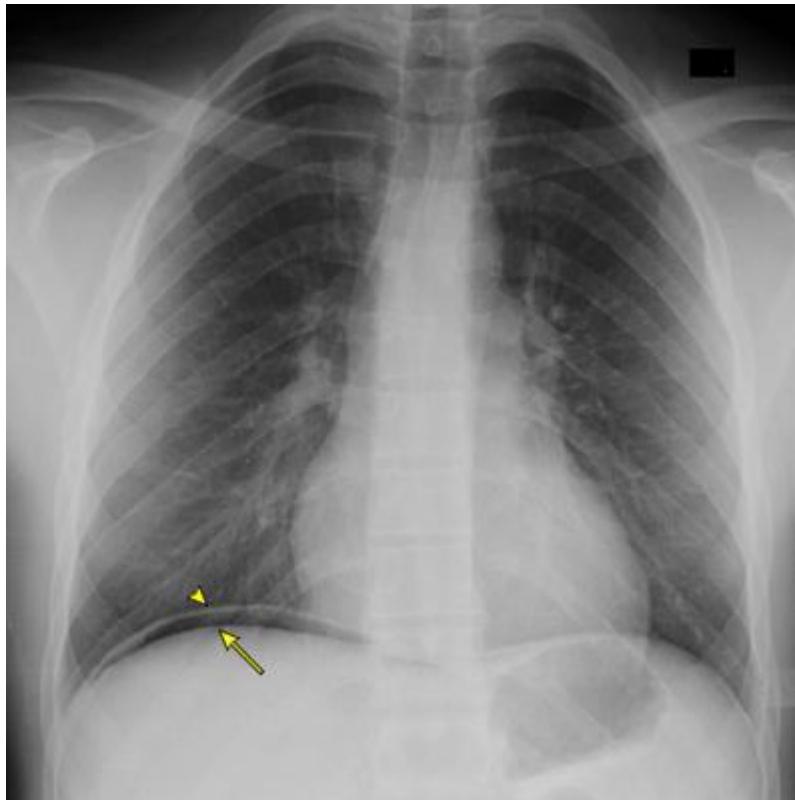
A letra C está incorreta. Na obstrução em alça fechada temos dois pontos de obstrução intestinal simultâneos, com maior risco de isquemia, necrose e perfuração. Um exemplo clássico é a presença de neoplasia de sigmoide com válvula ileocecal competente.

Veja na imagem abaixo:



A letra D está correta. Como foi visto, a alça apresentada é de intestino delgado.

A letra E está incorreta. Não há sinais de perfuração de víscera oca que seria a presença de pneumoperitônio como na imagem abaixo.

**Questão** | | 2024 | 4000212268

Mulher, 47 anos. Dor epigástrica, anorexia e perda de peso (6Kg) há 3 meses. Traz endoscopia digestiva alta mostrando lesão ulcerada em corpo gástrico. Após análise da biópsia, o câncer gástrico foi classificado como difuso de Lauren. Qual das características abaixo NÃO está relacionada a esse tipo de lesão?

- A)** Atrofia de mucosa gástrica
- B)** Diminuição da E-caderina
- C)** Disseminação transmural e linfática
- D)** Hereditariedade familiar
- E)** Ausência de mutação do gene APC

Solução

Gabarito: D) Hereditariedade familiar

Questão | | 2024 | 4000212269

Mulher, 23 anos. Portadora de colelitíase (microcálculos). Apresentou quadro de abdome agudo com dor em barra e vômitos de difícil controle. Após 12 h do quadro, a amilase sérica foi 6x maior que o valor normal. Evoluiu com gravidade, necessitando de UTI. No 3º dia de internamento, apresentou os sinais de Cullen e Grey-Turner. Qual o significado clínico desses sinais?

- A)** Necrose pancreática infectada
- B)** Hemorragia retroperitoneal
- C)** Formação de pseudocisto
- D)** Formação de ascite pancreática
- E)** Perfuração de cólon transverso

Solução

Gabarito: B) Hemorragia retroperitoneal

Estamos diante de uma paciente com quadro de pancreatite aguda biliar: portadora de colelitíase evoluindo com dor abdominal em barra, vômitos e amilase com dosagem superior a 3 x o valor da normalidade.

Apresentou sinal de Cullen e de Grey Turner, ou seja, equimose periumbilical e equimose em flancos, respectivamente. Esses sinais sugerem hemorragia retroperitoneal e, com base no quadro clínico apresentado, nossa principal hipótese diagnóstica é pancreatite necro-hemorrágica.

A letra A está incorreta. Os sinais de Cullen e Grey-Turner indicam hemorragia retroperitoneal.

A letra B está correta. Os sinais de Cullen e Grey-Turner indicam hemorragia retroperitoneal.

A letra C está incorreta. Os sinais de Cullen e Grey-Turner indicam hemorragia retroperitoneal.

A letra D está incorreta. Os sinais de Cullen e Grey-Turner indicam hemorragia retroperitoneal.

A letra E está incorreta. Os sinais de Cullen e Grey-Turner indicam hemorragia retroperitoneal.

Questão | | 2024 | 4000212270

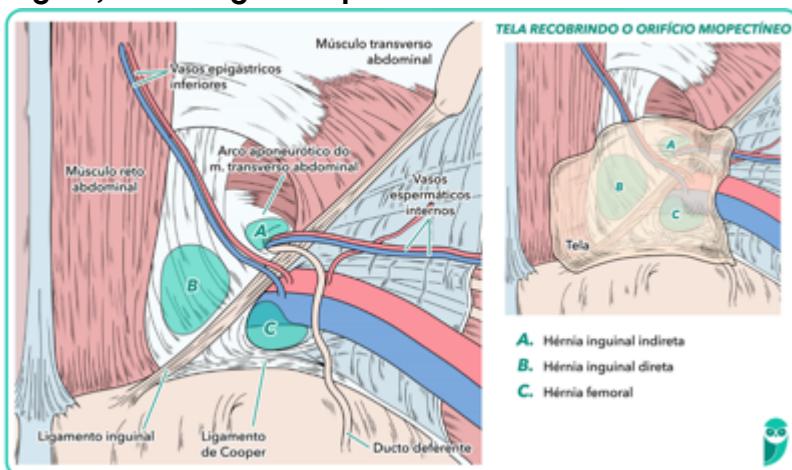
A hernioplastia inguinal laparoscópica, devemos identificar 5 triângulos anatômicos que vão guiar a aposição segura da tela sem riscos de sangramento ou dor. Quais dos trígonos abaixo estão acima do ligamento inguinal?

- A)** “Doom” e dor
- B)** Femoral e dor
- C)** Hérnia direta e indireta
- D)** “Doom” e femoral
- E)** Hérnia indireta e dor

Solução

Gabarito: C) Hérnia direta e indireta

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



Na visão laparoscópica de uma herniorrafia inguinal, alguns triângulos anatômicos devem ser identificados. São eles:

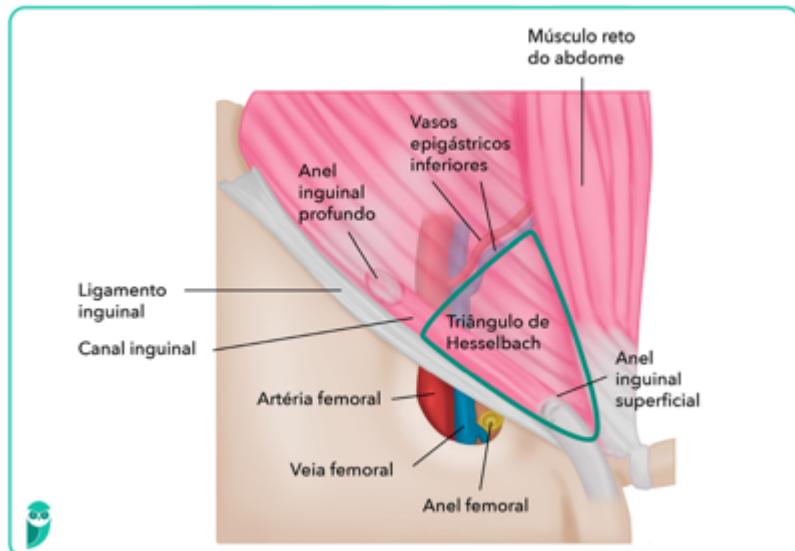
Triângulo de Hesselbach:

Local em que ocorrem as hérnias inguinais DIRETAS.

Limite medial: Borda lateral da bainha do músculo reto abdominal;

Limite superolateral: Vasos epigástricos inferiores;

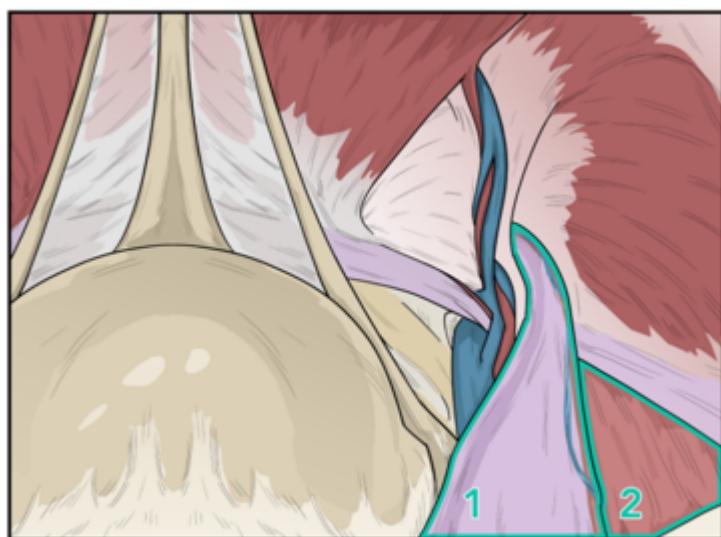
Limite inferior: Ligamento Inguinal (ou de Poupart).



Triângulo da dor e do desastre:

- ✓ O TRIÂNGULO DO DESASTRE (doom, em inglês) é limitado medialmente pelos vasos deferentes e lateralmente pelos vasos do cordão espermático. O conteúdo do espaço inclui os vasos ilíacos externos, a veia ilíaca circunflexa profunda, o nervo femoral e o ramo genital do nervo genitofemoral. As lesões nessa área levam a sangramento intenso.
- ✓ O TRIÂNGULO DA DOR (pain, em inglês) é uma região delimitada pelo trato iliopúbico e vasos gonadais e contém os nervos cutâneo femoral lateral, ramo femoral do genitofemoral e femoral. As lesões nessa área levam à dor crônica neuropática

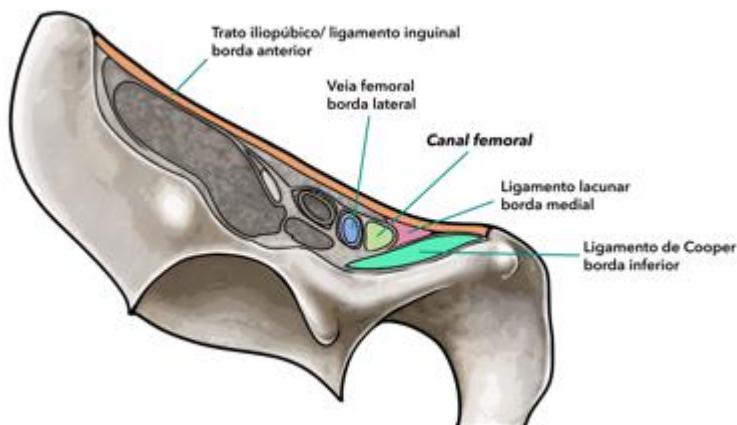
TRIÂNGULO DO DESASTRE (DOOM) E DA DOR (PAIN)



1: Desastre (Doom)

2: Dor (Pain)

Canal femoral (localização das hérnias femorais):

**Limites:**

Limite anterior: trato iliolípico; ligamento inguinal;

Limite posterior: ligamento de Cooper;

Limite lateral: veia femoral.

Limite medial: junção do trato iliolípico e do ligamento de Cooper (formando o ligamento lacunar).

A letra A está incorreta. Os triângulos do desastre (doom) e da dor, onde estão localizados abaixo do ligamento inguinal.

A letra B está incorreta. O triângulo da dor e o canal femoral onde estão localizados abaixo do ligamento inguinal.

A letra C está correta. A hérnia direta (localizada no triângulo de Hesselbach) e a indireta (lateral ao triângulo de Hesselbach) estão localizadas acima do ligamento inguinal.

A letra D está incorreta. O triângulo do desastre (doom) e o canal femoral onde estão localizados abaixo do ligamento inguinal.

A letra E está incorreta. O triângulo da dor está localizado abaixo do ligamento inguinal.

Questão | 2024 | 4000212271

Homem, 63 anos. Icterícia de início súbito e indolor. Relata perda de 7 kg em 1 mês. USG — Dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Colangioressonância mostrou lesão atingindo a confluência, sugestiva de tumor de Klatskin (colangiocarcinoma perihilár).
Qual das condições abaixo NÃO é um fator de risco para essa neoplasia?

- A)** Cirrose hepática
- B)** Doença cística do colédoco

- C) Colangite esclerosante primária
- D) Colangite piogênica recorrente
- E) Hiperplasia nodular focal

Solução

Gabarito: E) Hiperplasia nodular focal

Os tumores de Klatskin (peri-hilares) correspondem a 70% dos colangiocarcinomas,

- Mais comum no sexo masculino, 50 a 70 anos de idade
- Fatores de risco (inflamação crônica da árvore biliar):
 - Colangite esclerosante primária: risco de 5 a 15 %, 30 a 50 anos
 - Cistos congênitos da via biliar
 - Litíase biliar intra-hepática, ou colangite piogênica recorrente
 - Doença hepática crônica
 - Síndrome de Lynch
 - Fibrose cística
 - Thorotrust (um agente de contraste radiológico banido na década de 1960)
 - Infecção parasitária: Clonorchis sinensis e Opisthorchis viverrini, Salmonella typhi

A letra A está incorreta. Cirrose hepática é fator de risco para colangiocarcinoma.

A letra B está incorreta. Cisto de colédoco é fator de risco para colangiocarcinoma.

A letra C está incorreta. Colangite esclerosante primária é fator de risco para colangiocarcinoma.

A letra D está incorreta. Colangite piogênica recorrente é fator de risco para colangiocarcinoma.

A letra E está correta. Hiperplasia nodular focal NÃO é fator de risco para colangiocarcinoma.

Questão | | 2024 | 4000212272

Mulher, 39 anos. Portadora de colelitíase sintomática há 3 anos. Refere vários atendimentos em emergência com crises álgicas e 2 internamentos que evoluíram com icterícia. Durante a colecistectomia laparoscópica, identificou -se a síndrome de Mirizzi. Na tentativa de se obter uma visão crítica de segurança, houve lesão da borda direita do ducto hepático comum com menos de 50% da circunferência. Essa lesão estava a menos de 2cm da confluência dos hepáticos e, de acordo com Strasberg, ela pode ser classificada como

- A) D

- B) C
 C) E1
 D) E2
 E) E3

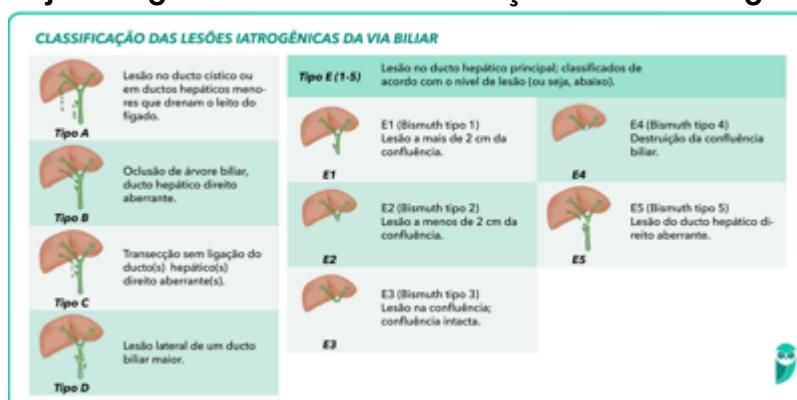
Solução

Gabarito: A) D

Questão muito difícil que fala sobre as lesões da via biliar e a classificação de Strasberg - Bismuth.

A apresentação clínica das diversas lesões varia desde vazamento biliar assintomático, que se resolve espontaneamente, até obstrução completa da árvore biliar extra-hepática, que se manifestará em poucos dias. Por outro lado, a obstrução segmentar da árvore biliar pode não se manifestar durante vários anos após o procedimento.

Veja na figura abaixo a classificação de Strasberg - Bismuth:



● **Tipo A** - O vazamento tipo A surge de lesão no remanescente do ducto cístico ou nos ductos biliares de Luschka. Não está relacionado com lesão das vias biliares principais e não apresenta perda de continuidade da árvore biliar.

● **Tipo B e C** – São lesões de oclusão (tipo B) e transecção (tipo C) de ductos hepáticos direitos aberrantes. Estes estão associados à drenagem do ducto cístico para um ducto hepático direito aberrante, uma anormalidade observada em até 2% dos pacientes. Nesse cenário, o ducto hepático direito pode ser confundido com o ducto cístico no ponto de inserção no ducto hepático principal ou no ducto biliar comum.

● **Tipo D** – São lesões com lesão lateral do ducto biliar comum resultando em vazamento biliar; geralmente podem ser tratados endoscopicamente, mas podem progredir para uma lesão mais grave do tipo E.

● **Tipo E** – As lesões do tipo E envolvem os ductos principais e são classificadas de acordo com o nível de lesão na árvore biliar (classificação de Bismuth). Os pacientes afetados geralmente apresentam icterícia semanas a anos após a colecistectomia. O reparo cirúrgico por meio de hepaticojunostomia é quase sempre necessário.

- E1 (Bismuto tipo I) – Transecção >2 cm da confluência
- E2 (Bismuto tipo II) – Transecção <2 cm da confluência
- E3 (Bismuto tipo III) – Transecção no hilo (mas a confluência está preservada)
- E4 (Bismuto tipo IV) – Separação dos principais ductos no hilo
- E5 (Bismuto tipo V) – Lesão tipo C mais lesão no hilo

Dessa forma, uma lesão lateral do ducto hepático comum com menos de 50% da circunferência é classificada como lesão tipo D.

A letra A está correta. Como vimos, esse é o gabarito da questão.

A letra B está incorreta. Na lesão do tipo C temos transecção de ductos hepático direito aberrante.

A letra C está incorreta. Na lesão E1 temos transecção da via biliar a mais de 2 cm da confluência dos hepáticos.

A letra D está incorreta. Na lesão E2 temos transecção da via biliar a menos de 2 cm da confluência dos hepáticos.

A letra E está incorreta. Na lesão E3 temos transecção no hilo, com a confluência preservada

Questão | | 2024 | 4000212273

Uma paciente de 65 anos no pós-operatório imediato de artroplastia de quadril foi medicada com morfina endovenosa por dor intensa e refratária à dipirona. Duas horas depois, a enfermeira comunica ao médico que o oxímetro estava alertando e mostrando saturação de O₂ de 85% em ar ambiente. Gasimetria arterial mostrou PO₂ 62 mmHg e PCO₂ 65 mmHg, com pH e lactato normais. ECG mostrava alterações difusas de repolarização e o ddímero estava elevado. Qual a provável causa da dessaturação neste caso?

- A)** Edema pulmonar pós-extubação
- B)** Intoxicação opioide
- C)** Pneumotórax hipertensivo
- D)** Tromboembolismo pulmonar
- E)** Sepse

Solução

Gabarito: B) Intoxicação opioide

Gabarito: B.

Olá, Estrategista! Estamos diante de uma questão muito interessante da SES-PE.

O autor nos desafia a formularmos uma hipótese diagnóstica para um paciente com insuficiência respiratória. Sendo assim, podemos perceber que existe uma tendência do autor a nos mostrar fatores de risco para tromboembolismo pulmonar (TEP): paciente em pós-operatório de artroplastia de quadril, hipoxemia e d-dímero elevado. Nesse cenário, é importante lembrarmos que a probabilidade de TEP deve ser avaliada pelo escore de Wells:

Critérios de Wells - TEP agudo		
Itens	Versão original	Versão simplificada
Sinais clínicos de TVP	3 pontos	1 ponto
Diagnóstico alternativo menos provável que TEP	3 pontos	1 ponto
FC > 100 bpm	1,5 pontos	1 ponto
Imobilização por mais de 3 dias ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5 pontos	1 ponto
TEP ou TVP prévio	1,5 pontos	1 ponto
Hemoptise	1 ponto	1 ponto
Neoplasia atual ou tratada nos últimos 6 meses	1 ponto	1 ponto
Probabilidade clínica		
Escore em três níveis	Versão original	Versão simplificada
Baixa	0-1	N/A
Intermediária	2-6	N/A
Alta	≥ 7	N/A
Escore em dois níveis	Versão original	Versão simplificada
TEP improvável	0-4	0-1
TEP provável	≥ 5	≥ 2

Escore ou critérios de Wells, ambas as versões: original e simplificada. Adaptado, apêndice ESC, 2019.

Você pode se questionar: esse d-dímero confirma a doença? A resposta é NUNCA! O d-dímero é um produto da degradação da fibrina que NUNCA confirma TEP. O exame só é utilizado para descartar TEP na baixa ou intermediária probabilidade de TEP quando estiver negativo. Sendo assim, d-dímero positivo nunca confirma TEP.

Porém, antes de prosseguirmos com nossa hipótese de TEP, é importante observarmos que a hipoxemia se iniciou após a infusão de morfina. Sendo assim, devemos considerar como outra hipótese provável a intoxicação por opioides.

Como iremos diferenciá-las na questão? A Gasometria pode nos auxiliar nesse tarefa. A insuficiência respiratória no TEP é hipoxêmica e o paciente tem taquipneia. Dessa forma, existe uma tendência a gerar hipocapnia, pela própria taquipneia.

Já a insuficiência respiratória da intoxicação por opioide é hipercapnica! A intoxicação por opioide causa grave bradipneia e, portanto, retenção de CO₂.

Em nossa questão podemos observar na gasometria uma importante hipercapnia (PCO₂: 65 mmHg). Dessa forma, fechamos como principal hipótese a intoxicação por opioides!

Como crítica à questão, e que gerou sua anulação, temos o fato de o paciente apresentar PH normal. Nesse circunstância esperaríamos que, pelo rápido aumento de CO₂, tivéssemos uma acidose respiratória. Diante dessa gasometria com PH normal a hipótese poderia ser de um paciente com hipercapnia crônica, como DPOC e que evoluiu com tEP na internação.

A letra A está incorreta. Incorreta. O edema agudo de pulmão não costuma apresentar hipercapnia.

A letra B está correta. Correta. A intoxicação por opioides (síndrome narcótica) tem como principais sintomas letargia, sonolência, bradicardia, hipotensão, náuseas, vômitos e miose, referida como “cabeça de alfinete”. Em casos graves, ocorre depressão respiratória, arritmias cardíacas, choque e coma. Pela bradipneia esperamos hipercapnia na gasometria. O tratamento consiste em administrar o antídoto naloxona, preferencialmente, pela via endovenosa, entre 0,4 mg a 2 mg, em intervalos de 2 a 3 minutos, até que se obtenha uma resposta satisfatória e dar o suporte necessário.

A letra C está incorreta. Incorreta. Não há razões para se pensar nessa hipótese e ainda assim, a hipercapnia não seria explicada.

A letra D está incorreta. Incorreta. A hipótese parecia plausível até a gasometria, como explicamos acima, a menos que a paciente tivesse uma hipercapnia crônica por outra causa.

A letra E está incorreta. Incorreta. O curso muito agressivo e com hipercapnia apontam contrariamente à essa hipótese.

Questão | 2024 | 4000212274

Um paciente de 40 anos foi internado com poliúria e desidratação, quando se detectou hipercalcemia (cálculo sérico 13,5 mg/dl). O paciente negava qualquer comorbidade ou sintomatologia prévia. A investigação laboratorial mostrou PTH no limite inferior da normalidade, hemograma normal, 25 hidroxi vitamina D acima de 150 ng/ml com níveis normais de 1,25 di-hidroxi vitamina D. Qual a causa mais provável da hipercalcemia neste caso?

- A)** Linfoma
- B)** Sarcoidose
- C)** Intoxicação exógena
- D)** Hiperparatireoidismo secundário
- E)** Hipertiroidismo

Solução

Gabarito: C) Intoxicação exógena

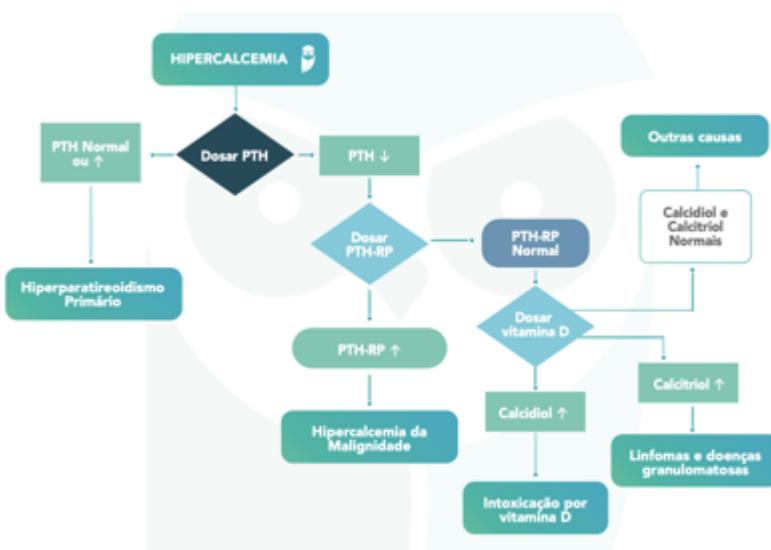
Caro Estrategista, a questão aborda o diagnóstico diferencial de Hipercalcemia. Antes de falarmos sobre o diagnóstico diferencial, vamos relembrar os principais sinais e sintomas da hipercalcemia aguda:

- Diabetes insipidus nefrogênico: cursa com poliúria, polidipsia e desidratação
- Sintomas Gastrointestinais: náuseas, constipação
- Encurtamento do intervalo QT
- Confusão mental, rebaixamento do nível de consciência

No diagnóstico diferencial da Hipercalcemia, o primeiro e principal exame a ser solicitado é o PTH. Lembre-se que a maioria dos casos de hipercalcemia é devido ao hiperparatireoidismo primário. Se os níveis de PTH estiverem reduzidos, ou seja, for uma causa de hipercalcemia PTH independente, teremos como principais diagnósticos diferenciais a hipercalcemia da malignidade, intoxicação por vitamina D ou aumento da produção de calcitriol por doenças granulomatosas/linfoma. O próximo passo é dosar o PTH-related protein (PTH-RP), que é produzido por neoplasias malignas sólidas e exerce função biológica semelhante ao PTH. Agora, se tanto o PTH quanto o PTH-RP estiverem normais, devemos dosar a vitamina D (25 (OH) vitamina D) e o calcitriol. (1,25 (OH) vitamina D).

Na intoxicação por vitamina D, teremos níveis aumentados de 25 (OH) vitamina D e níveis normais ou diminuídos de 1,25 (OH) vitamina D (calcitriol). Agora no caso de doenças granulomatosas e linfomas, teremos níveis normais de 25 (OH) vitamina D e níveis aumentados de 1,25 (OH) vitamina D (calcitriol), pois é através do aumento do calcitriol que essas patologias promovem hipercalcemia.

Vamos relembrar o fluxograma de investigação abaixo:



A questão não nos trouxe a dosagem do PTH-RP, mas além de estarmos falando de um paciente jovem, de 40 anos, sem comorbidades ou antecedente de câncer, a questão nos traz o valor de 25 (OH) vitamina D muito alto, de 150ng/mL. Sabemos que valores acima de 100ng/mL aumentam muito o risco de intoxicação, que pode cursar com hipercalcemia, insuficiência renal aguda, nefrolitíase ou nefrocalcinose. Sendo assim, nossa principal hipótese é a de intoxicação exógena.

A letra A está incorreta. A hipercalcemia por linfoma cursaria com níveis aumentados de 1,25 (OH) vitamina D, também chamada de calcitriol.

A letra B está incorreta. A hipercalcemia por sarcoidose cursaria com níveis aumentados de 1,25 (OH) vitamina D, também chamada de calcitriol.

A letra C está correta. Resposta correta. Níveis de Vitamina D > 100ng/ml podem cursar com hipercalcemia aguda PTH independente.

A letra D está incorreta. Incorreta. O hiperparatireoidismo cursa com aumento do PTH secundário a causas como hipocalcemia, insuficiência renal crônica e hipovitaminose D. A dosagem de PTH seria aumentada, e não no limite inferior da normalidade, e teríamos níveis baixos de vitamina D3, e não altos. O hiperparatireoidismo secundário também não cursa com hipercalcemia.

A letra E está incorreta. Incorreta. O hipertireoidismo grave pode raramente cursar com hipercalcemia devido o aumento da reabsorção óssea, porém a questão não nos traz nenhuma informação que levante a suspeita de uma tireotoxicose importante no paciente. Além do que, frente ao achado de vitamina D >100ng/mL, intoxicação será nossa principal hipótese.

Questão | | 2024 | 4000212275

Uma gestante no curso da 28º semana passou a desenvolver prurido generalizado, além de elevação de enzimas hepáticas, sem icterícia. Até o momento, a gestação transcorria sem qualquer intercorrência. Seus exames mostravam aminotransferases cerca de 4 vezes o limite superior da normalidade (LSN), fosfatase alcalina cerca de 3 vezes o LSN, como valores de gamaGT e bilirrubinas normais. Sobre o caso descrito, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** É necessária a interrupção urgente da gestação devido ao risco de desenvolver insuficiência hepática aguda.
- B)** Não há terapia específica para controle dos sintomas; a interrupção da gestação é a única opção terapêutica.

- C) Caso haja retardo na interrupção da gestação, a paciente poderá evoluir com colestase crônica.
- D) O prurido tende a desaparecer rapidamente após o parto.
- E) A paciente precisará ser rigorosamente acompanhada após o parto, para monitorizar o desenvolvimento de complicações crônicas.

Solução

Gabarito: D) O prurido tende a desaparecer rapidamente após o parto.

Estrategista, temos uma gestante na 28^a semana de gestação que começou a apresentar prurido generalizado e elevação de enzimas hepáticas, sem icterícia. O prurido na gravidez, especialmente sem rash cutâneo, é um sintoma chave que deve direcionar nossa atenção para distúrbios hepáticos, em vez de condições dermatológicas primárias. A ausência de icterícia, juntamente com a elevação das aminotransferases e da fosfatase alcalina, sugere um distúrbio no fluxo biliar, mais do que uma lesão hepática direta. Este quadro é sugestivo de colestase gestacional.

A colestase gestacional é uma condição que geralmente ocorre no segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Caracteriza-se por prurido, frequentemente intenso e perturbador, e alterações nas enzimas hepáticas, especialmente a elevação das aminotransferases e da fosfatase alcalina, sem evidência de icterícia. A patogênese da colestase gestacional não é completamente compreendida, mas acredita-se que esteja relacionada a fatores hormonais e genéticos que afetam o fluxo biliar.

Os critérios diagnósticos para colestase gestacional incluem o início do prurido no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, ausência de outra doença hepática e normalização das alterações hepáticas após o parto. O diagnóstico é essencialmente clínico, apoiado por exames laboratoriais que mostram elevação das enzimas hepáticas.

Agora, vamos analisar as alternativas:

A letra A está incorreta. INCORRETA: A interrupção urgente da gestação não é geralmente necessária apenas pelo diagnóstico de colestase gestacional, a menos que haja complicações graves ou risco para a mãe ou o feto. Por exemplo, o aumento da bilirrubina direta e o alargamento do INR indicariam um comprometimento da função hepática, um quadro bem mais grave e que poderia culminar na interrupção precoce da gravidez.

A letra B está incorreta. INCORRETA: Existem terapias específicas para o controle dos sintomas da colestase gestacional, como o uso de ácido ursodesoxicólico (Ursacol), que pode melhorar tanto o prurido quanto as anormalidades bioquímicas.

A letra C está incorreta. INCORRETA: A colestase gestacional é uma condição temporária e específica da gravidez, normalmente não estando associada a colestase crônica. Após o parto, os sintomas costumam regredir.

A letra D está correta. CORRETA: O prurido, que é frequentemente o sintoma mais incômodo e persistente da colestase gestacional, está diretamente relacionado às alterações no fluxo biliar e aos níveis de ácidos biliares no sangue. Após o parto, com a remoção do estímulo hormonal da gravidez, há uma rápida normalização do fluxo biliar e uma consequente diminuição nos níveis de ácidos biliares. Isso leva a uma resolução rápida do prurido, geralmente dentro de poucos dias após o parto. Este fenômeno não apenas confirma o diagnóstico de colestase gestacional, mas também oferece um prognóstico favorável, pois a condição é temporária e se resolve completamente após o parto. É importante notar que, embora o prurido e as alterações bioquímicas resolvam rapidamente, o monitoramento durante a gravidez é crucial, pois a colestase gestacional pode estar associada a riscos aumentados para o feto, incluindo parto prematuro e estresse fetal. Portanto, a gestão da colestase gestacional não se limita apenas ao alívio dos sintomas, mas também inclui a vigilância obstétrica para garantir a segurança do feto.

A letra E está incorreta. INCORRETA: Acompanhamento rigoroso pós-parto não é necessário na colestase gestacional. Esta condição é caracteristicamente reversível, com a expectativa de que os sintomas e as alterações bioquímicas se resolvam completamente após o parto. No entanto, é prudente informar a paciente sobre o risco aumentado de colestase em gestações futuras. O foco do acompanhamento pós-parto deve ser mais na educação e no aconselhamento para gestações subsequentes, e menos na preocupação com sequelas hepáticas de longo prazo, que são raras nesta condição.

Questão | 2024 | 4000212276

Um paciente de 80 anos foi trazido para a emergência com fratura de colo de fêmur após queda do próprio leito. Relata como comorbidades diabetes, hipertensão e doença coronariana. Foi submetido à artroplastia do quadril, mas evoluiu com lesão renal aguda que requereu terapia dialítica, vindo a falecer por infecção de corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus*, provavelmente por contaminação do cateter de duplo lumen. Você é o plantonista do turno e foi solicitado a preencher o atestado de óbito. Que diagnóstico você colocaria na linha superior do atestado de óbito?

- A)** Choque séptico
- B)** Sepse estafilocócica
- C)** Infecção de corrente sanguínea
- D)** Insuficiência renal aguda
- E)** Não preencheria o atestado de óbito

Solução

Gabarito: E) Não preencheria o atestado de óbito

GABARITO: ALTERNATIVA E

Estrategistas, mais uma questão bem capciosa da banca do SES-PE e que cobrava do candidato conceitos relacionados à responsabilidade do preenchimento da Declaração de Óbito!

Vamos revisar alguns conceitos acerca desse tema em específico!

Para determinarmos quem é o médico que será o responsável ético pelo preenchimento de DO, devemos determinar o contexto da morte e sua possível causa básica, bem como a presença ou ausência de assistência médica.

Assim, as seguintes situações são possíveis:

Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde: aqui, se houverem informações suficientes para a emissão da DO, os médicos assistentes ou plantonistas que acompanhavam o paciente no estabelecimento devem emitir a declaração. Caso não seja possível relacionar o óbito com o quadro clínico registrado no prontuário, o serviço de verificação ao óbito (SVO) poderá ser acionado para emissão da DO.

Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, com assistência médica: aqui, apesar do paciente falecer “longe dos olhos” da equipe de saúde, havia acompanhamento do quadro, o que pode ser feito pelo médico particular, pelo ambulatório de especialidades, ou ainda por alguma equipe de Estratégia da Saúde da Família. Nesse contexto, o médico que cuidava do paciente deve emitir a DO, desde que descartada morte violenta ou suspeita, e que o assistente consiga estabelecer nexo entre a morte e o estado de saúde do paciente.

Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em local com serviço de verificação de óbito (SVO): esse é o típico caso para o SVO, já que não existem indícios de morte violenta, porém não existe assistente que conhecia o quadro de saúde do falecido. Portanto, será necessário o exame necroscópico pelo patologista.

Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em local sem serviço de verificação de óbito (SVO): nos locais sem SVO, a DO deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

Óbitos por causa externa (violenta e/ou acidental ou suspeita): nessa situação, existe a demanda explícita de exame necroscópico por médico perito, o que é feito no Instituto Médico Legal (IML). Assim, a emissão da DO ficará a cargo desse profissional. Nas localidades que não possuem IML, qualquer médico ou profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (ad hoc) poderá emitir a DO.

De forma esquemática temos:



Figura: Esquema de "responsabilidade" ético-legal pelo preenchimento da DO. Médico transportador refere-se ao médico da ambulância, que será o responsável por preencher a DO caso o paciente faleça sob seus cuidados durante o transporte móvel. Fonte: Estratégia MED.

Com essas informações em mente, veja que o contexto da morte do idoso de 80 anos inicia-se exatamente em um acidente, ou seja, uma causa externa, no caso, uma queda do próprio leito, com fratura femoral!

Nesse sentido, entenda que o óbito desse sujeito possui sua raiz exatamente em uma causa externa acidental, o que obrigaria o envio do cadáver ao Instituto Médico Legal (IML), para realização de perícia necroscópica.

Logo, o médico plantonista **NÃO DEVE** e **NÃO PODE** preencher a DO, pois como vimos, caso a morte esteja relacionada com uma causa externa, o responsável ético-legal pelo preenchimento do documento é o perito médico do IML.

Assim, não caia na pegadinha de preencher essa DO!

O médico plantonista não irá preenchê-la e, portanto, não será o responsável por apontar a causa terminal do óbito na linha A do campo 40 da DO.

Ficaremos, então, com a alternativa E como gabarito.

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** O choque séptico até poderia constar como causa terminal dessa morte. Porém, quem irá apontar isso na DO será o médico perito do IML.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** Assim como o choque séptico, a sepse estafilocócica poderia ser pensada como uma causa terminal desse óbito. Mas como já explicitamos, como plantonistas, não temos a responsabilidade legal pelo preenchimento da DO na situação descrita.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Além de ser uma causa intermediária desse óbito, a infecção da corrente sanguínea não será preenchida pelo médico plantonista, já que este não pode executar esse ato no contexto de óbitos por causas externas.

A letra D está incorreta. **INCORRETA:** A insuficiência renal aguda ficará como uma causa intermediária desse óbito. Porém lembre-se: não devemos preencher esse documento no contexto apontado.

A letra E está correta. **CORRETA:** Conforme apontado no texto do comentário introdutório da questão!

Questão | 1 | 2024 | 4000212277

Um paciente de 70 anos estava internado há dois meses, por complicações de doença oncológica, quando um swab inguinal de vigilância isolou *Candida auris*. O paciente é portador de linfoma e foi admitido inicialmente com neutropenia febril, para o que já usou vários esquemas antibacterianos. No momento, está em enfermaria, inclusive em programação de alta, mas permaneceu por tempo prolongado em terapia intensiva. Com relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** A *Candida auris* costuma provocar infecção invasiva grave, então deve-se começar imediatamente esquema antifúngico duplo, associando anfotericina e equinocandina.
- B)** A fonte da infecção fúngica provavelmente deve ter sido a translocação do tubo digestivo, determinada pela imunossupressão.
- C)** Como a disseminação é por via respiratória, a principal medida para prevenir a contaminação dos profissionais de saúde é o uso de máscaras.
- D)** A desinfecção terminal do ambiente do paciente após alta deve incluir a limpeza com hipoclorito de sódio de materiais, como oxímetros, termômetros, nebulizadores, etc.
- E)** Caso o paciente precise ser readmitido após mais do que 14 dias, não há necessidade de cuidados especiais, pois o status de colonização é autolimitado.

Solução

A desinfecção terminal do ambiente do paciente após alta deve incluir a **Gabarito: D)** limpeza com hipoclorito de sódio de materiais, como oxímetros, termômetros, nebulizadores, etc.

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Candida auris é um fungo emergente que representa uma ameaça global devido à sua capacidade de causar infecções invasivas, alta mortalidade e multirresistência a

antifúngicos. A resistência é associada à produção de biofilmes, conferindo à *C. auris* resistência aos medicamentos comumente usados contra infecções por *Candida*. Embora a maioria das infecções possa ser tratada com equinocandininas, relatos de multirresistência aumentam, limitando as opções terapêuticas.

As infecções por *C. auris* são graves, associadas a surtos em serviços de saúde, resultando em custos elevados e aumento da morbidade e mortalidade. Os fatores de risco incluem internação prolongada, uso de dispositivos médicos invasivos, cirurgias recentes, diabetes e uso de antimicrobianos de amplo espectro. A transmissão ocorre principalmente em ambientes de saúde, com superfícies e equipamentos atuando como reservatórios.

A prevenção e controle são cruciais, enfatizando a higiene das mãos, uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e limpeza ambiental eficaz. Os profissionais de saúde devem estar cientes da importância dessas medidas para evitar a disseminação da *C. auris*. Pacientes colonizados podem permanecer assim por meses, exigindo precauções prolongadas.

Produtos eficazes contra *C. auris* incluem peróxido de hidrogênio e hipoclorito de sódio (que apresentam alta eficácia), além do álcool (eficácia moderada). Quaternário de amônio, quando utilizado isoladamente, apresenta baixa eficácia.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. Não há recomendação para terapia dupla em casos de infecção por *Candida auris*. A droga de escolha deve ser uma equinocandina (caspofungina, micafungina ou anidulafungina).

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. A transmissão da *Candida auris* costuma ser por meio do contato com mãos, instrumentos ou ambiente contaminados.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. A disseminação é por contato, e não por gotículas respiratórias ou aerossóis. É recomendada a precaução de contato para pacientes colonizados por *C. auris*.

A letra D está correta. Correta a alternativa D. Hipoclorito é um saneante adequado para a desinfecção terminal.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. A colonização pode durar meses, e não poucos dias.

Questão | 2024 | 4000212278

Uma paciente de 38 anos queixa-se de fadiga vespertina, episódios recorrentes de diplopia e, às vezes, ptose palpebral. Qual o diagnóstico mais provável?

A) Polimialgia reumática

- B)** Polimiosite
- C)** Hipertensão intracraniana
- D)** Síndrome da fadiga crônica
- E)** Miastenia gravis

Solução

Gabarito: E) Miastenia gravis

Estrategista, a questão descreve um quadro clássico de miastenia gravis. Trata-se de uma doença imunomediada, em que o alvo antigênico são proteínas da membrana pós-sináptica, principalmente o receptor de acetilcolina e secundariamente Musk e LRP4. O saldo final é o bloqueio da transmissão neuromuscular que se torna mais evidente quando há aumento da demanda, o que explica a piora da fraqueza no final do dia e a evidência de fatigabilidade, ou seja, sintomas que vão ficando mais evidentes à medida em que se faz uma atividade repetitiva.

Em cerca de 80% dos pacientes haverá associação com paralisia oculomotora, sendo que em 50% deles, esse é o sintoma inicial. O diagnóstico é baseado na clínica e pode ser confirmado pela dosagem de auto-anticorpos ou pela eletroneuromiografia. Nesse último, a técnica de estimulação repetitiva de baixa frequência mimetiza, em poucos segundos, uma situação de maior demanda da junção neuromuscular e quando há alteração, permite definir de maneira objetiva um decremento da resposta eletrofisiológica e, portanto, disfunção pós-sináptica da junção neuromuscular, característico dessa doença. Existem outras duas técnicas que podem ser realizadas à beira leito e que podem ajudar na definição diagnóstica: o teste do gelo e o teste de neostigmina. Em ambos os testes, o racional fisiopatológico é reduzir a ação da enzima colinesterase e com isso aumentar a quantidade de acetilcolina disponível na fenda sináptica. No teste do gelo, avalia-se a fenda palpebral do paciente antes e após a aplicação de bolsa com gelo sobre os olhos. A redução de temperatura reduz a atividade da colinesterase, aumenta a quantidade de acetilcolina e melhora a ptose. Já no teste da neostigmina, essa medicação, que é um potente inibidor da colinesterase, é administrada por via endovenosa levando à melhora rápida dos sintomas. Destaque para o fato de que essa medicação também pode ser utilizada em acidente ofídico crotálico (cobra cascavel), uma vez que o veneno dessa cobra pode gerar uma síndrome miastênica-like por disfunção da ligação colinérgica.

O tratamento da miastenia gravis envolve o uso de piridostigmina, um anticolinesterásico que aumentará a quantidade de neurotransmissor disponível na fenda, além da imunomodulação para a causa do processo em si, destacando que o uso de corticóide pode levar à piora transitória dos sintomas em um primeiro momento, para só então gerar melhora. Por esse motivo, não é utilizado na crise miastênica. Cabe ressaltar que na miastenia gravis há forte associação com patologias tímicas, podendo ser benigna como a hiperplasia tímica ou maligna como o timoma, por isso, todo o paciente com diagnóstico de miastenia deve ser submetido à realização de exame do mediastino anterior.

Vamos às alternativas

A letra A está incorreta. Nessa condição, o paciente apresenta quadro álgico, frequentemente associado a outras condições, como por exemplo a arterite temporal. Apesar de potencialmente haver fadiga, não se esperam sintomas como ptose e diplopia.

A letra B está incorreta. Essa é uma doença do músculo, caracterizada por fraqueza, dor e elevação de CPK. Mais uma vez, não se acompanha de ptose e diplopia.

A letra C está incorreta. Na hipertensão intracraniana, esperamos cefaleia, náuseas e vômitos. Eventualmente associado a turvação visual e diplopia. Entretanto, nessa condição não se espera ptose e nem fadiga.

A letra D está incorreta. Nessa condição, além da fadiga não encontramos ptose ou diplopia.

A letra E está correta. Exatamente. Fraqueza com fadigabilidade e ptose + diplopia são sintomas clássicos da miastenia gravis.

Questão | | 2024 | 4000212279

Um paciente de 50 anos procurou o médico com queixas de tosse seca há 6 meses. Nega qualquer outro sintoma. De comorbidades refere, apenas, hipertensão arterial, controlada com enalapril. Nega passado de tabagismo e de asma na infância. Qual das opções abaixo é considerada mais adequada para o caso?

- A)** Solicitar endoscopia digestiva alta
- B)** Trocar o medicamento anti-hipertensivo
- C)** Solicitar espirometria
- D)** Solicitar radiografia de seios da face
- E)** Prescrever broncodilatador

Solução

Gabarito: B) Trocar o medicamento anti-hipertensivo

Gabarito: ALTERNATIVA B.

Comentário:

Os efeitos colaterais dos anti-hipertensivos é um tema que a banca do SES-PE adora. Temos um paciente hipertenso em uso de IECA (enalapril) e com queixa de tosse seca há 6 meses. Esse é o efeito colateral mais comum dos IECA, presente em 5 a 20% dos casos!

Os IECA atuam inibindo a conversão de angiotensina I em angiotensina II (que possui potente ação vasoconstritora) e reduzindo a degradação da bradicinina, molécula com propriedade vasodilatadora. Por outro lado, os BRA atuam inibindo o receptor AT1, responsável pela atuação da angiotensina II, como vasoconstrição, liberação de aldosterona e estímulo à proliferação celular.

Pode parecer bobagem, mas o detalhe da bradicinina faz toda a diferença. O acúmulo de bradicinina ativará algumas cascatas específicas que propiciarão a liberação de histamina pelos mastócitos e aumentarão a sensibilidade das vias nervosas, provocando a tosse.

Nessa situação, a melhor conduta é trocar o enalapril por outro anti-hipertensivo, geralmente um BRA (losartana, valsartana etc).

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: pois não se trata de doença do refluxo gastroesofágico.

A letra B está correta. Correta a alternativa B: conduta correta diante do principal efeito colateral do IECA.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: o paciente não é tabagista e nega asma, além de não apresentar nenhum indício dessas doenças.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: pois a história clínica não é compatível com rinossinusite.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: o broncodilatador estaria indica em casos de asma ou DPOC, que não é o caso.

Questão | 2024 | 4000212280

Para o diagnóstico das doenças reumatológicas autoimunes, é essencial interpretar corretamente os resultados dos autoanticorpos. Sobre este assunto, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** A negatividade do FAN no exame de triagem permite descartar o diagnóstico de Lúpus eritematoso sistêmico.
- B)** O FAN é especialmente útil para monitorizar a atividade da doença e a resposta ao tratamento imunossupressor.

- C) Os títulos de anti- DNA apresentam correlação com a atividade da doença, sendo úteis para acompanhamento, especialmente em casos de nefrite lúpica.
- D) O anti-Sm é um exame útil para triagem diagnóstica, por apresentar elevada sensibilidade, mas baixa especificidade.
- E) O FAN é útil na diferenciação do Lúpus convencional daquele induzido por drogas, situação essa em que geralmente é negativo.

Solução

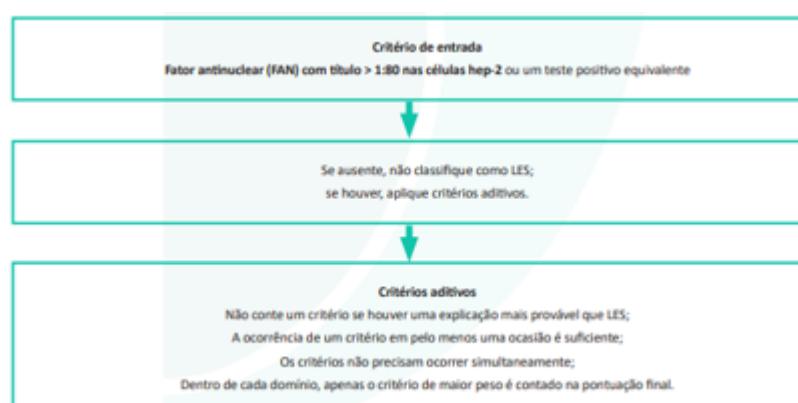
Gabarito: C) Os títulos de anti- DNA apresentam correlação com a atividade da doença, sendo úteis para acompanhamento, especialmente em casos de nefrite lúpica.

GABARITO: ALTERNATIVA C

Estrategista, a solicitação e interpretação corretas de exames complementares é fundamental para o diagnóstico e seguimento dos pacientes doenças reumatológicas, incluindo aqueles com lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Dito isso, vamos às alternativas para discutirmos esse tema mais a fundo:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: não confunda critérios classificatórios com critérios diagnósticos! O FAN é positivo em 98-99% dos pacientes com LES e a sua negatividade pode se dever à presença de anticorpos que podem resultar em FAN não reagente, como anti-Ro e anti-P ribossomal, ou devido à nefrite lúpica pela perda de imunoglobulinas secundária à proteinúria vista em síndromes nefrítica e nefrótica. Ainda que raro, isso é possível e descrito. Os critérios classificatórios do ACR/EULAR de 2019, assim como qualquer critério classificatório, foram feitos visando pesquisa e a identificação de grupos relativamente homogêneos de pacientes para este fim. Neste caso, de fato, temos a positividade do FAN como critério de entrada, conforme as imagens abaixo:



Domínio clínico	Críterio	Pontuação
Constitucional	Febre	2
Hematológico	Leucopenia <4.000/mm ³	3
	Tromboцитopenia <100.000/mm ³	4
	Hemólise autoimune	4
Neuropsiquiátrico	Delírium	2
	Psicose	3
	Convulsão	5
	Alopécia sem cicatrizes	2
Mucocutâneo	Úlceras orais	2
	Lúpus cutâneo subagudo OU discoide	4
	Lúpus cutâneo agudo	6
Serosa	Derrame pleural ou pericárdico	5
	Pericardite aguda	6
Musculoesquelético	Sinovite (edema ou derrame) em ≥ 2 articulações OU dor em ≥ 2 articulações E rigidez matinal > 30 minutos	6
Renal	Proteinúria > 0,5g/24h	4
	Biópsia renal nefrite lúpica classe II ou V	8
	Biópsia renal nefrite lúpica classe III ou IV	10

Domínio laboratorial	Críterio	Pontuação
Anticorpos antifosfolípides	Anticardiolipina	2
	Antibeta2-glicoproteína1	
	Anticoagulante lúpico	
Complemento	C3 baixo OU C4 baixo	3
	C3 baixo E C4 baixo	4
Anticorpos específicos de LES	Anti-dsDNA	6
	Anti-Sm	

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: o FAN deve ser solicitado sempre que estivermos frente a uma suspeita de doença autoimune, especialmente as reumatológicas. É utilizado para fins diagnósticos e, também, prognósticos em algumas condições; entretanto, não está associado à atividade de doença e não devemos utilizá-lo como parâmetro de eficácia de tratamentos imunossupressores.

A letra C está correta. Correta a alternativa C: o anticorpo anti-DNA dupla hélice ou anti-DNA nativo é altamente específico de LES e está presente em 40 a 70% dos pacientes. Além de fins diagnósticos, também pode ser utilizado durante o acompanhamento dos pacientes pelo fato de estar associado à atividade de doença, especialmente nefrite lúpica.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: o anti-Sm é ainda mais específico que o anti-DNA dupla hélice, no entanto, está presente em uma porcentagem menor de pacientes, cerca de 20 a 40%. Logo, ainda que seja altamente específico, não apresenta boa sensibilidade e, por isso, não deve ser usado como exame de triagem.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: o lúpus induzido por droga (LID) é uma condição associada à exposição a determinadas medicações, como procainamida e hidralazina, e cursa com sinais e sintomas indistinguíveis do LES, ainda que mais leves. Manifestações graves, como nefrite e acometimento de sistema nervoso central, não são esperados. A grande maioria dos pacientes com LID tem FAN positivo com padrão nuclear homogêneo devido à presença do anticorpo anti-histona. Como bom Estrategista, você deve se lembrar que este também é o padrão mais clássico encontrado no LES devido à sua associação com o anti-DNA dupla hélice.

Questão | | 2024 | 4000212281

Uma paciente de 85 anos, cujas únicas comorbidades são diabetes e hipertensão arterial leves, procura o médico para consulta de rotina. Qual das medidas abaixo seria adequada para o caso?

- A)** Solicitar colonoscopia para screening de câncer colorretal
- B)** Solicitar mamografia para screening de câncer de mama
- C)** Manter níveis de HbA1c abaixo de 6,5%
- D)** Manter níveis pressóricos abaixo de 130x80 mmHg
- E)** Solicitar densitometria óssea para rastreio de osteoporose

Solução

Gabarito: E) Solicitar densitometria óssea para rastreio de osteoporose

Gabarito: Letra E

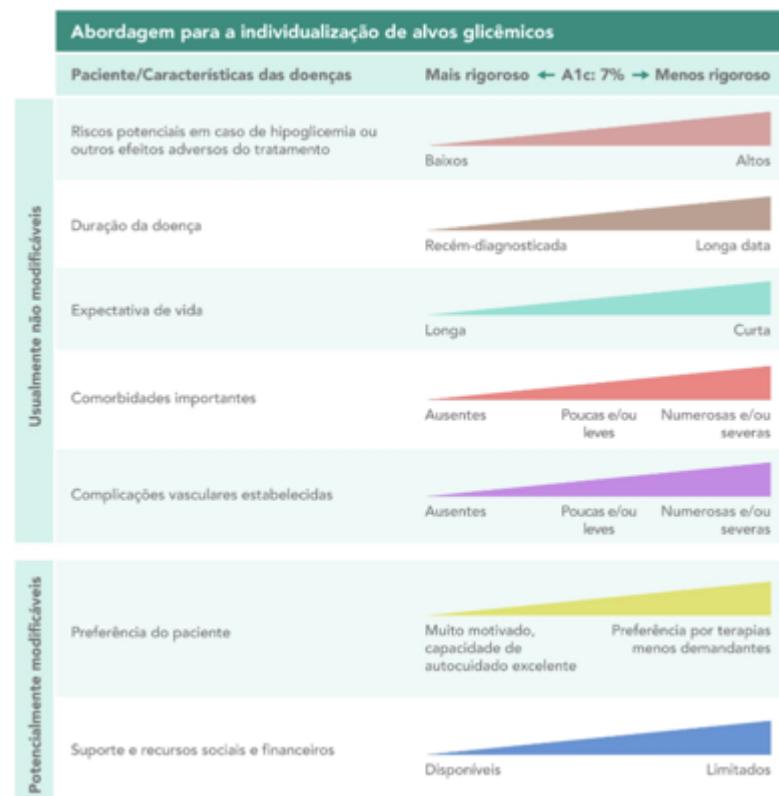
Esta é uma questão de Geriatria na qual o autor provavelmente gostaria de explorar o conhecimento do candidato quanto a formas de realizar a prevenção quaternária de desfechos em pessoas idosas, população que é mais suscetível a iatrogenias devido às mudanças fisiológicas do envelhecimento.

A letra A está incorreta. Incorreta. Recorde-se que o rastreio de câncer colorretal deverá ser realizado em pessoas com idade entre 50-75 anos. Algumas entidades, como a americana USPSTF, já estão começando a indicar um início mais precoce do rastreamento, aos 45 anos, com grau de recomendação B (menor que o grau de recomendação A para início após os 50 anos). Portanto, por possuir 85 anos, o rastreamento não estaria indicado para a nossa paciente. Ademais, vale saber que em pessoas muito idosas a realização de uma colonoscopia, mesmo quando devidamente indicada, pode trazer grandes riscos de efeitos adversos e, por isso, é comum na prática geriátrica tentar evitar esse procedimento sempre que possível, já que é comum que os riscos de malefícios superem os potenciais benefícios.

Alguns dos problemas que podemos encontrar no perioperatório de uma colonoscopia são: necessidade de internação para preparo, piora de fragilidade e sarcopenia, desidratação severa com o preparo, disfunção renal, delirium, hipotensão ortostática, quedas, fraturas e complicações intraoperatórias, como ruptura colônica pela fragilidade da parede do cólon nesta população.

A letra B está incorreta. Incorreta. O rastreamento de câncer de mama para a população em geral está indicado para as pessoas com idade entre 50-70 anos de idade segundo o INCA/Ministério da Saúde (referência mais utilizada nas provas de residência). A FEBRASGO, SBM (Sociedade Brasileira de Mastologia), CBR (Colégio Brasileiro de Radiologia) e ACR (American College of Radiology), recomendam o rastreamento em mulheres com idade entre 40 e 75 anos. Por outro lado, a americana USPSTF recomenda que o rastreamento seja mantido até os 75 anos de idade. Independentemente da referência que você utilizar, o rastreio na idade de 85 anos não está indicado.

A letra C está incorreta. Incorreta. Vale recordar que a meta para controle do diabetes na população em geral é atingir uma HBA1c menor que 7%. Lembre também que hoje o mais moderno é individualizar a meta para o controle da doença de acordo com o perfil do paciente (veja abaixo as variáveis que devem ser analisadas segundo a *American Diabetes Association*). Fato é que, em indivíduos idosos, devido à reduzida expectativa de vida, risco aumentado de complicações com o tratamento, polifarmácia e multimorbidade, de longe o mais comum é que nós sejamos MENOS rigorosos com a meta de HBA1c. Em sua diretriz de 2023, a *Sociedade Brasileira de Diabetes* recomenda que mesmo em idosos saudáveis, com expectativa de vida compatível com a da população em geral (expectativa essa que vale dizer que a nossa paciente até já passou), é sugerida a meta de HBA1c < 7,5%. Portanto, estabelecer meta de HBA1c < 6,5% provavelmente só agregaría morbidades à paciente sem trazer benefícios significativos.



A letra D está incorreta. Incorreta. Da mesma forma que fazemos com o diabetes, devido ao risco maior de iatrogenias com o tratamento (como disfunção renal e quedas) e de hipotensão ortostática no idoso, costumamos ser menos rigorosos com o controle da pressão arterial. Recorde que devido à fisiologia do envelhecimento, há uma redução na elastância arterial, com um aumento da pressão arterial sistólica mais pronunciado. Estudos robustos evidenciam que na população idosa, metas menos rigorosas também trazem benefícios na incidência de eventos cardiovascular. Assim, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia em sua Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), a meta para pessoas idosas é:

- Pessoa idosa robusta: PAS 130-139 e PAD 70-79 (nessa população, devemos iniciar o tratamento apenas se PAS \geq 140 ou PAD \geq 90).
- Pessoa idosa frágil: PAS 140-149 e PAD 70-79 (nessa população, devemos iniciar o tratamento apenas se PAS \geq 160 ou PAD \geq 90).

A letra E está correta. Correta. O rastreio de osteoporose deve ser iniciado a partir dos 65 anos nas mulheres pós-menopausadas ou a partir dos 70 anos em homens. Diferentemente dos rastreios oncológicos, na avaliação da osteoporose não possuímos uma idade limite a partir da qual cessamos a solicitação dos exames. Isso ocorre porquê o tratamento desta condição em geral costuma ser muito bem tolerado nesta população e o benefício desta intervenção terapêutica costuma ser muito expressivo para a melhoria da morbimortalidade nessa faixa etária.

Questão | | 2024 | 4000212282

Em tempos nos quais a inteligência artificial promete trazer muitos ganhos para a prática clínica, a comunicação é uma das atividades inerentes ao relacionamento interpessoal. A comunicação de más notícias é, muitas vezes, desafiadora para o médico em formação, e alguns protocolos se propõem a ser um dos guias para essa atividade. Assinale a alternativa que está de acordo com o protocolo SPIKES.

- A) A comunicação do diagnóstico e prognóstico deve ser feita ao paciente na ausência de acompanhantes, pois caberá a ele contar às pessoas de sua confiança.
- B) É importante comunicar todos os detalhes técnicos da doença e do tratamento, em linguagem científica, para que não haja nenhum mal entendido.
- C) O profissional de saúde deve evitar demonstrar emoções, pois isso interferirá na sua capacidade de tomada de decisões técnicas.
- D) Antes de fornecer as informações, é importante procurar saber o que o paciente já sabe e também o que ele quer saber sobre sua doença.
É importante que o médico tenha testemunhas desse encontro, para que se proteja em
- E) casos de uma futura demanda judicial; então sempre deverá estar acompanhado de um profissional administrativo, como uma secretária, por exemplo.

Solução

Gabarito: D) Antes de fornecer as informações, é importante procurar saber o que o paciente já sabe e também o que ele quer saber sobre sua doença.

GABARITO: ALTERNATIVA D

Estrategistas, o protocolo **SPIKES** faz parte de um dos pontos que mais vem revolucionando a Medicina nas últimas décadas: a habilidade de comunicação médica junto de seus pacientes. O protocolo consiste em um mnemônico que totaliza seis passos e visa proporcionar mais segurança ao médico durante a comunicação de más notícias.

A tabela abaixo exemplifica seus passos e como devem ser sequencialmente dispostos.

S	Setting up	Preparando-se para o encontro
P	Perception	Percebendo o paciente
I	Invitation	Convidando para o diálogo
K	Knowledge	Transmitindo as informações
E	Emotions	Expressando emoções
S	Strategy and Summary	Resumindo e organizando estratégias

Figura: Elementos que fazem parte da composição do protocolo SPIKES. Fonte: Estratégia MED.

Tendo em vista a disposição observada, vamos esmiuçar os pontos do protocolo:

S – Setting up: Aqui, o objetivo principal é que o profissional se prepare para o encontro e também prepare o ambiente do encontro, como uma espécie de treinamento para os instantes ímpares da transmissão da má notícia. Apesar do momento ser crítico para o enfermo, as informações passadas serão importantíssimas para seu planejamento futuro de vida, logo, a forma de comunicação e o ambiente onde ela será feita serão marcos jamais esquecidos pela pessoa em adoecimento. É importante procurar um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular. Se necessário, mantenha um acompanhante com o paciente. O profissional deve sentar-se de frente para o paciente, se possível em um local onde não existam objetos ou barreiras físicas entre as partes. Atenção e carinho são imprescindíveis aqui.

P – Perception: Esse momento visa investigar, tomar conhecimento, do que o paciente já sabe sobre seu estado de saúde. Procurar fazer perguntas abertas é a melhor maneira de realmente se informar sobre o que o paciente pensa ou entende do que está acontecendo.

I – Invitation: Transmitir uma má notícia faz parte das obrigações do médico, mas cabe ao paciente determinar se deseja ou não saber dela. Assim, é fundamental identificar até onde o indivíduo quer saber do que está acontecendo, se quer ser totalmente informado ou se prefere que um familiar tome as decisões por ele. Se o paciente deixar claro que não quer saber detalhes, o médico deve mostrar-se disponível para conversar caso mude de ideia.

K – Knowledge: Enfim é chegado o momento de transmitir a má notícia. Aqui, o médico deve escolher bem suas palavras, usando sempre um vocabulário acessível ao paciente, evitando os termos técnicos. A utilização de frases curtas e indagações frequentes ao paciente se ele está compreendendo podem ser uma boa estratégia para fazer a transmissão da má notícia com forma e ritmo adequados. Naqueles casos onde o prognóstico é muito ruim, evitar usar frases como “não há mais nada que possamos fazer”.

E – Emotions: Nessa etapa, o médico estará defronte das emoções de seu paciente, que podem ser inúmeras, desde choro, silêncio ou mesmo choque. Assim, o profissional deve estar pronto para acolher as reações do enfermo e mostrar uma postura compreensiva, solidária e empática.

S – Strategy and Summary: Por fim, chegamos ao ponto final do SPIKES, onde é importante repassar as informações que foram dadas ao paciente, sanar possíveis dúvidas e traçar estratégias de enfrentamento ao momento. Se cobre de extrema

importância deixar claro ao paciente que ele não será abandonado de forma alguma, mesmo que não haja um plano ou proposta curativa.

Feita essa breve revisão, vamos buscar pela alternativa correta!

A letra A está incorreta. **INCORRETA:** A comunicação da má notícia deve ser feita no cenário mais confortável possível ao paciente. Desse forma, caso ele opte por apresentar pessoas de seu convívio ao seu lado nesse instante, isso deverá a ele ser proporcionado.

A letra B está incorreta. **INCORRETA:** A comunicação junto ao paciente e família deve ser a mais clara possível, devendo-se evitar termos demasiadamente técnicos que podem acabar dificultando a compreensão da situação por parte desses indivíduos. Logo, devemos usar **SEMPRE** uma linguagem clara e acessível.

A letra C está incorreta. **INCORRETA:** Como ser humano, o médico pode sim demonstrar emoções, obviamente dentro de um limite aceitável, afinal, este deve também ser fonte de suporte ao paciente no momento da má notícia. Além disso, é importante que o médico demonstre compaixão, compreensão e empatia nesse momento.

A letra D está correta. **CORRETA:** Perfeita a alternativa, pois ela descreve exatamente dois dos passos do protocolo **SPIKES**, o "perception", onde iremos investigar o que o paciente já sabe do seu quadro de saúde, e o "invitation", onde manteremos observância acerca do que ele deseja saber.

A letra E está incorreta. **INCORRETA:** O momento da entrega da má notícia deve ser cercado, do ponto de vista da equipe de saúde, apenas daqueles que possuem conhecimento do caso e que apresentem conexão com o paciente, afinal, este momento deve ser o mais ameno possível, estando cercado o paciente por aqueles que lhe tem estima e lhe prestaram cuidados.

Questão | 2024 | 4000212283

Uma paciente de 60 anos apresentou quadro agudo de Chikungunya há quatro meses. A febre e o rash cederam, mas ela persiste com surtos recorrentes de artrite que atinge, principalmente, mãos e pés e que estão a incapacitando para o trabalho. Já fez uso de dois ciclos de prednisona na dose de 30 mg/dia, mas os sintomas recorrem logo após o desmame do corticoide. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, qual a conduta de escolha nesse momento?

- A)** Metotrexate na dose de 20mg/semana por seis meses
- B)** Prednisona 60mg/dia por dois meses
- C)** Hidroxicloroquina na dose de 6 mg/kg/dia por seis semanas
- D)** Infliximab na dose de 5mg/kg em dose única

E) Nimesulida na dose de 100mg de 12/12 horas por 30 dias

Solução

Gabarito: C) Hidroxicloroquina na dose de 6 mg/kg/dia por seis semanas

GABARITO: ALTERNATIVA C

Estrategista, nosso caso clínico envolve uma paciente que manteve queixas articulares incapacitantes por mais de 3 meses após a infecção aguda pelo Chikungunya, ou seja, nesse momento, tem a doença na sua fase crônica.

Os principais fatores de risco para a cronificação são idade acima de 45 anos, artropatia pré-existente e maior intensidade das queixas articulares na fase aguda.

O quadro pode ser persistente ou recorrente, como o da paciente, e normalmente manifesta-se com dor (com ou sem edema) nas mesmas articulações envolvidas na fase aguda. Ainda que variável, o padrão mais encontrado é o poliarticular simétrico, motivo pelo qual este é um diagnóstico diferencial da artrite reumatoide. Ainda que infrequente, temos relatos de caso envolvendo o comprometimento do esqueleto axial.

Em alguns pacientes, a infecção pode funcionar como um gatilho para disfunção imune e produção de autoanticorpos, como fator reumatoide e anti-CCP, levando ao surgimento de quadros bem definidos de artrite reumatoide, por exemplo.

Feita essa breve introdução, vamos a partir de agora discutir aspectos terapêuticos.

Pacientes na fase crônica podem fazer uso de analgésicos, incluindo opioides fracos para alívio sintomático. Casos refratários podem demandar o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Segundo o Ministério da Saúde (MS), pacientes na fase crônica que se mantêm sintomáticos com presença de sinais inflamatórios nas articulações, levando a dor moderada a intensa, poliarticular e debilitante têm indicação de corticoterapia sendo a prednisona a droga de escolha. Em geral, a dose utilizada é de 20 mg, mas sabemos que até 0,5 mg/kg/dia ainda temos ação anti-inflamatória e, por isso, a depender do peso do paciente podemos utilizar até 40 mg/dia. Podemos manter essa dose por 3 semanas e, com o controle adequado das queixas, devemos realizar o desmame da droga. Caso o paciente apresente recorrência ou não consiga desmamar o corticoide, temos indicação de drogas imunomoduladoras ou imunossupressoras, com preferência pela hidroxicloroquina.

Agora, vamos às alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: no Brasil, o protocolo do MS recomenda o uso do metotrexato apenas após a falha terapêutica com hidroxicloroquina e sulfassalazina (2 g/dia), pelo mínimo de seis semanas, com persistência de dor moderada e intensa (EVA ≥ 4).

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B: além de 60 mg/dia ser uma dose alta e imunossupressora, a recomendação de uso do corticoide é por período curto de, no máximo, 3 semanas.

A letra C está correta. Correta a alternativa C: os protocolos do MS são de 2017 e a dose recomendada é de até 6 mg/kg/dia (máximo de 600 mg/dia) por 6 semanas. Atenção

porque muitas bancas ainda trazem este corte. No entanto, como bom Estrategista, você deve se manter atualizado e, saber que desde 2016, a recomendação da Academia Americana de Oftalmologia é até 5 mg/kg/dia (máximo de 400 mg/dia) e uso do peso real do paciente para o cálculo, já que estudos mostraram maior risco de toxicidade retiniana com doses superiores a este corte.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D: a terapia imunobiológica pode ser prescrita após avaliação do reumatologista em pacientes com quadro articular inflamatório crônico pós-infeção pelo Chikungunya e que seja refratário ao uso de corticoide e imunossupressores sintéticos, de acordo com as recomendações usadas para o tratamento da artrite reumatoide e das espondiloartrites axiais. Os anti-TNFs, como o infliximabe, são as drogas de escolha neste caso.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: AINEs, como a nimesulida, podem ser utilizados no manejo da fase subaguda até resolução dos sinais e sintomas por, no máximo, 7 a 10 dias segundo o MS.

Questão | | 2024 | 4000212284

Um paciente portador de retocolite ulcerativa vinha em uso de mesalazina 2,4 g/dia quando foi internado com agudização do quadro clínico. Apresentava mais de 15 evacuações/dia, cerca de 50% delas sanguinolentas, taquicardia e febre baixa. Foi inicialmente tratado com hidrocortisona 100 mg IV de 6/6h. No quarto dia de internamento, persistia com cerca de 10 evacuações/dia. Sabendo que o Rx de abdome não mostrava dilatação colônica, qual a melhor conduta nesse momento?

- A)** Associar azatioprina
- B)** Iniciar vedolizumab
- C)** Aumentar dose da mesalazina para 4,8 g/dia
- D)** Pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia por 3 dias
- E)** Iniciar infliximab

Solução

Gabarito: E) Iniciar infliximab

Questão | | 2024 | 4000212285

Um paciente realizou o leucograma abaixo como parte da investigação de quadro febril.

Leucócitos 12.500/mm³, bastões 1%, neutrófilos 30%, eosinófilos 1%, linfócitos típicos 40%, linfócitos atípicos 20%, monócitos 8%

Qual, dentre os abaixo relacionados, é o diagnóstico mais provável com base no exame?

- A) Febre tifoide
- B) Citomegalovirose
- C) Leptospirose
- D) Tuberculose
- E) Pneumonia por Mycoplasma

Solução

Gabarito: B) Citomegalovirose

GABARITO: ALTERNATIVA B.

A presença de linfocitose com linfócitos atípicos é um achado laboratorial que pode sugerir diversas etiologias, especialmente de origem infecciosa.

Linfócitos atípicos são linfócitos ativados que podem ser observados em pacientes com várias infecções virais, incluindo infecção pelo vírus Epstein-Barr (mononucleose infecciosa), infecção por citomegalovírus, rubéola, infecção por Hantavírus, hepatite B e infecção por HIV. Além disso, toxoplasmose, uso de medicamentos e doenças autoimunes podem também estar relacionados ao aumento de linfócitos atípicos.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A. A febre tifoide geralmente não está associada a linfocitose com linfócitos atípicos. Seus achados laboratoriais típicos incluem leucocitose ou leucopenia.

A letra B está correta. Correta a alternativa B. A Citomegalovirose é uma causa comum de linfocitose com linfócitos atípicos.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. A leptospirose geralmente é associada a uma série de alterações no hemograma, incluindo trombocitopenia e elevação dos neutrófilos. Os linfócitos atípicos não são um achado característico dessa infecção.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. A tuberculose pode causar linfocitose, mas linfócitos atípicos não são um achado típico.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. A pneumonia por Mycoplasma pode apresentar linfocitose, mas a presença de linfócitos atípicos sugere mais fortemente uma etiologia viral, como a Citomegalovirose.

Questão | | 2024 | 4000212286

Uma paciente de 19 anos evoluiu com um quadro ansioso-depressivo, nos últimos dois anos, período durante o qual desenvolveu compulsão alimentar com ganho de 20 kg. Por conta disso, isolou-se socialmente, por vergonha da estética corporal. Qual das medicações abaixo seria mais adequada para este caso?

- A)** Fluoxetina
- B)** Imipramina
- C)** Amitriptilina
- D)** Mirtazapina
- E)** Paroxetina

Solução

Gabarito: A) Fluoxetina

Estrategista, o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar que não são seguidos por métodos compensatórios (vômitos, laxantes, atividades físicas etc.), como acontece de maneira característica na bulimia nervosa.

O TCAP afeta entre 3% e 4% das mulheres e cerca de 2% dos homens. Inicia-se por volta dos 20 anos, e seu curso costuma ser crônico, causando obesidade em metade dos indivíduos. Estima-se que até 75% das pessoas que procuram tratamento para obesidade grave sofram dessa síndrome.

A abordagem é realizada com a associação de psicoterapia, especialmente cognitivo-comportamental, e tratamento medicamentoso. A principal terapia medicamentosa é realizada com os ISRS, como a fluoxetina, em doses altas. Outros antidepressivos também podem ser utilizados como a bupropiona e a sibutramina. O anticonvulsivante topiramato age na redução do apetite e pode diminuir o número de episódios de compulsão.

Vamos às alternativas!

A letra A está correta. Correta, conforme vimos na introdução, a fluoxetina é uma medicação adequada para o transtorno alimentar, assim como para o quadro depressivo-

ansioso.

A letra B está incorreta. Incorreta. Tricíclicos costumam causar ganho de peso, piorando o quadro compulsivo.

A letra C está incorreta. Incorreta. Tricíclicos costumam causar ganho de peso, piorando o quadro compulsivo.

A letra D está incorreta. Incorreta. Mirtazapina costuma causar ganho de peso, piorando o quadro compulsivo.

A letra E está incorreta. Incorreta. Paroxetina, um ISRS, costuma causar ganho de peso, piorando o quadro compulsivo.

Questão | | 2024 | 4000212287

Um paciente portador de doença renal crônica em terapia dialítica há 6 meses através de cateter em veia jugular direita foi internado com febre e calafrios, quando a hemocultura isolou um *Staphylococcus aureus*. Está na segunda semana de terapia com vancomicina, mas mantém febre e dor lombar. Há 24 horas, passou a apresentar incontinência urinária. Sobre o caso descrito, assinale a alternativa que indica a melhor conduta nesse momento.

- A)** Solicitar ressonância magnética de coluna lombar
- B)** Solicitar ecocardiograma bidimensional
- C)** Associar gentamicina ao esquema
- D)** Instalar sonda vesical de demora
- E)** Ampliar o esquema antibiótico, associando um carbapenêmico

Solução

Gabarito: A) Solicitar ressonância magnética de coluna lombar

GABARITO: ALTERNATIVA A.

A infecção da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* é uma condição grave e potencialmente fatal. *S. aureus* é uma bactéria gram-positiva que pode causar desde infecções de pele até infecções mais profundas, incluindo osteomielite, endocardite e outras complicações sistêmicas.

Sempre que há infecção de corrente sanguínea por *S. aureus*, é necessário investigar a hipótese de endocardite infecciosa. Além disso, é necessário observar sintomas sugestivos de acometimento de órgãos específicos, como infecção do sistema nervoso

central, coluna vertebral, pulmões, baço, rins, entre outros. Isso é justificado pela possibilidade de infecção desses órgãos por disseminação hematogênica.

A letra A está correta. Correta a alternativa A. A dor lombar em paciente com infecção de corrente sanguínea por *S. aureus* pode sugerir possível envolvimento da coluna lombar (espondilodiscite), que é uma complicaçāo relativamente comum (e potencialmente grave) da infecção de corrente sanguínea por *S. aureus*. A incontinência urinária ratifica essa hipótese, e demonstra um possível déficit neurológico secundário à espondilodiscite. A ressonância magnética é uma escolha adequada para avaliar essa condição que, caso confirmada, deverá ser abordada cirurgicamente.

A letra B está incorreta. Incorreta a alternativa B. Todos os pacientes com suspeita de endocardite devem ser submetidos ao exame de ecocardiograma. No entanto, o exame urgente para esse momento é a ressonância magnética, já que há sinais de déficit neurológico (incontinência urinária).

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C. Como há suspeita de infecção complicada, com possível espondilodiscite, devemos investigar com exame de imagem. Caso seja confirmada essa complicaçāo, o tratamento cirúrgico deve ser o suficiente para controle do foco infeccioso. Por isso, não é necessário o acréscimo de outro antimicrobiano.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D. A sonda vesical de demora não é um dispositivo que mudará o prognóstico do paciente. O recomendado, nesse momento, é investigar o possível acometimento da coluna lombar.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E. Associaríamos carbapenêmico em caso de suspeita de infecção por outra bactéria. Nesse caso, a persistência da febre deve ser devido à infecção complicada pelo próprio *S. aureus*.

Questão | 2024 | 4000212288

Sobre o uso dos análogos de GLP1 no tratamento do diabetes mellitus, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** São uma excelente opção no tratamento do diabetes mellitus tipo 1 de difícil controle.
- B)** O uso combinado com os inibidores da DPP4 é uma das opções que oferece melhores taxas de controle glicêmico.
- C)** É uma excelente opção para o tratamento do diabetes secundário à pancreatite crônica.
- D)** É um dos esquemas preferidos para os pacientes diabéticos que apresentam doença coronariana ateroesclerótica.

- E) Devem ser usados com cautela em pacientes com gastroparesia devido ao risco elevado de induzir hipoglicemia.

Solução

Gabarito: D) É um dos esquemas preferidos para os pacientes diabéticos que apresentam doença coronariana ateroesclerótica.

As incretinas são peptídeos intestinais, secretados após a ingestão de nutrientes, que estimulam a secreção de insulina. O GLP-1 (peptídeo semelhante a glucagon-1) é a incretina mais importante e desempenha quatro funções com impacto no metabolismo glicêmico:

- 1) Estímulo às células beta pancreáticas (de forma dependente da glicemia) --> estimula a síntese e secreção de insulina;
- 2) Inibição das células alfa pancreáticas (de forma dependente da glicemia) --> inibe a secreção de glucagon;
- 3) Retardo do esvaziamento gástrico --> saciedade a nível gastrointestinal;
- 4) Saciedade a nível de sistema nervoso central.

Após o desempenho dessas funções, o GLP-1 é degradado pela enzima DPP4 (dipeptidil peptidase 4). Portanto, há duas classes de antidiabéticos com efeito incretínico:

- Agonistas do receptor do GLP-1 – exenatida, liraglutida, lixisenatida, dulaglutida e semaglutida.
- Gliptinas (inibidores da DPP-4) – sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina e alogliptina.

Diferentemente do GLP-1 endógeno, os análogos de GLP-1 possuem alterações estruturais que aumentam a sua duração, podendo variar de 12 horas (no caso da exenatida) até uma semana (semaglutida e dulaglutida). Em relação aos benefícios extraglicêmicos, os análogos de GLP-1 promovem uma perda de peso significativa que chega a 17% do peso em estudos com a semaglutida. Atualmente a liraglutida 3,0mg e a semaglutida de 2,4mg são aprovadas para o tratamento da obesidade, além do diabetes, no Brasil (A semaglutida 2,4mg ainda não se encontra no mercado até dezembro/2023, porém teve seu registro aprovado este ano)

Além da redução de peso, alguns dos análogos de GLP-1 relacionam-se à diminuição de risco cardiovascular em pacientes com doença cardiovascular estabelecida (como infarto do miocárdio, AVC/AIT, doença arterial periférica, doença renal crônica ≥ estágio 3, insuficiência cardíaca NYHA II ou III). Apenas três mostraram efeito benéfico, a liraglutida, a dulaglutida e a semaglutida

Os efeitos colaterais mais comuns com os AgR GLP-1/ análogos de GLP-1 são relacionados com o trato gastrointestinal: náuseas, vômitos, diarreia/constipação.

As contraindicações ao uso dos AgR GLP-1/análogos de GLP-1 envolvem:

- História prévia de pancreatite: foi relatado aumento de casos de pancreatite aguda em usuários de agonistas do receptor de GLP-1;

- **Gastroparesia:** lembre-se de que a medicação atua retardando o esvaziamento gástrico, o que pode piorar os sintomas da gastroparesia;
- **História prévia de carcinoma medular de tireoide (CMT) ou pacientes diagnosticados com neoplasia endócrina múltipla tipo 2:** a recomendação tem origem em estudos em roedores, nos quais houve aumento de tumores benignos e malignos de células C;
- **TFG < 15 mL/minuto.**

A letra A está incorreta. Incorreta. O diabetes tipo 1 ocorre por autoimunidade pancreática com falência da secreção exógena de insulina e insulinopenia. O tratamento se baseia em insulinoterapia basal-bolus.

A letra B está incorreta. Incorreta. Os inibidores da DPP-4 têm taxas de redução de HbA1c modestas quando comparado a outras classes medicamentosas, sendo em torno de 0,5-1%. Associações com medicações com maior potencial de redução de HbA1c, como metformina, sulfonilureias ou pioglitazona podem oferecer melhor controle glicêmico.

A letra C está incorreta. Incorreta. Os análogos de GLP-1 devem ser evitados em indivíduos com pancreatite prévia devido uma possível associação entre a medicação e pancreatite aguda (ainda controversa na literatura)

A letra D está correta. Correta. Em pacientes com histórico de Doença Cardiovascular prévia, os antidiabéticos de escolha são os inibidores da SGLT-2 e os análogos de GLP-1, em associação com a metformina, pois ambas as classes mostrar diminuição de mortalidade cardiovascular nesse grupo de pacientes.

A letra E está incorreta. Incorreta. Os análogos de GLP-1 promovem retardo no esvaziamento gástrico e devem ser utilizados com cautela em indivíduos com gastroparesia, mas não devido ao risco de hipoglicemia, e sim de sintomas de refluxo, dispepsia e/ou broncoaspiração. A secreção de insulina pelo GLP-1 é dependente dos níveis de glicose, não sendo potencialmente causadora de hipoglicemia.

Questão | | 2024 | 4000212289

À auscultação cardíaca, um paciente apresenta um sopro sistólico de grande intensidade, audível em quase todos os focos. Com relação às manobras que podem ser utilizadas para a determinação da origem do sopro, assinale a alternativa CORRETA.

- A)** O aumento da intensidade do sopro durante a inspiração profunda (manobra de Rivero Carvalho) sugere que o sopro tem origem nas válvulas do coração esquerdo.
- B)** O aumento da intensidade do sopro, quando o paciente está sentado, inclinado para a frente, sugere o diagnóstico de insuficiência aórtica.
- C)** A irradiação do sopro para fúrcula esternal e carótidas sugere o diagnóstico de insuficiência aórtica.

- D) A melhora da ausculta do sopro com o paciente em decúbito lateral esquerdo sugere o diagnóstico de insuficiência mitral.
- E) O aumento da intensidade do sopro após o cerramento dos punhos (manobra de handgrip) sugere origem do sopro nas válvulas do coração direito.

Solução

Gabarito: B O aumento da intensidade do sopro, quando o paciente está sentado, inclinado para a frente, sugere o diagnóstico de insuficiência aórtica.

Gabarito da banca: ALTERNATIVA B.

Gabarito EMED: ALTERNATIVAS B e D.

Comentário:

Questão que cabe recurso e deveria ter como resposta as alternativas B e D.

Questões de semiologia cardiovascular, além de confundir o aluno, geralmente são difíceis. Nesta, até a banca se confundiu.

A letra A está incorreta. Incorreta a alternativa A: a inspiração profunda (manobra de Rivero-Carvalho) faz com que a pressão intratorácica fique negativa, o que facilita o retorno de sangue para o **lado direito** do coração. Com isso, os sopros das câmaras direitas irão aumentar.

A letra B está correta. Correta a alternativa B: o sopro da insuficiência aórtica aumenta com o paciente sentado e inclinado para frente.

A letra C está incorreta. Incorreta a alternativa C: pois essa irradiação está presente na **estenose aórtica**. O sopro da insuficiência aórtica é protodiastólico, aspirativo e decrescente, mais audível no foco aórtico acessório (3º espaço intercostal esquerdo) e que aumenta com o paciente sentado e inclinado para frente.

A letra D está incorreta. Incorreta a alternativa D (cabe recurso): a irradiação do sopro da insuficiência mitral pode acontecer de duas formas principais. Nas insuficiências mitrais com acometimento do folheto anterior, a irradiação é para a região axilar, que será mais bem auscultada com o paciente em decúbito lateral esquerdo. Denominamos esse fenômeno de “circular de Miguel Couto”. Já, nos casos de acometimento do folheto posterior, a irradiação é direcionada à base do coração.

A letra E está incorreta. Incorreta a alternativa E: também chamado de esforço isométrico, a manobra de handgrip acontece quando o paciente aperta alguma coisa com a mão ou a fecha com força. Essa manobra aumenta a resistência vascular periférica (pós-carga), reduzindo a ejeção de sangue através da valva aórtica e pela via de saída do ventrículo esquerdo. Com isso, tende a aumentar o sopro da insuficiência aórtica, da comunicação interventricular (CIV) e da insuficiência mitral.

Questão | | 2024 | 4000212290

Um adolescente de 14 anos foi admitido ao hospital, com queixas de edema generalizado e cefaleia há uma semana. Ele referia um episódio de impetigo cerca de um mês atrás, que foi tratado com cefalexina. A admissão, a PA era 200 x 140 mmHg. Qual dos achados laboratoriais abaixo seria mais provavelmente encontrado neste caso?

- A)** Proteinúria de 10 g/24 horas
- B)** C3 normal
- C)** Cilindros céreos na sedimentoscopia urinária
- D)** Hemácias dismórficas na urina
- E)** Títulos elevados de antiestreptolisina O

Solução

Gabarito: D) Hemácias dismórficas na urina

O enunciado nos traz um adolescente que apresenta um quadro de edema e hipertensão semanas após uma infecção bacteriana de pele (impetigo).

Atenção, estrategista! Sempre que encontrar esse quadro clínico, você tem que pensar na glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE)!

A GNPE é a principal causa de síndrome nefrítica na infância e ocorre devido a uma resposta imune a cepas denominadas nefritogênicas de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, com deposição de imunocomplexos no glomérulo e indução de inflamação local, sendo classicamente descrita como uma complicação não supurativa da infecção estreptocócica.

O diagnóstico é confirmado pela presença de síndrome nefrítica associada a dois componentes: história de faringoamigdalite ou infecção de pele entre 1 e 4 semanas antes do quadro; alterações laboratoriais como consumo da fração C3 do complemento (principal) e positividade de anticorpos contra estreptococos, como a anti-estreptolisina O (ASO) e Anti-DNAse B.

Tem bom prognóstico, sendo o tratamento de suporte com diuréticos de alça e restrição hídrica o manejo preconizado.

Vamos às alternativas:

A letra A está incorreta. Incorreta. Pode haver proteinúria na GNPE, mas ela é characteristicamente subnefrótica, isto é, menor que 3,5g/dia.

A letra B está incorreta. Incorreta. Por haver ativação da via alternativa, a GNPE cursa characteristicamente com **consumo da fração C3** do complemento.

A letra C está incorreta. Incorreta. Os cilindros típicos da GNPE são os **hemáticos**, importantes na caracterização da etiologia glomerular da hematúria.

A letra D está correta. Correta. O dismorfismo eritrocitário, assim como os cilindros hemáticos, determinam que a hematúria tem origem no glomérulo, alteração esperada para a condição em questão.

A letra E está incorreta. Incorreta. A antiestreptolisina O é um anticorpo contra antígeno estreptocócico que pode sim estar elevada na GNPE, mas, characteristicamente, **após faringoamigdalites** e não quadros de impetigo.

Questão | | 2024 | 4000212291

Uma paciente de 65 anos, sabidamente portadora de esteatose hepática há muitos anos, mas sempre com enzimas hepáticas e elastografia dentro da normalidade, procurou o médico com queixas de desconforto abdominal. Usava metformina para tratamento de Diabetes e reposição hormonal para tratamento de síndrome climatérica. USG mostrou uma lesão nodular em lobo direito do fígado, e a tomografia contrastada relatou uma lesão de 7,2 cm de diâmetro no lobo direito, com realce na fase arterial e clareamento na fase portal com formação de pseudocápsula. Não havia esplenomegalia nem sinais de hipertensão portal. Sabendo que o valor da alfafetoproteína era 28 ng/ml (VN até 8,0 ng/ml), assinale a alternativa CORRETA com relação ao diagnóstico da lesão.

- A)** Trata-se de carcinoma hepatocelular, pois apresenta níveis elevados de alfa fetoproteína.
- B)** É necessário realizar biópsia percutânea da lesão para elucidação diagnóstica.
- C)** Provavelmente se trata de adenoma hepático, pois a paciente faz uso de estrógenos.
- D)** Os achados de imagem associados aos níveis de alfa fetoproteína permitem definir o diagnóstico de carcinoma hepatocelular.
- E)** O diagnóstico mais provável é de hiperplasia nodular focal, o que não exige acompanhamento evolutivo.

Solução

Gabarito: B) É necessário realizar biópsia percutânea da lesão para elucidação diagnóstica.

Gabarito: B

Questão difícil!

Pessoal, a dica para acertar essa questão é a seguinte: estamos diante de um paciente com esteatose hepática, mas sem sinais de hepatopatia crônica na elastografia ou enzimas hepáticas. Além disso, a lesão hepática apresenta características típicas para o carcinoma hepatocelular:

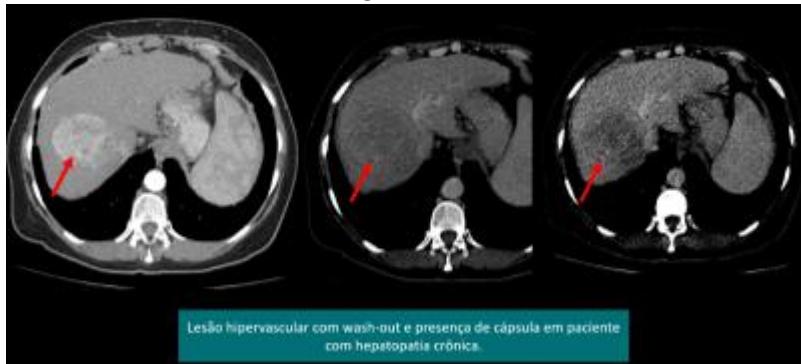
- Hipervasculares na fase arterial
- Lavagem rápida pelo meio de contraste (washout)
- Presença de pseudocápsula

Essas são as indicações habituais para biópsia na suspeita de carcinoma hepatocelular:

- O paciente não apresenta alto risco de CHC. Esse é o caso do nosso paciente, uma vez que ele apresenta esteatose hepática sem sinais de cirrose hepática ou hepatite por vírus B.
- O paciente tem cirrose cardíaca, fibrose hepática congênita ou cirrose devido a um distúrbio vascular (por exemplo, síndrome de Budd-Chiari, telangiectasia hereditária).

- O paciente apresenta antígeno de câncer (CA) 19-9 elevado ou antígeno carcinoembrionário com suspeita de colangiocarcinoma intra-hepático (CCA) ou HCC-CCA misto. (Consulte "Manifestações clínicas e diagnóstico de colangiocarcinoma", seção 'Marcadores tumorais' .)
- A confirmação de doença metastática pode alterar o manejo.
- A classificação histológica ou caracterização molecular do tumor é desejada.

Esse é o padrão de imagem típico do CHC:



Paciente com cirrose hepática de etiologia não vascular ou hepatite B e lesão com características definitivas para carcinoma hepatocelular usualmente não necessitam de biópsia.

Portanto, vamos avaliar as alternativas:

A letra A está incorreta. Alternativa incorreta. Não podemos afirmar um diagnóstico definitivo de carcinoma hepatocelular na imagem, pois o paciente não apresenta sinais de hepatopatia crônica ou hepatite viral por vírus B. Além disso, os níveis de AFP que usualmente estão associados a um diagnóstico de CHC sem a necessidade de biópsia é maior que 400 ng/mL.

A letra B está correta. Alternativa correta. Lesão sugestiva de CHC em um paciente sem sinais de hepatopatia crônica ou hepatite por vírus B usualmente é indicação de biópsia percutânea.

A letra C está incorreta. Alternativa incorreta. O adenoma hepático é uma lesão camaleão na imagem, mas usualmente apresenta componente de gordura intralesional e é mais comum em mulheres jovens.

A letra D está incorreta. Alternativa incorreta. Não podemos afirmar um diagnóstico definitivo de carcinoma hepatocelular na imagem, pois o paciente não apresenta sinais de hepatopatia crônica ou hepatite viral por vírus B. Além disso, os níveis de AFP que usualmente estão associados a um diagnóstico de CHC sem a necessidade de biópsia é maior que 400 ng/mL.

A letra E está incorreta. Alternativa incorreta. O padrão de imagem da HNF é o de nódulo com hiperrealce na fase arterial associado a presença de cicatriz central. A presença de

lavagem rápida pelo meio de contraste ou pseudo-cápsula não é uma característica habitual.

Questão | | 2024 | 4000212292

Uma paciente de 35 anos realizou tomografia de coluna para investigação de dor lombar importante, iniciada há 15 dias, com o achado de fratura vertebral. Densitometria revelou osteoporose. Qual dos exames abaixo NAO deveria fazer parte da investigação inicial deste caso?

- A) PTH**
- B) Eletroforese de proteínas**
- C) Cortisol urinário**
- D) ANtI transglutaminase IgA**
- E) Biópsia óssea**

Solução

Gabarito: E) Biópsia óssea