

Mentoria de Estudos

Pós- Edital
REVALIDA INEP
2023.1

Mentoria
Estratégia MED



Meta 4

Sumário da Meta Regular

Tarefa Regulares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Pediatria	Febre Reumática	Teoria + Exercícios
Tarefa 2	Medicina Preventiva	Processo Saúde-Doença	Teoria + Exercícios
Tarefa 3	Cirurgia	Cirurgia Pediátrica	Teoria + Exercícios
Tarefa 4	Ginecologia	Vulvovaginites	Teoria + Exercícios
Tarefa 5	Obstetrícia	Hemorragia Pós-Parto e Infecção Puerperal	Teoria + Exercícios
Tarefa 6	Infectologia	Parasitoses	Teoria + Exercícios
Tarefa 7	Pediatria	Aleitamento Materno	Teoria + Exercícios
Tarefa 8	Medicina Preventiva	Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação em Saúde SUS Parte 2 - Princípios e Diretrizes do SUS Processo Saúde-Doença	Revisão
Tarefa 9	Cirurgia	Cirurgia Vascular	Teoria + Exercícios
Tarefa 10	Ginecologia	Amenorreia Planejamento Familiar Vulvovaginites	Revisão
Tarefa 11	Obstetrícia	Assistência ao Parto Partograma e Distocia Hemorragia Pós-Parto e Infecção Puerperal	Revisão
Tarefa 12	Infectologia	Pneumonias Bacterianas	Teoria + Exercícios
Tarefa 13	Endocrinologia	Diabetes Mellitus - Diagnóstico, Classificação Diabetes Mellitus Tipo 2 Diabetes Mellitus - Insulinoterapia	Revisão
Tarefa 14	Gastroenterologia	Doença Péptica e Dispepsia Funcional Pancreatites Distúrbios Disabsortivos e Síndrome do Intestino Irritável	Revisão
Tarefa 15	Cirurgia	Queimaduras e Trauma Elétrico	Teoria + Exercícios
Tarefa 16	Psiquiatria	Psiquiatria Infantil	Teoria + Exercícios
Tarefa 17	Cardiologia	Doença Aterosclerótica Coronariana	Teoria + Exercícios

Tarefa 18	Neurologia	Traumatismo Cranioencefálico	Teoria + Exercícios
Tarefa 19	Pneumologia	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Teoria + Exercícios
Tarefa 20	Hepatologia	Outras Hepatopatias	Teoria + Exercícios
Tarefa 21	Reumatologia	Artropatias Inflamatórias	Teoria + Exercícios

Tarefas Complementares

Tarefas Complementares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Gastroenterologia	Neoplasias de Esôfago, Estômago e Pâncreas	Exercícios
Tarefa 2	Endocrinologia	Tireotoxicose	Exercícios
Tarefa 3	Infectologia	Influenza	Exercícios

Tarefa 1 (Simplificada)

Disciplina: Pediatria

Assunto: Febre Reumática

Incidência: 4,49% das questões de Medicina Pediatria (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Pediatria**, a **mais cobrada nas provas do INEP**. Vamos estudar agora o assunto Febre Reumática, o mais importante dentro de Reumatologia Pediátrica e cobrado em todas as edições do Revalida INEP até 2016. O assunto não foi cobrado nas edições mais recentes, mas precisamos estudá-lo para ficarmos preparados para a prova, caso a banca volte a cobrá-lo.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio** e **disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica** e **prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Febre Reumática (Pediatria).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d80c391b-935f-499c-88e2-d3dd6b4c37f8>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.** Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Pediatria:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/pediatria-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Definição; 2.0 Fisiopatologia; 3.0 Quadros clínicos; 4.0 Evidência de infecção estreptocócica; 5.0 Diagnóstico; 6.0 Diagnóstico diferencial; 7.0 Tratamento

Dicas da Tarefa:

Revalidando, a última vez que esse tópico caiu na prova do INEP foi na edição de 2016. Desde então, o assunto não apareceu mais. Contudo, vale a pena ler o resumo abaixo e memorizar os principais tópicos.

- ❖ Febre Reumática (FR): **causa importante de cardiopatia adquirida em idade jovem.** Consiste numa sequela não supurativa de uma infecção estreptocócica de orofaringe que afeta indivíduos geneticamente predispostos. Ocorre após algumas semanas da infecção e é mais comum entre 5 e 15 anos de vida.
 - Atente: O **tratamento adequado e precoce das amigdalites** (até o nono dia) apresenta efeito positivo na prevenção da doença reumática em crianças. A medicação utilizada como primeira escolha é a **penicilina benzatina em dose única**, contudo a penicilina v oral pode substituir a benzatina sem efeitos deletérios ao paciente.
- ❖ **Quadro Clínico – Critérios de Jones revisados em 2015 (MEMORIZE!)**
(INEP 2015 e 2011)

Critério Maiores de Jones:



Artrite: monoartrite, poliartrite ou poliartralgia.

Cardite: clínica ou subclínica.

Coreia de Sydenham.

Eritema marginado.

Nódulos subcutâneos.

Critérios Menores de Jones:

Monoartralgia.

Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

VHS $\geq 30\text{mm}$ na 1ª hora e/ou PCR $\geq 3\text{mg/dL}$.

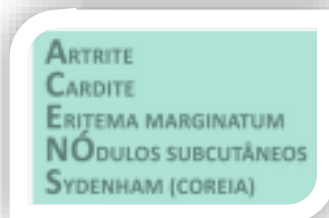
Intervalo PR prolongado para a idade (a menos que a cardite seja um critério maior).

❖ Diagnóstico: **2 critérios maiores ou 1 critério maior e dois menores, associados à evidência de infecção estreptocócica.**

Atenção: existem duas situações que levam ao diagnóstico de FR sem preencher os critérios definidos acima:

- ✓ **Coreia como única manifestação:** devido ao fato de ser uma manifestação que pode ocorrer tardiamente à faringoamigdalite.
- ✓ Cardite indolente como única manifestação após infecção estreptocócica recente.

Revalidando, segue abaixo um **mnemônico** para ajudar a decorar os critérios maiores da FR:





❖ Características da **Cardite da Febre Reumática: (INEP 2013 e 2012)**

- Cardite é o **segundo sintoma mais comum** da FR, sendo o evento mais temido, pois determina todo o prognóstico a longo prazo;
- É considerada uma pancardite, pois pode acometer qualquer camada do coração;
- Na FR aguda, a principal manifestação cardíaca será a valvulite, sendo a **válvula mitral a mais acometida** e em segundo lugar a válvula aórtica. **(DECORE)**
- Atenção: Toda criança com diagnóstico de febre reumática deve ser submetida a um **ecocardiograma** para avaliar a presença e gravidade de comprometimento cardíaco.
- Tratamento principal: **Suporte!** Se paciente evoluir para a **forma severa** (insuficiência cardíaca com regurgitação mitral grave e/ou bloqueio atrioventricular), alguns autores recomendam o uso de **corticosteroides** (prednisona 1 a 2 mg/kg/ dia, com dose máxima de 80 mg). Nesse caso, o uso de anti-inflamatório não hormonal deve ser descontinuado.

❖ Características da **Artrite da Febre Reumática:**

- É o critério mais encontrado, ocorrendo em 50% a 75% dos casos;
- Caracteriza-se por acometer grandes articulações, ter caráter migratório, ser limitante e apresentar **boa resposta ao uso de antiinflamatórios não hormonais**.
- Atenção: Pela revisão dos critérios de Jones, realizada em 2015, em nosso meio passam a valer como critério maior a monoartrite, poliartrite ou poliartralgia.

❖ **Profilaxia Secundária** – Revalidando, é fundamental que você memorize a tabela de tempo de profilaxia e as doses de penicilina: **(INEP 2016 e 2012)**

- Droga de escolha: **penicilina benzatina IM a cada vinte e um dias**.
Dose: crianças < 20Kg: 600.000 UI; crianças > 20Kg: 1.200.000UI.
- 2ª opção (se paciente alérgico): sulfadiazina
- O mais importante é **determinar o tempo certo de duração da profilaxia**, que depende: da presença e gravidade da cardite, idade do paciente e tempo em relação ao último surto.

Características do paciente			Duração da profilaxia (o que for mais longo)	
Cardite?	Lesão residual?	Troca valvar?	Duração após FRA	Idade máxima
Não	Não	Não	5 anos	21 anos
Sim(leve)	Não	Não	10 anos	25 anos
Sim (moderada a grave)	Sim	Não	10 anos	40 anos
Sim	Sim	Sim	Por toda a vida	

Tarefa 1 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d80c391b-935f-499c-88e2-d3dd6b4c37f8>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 2 (Simplificada)

Disciplina: Medicina Preventiva

Assunto: Processo Saúde-Doença

Incidência: 5,85% das questões de Medicina Preventiva (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Medicina Preventiva**, a **terceira mais cobrada nas provas do INEP**. Além disso, o tema aqui estudado é o **sexto mais cobrado** dentro dessa disciplina.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Processo Saúde-Doença (Medicina Preventiva).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, faça os exercícios do link abaixo para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/67c918cb-1cab-429e-90f6-3c2dba2e8bc5>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.** Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Medicina Preventiva:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/medicina-preventiva-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Conceitos gerais de saúde; 2.0 Modelos explicativos históricos do processo saúde-doença; 3.0 Determinação social em saúde (DSS); 4.0 Anexo I

Dicas da Tarefa:

Revalidando, aqui nessa tarefa, basicamente você precisa memorizar os “Níveis de prevenção em saúde propostos por Leavell e Clark”.

❖ **Determinação Social em Saúde (DSS): (INEP 2021)**

- Modelo explicativo de processo saúde-doença mais aceito atualmente;
- Baseado em uma avaliação complexa entre a realidade do contexto do indivíduo ou população (totalidade social) e o processo saúde-doença;
- Os **determinantes sociais da saúde são os principais fatores relacionados à redução das doenças**;
- As intervenções sobre os determinantes sociais são classificadas em três níveis:
 - Nível distal: foco em políticas sociais
 - Nível intermediário: foco em condições de vida e trabalho
 - Nível proximal: foco nos hábitos, escolhas pessoais e rede de relações

❖ **Modelo Processual:**

- Baseado no modelo de História Natural da Doença, proposto por Leavell e Clark;
- Os estímulos do meio ambiente desencadeiam uma resposta do corpo, que terá como desenlace a cura ou o defeito ou a invalidez ou a morte;
- História natural da doença:

A) Período pré-patogênico: Abrange três grupos de fatores determinantes, conhecidos como triade ecológica: AGENTE/MEIO/HOSPEDEIRO

B) Período patogênico:

- Fase de “**patogênese precoce**” (pré-clínica): indivíduo já tem a doença, mas não apresenta quadro clínico que possibilite alguma suspeita diagnóstica.
- Fase de “**doença precoce discernível**”: estado patológico inicial em um indivíduo que já apresenta sinais e/ou sintomas perceptíveis à observação comum.
- Fase de “**doença avançada**”: etapa em que a doença já progrediu, não estando mais na fase dos sintomas iniciais.
- Fase de “**desfecho**”: recuperação; invalidez; estado crônico ou morte.

❖ Sobre os **níveis de prevenção em saúde propostos por Leavell e Clark** – Assunto bastante “queridinho” pela banca do Inep! **(INEP 2017, 2016, 2015 e 2011)**.



1. PREVENÇÃO PRIMÁRIA:

- Age no controle das causas e dos fatores de risco da doença, no sentido de interromper os processos patogênicos antes de seu início.
- Pode atuar em dois subníveis: (1) Promoção da saúde e (2) Proteção específica.
 - ✓ **Promoção da saúde:** Ações voltadas para melhoria geral nas condições de vida dos indivíduos e da população. Ex: Alimentação e nutrição; melhoria na habitação; coleta de lixo.
 - ✓ **Proteção específica:** Ações direcionadas para evitar a ocorrência de um agravo ou um grupo específico de agravos. Ex: vacinação; aconselhamento genético; distribuir camisinha.

2. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA:

- Sua finalidade é melhorar o prognóstico do paciente em busca de melhores desfechos para seu agravo.
- Pode atuar em dois subníveis: (1) Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato e (2) Limitação de Incapacidade.

- ✓ **Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato:** Ações que visam detectar e tratar o mais rápido possível os processos patogênicos já instaurados. Inclui ainda diagnosticar os assintomáticos, através de rastreamentos ou *screening*. Exemplos: teste rápido de HIV, rastreamento de câncer de mama, busca ativa de casos de hanseníase.
- ✓ **Limitação de Incapacidade:** Exemplo: tratamento de pacientes com SIDA, no sentido de tentar evitar complicações da doença.

3. PREVENÇÃO TERCIÁRIA:

- Atua reduzindo os impactos das sequelas provocadas pelo agravo no cotidiano das pessoas, melhorando a qualidade de vida.
- Exemplos: Reabilitação física (fisioterapia, por exemplo); reabilitação profissional; suporte psicossocial.

4. PREVENÇÃO QUATERNÁRIA:

- Atua evitando ou atenuando o excesso de intervencionismo médico associado a procedimentos desnecessários ou injustificados (exames, medicamentos, cirurgias, etc.)
- Palavras-chave relacionadas a esse tipo de prevenção: latrogenia, sobrediagnóstico, sobrerastreamento, sobretratamento.
- **Alerta:** o conceito de prevenção quaternária está intimamente relacionado com o **princípio da não maleficência**, que significa “acima de tudo, não causar danos”.

5. PREVENÇÃO PRIMORDIAL:

- Objetiva evitar a instalação dos fatores de risco de uma doença, através do desenvolvimento de **políticas e programas de promoção de “determinantes positivos” de saúde**.
- Lembre-se: atua antes da existência dos fatores de risco, diferente da prevenção primária, que atua nos fatores de risco.
- Exemplos: criação de espaços verdes nas cidades, legislação para restrição do fumo em espaços fechados, regulamentação para segurança alimentar, implementação de medidas de higiene em bares e restaurantes.

6. PREVENÇÃO QUINQUENÁRIA:

- Relacionada a medidas que identificam e resolvem situações que podem levar ao *burnout* do médico. Previne o dano no paciente, mas atuando no profissional médico.
- Dica: chance de aparecer em provas futuras, dado o esgotamento físico e mental que ficou bem destacado no contexto da pandemia pelo Covid-19.

Tarefa 2 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/67c918cb-1cab-429e-90f6-3c2dba2e8bc5>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 3 (Simplificada)

Disciplina: Cirurgia

Assunto: Cirurgia Pediátrica

Incidência: 12,57% das questões cobradas em Cirurgia (2011-2021)

Revalidando, **essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia**, trazendo um assunto extremamente importante para a sua prova, cobrado pela banca em todas as edições do Revalida. Mas, não se preocupe, pois teremos tarefa de revisão na próxima meta, para que você consiga fixar ainda mais o conteúdo.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Cirurgia Pediátrica (Pediatria).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, faça os exercícios do link abaixo para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/05e7064f-ff55-475a-b8c1-d26876cf6a75>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.** Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Cirurgia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/cirurgia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Hérnia Diafragmática congênita; 2.0 Atresia do esôfago e fístula traqueoesofágica; 3.0 Obstrução Duodenal; 4.0 Atresias Jejunoileais; 5.0 Malformações da parede abdominal; 6.0 Doença de Hirschprung; 7.0 Má rotação intestinal e vólvulo do intestino médio; 8.0 Malformações anorretais; 9.0 Enterocolite necrosante; 10.0 Estenose hipertrófica de piloro; 11.0 Intussuscepção intestinal; 12.0 Divertículo de Meckel; 13.0 Apendicite aguda; 14.0 Hérnia Inguinal; 15.0 Hidrocele comunicante e cisto de cordão; 16.0 Hérnia umbilical; 17.0 Criptorquidia; 18.0 Escroto agudo; 19.0 Neuroblastoma; 20.0 Nefroblastoma ou Tumor de Wilms.

Dicas da Tarefa:

Principais Afecções Cirúrgicas Abdominais Adquiridas do Lactente:

❖ **Estenose Hipertrófica de Píloro (INEP 2022, 2021 e 2020)**

- Clínica: **vômitos em jato não biliosos**, com início entre 2-8 semanas de vida, gerando uma **alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica**;
- Exame físico: **oliva pilórica** (tumor pilórico em formato de azeitona no epigástrio ou quadrante superior direito) e **ondas de Kussmaul** (peristalse gástrica pode ser observada como uma onda de contrações);
- Diagnóstico: confirmado por meio de **ultrassonografia**;
- Tratamento:
 - 1º passo: correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos (alcalose e hipocalcemia);
 - 2º passo: tratamento cirúrgico → **cirurgia de Fredet-Ramstedt** (piloromiotomia longitudinal).

❖ **Enterocolite Necrosante (Ainda não foi cobrada pela banca do Inep! Será que esse ano cai?)**

- Afeta **recém-nascidos prematuros de muito baixo peso** (< 1.500 g) durante a **primeira ou segunda semana de vida** (emergência gastrointestinal adquirida mais comum do período neonatal);
- Clínica: sintomas se iniciam nos primeiros dias de vida do RN prematuro, após início da alimentação → Distensão abdominal, intolerância à alimentação, sangue macroscopicamente visível ou oculto nas fezes, irritabilidade, instabilidade térmica (hipotermia ou febre) e episódios de apneia ou bradicardia. Conforme o quadro progride, evolui com sepse sistêmica.
- Diagnóstico: **pneumatose intestinal** é a **característica radiológica patognomônica**.
- Tratamento: **inicialmente clínico!**
 - Interromper a alimentação enteral;
 - Descompressão gástrica com sonda orogástrica;
 - Ressuscitação hidroeletrólítica;
 - Transfusão de sangue e plaquetas (conforme necessidade);
 - Administração de antibióticos de amplo espectro.**Atenção:** indicação absoluta para tratamento cirúrgico → perfuração intestinal, revelada pela presença de pneumoperitônio à radiografia de abdome.

❖ **Intussuscepção intestinal (INEP 2013 e 2011)**

- Acomete **lactentes entre 04 e 12 meses**, saudáveis, sendo geralmente idiopática;
- Clínica: dor abdominal em cólica aguda, intermitente, acompanhada de palidez cutânea, sudorese e contração dos membros inferiores + eliminação anal de muco com sangue (**fezes com aspecto de "geleia de morango"**);
- Exame físico: **massa alongada**, tubuliforme, no **quadrante superior direito** ou epigástrio; toque retal constatando presença de sangue nas fezes; distensão abdominal também pode fazer parte do quadro;
- Diagnóstico: **ultrassonografia abdominal é o exame de escolha** → **"sinal do alvo"** (camadas concêntricas de ecogenicidades diferentes, em visão transversal) ou do **"pseudo-rim"** (quando a invaginação é vista longitudinalmente);
- Tratamento: **redução hidrostática por enema**, utilizando-se contraste ou ar. Se paciente apresentar peritonite ou instabilidade hemodinâmica, está indicada a laparotomia exploradora.

Malformações congênitas cirúrgicas:

❖ **Doença de Hirschsprung ou aganglionose intestinal congênita (INEP 2022)**

- Fisiopatologia: alteração da inervação intestinal parassimpática, ocorrendo na maioria das vezes ao nível do retossigmoide → o intestino anormal torna-se um segmento distal contraído, enquanto o

intestino normal é a porção proximal dilatada.

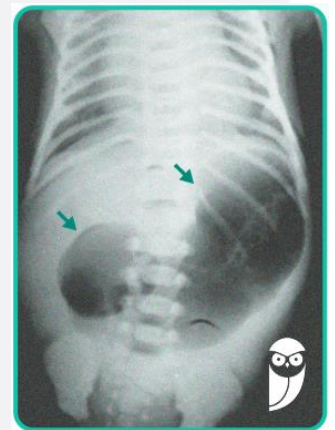
- Quadro clínico:
 - **Atraso na eliminação do mecônio** nas primeiras 48h de vida;
 - Ao **toque retal**, a **ampola pode estar vazia** e pode ocorrer **eliminação explosiva de fezes**;
 - Se não tratada, evolui com constipação intestinal crônica, distensão abdominal, desnutrição, além de déficit de crescimento e desenvolvimento.
- Diagnóstico: frequentemente inicia-se com radiografia simples do abdome, seguido do **enema contrastado**, no qual a identificação de uma zona de transição (mudança de calibre do reto aganglionar para o reto saudável) é um dos achados diagnósticos. A **biópsia retal é o exame padrão-ouro** para o diagnóstico.
- Tratamento: cirúrgico → ressecção do segmento aganglionar e reconstrução do trânsito intestinal.

❖ **Atresia do esôfago** (*ainda não foi cobrada pela banca do INEP*)

- O tipo mais comum é a atresia com fístula traqueoesofágica distal, em que o esôfago proximal termina em fundo cego;
- Quadro clínico: predominantemente respiratório → **tosse, taquipneia, cianose e/ou apneia**. Em casos de atresia sem fístula, predomina a **sialorreia**.
- Diagnóstico:
 - **Polidrâmnio materno**;
 - **Parada na progressão da sonda nasogástrica em 8 a 12 cm da narina do RN (ATENÇÃO!)**
 - **RX tórax ou abdome**: gás no trato gastrointestinal abaixo do diafragma, confirmando a fístula traqueoesofágica associada. A ausência de gás fala a favor de atresia de esôfago isolada.
- Tratamento: Cirurgia eletiva (não é uma urgência) → toracotomia posterior, identificação da fístula e sua ligadura e secção e anastomose primária esôfago-esofagiana término-terminal.

❖ **Obstrução duodenal congênita** (*ainda não foi cobrada pela banca do INEP*)

- Pode ser **intrínseca** (atresia ou estenose duodenal) ou **extrínseca** (pâncreas anular; bridas de Ladd; a duplicação duodenal);
- Clínica: **vômitos biliosos, algumas horas após o nascimento**, são o mais precoce e mais comum sinal de obstrução duodenal;
- Diagnóstico:
 - **Polidrâmnio materno**;
 - Radiografia abdominal simples: típico “**sinal da dupla bolha**”, formada pelo estômago dilatado e a primeira porção do duodeno distendida, com níveis hidroaéreos na posição supina.
- Tratamento: correção cirúrgica do duodeno, realizada após estabilização clínica do RN → anastomose duodenal término-terminal ou bypass da obstrução duodenal (anastomose em forma de diamante – *diamond-shaped*).



Afecções cirúrgicas abdominais na infância:

❖ **Intussuscepção intestinal** (*INEP 2013 e 2011*)

- Acomete lactentes entre 04 e 12 meses, saudáveis, sendo geralmente idiopática;
- Clínica: dor abdominal em cólica aguda, intermitente, acompanhada de palidez cutânea, sudorese e contração dos membros inferiores + eliminação anal de muco com sangue (**fezes com aspecto de "geleia de morango"**);
- Exame físico: **massa alongada**, tubuliforme, no **quadrante superior direito** ou epigástrio; toque retal constatando presença de sangue nas fezes; distensão abdominal também pode fazer parte do quadro;
- Diagnóstico: **ultrassonografia abdominal é o exame de escolha** → “**sinal do alvo**” (camadas concêntricas de ecogenicidades diferentes, em visão transversal) ou do “**pseudo-rim**” (quando a

invaginação é vista longitudinalmente);

- Tratamento: **redução hidrostatica por enema**, utilizando-se contraste ou ar. Se paciente apresentar peritonite ou instabilidade hemodinâmica, está indicada a laparotomia exploradora.

❖ **Divertículo de Meckel (INEP 2015)**

- Anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, sendo um remanescente do conduto onfalomesentérico embrionário);
- Clínica: relacionada com complicações do divertículo: hemorragia, obstrução, inflamação ou perfuração. O **sintoma mais comum é o sangramento gastrointestinal inferior maciço e indolor em crianças < 5 anos**. Atenção: a inflamação do divertículo **pode simular um quadro de apendicite aguda**;
- Diagnóstico: **ultrassonografia e/ou radiografia contrastada lateral**. Nos casos em que há sangramento, a confirmação pode ser feita por um teste com isótopo radioativo (99mTC-pertecnato), que detecta a presença de mucosa gástrica ectópica;
- Tratamento: **cirúrgico** → diverticulotomia em forma de “V”, com fechamento transversal do íleo.

❖ **Apendicite Aguda (INEP 2011 – discursiva)**

- Causa mais frequente de abdome agudo na infância e principal afecção cirúrgica da criança;
- Clínica: **dor abdominal incomparável**, inicialmente **periumbilical ou difusa**, que, após algum tempo, **localiza-se na fossa ilíaca direita**. À palpação abdominal, há **dor à descompressão brusca de fossa ilíaca direita**, no ponto de McBurney (**Sinal de Blumberg**). Crise de vômito e diarreia também podem estar presentes.
- Diagnóstico: essencialmente clínico (anamnese + exame físico);
 - Exame de imagem de escolha: **ultrassonografia do abdome**, cujos achados incluem:
 - Apêndice com diâmetro ≥ 07 mm;
 - Estrutura luminal não compressível, vista longitudinalmente;
 - Paredes espessadas (“aspecto em alvo”);
 - Fluxo sanguíneo é aumentado ao doppler, levando ao chamado “anel de aparência de fogo”;
 - Líquido periapendicular, abscesso ou aparência de massa (estágios mais avançados).
- Tratamento: cirúrgico, através de **apendicectomia** (via convencional ou laparoscópica). **Antibióticos com cobertura para aeróbios e anaeróbios** da flora colônica devem ser introduzidas no pré-operatório e podem ser suspensas após a cirurgia (se apendicite não complicada).

Persistência do conduto peritônio-vaginal patente:

❖ **Hérnia inguinal: (INEP 2022)**

- A reabsorção incompleta do processo vaginal resulta em um espectro de apresentações clínicas, dentre elas, a hérnia inguinal indireta, que consiste na passagem de estruturas intra-abdominais (alças intestinais, omento, entre outras) para a região inguinal.
- Incidência em meninos é 3-4x maior do que em meninas, sendo o lado direito (60%) mais acometido em ambos os grupos.
- Quadro clínico:
 - Ausência de dor;
 - Abaulamento inguinal intermitente ou aumento do volume da bolsa escrotal, geralmente provocado por choro, defecação e ortostase.
 - “Sinal da luva de seda” ou “Sinal do fio”.
- Principal complicação: encarceramento → saída do conteúdo abdominal (**alça intestinal, ovário, epíplon**), que não volta espontaneamente para a cavidade abdominal. Clínica: irritação, choro, palidez e dificuldade em aceitar alimentação. Se ocorrer obstrução intestinal secundária ao

encarceramento, a criança pode apresentar vômitos, distensão abdominal e parada da eliminação de gases e fezes. O tratamento inicial consiste na tentativa de redução manual, que é bem-sucedida em 70% dos casos. Uma vez reduzida, o reparo da hérnia deve ser realizado em 24-48 horas

- Tratamento da hérnia inguinal não encarcerada: **cirúrgico eletivo** (assim que as condições clínicas da criança permitirem e independentemente do seu peso).

Principais afecções do trato gênito-urinário:

❖ **Criptorquidia – (INEP 2014 e 2012)**

- Definição: ausência de um ou ambos os testículos no escroto, como consequência da falha da migração normal a partir de sua posição intra-abdominal;
- Quando o pediatra não identifica um ou ambos os testículos na bolsa escrotal, quais as possibilidades?
 - Testículo Palpável: retrátil, ectópico ou retido no canal inguinal ou extracanalicular;
 - Testículo não palpável: se encontra intra-abdominal, é atrófico ou ausente;
- Conduta: **(Importante)**
 - Crianças com testículos palpáveis intra ou extracanalicular: **conduta inicial deve ser expectante → 70% dos testículos crípticos completam a descida espontânea ao escroto até o 3º mês de vida.** Se a descida espontânea não ocorrer entre 6 meses e 1 ano de idade, tratamento cirúrgico deve ser indicado → cirurgia para testículos crípticos palpáveis é a orquidopexia aberta.
 - Crianças com testículos não palpáveis: **após o período inicial de espera** para a descida espontânea, devem ser submetidas à **exploração laparoscópica**, que permite o diagnóstico da condição exata, bem como o tratamento simultâneo.
 - ✓ Se testículo identificado e a uma distância de até 2 cm do anel inguinal interno: orquidopexia no mesmo tempo cirúrgico.
 - ✓ Se testículos localizados a mais de 2 cm do anel inguinal interno: técnica de Fowler-Stephens (ou orquidopexia em dois tempos).
 - ✓

❖ **Escroto Agudo**

- Síndrome clínica identificada por dor escrotal súbita associada ao aumento do volume da bolsa escrotal.
- Principais causas: **torção testicular** e **orquiepididimite**.
- **Torção testicular: (INEP 2014)**
 - Emergência cirúrgica geniturinária mais comum da infância;
 - Clínica: dor testicular súbita, unilateral, que geralmente ocorre de forma espontânea, frequentemente durante o sono;
 - Exame físico:
 - ✓ Edema escrotal e dor local;
 - ✓ Reflexo cremastérico diminuído ou abolido;
 - ✓ Testículo em posição alta na bolsa escrotal (sinal de Brunzel);
 - ✓ Horizontalização da gônada (sinal de Angell);
 - ✓ **Dor que não melhora ou se agrava quando o examinador eleva o testículo manualmente** (sinal de Prehn negativo);
- Diagnóstico: anamnese + exame físico. Se o diagnóstico não é claro, **ultrassonografia com Doppler da bolsa escrotal** confirma o diagnóstico.
- Tratamento: **cirúrgico!** O testículo afetado é distorcido e sua viabilidade avaliada. Testículos viáveis são fixados ao escroto (orquidopexia). Se testículo não é viável, procede-se à orquiectomia.

Atenção: Em todos os casos, o testículo contralateral também deve ser submetido à orquidopexia no mesmo ato cirúrgico!

➤ **Orquiepididimite:**

- Condição inflamatória do epidídimo, de etiologia infecciosa, em que pode haver envolvimento do testículo;
- Clínica: dor testicular insidiosa, disúria, estrangúria, urgência miccional e febre;
- Exame físico: **Sinal de Prehn positivo** (melhora dos sintomas álgicos com a elevação do testículo acometido).
- Tratamento: suspensão escrotal, analgésicos, anti-inflamatórios e antibioticoterapia.

Neoplasias abdominais na infância:

❖ **Nefroblastoma ou Tumor de Wilms – (INEP 2022 e 2014)**

- A maioria dos casos é esporádica, mas em 10% dos casos pode estar associado com outras anomalias congênitas, conhecidas coletivamente como **síndrome de WAGR** (**W**ilms, **A**niridia, **M**alformações Geniturinárias e **R**etardo mental);
- Clínica: descoberto por acaso, durante exame físico de rotina pelo pediatra, ou porque os pais palparam **massa abdominal** (superfície lisa e regular, ocupando a loja renal). Sintomas como **hematúria** e **hipertensão arterial** podem estar presentes. Sintomas constitucionais geralmente não fazem parte do quadro;
- Diagnóstico: **ultrassonografia** é inicialmente realizada para determinar se o tumor é realmente de origem renal;
- Tratamento: **cirurgia (nefrectomia radical) e quimioterapia**.

Tarefa 3 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/05e7064f-ff55-475a-b8c1-d26876cf6a75>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 4 (Simplificada)

Disciplina: Ginecologia

Assunto: Vulvovaginites

Incidência: 7,75% das questões de Ginecologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Ginecologia**, a sexta **mais cobrada nas provas do INEP**. Vamos estudar agora o tema Vulvovaginites, o **terceiro mais importante** dentro dessa disciplina.

➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.

- ➔ **Grife o material ou produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Vulvovaginites (Ginecologia).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/508e8ac6-34a2-4734-a327-c36e21660a5f>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões**. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Ginecologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/ginecologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução; 2.0 Flora vaginal normal e corrimento fisiológico; 3.0 Vaginose bacteriana; 4.0 Candidíase; 5.0 Tricomoníase

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse tema caiu em praticamente todas as edições do Revalida. Utilize as dicas para memorizar os pontos mais importantes para a prova!

❖ Revalidando, **memorize** as características do corrimento vaginal fisiológico:

- Homogêneo, fluido ou eventualmente esbranquiçado
- pH entre 4,0 - 4,5
- Ausência de odor ou prurido
- Ausência de sinais inflamatórios

❖ **Guarde esse conceito:** A flora vaginal normal é constituída, principalmente, por diferentes espécies de lactobacilos (*L. acidophilus* ou bacilos de Doderlein), bactérias aeróbias Gram-positivas. Quando temos ruptura do ecossistema normal, seja por redução de lactobacilos, seja por aumento de micro-organismos patogênicos, temos a **disbiose vaginal**, que pode acarretar vulvovaginites.

❖ **Vaginite Atrófica (INEP 2021)**

- Faz parte da síndrome geniturinária da menopausa;
- Quadro clínico: **dispareunia, disúria e redução da lubrificação vaginal**; o **corrimento vaginal é escasso**;
- Diagnóstico: pH vaginal alcalino, redução da população lactobacilar e aumento de células parabasais na microscopia;
- Tratamento: **estrogenioterapia tópica**.

❖ **Vaginose bacteriana (INEP 2017, 2016, 2012 e 2011)**

Atenção, Revalidando: Dentro de Vulvovaginites, Vaginose Bacteriana foi o assunto mais cobrado pela banca do Inep! Vá para a prova sabendo tudo sobre esse tópico!



- Principal causa de corrimento vaginal de origem infecciosa no menacme. É uma síndrome polimicrobiana caracterizada pelo desbalanço da flora vaginal, com aumento maciço de anaeróbios, particularmente **Gardnerella vaginalis** e espécies de Mobiluncus e Bacterioides, e **diminuição dos lactobacilos**.
- Principais fatores de risco: atividade sexual desprotegida; duchas vaginais; tabagismo; infecções sexualmente transmissíveis; raça negra e obesidade.
- Quadro clínico: **corrimento branco ou branco-acinzentado**, homogêneo, com **odor fétido**, pH vaginal alcalino, sem sinais inflamatórios. O corrimento piora após o coito e no período menstrual;
- Diagnóstico é baseado nos **critérios de Amsel (DECORE)**:
 - **Corrimento vaginal branco ou brancoacinzentado, homogêneo**
 - **pH > 4,5**
 - **Teste das aminas positivo**: adição de solução de KOH 10% na secreção vaginal. O resultado é positivo caso haja liberação de odor de “peixe podre”;
 - Observação das **clue cells** ao exame bacterioscópico
- Tratamento:
 - Primeira opção: **Metronidazol 250 mg, 2 cp, VO, de 12/12h por 7 dias**;
 - Segunda opção: Clindamicina 300mg 1cp VO 12/12h por 7 dias.

❖ **Candidíase vulvovaginal (INEP 2014)**

- Causada, na maioria dos casos, pela candida albicans;
- Principais fatores de risco: Imunossupressão; gravidez; diabetes; uso de antibióticos e corticoides; estresse; uso de contraceptivos hormonais; DIU e diafragma.
- Quadro clínico: **prurido + corrimento esbranquiçado com aspecto de “leite coalhado” ou “queijo cottage”**, sem odor associado. Se houver muita inflamação, pode haver queixa de dispareunia, de queimação e de disúria;
- Candidíase recorrente: 4 ou mais episódios de candidíase em 12 meses;
- Diagnóstico:
 - pH vaginal < 4,5;

- **Teste das aminas** negativo;
- **Microscopia:** é possível visualizar o fungo (leveduras, hifas e pseudohifas). A secreção vaginal deve ser colocada em, no mínimo, duas lâminas, sendo uma com solução salina e outra com KOH 10%. A preparação com KOH destrói os elementos celulares e facilita o reconhecimento do fungo.

➤ Tratamento:

- Não há necessidade de tratamento das parcerias sexuais;
- **Primeira opção: Miconazol creme a 2%** ou outros derivados imidazólicos por 7 dias, ou **Nistatina 100.000 UI**, uma aplicação, via vaginal, por 14 dias;
- Segunda opção: Fluconazol 150 mg VO dose única ou Itraconazol 100 mg 2cp VO 2x/dia
- Candidíase recorrente: é necessário tratar o episódio agudo e realizar tratamento de manutenção, em geral, por seis meses - Fluconazol 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses ou miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana.

❖ **Tricomoníase (INEP 2022 e 2015)**

- Agente etiológico: protozoário flagelado anaeróbico *Trichomonas vaginalis*
- Quadro clínico: **corrimento amarelo-esverdeado, fluido, abundante, bolhoso, podendo ter odor desagradável**. Devido à intensa reação inflamatória, ocorre ardor, prurido, dispareunia e disúria.
- Ao exame especular: hemorragias pontuais no colo uterino → **“colo em framboesa/em morango”**
- Diagnóstico:
 - **Microscopia (principal exame):** identifica o protozoário, descrito como **“corpos ovais móveis”**
 - **pH vaginal > 4,5;**
 - **Teste das aminas pode ser positivo**, devido à coinfeção com vaginose bacteriana;
 - PCR: atualmente é o método “padrão-ouro”
- Tratamento:
 - Droga de escolha: **Metronidazol 400 mg, 5 cp, VO, dose única** (dose total: 2 g) ou Metronidazol 250 mg, 2 cp, VO, de 12/12h, por 7 dias.
 - Todas as parcerias sexuais devem ser tratadas.

Revalidando, os assuntos abaixo ainda não foram cobrados pelo Inep, mas vale a pena saber!

❖ **Vaginose citolítica:**

- **Atenção:** quadro clínico semelhante ao da candidíase → corrimento vaginal esbranquiçado com prurido, sensação de queimação, desconforto e dispareunia;
- Diagnóstico:
 - pH vaginal: ácido, menor que 4;
 - Microscopia: evidencia **excesso de lactobacilos com núcleos celulares desnudos;**
 - Cultura para fungos: **negativa;**
 - Teste das aminas: negativo.
- Tratamento: alcalinização do meio vaginal com duchas de bicarbonato.



❖ **Vaginite Inflamatória Descamativa:**

- Não é um quadro infeccioso, ocorrendo em mulheres na peri e pós-menopausa;
- Quadro clínico: intensa resposta inflamatória e aparecimento de corrimento vaginal moderado ou profuso, purulento, acompanhado de desconforto ou de dispareunia;

➤ Diagnóstico:

- pH vaginal: acima de 4,5;
- Microscopia: **aumento dos polimorfonucleares e das células escamosas parabaisais** (características da pós-menopausa)

➤ Tratamento: clindamicina creme vaginal e os glicocorticoides vaginais.

Tarefa 4 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/508e8ac6-34a2-4734-a327-c36e21660a5f>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 5 (Simplificada)

Disciplina: Obstetrícia

Assunto: Hemorragia Pós-Parto e Infecção Puerperal

Incidência: 6,89% das questões de Obstetrícia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo de Obstetrícia**. Estudaremos dois assuntos: a Hemorragia Pós-Parto e a Infecção Puerperal.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Leia as Dicas da Tarefa** de Hemorragia Pós-Parto e Infecção Puerperal (Obstetrícia).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/38dbc9e5-0e14-43dd-8972-296dd554d5ac>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões**. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Obstetrícia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/obstetricia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Hemorragia pós-parto; 2.0 Infecção Puerperal

Dicas da Tarefa:

Hemorragia Pós-Parto (HPP)

❖ **DECORE** as principais causas de HPP – Os 4 T's:

TABELA 1: CAUSAS DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO		
"4 TS"	CAUSA ESPECÍFICA	FREQUÊNCIA
TÔNUS	Atonia uterina	70%
TRAUMA	Laceração, hematoma, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário, coágulos e acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias e uso de anticoagulantes	1%

❖ Revalidando, vale a pena saber os fatores de risco relacionados à hemorragia pós-parto.

- Atente para os tipos de placenta que podem cursar com HPP:

- **Placenta sucenturiada:** placenta com lobo acessório. É fator de risco importante para HPP.
- **Placenta prévia:** localizada no segmento inferior, próxima ao colo uterino, podendo recobri-lo total ou parcialmente. É fator de risco importante para HPP, uma vez que está associada a acretismo placentário.
- **Placenta acreta:** penetra nas camadas mais profundas do útero. Geralmente associada à presença de cesárea anterior, mas também outras cicatrizes uterinas como curetagens e miomectomia. É fator de risco importante para HPP e uma das principais causa de histerectomia puerperal.

❖ **Prevenção da HPP** - feita com o manejo ativo do terceiro período (dequitação) (*INEP 2022 e 2015*)

- Principal medida: **Ocitocina –10UI IM após o nascimento, em todos os partos;**
- Tração controlada do cordão umbilical;
- Avaliação sistemática da placenta após dequitação;
- Revisão sistemática do canal de parto;
- Clampeamento tardio do cordão após um minuto de vida

❖ Índice de choque (IC): um dos parâmetros clínicos mais usados para diagnosticar a hemorragia pós-parto.

IC = Frequência cardíaca (FC)/Pressão arterial sistólica (PAS)

Se IC > 1: Necessidade de transfusão sanguínea

Se IC > 1,4: Transfusão sanguínea maciça

- ❖ Tratamento – A **HPP é uma emergência obstétrica** e o tratamento deve ser imediato! (**INEP 2014**)
 - **Hora ouro na HPP** → corresponde à **1ª hora após o diagnóstico da hemorragia**, período em que deve ser instituído o tratamento e controle do sangramento puerperal.
 - **Medidas gerais:** chamar ajuda, monitorização, oxigenoterapia, acessos venosos calibrosos, infusão de cristaloides, exames de sangue, acionar banco de sangue.
 - **Tratar a causa** do sangramento.

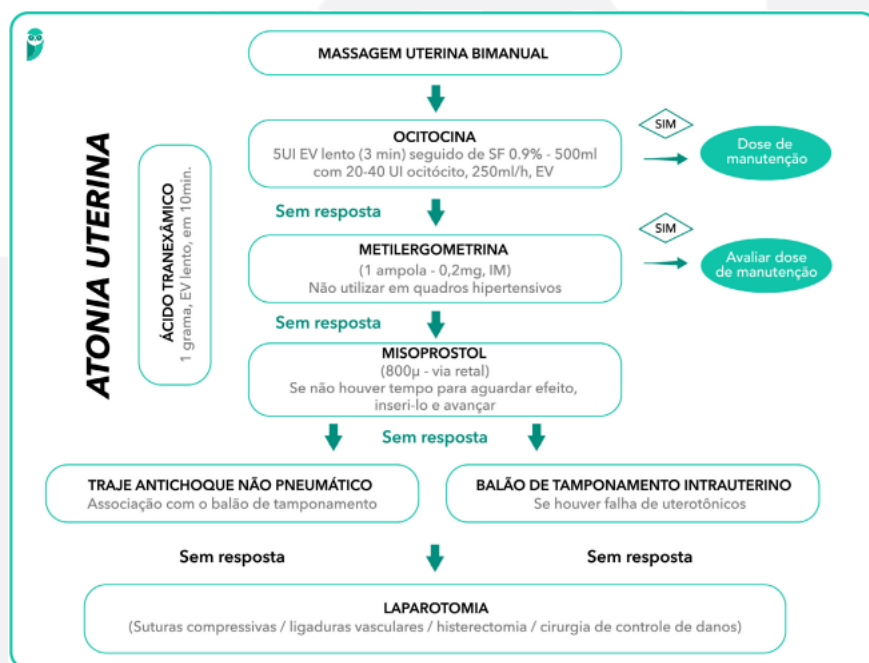
❖ **Atonia Uterina – (INEP 2020 e 2016)**

- Quadro clínico: **sangramento pós-parto + útero não contraído e acima da cicatriz umbilical.**

- Conduta:

- **Massagem uterina bimanual** - manobra de Hamilton
- **Ocitocina intravenosa (20 a 40UI)** – uterotônico de escolha
- Reposição hídrica de cristaloides + administração de ácido tranexâmico intravenoso (1g a cada 6h)

Observe o esquema abaixo:



❖ **Lesões do canal de parto:**

- Devem ser sempre afastadas diante de uma HPP que não melhora com o tratamento inicial para atonia uterina!

- **Lacerações:** sutura; revisão do colo uterino e vagina
- **Hematoma:** avaliar necessidade de drenagem e exploração cirúrgica
- **Inversão uterina:**
 - **Clínica:** Dor abdominal importante + invaginação do fundo uterino para a vagina + choque neurogênico (bradicardia e hipotensão desproporcional ao sangramento)
 - **Conduta:** administração de **uterolíticos para relaxar o útero** + **Manobra de Taxe** ou Johnson (redução manual do útero)
- **Rotura uterina:**
 - Mais chances de ocorrer após o parto vaginal de mulheres com cesárea anterior.
 - **Sinais suspeitos:** bradicardia fetal + palpação do ligamento redondo retesado (**sinal de Bandl-Frommel**)

- **Clínica:** contrações param subitamente, com melhora temporária da dor. Em seguida, a gestante apresenta sinais de choque hemorrágico (mal-estar súbito, aumento da frequência cardíaca e queda da pressão arterial sistólica). Ausculta cardíaca fetal torna-se ausente e não se sente mais a apresentação fetal ao toque vaginal.
- **Conduta:** estabilização hemodinâmica + cesárea + correção da lesão

❖ **Retenção de restos placentários:**

- Quando suspeitar? Placenta não sai íntegra após a dequitação ou não se desprende do útero no tempo esperado.
- Conduta: **Curetagem uterina**

❖ **Atente:** HPP pode levar a inúmeras complicações imediatas e futuras:

- Necessidade de transfusão sanguínea;
- Histerectomia;
- Tromboembolismo;
- Síndrome de Sheehan → hipopituitarismo pós-parto secundário à necrose hipofisária, decorrente de hipotensão ou choque causado por hemorragia maciça durante o parto.

Infecção Puerperal:

❖ Fatores de risco: **principal é o parto cesáreo.**

- Fatores de risco pré-operatórios: obesidade, diabetes, infecções pré-existentes, como infecção intra-amniótica e vaginose bacteriana, uso prolongado de corticoide sistêmico e tabagismo.

❖ Diagnóstico é clínico:

Febre (principal manifestação) + Dor pélvica + Loquiação com odor fétido + Utero hipoinvoluído.

Fique atento (a) à **tríade de Bumm**: **útero amolecido + doloroso + hipoinvoluído.**

❖ Tratamento: **antibioticoterapia de amplo espectro (INEP 2021 e 2012)**

- Esquema duplo: **CLINDAMICINA** 600 mg IV 8/8h + **GENTAMICINA** 3,5-5 mg/kg a cada 24 horas
- Esquema triplo: **AMPICILINA** 1g IV 6/6h + **GENTAMICINA** 3,5-5mg/kg a cada 24 horas + **METRONIDAZOL** 500mg IV 8/8h
- Atenção: a amamentação não deve ser suspensa!
- Quando o tratamento cirúrgico é indicado?
 - ✓ **Curetagem uterina:** quando se suspeita da presença de restos placentários.
 - ✓ **Desbridamento de material necrótico:** na presença de tecido desvitalizado.
 - ✓ **Drenagem de abscessos:** quando se detecta coleções na avaliação dos exames de imagem.
 - ✓ **Histerectomia:** casos refratários à antibioticoterapia.



Tarefa 5 (Avançada)

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/38dbc9e5-0e14-43dd-8972-296dd554d5ac>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 6 (Simplificada)

Disciplina: Infectologia

Assunto: Parasitoses Intestinais

Incidência: 8,0% questões de Infectologia (2011-2021)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Infectologia**, a **quinta mais cobrada nas provas do INEP**. Além disso, o tema aqui estudado é o **quarto mais cobrado** dentro dessa disciplina.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio** e **disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica** e **prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Parasitoses Intestinais (Infectologia).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, faça os exercícios do link abaixo para fixar os conceitos estudados.

Link – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/66ecffd6-18fe-4979-a44a-3f6565c1c28b>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!**

Link da Aula de Infectologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/infectologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução; 2.0 Antiparasitários; 3.0 Nematelmintos; 4.0 Platelminetos; 5.0 Protozoários; 6.0 Resumo

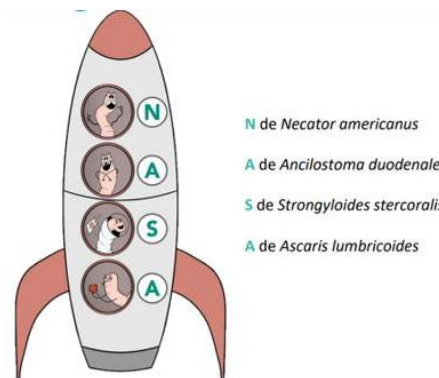
Dicas da Tarefa:

Revalidando, desde a edição de 2011 do Revalida INEP, em todas as provas (com exceção de 2022) caiu uma questão sobre esse tema. As questões não costumam ser difíceis, de forma que, com as Dicas aqui presentes, vocês conseguirão acertar o que for cobrado.

❖ **Síndrome de Loeffler: (INEP 2016)**

- Causada por nematódeos que fazem o ciclo pulmonar – **Mnemônico NASA**

- Quadro clínico:



- Tratamento: **broncodilatadores (auxiliam na melhora da tosse) + corticoide oral**. O uso de anti-helmínticos não deve ser indicado (não apresentam atividade contra as larvas).

❖ **Tricuríase (INEP 2021)**

- Etiologia: *Trichuris trichiura*, nematódeo transmitido por meio da ingestão de ovos que podem contaminar a água ou os alimentos.
- Atenção: pode levar a um quadro de **tenesmo e prolapso retal (palavras-chave para a prova!)**
- Tratamento: **mebendazol** ou **albendazol**.

❖ **Enterobíase (ou oxiuríase) (INEP 2015)**

- Etiologia: *Enterobius vermicularis*, nematódeo transmitido por meio da ingestão de ovos;
- Atenção: cursa com **prurido anal** (bem característico) e pode também se manifestar com **vulvovaginite com prurido vaginal**;
- Tratamento: **albendazol**, **mebendazol**, **pamoato de pirantel** e **pamoato de pirvínio** (única indicação dessa medicação).

❖ **Ancilostomíase (INEP 2014 e 2013)**

- Etiologia: pode ser causada por *Necator americanus* (mais comum no Brasil) ou por *Ancylostoma duodenale*, que são parasitas que habitam o intestino delgado e se alimentam de sangue;
- Transmissão: penetração ativa de larvas através da pele íntegra do hospedeiro;
- Atenção: paciente pode apresentar **síndrome de Loeffler** e **desnutrição (anemia ferropriva e hipoalbuminemia)**;
- Tratamento: **albendazol** dose única.

❖ **Ascaridíase (INEP 2014)**

- Etiologia: *Ascaris lumbricoides*, transmitido pela ingestão de ovos em alimentos crus mal lavados ou

água contaminada;

- **Atenção:** pacientes podem apresentar **síndrome de Loeffler** e **suboclusão ou obstrução intestinal na valva ileocecal**. Outras complicações associadas à obstrução intestinal de *A. lumbricoides* incluem volvulus, intussuscepção ileocecal, gangrena e perfuração intestinal. Vermes adultos migratórios também podem obstruir o apêndice, resultando em **apendicite**.

- Tratamento:

- Ascaridíase sem suboclusão/oclusão intestinal: **albendazol ou mebendazol**;
- Ascaridíase com suboclusão/oclusão intestinal:
 - internação;
 - sonda nasogástrica;
 - óleo mineral;
 - antiespasmódicos;
 - hidratação;
 - não usar anti-helmínticos (atenção!);
 - cirurgia (se oclusão total sem melhora com tratamento conservador).

❖ **Toxocaríase** (ou larva migrans visceral) **(INEP 2014 e 2011)**

- Etiologia: *Toxocara canis* ou *Toxocara cati*, que são nematódeos de cães e gatos;
- **Atenção:** pode cursar com **pneumonia com hepatomegalia** e **leucocitose com eosinofilia importante**. Observe que a migração de larvas pode causar **granuloma ou abscessos eosinofílicos**.
- Tratamento: Casos leves não precisam de tratamento. Casos moderados a graves: **albendazol ou mebendazol**.

❖ **Estrongiloidíase** **(INEP 2012)**

- Etiologia: *Strongyloides stercoralis*, transmitido por meio da penetração ativa de larvas pela pele íntegra do hospedeiro;
- **Atenção:** pacientes podem apresentar um quadro de **síndrome de Loeffler, dermatite larvária** (larva currens) e **infecção disseminada** com sepse bacteriana por bactérias Gram negativas em pacientes **imunocomprometidos**.
- Diagnóstico: pesquisa de larvas por meio da técnica de Baermann-Moraes;
- Tratamento: **ivermectina por 2 dias consecutivos**. Em pacientes imunocomprometidos, devemos repetir esse ciclo de 2 dias de ivermectina após duas semanas. Se doença disseminada, devemos iniciar, empiricamente, antibióticos para cobertura de bactérias Gram negativas.

Tarefa 6 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/66ecffd6-18fe-4979-a44a-3f6565c1c28b>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 7 (Simplificada)

Disciplina: Pediatria

Assunto: Aleitamento Materno

Incidência: 3,93% das questões de Pediatria (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Pediatria**, a **mais cobrada** nas provas

do INEP, representando aproximadamente **14,56%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **sétimo assunto mais cobrado dentro de Pediatria**.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de **Aleitamento Materno (Pediatria)**.

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ce3276ca-49bf-4f81-8f11-7a3df8a370a5>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos**. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões**. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Pediatria:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/pediatria-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução ao Tema; 2.0 O início do aleitamento materno; 3.0 Os problemas relacionados à amamentação; 4.0 Contraindicações ao aleitamento materno

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse tema não é cobrado na Pediatria desde a edição de 2020 da prova. Tudo o que já caiu encontra-se no Bizu abaixo.

- ❖ **Atenção:** A OMS recomenda o **aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade**, sem oferta de nenhum outro tipo de líquido ou alimento. A partir do sexto mês, deve ser iniciada a introdução alimentar de forma gradual.



❖ **Principais vantagens do aleitamento materno: (INEP 2011)**

- Evita mortes infantis;
- Evita a diarreia;
- Evita infecções respiratórias. Alerta: evitar otites é um tema muito cobrado em provas!
- Diminui o risco de alergias, hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes;
- Reduz a chance de obesidade e tem efeito positivo na inteligência;
- Proteção contra o câncer de mama materno;
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho.

❖ **A técnica correta de amamentação é muito importante! (INEP 2022)**

MEMORIZE:

Pontos-chave do posicionamento adequado:

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido)
4. Bebê bem apoiado

Pontos-chave da pega adequada:

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê
2. Boca bem aberta
3. Lábio inferior virado para fora
4. Queixo tocando a mama

Sinais indicativos de técnica inadequada:

1. Bochechas do bebê encovadas a cada sucção
2. Ruídos da língua
3. Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada
4. Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama
5. Dor na amamentação

❖ **Recomendação:** amamentação sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama, chamada de amamentação de **livre demanda**. A mãe deve oferecer os dois seios, podendo trocar várias vezes durante as mamadas.

❖ **Aspecto do leite** – O que você deve memorizar?

A cor do leite varia ao longo de uma mamada e conforme a dieta da mãe;

Leite anterior: O leite inicial da mamada. Ele tem muita água e anticorpos, portanto, tem o aspecto mais transparente.

Leite do meio: Tem maior concentração de caseína, por isso seu aspecto é mais esbranquiçado.

Leite posterior: O leite do final das mamadas, por conter betacaroteno e gordura, seu aspecto é amarelado.

❖ **Dieta materna na amamentação:**

- A produção de leite de qualidade ocorre independente da qualidade da dieta materna.
- Atenção especial para o risco de deficiência de vitamina B12 em mães vegetarianas.
- Em geral, mulheres que amamentam não necessitam evitar nenhum alimento.
- Atente: a sucção frequente e eficiente das mamas pela criança é o melhor estímulo para a produção láctea!



❖ **Diretrizes para o armazenamento domiciliar de leite materno: (INEP 2016)**

- Leite materno ordenhado em temperatura ambiente: consumo em até 1-2h;
- Leite materno ordenhado armazenado em geladeira: consumo em até 12h;
- Leite materno **ordenhado congelado no freezer**: consumo **em até 15 dias**;
- Após descongelado, o leite materno ordenhado pode ser mantido em geladeira e consumido em até 12 horas.
- **Atenção:** NUNCA aquecer ou descongelar o leite diretamente no fogo! Ele deve ser descongelado ou aquecido sempre em banho-maria fora do fogo e agitado, suavemente, antes de ser oferecido à criança.
- Ideal: recipiente de vidro esterilizado, com boca larga e tampas plásticas. Recipiente deve ser identificado com o nome da mãe, data e horário do início da coleta.
- O frasco com leite coletado deve permanecer na posição vertical e não deve permanecer na porta da geladeira.

❖ **Resumo Mastite (INEP 2020)**

- Causada pela estagnação do leite materno por qualquer motivo (ex: falha no esvaziamento da mama)
- Atenção: Mães em tratamento de mastite **podem e devem amamentar**, mesmo na presença de infecção bacteriana secundária!
- Tratamento:
 - Principal: **esvaziamento adequado das mamas** → a forma mais eficiente de drenagem das mamas é através da amamentação!!! (*questão de prova!*)
 - Antibioticoterapia, se sintomas graves ou ausência de melhora após 12-24 h do esvaziamento da mama;
 - Analgésicos e/ou anti-inflamatórios não esteroides; e
 - Suporte emocional, uso adequado de sutiãs firmes e ingestão adequada de líquidos.

❖ **Ingurgitamento mamário** – como orientar a mãe: (INEP 2014)

- Ordenhar a mama antes da mamada do bebê (facilita a pega);
- Massagens nas mamas;
- Mamadas mais seguidas para possibilitar esvaziamento frequente (livre demanda);
- Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios, para aliviar a dor;
- Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã de alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;
- Crioterapia (aplicação de gelo ou gel gelado);
- Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba.

❖ **Fissuras mamárias (INEP 2012)**

- Principal causa: técnica inadequada de amamentação
- **Orientações preventivas:**
 - Conscientizar a mãe sobre a técnica correta de amamentação
 - Manter mamilos secos e limpos e não usar produtos que retirem a proteção natural (como sabões, álcool e cremes secantes).
 - Amamentar em livre demanda, com bastante frequência
 - Fazer ordenha manual da aréola (principalmente quando há ingurgitamento mamário associado)
 - Evitar o uso de protetores de mamilo
- **Tratamento:**
 - Iniciar a amamentação pela mama menos afetada;
 - Antes de iniciar as mamadas, ordenhar o leite;
 - Usar diferentes posições para amamentar;
 - Tentar eliminar o contato da área machucada com a roupa, fora das mamadas;
 - Tentar, quando possível, deixar os mamilos expostos ao ar livre; e

- Usar analgésico, quando necessário. Se houver suspeita de infecção, pode-se iniciar o tratamento com antibiótico tópico.

❖ **Contraindicações ao aleitamento materno:**

- Mães infectadas pelo **HIV, HTLV1 e HTLV2**.
- Criança portadora de **galactosemia**
- Uso de **medicamentos** incompatíveis com a amamentação (decide):
 - ✓ antineoplásicos;
 - ✓ radiofármacos (caem muitas questões sobre o iodo!);
 - ✓ amiodarona (pode causar hipotireoidismo no bebê);
 - ✓ raros imunossupressores (ex: ciclofosfamida);
 - ✓ raros antimicrobianos (ex: linezolida e ganciclovir);
 - ✓ lítio;
 - ✓ ergotaminas.



❖ **MEMORIZE:** Situações especiais em que a amamentação deve ser suspensa temporariamente ou apresenta alguma restrição ou ressalva

- **Infecção herpética:** quando há lesão ativa com vesículas na mama.
- **Varicela:** se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, é recomendado o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta
- **Doença de Chagas**, na fase aguda da doença.
- **Consumo de drogas de abuso:** anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina. Mães tabagistas devem amamentar, pois o benefício é maior que o risco.
- **Psicose puerperal grave** ou outras doenças psiquiátricas que possam oferecer risco ao bebê: considera-se liberar a amamentação sob supervisão
- **Vacinas:** somente a vacina da febre amarela, em mães que estejam amamentando crianças abaixo de seis meses de vida, tem como recomendação a suspensão do aleitamento materno por dez dias.

❖ **Revalidando**, vale a pena saber as fases do leite materno e suas características

➤ **Colostro:**

- Primeiro leite produzido pelas mamas, da primeira semana após o parto até o início da apojadura;
- Rico em proteínas (importante!);
- Menos lactose, gorduras e calorias do que o leite maduro;
- Rico em componentes imunológicos (como IgA, lactoferrina, interleucinas e fatores de crescimento), minerais e vitaminas lipossolúveis (A, E e K, principalmente).

➤ **Leite de transição:** a partir da apojadura e durante a segunda semana de vida.

➤ **Leite maduro:** depois da segunda semana

- A principal proteína presente no leite materno é a lactoalbumina
- O principal carboidrato presente no leite humano é a lactose, que exerce uma importante função no desenvolvimento da microbiota intestinal
- O ferro no leite humano tem baixa concentração, mas apresenta uma boa biodisponibilidade, sendo bem absorvido
- IgA secretória é o principal anticorpo presente no leite humano

❖ **Características do leite ao longo das mamadas:**

Leite anterior:

- Leite do início da mamada, coloração bem clara;
- Possui mais água e proteínas, responsável por saciar a sede

Leite intermediário:

- Leite do meio da mamada, mais esbranquiçado;
- Rico em proteína caseína.

Leite posterior:

- Leite do final da mamada;
- Possui mais gordura (lipídios) e calorias, trazendo sensação de saciedade.

Tarefa 7 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** dos links abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ce3276ca-49bf-4f81-8f11-7a3df8a370a5>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 8 (Simplificada)

Disciplina: Medicina Preventiva

Assunto: Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação em Saúde; SUS Parte 2 - Princípios e Diretrizes do SUS; Processo Saúde-Doença

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Psiquiatria. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação em Saúde; SUS Parte 2 - Princípios e Diretrizes do SUS; Processo Saúde-Doença**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

✚ **Importante:** lembre-se que são nessas **tarefas de revisão** que você deve fazer seu **Caderno de Erros** no Evernote (ou mesmo Word), baseado nas suas dificuldades ao realizar a lista de questões incluída abaixo. Anote principalmente informações de assuntos que tenha **errado** ou **acertado com dúvida** na lista de questões.

- ➔ Essa é uma **tarefa de revisão teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2h**.

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Revise** os principais tópicos referentes aos assuntos **Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação em Saúde; SUS Parte 2 - Princípios e Diretrizes do SUS; Processo saúde-doença**.

- ➔ **Como revisar?** Você pode fazer isso lendo as suas anotações no material em PDF/resumos (que confeccionou nas tarefas de teoria) **ou lendo as Dicas contidas no corpo das tarefas** referentes a esse assunto. Essa revisão teórica deve durar **até 30 minutos**.

Não negligencie a revisão teórica, ela é de fundamental importância para que memorize os conceitos estudados!

2) **Faça a lista de exercícios** indicada no link abaixo.

- ➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.
- ➔ **Caderno de Erros:** ao errar ou acertar com dúvida (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou outro aplicativo de notas, no caderno que você criou para a disciplina, informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva).

Exemplo: você pode copiar a frase do professor que elucide o ponto que ainda tem dúvida, quadros, tabelas comparativas, mnemônicos...O que quiser inserir de informação para não voltar a errá-la (mas faça com poucas informações, de forma pontual e objetiva). Esse caderno de erros será utilizado para lapidar o seu estudo nas semanas finais de revisão. Assim, faça-o com presteza!

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ee7224aa-2ed8-4ed4-a863-51b29a70fd7f>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 8 (Avançada)

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ee7224aa-2ed8-4ed4-a863-51b29a70fd7f>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 9 (Simplificada)

Disciplina: Cirurgia

Assunto: Cirurgia Vascular

Incidência: 5,14% das questões cobradas em Cirurgia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia**. Vamos estudar agora o tema Cirurgia Vascular, o **décimo mais importante** dentro dessa disciplina.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Cirurgia Vascular (Cirurgia).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, faça os exercícios do link abaixo para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2dda396a-905f-477f-b571-919222b68168>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.** Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Cirurgia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/cirurgia-revalida-exclusive/>

Tópicos da Aula:

1.0 Oclusão arterial aguda; 2.0 Oclusão arterial crônica; 3.0 Aneurismas de aorta abdominal; 4.0 Trombose Venosa Profunda; 5.0 Doença Venosa Crônica

Dicas da Tarefa:

Revalidando, dentro dessa tarefa, os assuntos “Trombose venosa profunda” e “Oclusão arterial crônica” merecerem atenção especial, pois foram os mais cobrados até o momento pela banca.

❖ **Oclusão arterial crônica (OAC) (INEP 2020, 2016 e 2011)**

- Patologia secundária à aterosclerose, caracterizada pelo acúmulo de lipídios e de tecido fibroso na parede das artérias.
- Lembrar dos seguintes fatores de risco: tabagismo (principal fator de risco modificável); idade (>70 anos); etnia (afrodescendentes têm maior risco); hipertensão arterial; diabetes; hiperlipidemia; obesidade.
- Apresentação clínica: (Atenção, a banca costuma colocar um quadro clínico e solicitar o diagnóstico!)
 - **Claudicação intermitente**, caracterizada por dor muscular em queimação dos membros inferiores, que surge após o paciente caminhar determinadas distâncias, geralmente referida na região da panturrilha.
 - **Redução dos pulsos periféricos dos membros inferiores**, que pode ser constatada por meio da aferição do ITB. Outros achados clínicos incluem pele atrófica, rarefação dos pelos e onicodistrofia;
 - Isquemia crônica do membro é caracterizada pelos seguintes achados: **dor em repouso, úlcera com tempo de evolução superior a duas semanas e gangrena.**
- Diagnóstico:
 - É **primariamente clínico**, e sua confirmação pode ser feita por meio do **índice tornozelo-braquial (ITB)**;
 - Ultrassonografia com doppler: também costuma fazer parte da avaliação diagnóstica, útil para identificar os locais de obstrução e sua gravidade.
- Tratamento:
 - **Todos os pacientes** com OAC devem ser submetidos ao **tratamento clínico**, que inclui:
 - Antiagregação plaquetária (AAS ou clopidogrel);
 - Estatinas;
 - Cessação do tabagismo;



- Controle do diabetes e da hipertensão;
- Cilostazol: útil no controle dos sintomas de claudicação intermitente;
- Exercícios supervisionados: uma das medidas mais importantes para amenizar os sintomas da claudicação intermitente.

• **Tratamento cirúrgico** – Decore as indicações abaixo:

- Claudicação intermitente incapacitante, sem resposta ao tratamento clínico;
- Sinais de isquemia crônica do membro (úlceras, gangrena, dor em repouso)

❖ **Oclusão arterial aguda (OAA):**

A) Embolismo arterial:

- Maioria dos êmbolos arteriais têm origem cardíaca (cerca de 80%), secundária a quadros cardíacos como *flutter* e fibrilação atrial → atenção com o paciente que apresenta pulso irregular e/ ou taquicardia.
- Áreas mais comuns de obstrução por embolia: **bifurcação da artéria femoral (local mais comum)**, bifurcação da artéria ilíaca comum, artéria poplítea e aorta
- Manifestações clínicas da OAA:

Apresentação clínica da isquemia aguda (6 Ps)	
"PAIN" (DOR)	Dor de início abrupto, forte intensidade e caráter progressivo. Em estágios tardios, pode diminuir em decorrência do comprometimento neuronal pela isquemia.
PALIDEZ	A pele distal à obstrução torna-se pálida e com aumento do tempo de enchimento capilar. Em casos mais críticos, o preenchimento capilar pode estar ausente.
POIQUILOTERMIA	A região distal à obstrução apresenta-se fria em relação ao restante do corpo.
PULSO	Os pulsos distais à obstrução estão ausentes ou reduzidos em comparação ao membro contralateral.
PARESTESIA	A parestesia e o formigamento são sinais precoces do comprometimento neuronal pela isquemia.
PARALISIA	A paralisia é um elemento de instalação tardia e, quando é completa, caracteriza a inviabilidade do membro.

- Classificação e tratamento:

Atente, principalmente, aos sinais de membro inviável, com indicação de amputação.

CARACTERÍSTICA	MEMBRO VIÁVEL (I)	MEMBRO COM RISCO POTENCIAL (IIa)	MEMBRO COM RISCO IMEDIATO (IIb)	MEMBRO INVIÁVEL (III)
DOR	Leve	Moderada	Intensa	Variável
ENCHIMENTO CAPILAR.	Intacto.	Diminuído.	Diminuído.	Ausente.
DÉFICIT MOTOR.	Ausente.	Ausente.	Parcial (paresia).	Paralisia completa ou rigidez.
DÉFICIT SENSORIAL.	Ausente.	Ausente ou mínimo (déficit sensorial dos dedos).	Déficit sensorial de outros segmentos além dos dedos.	Perda profunda de sensibilidade/anestesia.
DOPPLER ARTERIAL.	Audível.	Inaudível.	Inaudível.	Inaudível.
DOPPLER VENOSO.	Audível.	Audível.	Audível.	Inaudível.
INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA.	Angiotomografia ou arteriografia.	Angiotomografia ou arteriografia.	Arteriografia em sala cirúrgica.	Angiotomografia ou arteriografia.
TRATAMENTO	Avaliação de urgência.	Revascularização de urgência.	Revascularização de emergência.	Amputação.

❖ Aneurisma da aorta abdominal (INEP 2015 e 2013)

- Lembrar dos seguintes fatores de risco: tabagismo (principal fator de risco modificável); idade avançada; etnia caucasiana; hipercolesterolemia; hipertensão; sexo masculino; história familiar.
- Apresentação clínica:
 - Maioria dos pacientes é assintomática;
 - Nos sintomáticos, os principais sintomas incluem:
 - Dor abdominal, em dorso ou em flancos.
 - Isquemia dos membros inferiores: secundária à trombose, embolização ou dissecação;
 - Febre, mal-estar e sintomas consumptivos (relacionados aos aneurismas micóticos e inflamatórios).
 - **Aneurisma abdominal roto: dor abdominal e/ou lombar intensa + hipotensão + massa abdominal pulsátil** (tríade clássica).
- Diagnóstico: (**Atenção aqui, Revalidando!**)
 - **Ultrassonografia com doppler**: método de escolha para a avaliação diagnóstica de pacientes assintomáticos, sendo também indicado para acompanhamento de pacientes com diagnóstico de aneurisma que estão sob conduta conservadora;
 - **Tomografia computadorizada com contraste**: método padrão-ouro para o diagnóstico e a avaliação de aneurismas de aorta abdominal. Contudo, pelo uso do contraste, fica reservado aos aneurismas sintomáticos, aos casos de estudo pré-operatório, suspeita de rotura em pacientes estáveis ou, então, nos casos em que a ultrassonografia é inconclusiva.

➤ Tratamento:

1. Aneurismas sem rotura:

- Abordagem cirúrgica se: **diâmetro > 5,5cm; crescimento > 0,5 em 6 meses ou 1cm em 1 ano; aneurisma de configuração sacular; aneurisma sintomático; embolização periférica a partir de um trombo mural do aneurisma; aneurisma mivótico ou inflamatório.**
- Se não houver indicação cirúrgica: acompanhamento anual ou semestral do aneurisma por meio de ultrassonografia; paciente deve cessar o tabagismo; controle clínico das comorbidades.



2. Aneurismas rotos – São uma emergência cirúrgica!

- Se rotura com instabilidade hemodinâmica → **encaminhamento imediato ao centro cirúrgico!**
- **Atente que:** pacientes com suspeita de rotura, mas estáveis hemodinamicamente, devem ser submetidos com urgência a uma tomografia computadorizada com contraste.

❖ **Trombose venosa profunda: (INEP 2022, 2021, 2017)**

- Lembrar dos seguintes fatores de risco: longos períodos de estase venosa (imobilização ou hospitalização prolongada); cirurgia e trauma; obesidade; tabagismo; idade > 60 anos; uso de ACO e terapia de reposição hormonal; história familiar de TVP; estado gravídico-puerperal.
- Apresentação clínica:
 - **Edema unilateral do membro**, associado a **dor, aumento da temperatura local e febre baixa**;
 - Dor à palpação da musculatura.

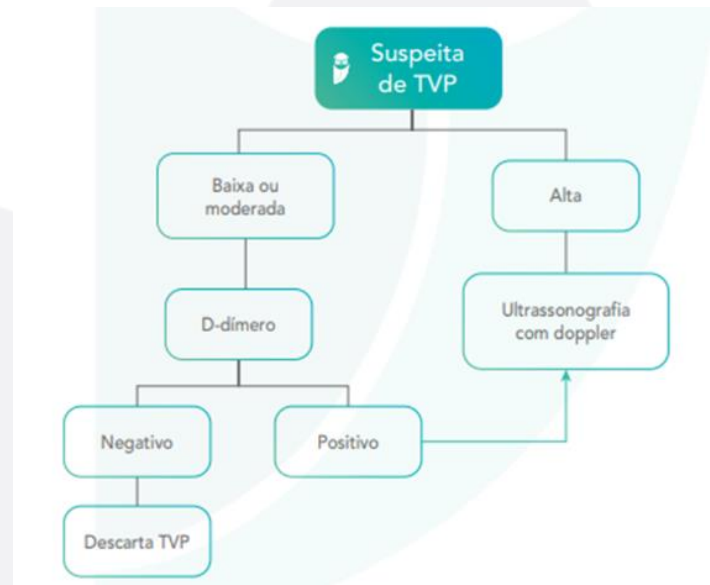
Atente: Diante dessa suspeita, devemos sempre realizar o **escore Wells TVP** para avaliarmos qual exame solicitar!

Critérios	Pontuação
Paralisia, parestia ou imobilização recente de membro inferior	1 ponto
Recentemente acamado (mais de 3 dias) ou cirurgia de grande porte nas últimas 4 semanas	1 ponto
Dor localizada em topografia do sistema venoso profundo	1 ponto
Edema acometendo toda a perna	1 ponto
Edema de panturrilha acima de 3cm em relação à outra perna	1 ponto
Edema compressível (sinal de Godet positivo), maior na perna sintomática.	1 ponto
Presença de veias superficiais colaterais não varicosas.	1 ponto
Câncer ativo ou câncer tratado em um período de 6 meses.	1 ponto
Um diagnóstico diferencial é mais provável que a TVP.	-2 pontos

Pontuação	Probabilidade
3 a 8 pontos	Alta probabilidade (50 – 75%)
1 a 2 pontos	Moderada probabilidade (17%)
-2 a 0 pontos	Baixa probabilidade (3%)

➤ Diagnóstico definitivo: **(Atenção aos exames abaixo – questão de prova!)**

- Exame de escolha: **ultrassonografia com Doppler colorido** (*duplex scan*)
- **D-dímero**: altamente sensível, porém pouco específico. Um resultado negativo, ou seja, < 500 ng/mL, é útil para descartar TVP.
- **Flebografia (ou venografia)**: exame padrão-ouro para o diagnóstico de TVP. Contudo, por ser invasiva, com necessidade de contraste iodado, fica reservada para casos em que a ultrassonografia é inconclusiva.



➤ Tratamento:

- **Anticoagulação plena**: tratamento de primeira escolha. Deve ser iniciada da forma mais breve possível e mantida por no mínimo três meses.
- Principais anticoagulantes usados:
 - **Heparina não fracionada (HNF)**: uso restrito aos pacientes internados;
 - **Heparina de baixo peso molecular (Enoxaparina)**: medicação segura para uso ambulatorial. É a medicação de escolha para o tratamento de TVP em gestantes;
 - **Varfarina sódica**: nos primeiros dias após o início da varfarina pode haver um fenômeno pró-coagulante, devendo ser administrada juntamente com outro anticoagulante, como a HNF ou a HBPM;
 - **Rivaroxabana (Xarelto®)**: o teste de escolha para avaliar sua ação terapêutica é a dosagem de anti-fator Xa.

Tarefa 9 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2dda396a-905f-477f-b571-919222b68168>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 10 (Simplificada)

Disciplina: Ginecologia

Assunto: Amenorreia; Planejamento Familiar; Vulvovaginites

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Ginecologia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Amenorreia; Planejamento Familiar; Vulvovaginites**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

✚ **Importante:** lembre-se que são nessas **tarefas de revisão** que você deve fazer seu **Caderno de Erros** no Evernote (ou mesmo Word), baseado nas suas dificuldades ao realizar a lista de questões incluída abaixo. Anote principalmente informações de assuntos que tenha **errado** ou **acertado com dúvida** na lista de questões.

- ➔ Essa é uma **tarefa de revisão teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2h**.

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Revise os principais tópicos referentes aos assuntos **Amenorreia; Planejamento Familiar; Vulvovaginites**.

- ➔ **Como revisar?** Você pode fazer isso lendo as suas anotações no material em PDF/resumos (que confeccionou nas tarefas de teoria) **ou** lendo as Dicas contidas no corpo das tarefas referentes a esse assunto. Essa revisão teórica deve durar **até 30 minutos**.

Não negligencie a revisão teórica, ela é de fundamental importância para que memorize os conceitos estudados!

2) Faça a lista de exercícios indicada no link abaixo.

- ➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.
- ➔ **Caderno de Erros:** ao **errar** ou **acertar com dúvida** (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou outro aplicativo de notas**, no caderno que você criou para a disciplina, **informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva). Exemplo: você pode copiar a frase do professor que elucide o ponto que ainda tem dúvida, quadros, tabelas comparativas, mnemônicos...O que quiser inserir de informação para não voltar a errá-la (mas faça com poucas informações, de forma pontual e objetiva). Esse caderno de erros será utilizado para lapidar o seu estudo nas semanas finais de revisão. Assim, faça-o com presteza!

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e43e1b38-bbdc-489f-90ef-a9001ed84133>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 10 (Avançada)

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e43e1b38-bbdc-489f-90ef-a9001ed84133>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e

os seus **acertos**. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 11 (Simplificada)

Disciplina: Obstetrícia

Assunto: Assistência ao Parto; Partograma e Distocia; Hemorragia Pós-Parto e Infecção Puerperal

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Obstetrícia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Assistência ao Parto; Partograma e Distocia; Hemorragia Pós-Parto e Infecção Puerperal**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

✚ **Importante:** lembre-se que são nessas **tarefas de revisão** que você deve fazer seu **Caderno de Erros** no Evernote (ou mesmo Word), baseado nas suas dificuldades ao realizar a lista de questões incluída abaixo. Anote principalmente informações de assuntos que tenha **errado** ou **acertado com dúvida** na lista de questões.

- ➔ Essa é uma **tarefa de revisão teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2h**.

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Revise os principais tópicos referentes aos assuntos **Assistência ao Parto; Partograma e Distocia; Hemorragia Pós-Parto e Infecção Puerperal**.

- ➔ **Como revisar?** Você pode fazer isso lendo as suas anotações no material em PDF/resumos (que confeccionou nas tarefas de teoria) **ou lendo as Dicas contidas no corpo das tarefas** referentes a esse assunto. Essa revisão teórica deve durar **até 30 minutos**.

Não negligencie a revisão teórica, ela é de fundamental importância para que memorize os conceitos estudados!

2) Faça a lista de exercícios indicada no link abaixo.

- ➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.
- ➔ **Caderno de Erros:** ao **errar** ou **acertar com dúvida** (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou outro aplicativo de notas**, no caderno que você criou para a disciplina, **informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva). Exemplo: você pode copiar a frase do professor que elucide o ponto que ainda tem dúvida, quadros, tabelas comparativas, mnemônicos...O que quiser inserir de informação para não voltar a errá-la (mas faça com poucas informações, de forma pontual e objetiva). Esse caderno de erros será utilizado para lapidar o seu estudo nas semanas finais de revisão. Assim, faça-o com presteza!

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/c6b856c4-fd9f-447b-8f42-79ab8cb4d64d>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 11 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/c6b856c4-fd9f-447b-8f42-79ab8cb4d64d>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 12 (Simplificada)

Disciplina: Infectologia

Assunto: Pneumonias Bacterianas

Incidência: 6,40% das questões de Infectologia (2011-2022)

Revalidando, **essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Infectologia, a quinta em ordem de importância para o INEP. Esse assunto é o sexto mais relevante** dentro dessa disciplina.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Leia as Dicas da Tarefa de Pneumonias Bacterianas (Infectologia).**

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 28 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d449eb06-7916-4c99-a19c-de47001b04af>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.**

Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Infectologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/infectologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Pneumonia adquirida na comunidade (até 1.7 Etiologias bacterianas)

Dicas da Tarefa:

Atenção, Revalidando: geralmente, quando cai uma questão sobre Pneumonias, o examinador quer saber sobre o tratamento dessa patologia. Portanto, foque nesse tópico da aula!

❖ **Quadro clínico das pneumonias:**

➤ Pneumonia bacteriana típica:

- Apresentação clínica aguda, com 2 a 5 dias de evolução;
- Sintomas de toxemia: febre alta, dor no corpo e articulações;
- Sintomas respiratórios: **tosse expectorada purulenta** (eventualmente até hemoptoica), **taquidispneia** e, nos casos com consolidação extensa, **dor torácica pleurítica**;
- Exame físico: **submacicez percutória** no lobo acometido; **frêmito toracovocal aumentado**; **estertores crepitantes**.

➤ Pneumonia bacteriana atípica:

- Apresentação clínica subaguda, com 7 a 14 dias de evolução;
- Pode ser precedida de **pródromos gripais**: coriza, obstrução nasal, odinofagia e febre baixa;
- A **tosse** atípica é geralmente **pouco produtiva e hialina**;
- Exame físico: **estertores crepitantes** e, eventualmente, **sibilos**.

❖ **Exame de imagem – Radiografia de tórax na pneumonia:**

➤ Pneumonia típica:

- **Infiltrados radiopacos irregulares**, distribuídos unilateralmente ou bilateralmente no parênquima pulmonar, que evoluem para **consolidação lobar**.
- Também é possível notar a presença de **broncogramas aéreos**.

➤ Pneumonia atípica:

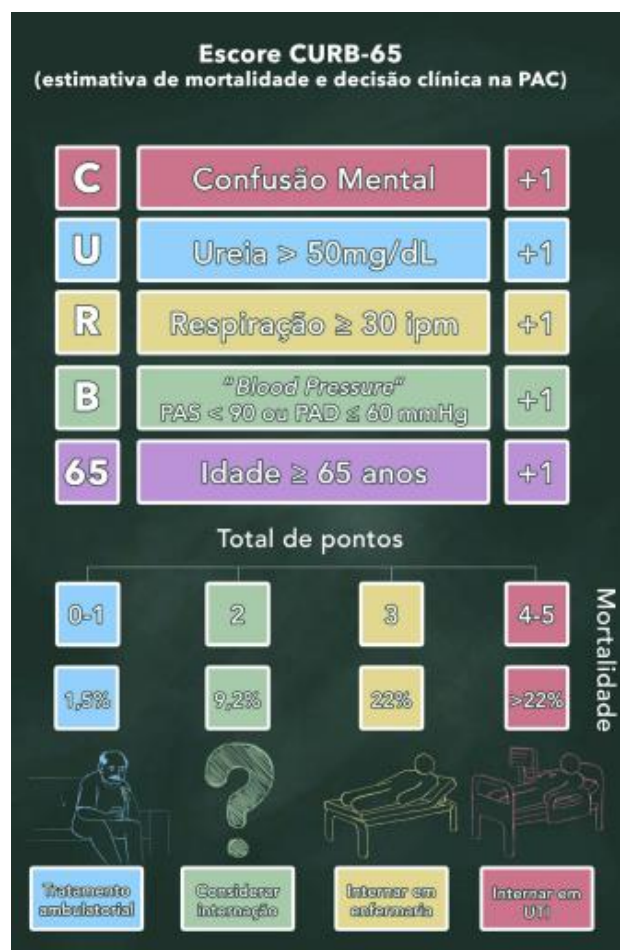
- **Infiltrados intersticiais** (reticulares ou reticulonodulares) **peri-hilares**, que se assemelham a um “**rendilhado**” no parênquima;
- Derrame pleural e abscessos pulmonares podem estar presentes.

❖ **Tratamento hospitalar x ambulatorial na pneumonia (INEP 2015, 2014, 2012 e 2011)**

Revalidando, as questões sobre pneumonia geralmente cobram o tratamento! Dessa forma, é importante que você memorize os esquemas abaixo:

- **Escore CURB-65:** desenvolvido para ajudar na decisão entre dar alta ou internar um paciente com pneumonia





➤ Tratamento ambulatorial: (INEP 2022)



➤ Tratamento na enfermaria:



➤ Tratamento da UTI:



❖ **Pneumonia por *Legionella pneumophila* (INEP 2020)**

- Etiologia: *Legionella pneumophila*, um pequeno cocobacilo Gram-negativo, parasita intracelular obrigatório. Atente: essa bactéria é encontrada facilmente em **encanamentos com aquecimento central** (encanamentos a gás) ou em locais úmidos e mornos, como nas **tubulações de sistemas de ar-condicionado**. É adquirida por meio da inalação de vapor e gotículas contaminadas;
- Mais comum em idosos, imunossuprimidos (especialmente usuários crônicos de corticosteroides e imunobiológicos, pacientes em quimioterapia e transplantados) e etilistas crônicos;
- Quadro clínico:
 - Febre muito alta (39-40°C);
 - Sintomas toxêmicos: mialgia, artralgia, cefaleia;
 - Tosse expectorada, dispneia e dor torácica ventilatório-dependente;
 - **Sinal de Faget** (dissociação pulso-temperatura): febre associada à redução da frequência de pulso (bradisfigmia);
 - **Atenção**: capacidade de gerar sintomas extrapulmonares → sintomas gastrointestinais (diarreias, náuseas e vômitos); hepatite transitória por lesão direta, com aumento ocasional de ALT e AST.
 - Achados no hemograma: **leucocitose com desvio neutrofílico; hiponatremia**.
- Exames de imagem: **infiltrado broncoalveolar** que rapidamente evoluirá para uma **consolidação lobar extensa** de apresentação uni ou bilateral.
- Tratamento:
 - 1ª escolha: **fluoroquinolonas (levofloxacino ou moxifloxacino)** ou um macrolídeo (azitromicina ou claritromicina);
 - Lembrar que: não podemos utilizar antibióticos que agem na parede celular (como os betalactâmicos).

Tarefa 12 (Avançada)

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 28 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d449eb06-7916-4c99-a19c-de47001b04af>


2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 13 (Simplificada)

Disciplina: Endocrinologia

Assunto: Diabetes Mellitus - Diagnóstico, Classificação; Diabetes Mellitus Tipo 2; Diabetes Mellitus – Insulinoterapia

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Endocrinologia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Diabetes Mellitus - Diagnóstico, Classificação; Diabetes Mellitus Tipo 2; Diabetes Mellitus – Insulinoterapia**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

 **Importante:** lembre-se que são nessas **tarefas de revisão** que você deve fazer seu **Caderno de Erros** no Evernote (ou mesmo Word), baseado nas suas dificuldades ao realizar a lista de questões incluída

abaixo. Anote principalmente informações de assuntos que tenha **errado** ou **acertado com dúvida** na lista de questões.

- ➔ Essa é uma **tarefa de revisão teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2h**.

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Revise os principais tópicos referentes aos assuntos ***Diabetes Mellitus - Diagnóstico, Classificação; Diabetes Mellitus Tipo 2; Diabetes Mellitus – Insulinoterapia.***

- ➔ **Como revisar?** Você pode fazer isso lendo as suas anotações no material em PDF/resumos (que confeccionou nas tarefas de teoria) **ou lendo as Dicas contidas no corpo das tarefas** referentes a esse assunto. Essa revisão teórica deve durar **até 30 minutos**.

Não negligencie a revisão teórica, ela é de fundamental importância para que memorize os conceitos estudados!

2) Faça a lista de exercícios indicada no link abaixo.

- ➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.
- ➔ **Caderno de Erros:** ao errar ou acertar com dúvida (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou outro aplicativo de notas**, no caderno que você criou para a disciplina, **informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva).
Exemplo: você pode copiar a frase do professor que elucide o ponto que ainda tem dúvida, quadros, tabelas comparativas, mnemônicos...O que quiser inserir de informação para não voltar a errá-la (mas faça com poucas informações, de forma pontual e objetiva). Esse caderno de erros será utilizado para lapidar o seu estudo nas semanas finais de revisão. Assim, faça-o com presteza!

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/30ef8154-2387-4804-ad66-04a58ec2669e>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 13 (Avançada)

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/30ef8154-2387-4804-ad66-04a58ec2669e>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 14 (Simplificada)

Disciplina: Gastroenterologia

Assunto: Doença Péptica e Dispepsia Funcional; Pancreatites; Distúrbios Disabsortivos e Síndrome do

Intestino Irritável

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Gastroenterologia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Doença Péptica e Dispepsia Funcional; Pancreatites; Distúrbios Disabsortivos e Síndrome do Intestino Irritável**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

✚ **Importante:** lembre-se que são nessas **tarefas de revisão** que você deve fazer seu **Caderno de Erros** no Evernote (ou mesmo Word), baseado nas suas dificuldades ao realizar a lista de questões incluída abaixo. Anote principalmente informações de assuntos que tenha **errado** ou **acertado com dúvida** na lista de questões.

- ➔ Essa é uma **tarefa de revisão teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2h**.

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Revise os principais tópicos referentes aos assuntos *Doença Péptica e Dispepsia Funcional; Pancreatites; Distúrbios Disabsortivos e Síndrome do Intestino Irritável*.

- ➔ **Como revisar?** Você pode fazer isso lendo as suas anotações no material em PDF/resumos (que confeccionou nas tarefas de teoria) **ou** lendo as Dicas contidas no corpo das tarefas referentes a esse assunto. Essa revisão teórica deve durar **até 30 minutos**.

Não negligencie a revisão teórica, ela é de fundamental importância para que memorize os conceitos estudados!

2) Faça a lista de exercícios indicada no link abaixo.

- ➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.
- ➔ **Caderno de Erros:** ao errar ou acertar com dúvida (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou outro aplicativo de notas**, no caderno que você criou para a disciplina, **informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva).
Exemplo: você pode copiar a frase do professor que elucide o ponto que ainda tem dúvida, quadros, tabelas comparativas, mnemônicos...O que quiser inserir de informação para não voltar a errá-la (mas faça com poucas informações, de forma pontual e objetiva). Esse caderno de erros será utilizado para lapidar o seu estudo nas semanas finais de revisão. Assim, faça-o com presteza!

Link – 35 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2c718749-ee90-44af-b840-e3c03280de72>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 14 (Avançada)

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 35 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2c718749-ee90-44af-b840-e3c03280de72>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 15 (Simplificada)

Disciplina: Cirurgia

Assunto: Queimaduras e Trauma Elétrico

Incidência: 5,14% das questões de Cirurgia (2011-2021)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia**. Lembrando que ela é a **2ª disciplina mais cobrada pelo INEP na prova do Revalida!** Vamos estudar agora o assunto Queimaduras e Trauma Elétrico, abordado pela banca nas últimas edições da prova.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Queimaduras e Trauma Elétrico (Cirurgia).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, faça os exercícios do link abaixo para fixar os conceitos estudados.

Link – 24 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/a7ba736a-3863-48ae-a029-453c422bb294>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.** Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Cirurgia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/cirurgia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Classificação de profundidade das queimaduras; 2.0 Resposta metabólica de queimaduras; 3.0 Atendimento inicial às vítimas de queimadura; 4.0 Tratamento definitivo das áreas queimadas; 5.0 Nutrição em pacientes queimados; 6.0 Trauma elétrico; 7.0 Complicações de queimaduras

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse assunto é importante para a sua prova. Foi cobrado pela banca nas últimas três edições da prova!

- **Decore a “regra dos nove” de Wallace;**
- **Mais importante dessa tarefa: estudar e saber todo o passo a passo do manejo inicial às vítimas de queimaduras, pois é o que a banca gosta de cobrar!**
- **Reposição volêmica em pacientes queimados merece atenção especial.**

❖ Revalidando, é importante saber a **estimativa da superfície corpórea queimada**, que é feita através da “regra dos nove” de Wallace. **(INEP 2021 e 2020)**

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

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



❖ Revalidando, você precisa memorizar o **atendimento inicial às vítimas de queimadura**: **(INEP 2012, 2020 e 2021)**

Manejo Hospitalar

- Segue o mnemônico de atendimento inicial do ATLS (ABCDE), onde a **primeira conduta deve ser garantir uma via aérea patente**. Após essa medida, devemos assegurar ventilação e oxigenação adequadas e, na sequência, tratar o choque por queimadura através de reposição volêmica.
- Após essas medidas iniciais, oferecemos cuidados iniciais para as áreas queimadas e avaliamos a necessidade de transferência para unidade de queimados ou UTI.
- Importante **decorar os critérios para intubação precoce**: **(INEP 2013)**

PRINCIPAIS CRITÉRIOS PARA INTUBAÇÃO PRECOCE EM QUEIMADOS

- **SINAIS DE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS: ROUQUIDÃO, ESTRIDOR, USO ACESSÓRIO DE MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS E RETRAÇÃO ESTERNAL.**
- **QUEIMADURAS FACIAIS EXTENSAS E PROFUNDAS.**
- **DEGLUTIÇÃO DIFÍCIL: ATENÇÃO PARA SIALORREIA.**
- **SINAIS DE COMPROMETIMENTO RESPIRATÓRIO: FADIGA RESPIRATÓRIA, OXIGENAÇÃO OU VENTILAÇÃO INSUFICIENTES.**
- **DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8).**
- **QUEIMADURAS CERVICAIS DE ESPESSURA TOTAL, CIRCUNFERENCIAIS.**

Medidas Auxiliares

- Realizadas após garantirmos via aérea, ventilação, oxigenação e início da ressuscitação volêmica;

- Essas medidas incluem:
 - **Avaliação da necessidade de escarotomia dos membros:** indicada para todas as queimaduras circunferenciais de espessura total (3º grau)
 - **Analgesia:** recomenda-se o uso de opioides potentes, como fentanil ou morfina, por via endovenosa;
 - **Profilaxia do tétano:** deve ser revisada para todos os pacientes vítimas de queimadura de 2º e 3º grau;
 - **Profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV):** está indicada no momento da admissão para todos os pacientes com > 20% da superfície corpórea queimada, desde que não existam contraindicações;
 - **Descompressão gástrica:** indicada para todos os pacientes com superfície corpórea queimada > 20%.
- ❖ Sobre a reposição volêmica em pacientes queimados: **(INEP 2020)**
 - Está formalmente indicada em qualquer paciente com superfície corpórea queimada superior a 20%, segundo o ATLS.
 - Para todas as fórmulas usadas, preconiza-se que a **hidratação seja feita com ringer lactato**, sendo que **metade do volume deve ser administrado nas primeiras oito horas e a outra metade, nas 16 horas subsequentes**;
 - Observe abaixo as fórmulas mais utilizadas:



FÓRMULAS DE REPOSIÇÃO VOLÊMICA	
PARKLAND (ATLS - trauma elétrico)	4 x SCQ ⁺ x PESO (volume em 24 horas)
ATLS 10ª ed. (adultos)	2 x SCQ ⁺ x PESO (volume em 24 horas)
ATLS 10ª ed. (pacientes pediátricos: < 14 anos)	3 x SCQ ⁺ x PESO (volume em 24 horas)

- ❖ Importante saber quais são os critérios de transferência do paciente para unidades de queimados: **(INEP 2015)**

Queimaduras de 2º grau acima de 10% da superfície corporal queimada
Queimadura em face, mãos, pés, genitália, períneo ou articulações
Qualquer queimadura de 3º grau
Queimaduras elétricas
Queimaduras químicas
Lesão inalatória
Queimaduras em pacientes com comorbidades que possam aumentar a mortalidade
Queimaduras associadas a traumas concomitantes
Queimaduras em crianças sem equipe qualificada
Queimaduras em pacientes que necessitem de suporte social, emocional ou reabilitação

- ❖ **Conduta em queimaduras de pequena monta** (até 5% da superfície corpórea queimada) **(INEP 2011)**
 - ✓ Resfriamento por 20 a 30 minutos, começando imediatamente após a queimadura;
 - ✓ Curativo oclusivo não aderente, associado ou não à antibioticoterapia tópica com sulfadiazina de prata a 1%;
 - ✓ Analgesia e vacinação ou soroterapia antitetânica caso seja necessária;
 - ✓ Antibioticoterapia sistêmica está indicada apenas para os casos em que há evidência de infecção, o que não costuma acontecer antes de transcorridas 72 horas após a queimadura;
 - ✓ **Atenção:** O uso de substâncias irritantes, como PVPI ou clorexidina, devem ser evitados, pois causam agressão adicional à área queimada. Além disso, a analgesia tópica com lidocaína ou outros agentes não está prevista nos casos de queimadura.
- ❖ **Queimadura elétrica: (INEP 2022)**
 - Existe uma lesão de entrada e uma lesão de saída da corrente, que representam a ponta do iceberg. Entre elas, houve passagem de corrente elétrica e consequentemente, houve lesão térmica de diversas estruturas, especialmente músculos, nervos e vasos;
 - A lesão muscular extensa, presente nas vítimas de trauma elétrico, é responsável por duas complicações importantes que frequentemente são cobradas em provas: **Síndrome compartimental e Rabdomiólise com mioglobínúria.**

Rabdomiólise: evento secundário à necrose muscular extensa, em que ocorre a liberação massiva de elementos intracelulares dos miócitos para a corrente sanguínea.

- A deposição de mioglobina nos túbulos renais produz necrose tubular aguda e pode levar à injúria renal aguda grave;

- Outros sintomas: fraqueza, mialgia, rigidez, câibras, mal-estar, febre, taquicardia, náuseas, vômitos e dor abdominal;

- Alterações laboratoriais:

- ✓ Aumento da CPK: > 5x o valor normal (ATLS: > 10.000 U/L)
- ✓ Hipercalemia > 6 mmol/L: pode resultar em arritmias cardíacas
- ✓ Hiperfosfatemia
- ✓ Hipocalcemia (o Ca Cai!!!)
- ✓ Hiperuricemia
- ✓ Acidose metabólica com ânion gap moderado a alto
- ✓ Aumento de AST, ALT e DHL
- ✓ Mioglobínúria

- Tratamento imediato:

- ✓ **Hidratação agressiva:** recomenda-se a reposição volêmica com ringer lactato conforme a fórmula de Parkland, ou seja, 4mL x SCQ x peso.
- ✓ **Monitorização eletrocardiográfica** (pelo risco de arritmia causada pela hipercalemia);
- ✓ Transferência para o centro especializado em queimados, após estabilização.

Tarefa 15 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 24 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/a7ba736a-3863-48ae-a029-453c422bb294>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 16 (Simplificada)

Disciplina: Psiquiatria

Livro Digital: Psiquiatria Infantil

Incidência: 11,54% das questões de Psiquiatria (2011-2022)

Estrategista, vamos estudar agora o assunto Psiquiatria Infantil, o **quarto** mais cobrado pelo INEP.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Psiquiatria Infantil (Psiquiatria).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, faça os exercícios do link abaixo para fixar os conceitos estudados.

Link – 22 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/3cd46921-9f89-45fd-aa61-7dd1da565a6c>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!**

Link da Aula de Psiquiatria:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/psiquiatria-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Transtorno do espectro autista; 2.0 Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); 3.0 Transtorno de oposição e desafio (TOD); 4.0 Transtorno de conduta (TC); 5.0 Transtorno explosivo intermitente (TEI); 6.0 Deficiência intelectual; 7.0 Transtornos específicos de aprendizagem

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um tema fácil, com baixo nível de complexidade nas questões. Portanto, utilize as dicas abaixo para balizar seu estudo e memorize somente o que já caiu na prova.

❖ **Transtornos específicos de aprendizagem (INEP 2015 e 2013)**

- São prejuízos na aquisição do aprendizado formal que se espera para a idade, podendo afetar o desempenho de leitura (dislexia), a capacidade de resolução de cálculos ou o desenvolvimento de escrita;
- Geralmente são identificados nos primeiros anos escolares, quando se observa que a criança não é capaz de acompanhar o aprendizado da classe;
- **Atenção:** É **necessário compreender o funcionamento da família**, sua dinâmica, os estímulos que fornecem ao paciente, estressores, entre outros fatores na própria escola, que podem influenciar no desempenho acadêmico. LEMBRE-SE: nem todo prejuízo acadêmico é causado por transtorno de aprendizagem!
- É necessário incentivar e estimular a criança, provendo as ferramentas necessárias para seu aprendizado.

❖ **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (INEP 2017)**

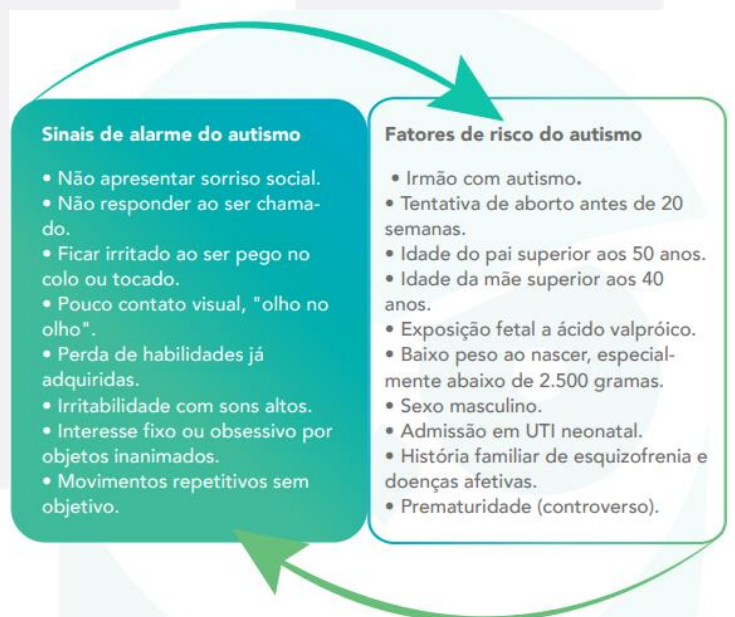
- Mais comum no sexo masculino;
- Transtorno do neurodesenvolvimento com três facetas distintas: **impulsividade**, a **hiperatividade** e a **desatenção**;
- **Atenção:** Crianças com TDAH são “bagunceiras”, não param quietas, são agitadas, têm dificuldades em esperar sua vez, interrompem os outros com frequência. O componente desatento é representado por perda de objetos, fácil distração, esquecimento de lições de casa, compromissos e datas comemorativas;
- Os **sintomas** devem surgir **até os 12 anos de idade** e precisam ser manifestados em pelo menos **dois ambientes diferentes** (casa, escola, trabalho, por exemplo);
- Diagnóstico: baseia-se na constatação das características típicas do TDAH de maneira persistente (no mínimo 6 meses), causando prejuízos funcionais ao indivíduo;
- Tratamento: o manejo farmacológico é muito eficaz.
 - **Psicoestimulantes são os fármacos de primeira linha (metilfenidato ou a lisdexanfetamina)**, melhorando a transmissão dopaminérgica e noradrenérgica.

❖ **Transtorno do espectro autista: (INEP 2016)**

- **Quadro clínico:**
 - **Prejuízos persistentes na comunicação verbal e não-verbal e na interação social;**
 - **Estereotipias motoras;**
 - **Padrão rígido de comportamento e rotina;**
 - **Irritabilidade e hipersensibilidade a estímulos ambientais.**
- 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.
- Tratamento:

Reabilitação precoce: psicoterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia e pedagogia

Tratamento farmacológico: indicado para redução de sintomas mais graves (agitação, irritabilidade e insônia) – antipsicóticos ou antidepressivos.



Tarefa 16 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 22 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/3cd46921-9f89-45fd-aa61-7dd1da565a6c>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 17 (Simplificada)

Disciplina: Cardiologia

Assunto: Doença Aterosclerótica Coronariana

Incidência: 27,45% das questões de Cardiologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Cardiologia, **9ª disciplina mais cobrada no Revalida**. Esse assunto é responsável por quase 1/3 das questões cobradas da disciplina. Tenha atenção!

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Leia as Dicas da Tarefa de Doença Aterosclerótica Coronariana (Cardiologia).**

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/0a281a7a-ca2e-4774-b98d-045a66f58a65>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões**. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Cardiologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/cardiologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Dislipidemia e estratificação do risco cardiovascular; 2.0 Doença arterial coronariana estável; 3.0 Síndrome coronariana aguda; 4.0 Infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um tema de grande importância para a prova do Revalida! Dentro dessa aula, o tópico com maior probabilidade de aparecer na sua prova é o Infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST (IAMCSST)!

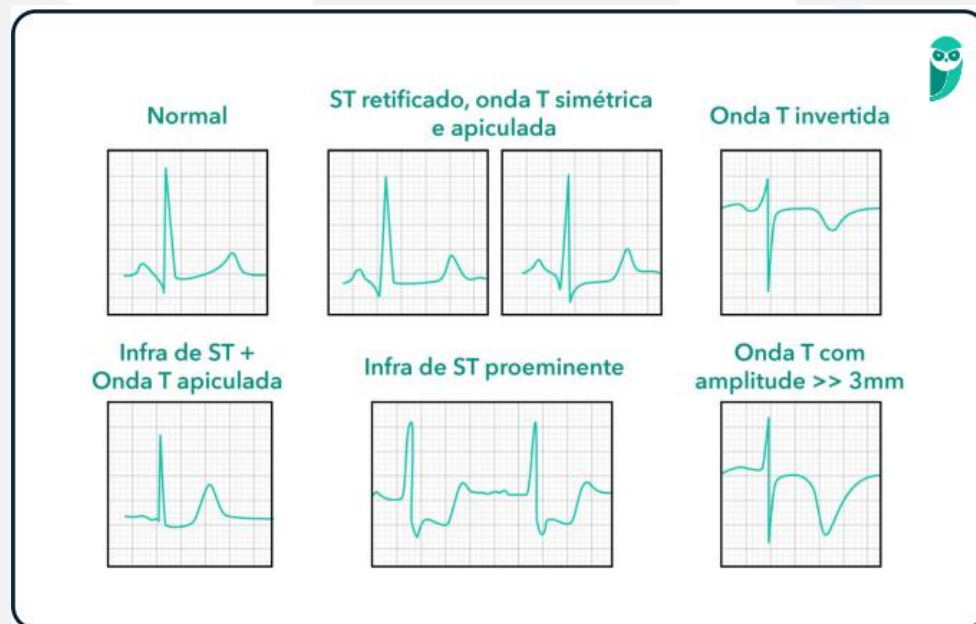
Síndrome Coronariana Aguda

❖ Síndrome Coronariana Aguda sem supra do segmento ST: (INEP 2015, 2012 e 2011)

Pode ser dividida em duas entidades: **angina instável (AI)** e **infarto agudo do miocárdio sem supra do segmento ST (IAMSSST)**. Para a prova do Revalida, a segunda que é importante!

➤ Infarto agudo do miocárdio sem supra do segmento ST:

- É uma angina instável que evoluiu com marcadores de necrose miocárdica positivos;
- ECG: pode estar normal, com infra de ST ou alterações da onda T
Observe abaixo os traçados:



Atenção: um ECG normal inicial NÃO descarta a SCA, sendo importante realizar exames seriados (repetir pelo menos mais uma vez, em até 6 horas), principalmente se houver alteração do quadro clínico (retorno ou piora da dor, piora da dispneia etc.).

- Marcadores de necrose miocárdica:
 - A elevação dos MNM fecha o diagnóstico de IAMSSST! Se normal em todas as dosagens, o diagnóstico é de angina instável!
 - **Mioglobina:** Não possui mais utilidade no diagnóstico de IAM, estando contraindicada sua

utilização.

- **Troponina:** as troponinas T e I são os marcadores padrão-ouro utilizados para o diagnóstico de IAM. Devido a seu elevado tempo de duração (5 a 14 dias), é muito útil para a detecção de infartos ocorridos há mais de 48 horas (infarto tardio). No paciente com dor torácica aguda, devemos dosar a troponina ultrasensível. Sua dosagem deve ser feita na admissão e, idealmente, reavaliada em 1 ou 2 horas. Se ela não estiver disponível, pode ser utilizada a troponina convencional. Se a troponina (ultrasensível e convencional) não estiver disponível, podemos dosar a CK-MB massa.

- **CK-MB:** Pelo fato de possuir uma duração aproximada de 48 h, é muito útil no diagnóstico de reinfarto e infarto periprocedimento.

- Estratificação de risco:

CLASSIFICAÇÃO DE BRAUNWALD MODIFICADA (AHA/ACC) - Estratifica os pacientes em **risco alto, baixo e intermediário**, com base em critérios clínicos e eletrocardiográficos e nos marcadores de necrose miocárdica.

CARACTERÍSTICAS	ALTO	MODERADO	BAIXO
História	Idade: > 75 anos Dor progressiva, sintomas nas últimas 48 horas	Idade: 70 - 75 anos Infarto prévio, doença vascular periférica, diabetes melito, cirurgia, de revascularização, uso prévio de AAS	
Dor precordial	Prolongada (> 20 min.) em repouso	Prolongada (> 20 min.) em repouso, mas com alívio espontâneo ou nitrato	Sintomas novos de angina classe III ou IV da CCS nas últimas 2 semanas sem dor em repouso prolongado (> 20 min.)
Exame físico	Edema pulmonar, piora ou surgimento de regurgitação mitral, B3, hipotensão, bradicardia e taquicardia		
Eletrocardiograma	Infradesnível do segmento ST > 0,5 mm (associada ou não com angina), alteração dinâmica do ST, bloqueio completo de ramo, novo ou presumidamente novo, taquicardia ventricular sustentada	Inversão onda T > 2 mm, ondas Q patológicas	Normal ou inalterado durante o episódio de dor
Marcadores séricos de isquemia	Acentuadamente elevados	Elevação discreta	Normais

HEART SCORE – Critério mais atual utilizado nas unidades de emergência

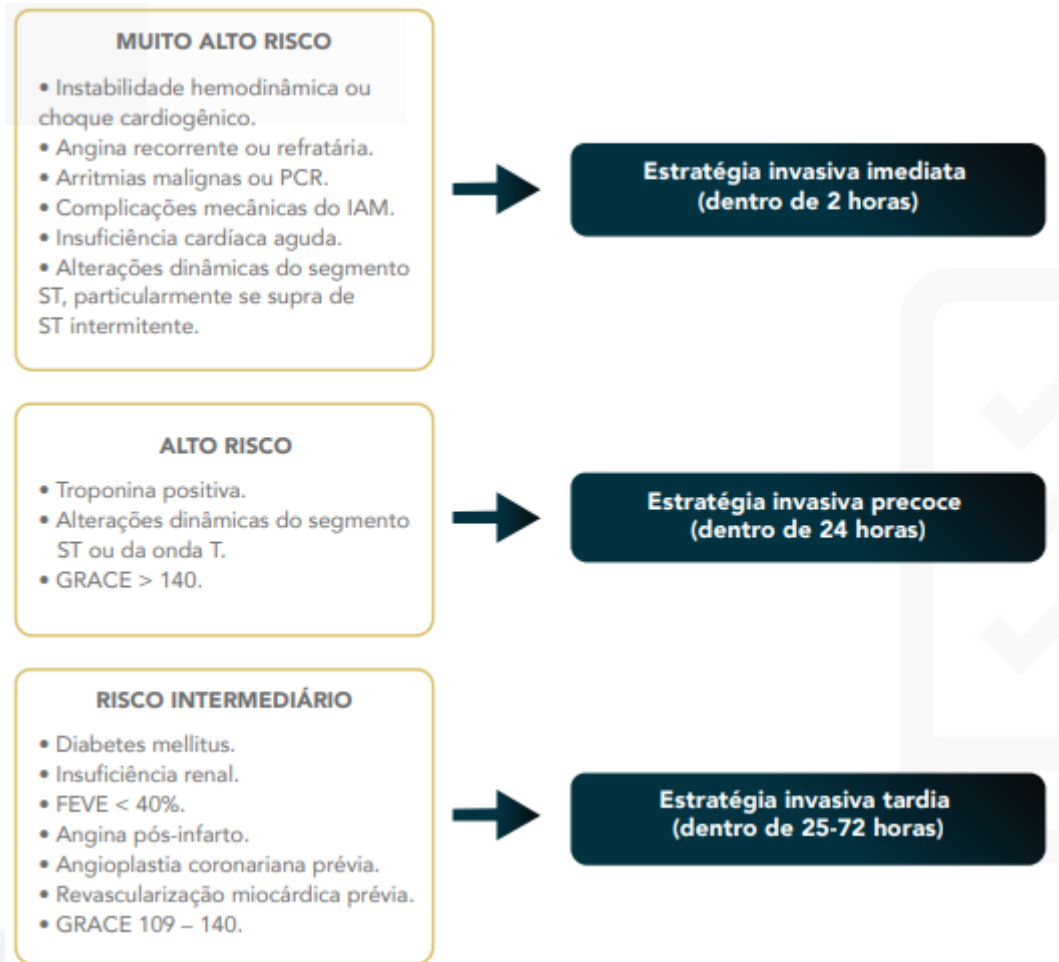
ESCLARECENDO!



HEART SCORE para estratificação de paciente com dor torácica		
História	- Altamente suspeita	- 2 pontos
	- Moderadamente suspeita	- 1 ponto
	- Pouco ou nada suspeita	- 0 ponto
ECG	- Depressão significativa do segmento ST	- 2 pontos
	- Alteração inespecífica da repolarização	- 1 ponto
	- Normal	- 0 ponto
Idade	- ≥ 65 anos	- 2 pontos
	- 46 a 64 anos	- 1 ponto
	- ≤ 45 anos	- 0 ponto
Fatores de Risco	- mais de 3 fatores de risco ou história familiar de DAC	- 2 pontos
	- 1 a 2 fatores de risco	- 1 ponto
	- sem fatores de risco	- 0 ponto
Troponina	- $\geq 3x$ o limite da normalidade	- 2 pontos
	- > 1 a $< 3x$ o limite da normalidade	- 1 ponto
	- Abaixo do limite da normalidade	- 0 ponto
Fatores de risco: diabetes, tabagismo, hipertensão, história familiar de DAC e obesidade		
Escore 0-3: Chance de eventos = 2,5% → Alta hospitalar		
Escore 4-6: Chance de eventos = 20,3% → Internar para observação clínica		
Escore 7-10: Chance de eventos = 72,7% → Coronariografia precoce		

Atenção: Pacientes com HEART score ≤ 3 , troponina ultrasensível negativa, ECG sem alteração isquêmica e ausência de antecedentes de DAC podem receber alta do serviço de emergência com segurança e serem encaminhados para acompanhamento ambulatorial.

- Condutas iniciais:
 - ✓ **Estratégia invasiva (cateterismo ou cirurgia de revascularização):**



✓ **Terapia medicamentosa:**

É baseada em três pilares: (1) **terapia anti-isquêmica**; (2) **terapia antitrombótica** e (3) **estabilização da placa**.

(1) **Terapia anti-isquêmica:**



○ **Oxigenioterapia:**

- Indicação: pacientes com desconforto respiratório e/ou hipoxemia (saturação de oxigênio < 90%).
- Forma de administração: 2 a 4 L/min durante 3 horas, por meio do cateter de oxigênio.

○ **Nitratos:**

- Indicação: pacientes com SCASSST estáveis hemodinamicamente na ausência de contraindicações.
- Contraindicações: infarto do ventrículo direito, hipotensão arterial (pressão arterial sistólica < 100 mmHg); uso prévio de sildenafil nas últimas 24 horas ou tadalafila nas últimas 48 horas.
- Forma de administração: nitrato sublingual 5 mg a cada 5 minutos por, no máximo, três vezes. Caso não haja alívio da dor, deve ser iniciada a administração de nitroglicerina (Tridil®) IV.
- Atenção: **Não reduzem a mortalidade nos pacientes com SCA.**

○ **Betabloqueadores:**

- Diminuem a frequência cardíaca (FC), a pressão arterial e a contratilidade miocárdica, promovendo redução de consumo de oxigênio pelo miocárdio.
- Indicação: administrar BB via oral nas primeiras 24 horas em pacientes sem contraindicações (sinais de insuficiência cardíaca, sinais de baixo débito, risco aumentado de choque cardiogênico, como idade > 70 anos, FC > 110 bpm ou PAS < 120 mmHg, ou outras contraindicações).
- Atenção: **Reduzem a mortalidade na SCASSST.**

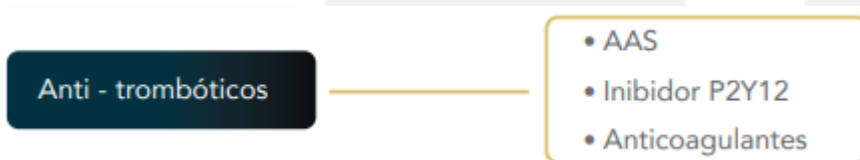
○ **Bloqueadores dos canais de cálcio:**

- Indicações: (1) persistência da dor apesar da terapia antianginosa; (2) contraindicação aos betabloqueadores e (3) pacientes com angina de Prinzmetal.

○ **IECA/BRA:**

- Indicados principalmente para os pacientes com disfunção do ventrículo esquerdo (FE < 40%), hipertensão arterial ou diabetes.
- Pode ser iniciado dentro das primeiras 24h de internação.

(2) Terapia antitrombótica:



○ **Anti-plaquetários (Ácido acetilsalicílico - AAS):**

- Indicação: TODOS os pacientes, com exceção dos raros casos de contraindicação. Se alergia ao AAS, está indicada a monoterapia com inibidor P2Y12 (uso preferencial de ticagrelor e prasugrel).
- Reduz a mortalidade em 23%.

○ **Antagonistas do receptor P2Y12 do ADP:**

- Principais representantes dessa classe: **clopidogrel, prasugrel e ticagrelor**
- Indicação: devem ser prescritos junto com o AAS por 12 meses (terapia dupla) após o evento agudo.
- Contraindicação: pacientes instáveis e/ou com risco elevado, que irão para o cateterismo imediato (< 2 h).

○ **Anticoagulantes:**

- Anticoagulação deve ser iniciada logo na admissão, juntamente com a terapia antiplaquetária. Normalmente são mantidas por 1 a 8 dias ou até a alta hospitalar (estratégia conservadora).
- **Heparina não fracionada (HNF):** uso preferencial em pacientes com disfunção renal grave (clearance < 15 mL/min) e naqueles que irão para cateterismo imediato; pacientes com peso > 150 kg;
- **Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina):** mecanismo de ação é semelhante ao da HNF, porém inibe de forma mais específica o fator Xa.
- **Fondaparinux:** atua como inibidor indireto e seletivo do fator X ativado (Xa). Alternativa à enoxaparina, especialmente no paciente com elevado risco hemorrágico

(3) Estabilização da placa:

o **Estatinas:**

- As de alta potência devem ser prescritas para TODOS os pacientes, exceto se houver contraindicação ou intolerância.
- Exemplos de estatinas de alta potência: **atorvastatina** 40 a 80 mg/dia e **rosuvastatina** 20 a 40 mg/dia.

Resumindo:



Drogas de rotina na SCA sem supra ST	
Antiplaquetários	AAS + clopidogrel ou ticagrelor ou prasugrel (após cateterismo)
Anticoagulantes	Enoxaparina ou fondaparinux ou HNF
Anti-isquêmicos / estabilizadores da placa	Betabloqueadores, nitratos, BCC, IECA/BRA, estatina

- Condutas e prescrição de **ALTA** - lembre-se do “**ABCDEI**”

A	Aspirina (AAS)
B	Betabloqueador
C	Clopidogrel, ticagrelor ou prasugrel
D	Dinitrato ou mononitrato de isossorbida
E	Estatina/espironolactona (FE ≤ 40% + IC ou DM)
I	IECA/influenza e pneumococo (vacinas)

❖ **Infarto Agudo do Miocárdio com supra do segmento ST:**

- Revalidando, o primeiro passo é **identificar o supra do ST no ECG**. Após sua confirmação, o próximo passo é **definir a parede miocárdica afetada**, o que pode ser feito por meio da **análise das derivações acometidas** pelo supra. (**INEP 2017**)

Análise topográfica no eletrocardiograma	
Parede anterior	V1, V2 e V3 - anterosseptal V1 a V4 - anterior V3 e V4 ou V3, V4 e V5 - anterior localizada V4 a V6 DI e aVL - anterolateral V1 e V6, DI e aVL - anterior extenso
Parede lateral	V5 e V6 - lateral baixa DI e aVL - lateral alta
Parede inferior	DII, DIII e aVF
Parede dorsal*	V7, V8 e V9
Parede livre do ventrículo direito	V3R, V4R (derivações direitas)

O último passo é **predizer a artéria coronária obstruída**, ou seja, a responsável pelo infarto. Isso é feito por meio da relação existente entre as artérias coronárias e as paredes miocárdicas por elas irrigadas.

Localização da parede e da artéria acometida	
IAM anterior	Descendente anterior
IAM lateral ou posterior	Circunflexa
IAM inferior	Coronária direita (DIII > DII) Circunflexa (DII > DIII)
IAM de ventrículo direito	Coronária direita

Atenção: **IMAGEM EM ESPELHO** → Normalmente, o supra de ST em uma derivação causa um infra de ST na derivação oposta (famosa imagem em espelho). Por exemplo: as derivações V1-V3 ficam opostas às derivações V7, V8 e V9. Assim, um supra nessas derivações causa um infra em V1-V3. O inverso também é verdadeiro. Porém, quem manda é o supra! Ou seja, na presença de supra de ST com imagem em espelho, o diagnóstico é de IAM com supra.

- Marcadores de necrose miocárdica: **Não devemos esperar o resultado das “enzimas cardíacas” para iniciar o tratamento** e a terapia de reperfusão. A presença de elevação do segmento ST no ECG implica a necessidade imediata de terapia de reperfusão, seja ela farmacológica (trombolíticos) ou mecânica.

➤ **Terapia de reperfusão miocárdica:**

- Indicada em todos os pacientes com IAMCSST em até 12 horas do início dos sintomas!
- Existem duas estratégias de reperfusão aceitas: intervenção coronariana percutânea (ICP) e a fibrinólise. A escolha entre essas estratégias dependerá de três fatores principais: disponibilidade do serviço de hemodinâmica, tempo para realização do cateterismo e experiência do centro na realização do exame.



- **Angioplastia primária:** deve ser o tratamento de escolha sempre que possível. Considera-se aceitável um intervalo de até **120 minutos (2 horas)** entre o diagnóstico do infarto e sua realização (tempo porta-balão) em hospitais sem serviço de hemodinâmica. Em hospitais com serviço de hemodinâmica esse tempo deve ser de até **90 min**.

- **Fibrinólise:** indicado quando não há possibilidade de angioplastia primária em tempo adequado e na ausência de contraindicações. Tempo porta-agulha (tempo entre o primeiro contato médico e o início do trombolítico) deve ser de **até 30 minutos**.

Existem duas classes de fibrinolíticos:

- (1) agente não fibrinoespecífico (estreptoquinase) e;
- (2) agentes fibrinoespecíficos (alteplase, tenecteplase e a reteplase).

A **tenecteplase (TNK-tPA)**, que é considerada o **fibrinolítico de escolha**.

Após a terapia fibrinolítica, devemos avaliar os critérios de reperfusão para definir se o tratamento teve sucesso:

Critérios de reperfusão após trombólise química	
Redução do supra do segmento ST > 50% em 60 a 90 minutos	
Melhora da dor	
Arritmias de reperfusão (ritmo idioventricular acelerado)	
Pico precoce dos marcadores de necrose miocárdica (troponina e CK-MB)	

- **Revascularização de urgência:** indicada quando houver contraindicação ou falha na terapia de reperusão (angioplastia ou fibrinólise) ou na presença de complicações. **(INEP 2021 e 2014)**

Indicações de revascularização cirúrgica de urgência no IAMCSST

- Insucesso da intervenção coronariana percutânea com instabilidade hemodinâmica e/ou grande área em risco.
- Isquemia recorrente.
- Arritmias ventriculares complexas (ex.: taquicardia ventricular).
- Choque cardiogênico.
- Complicações mecânicas do infarto (ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo, comunicação interventricular, ruptura de músculo papilar).

- **Tratamento farmacológico:** o tratamento do IAMCSST é semelhante ao das SCASSST, com exceção das estratégias de reperusão.
Lembre-se do acróstico **MONABICH**:

Morfina: em casos de dor refratária aos nitratos.

Oxigenioterapia: para pacientes com saturação de O₂ <92%.

Nitratos: para pacientes com dor e sem contraindicações.

AAS: é fundamental em todas as síndromes coronarianas agudas.

Betabloqueador: principalmente em pacientes hipertensos e taquicardíacos.

Inibidores de ECA: caso o paciente esteja hipertenso.

Clopidogrel: em TODOS os pacientes.

Heparina: realizar anticoagulação com heparina não fracionada venosa ou enoxeparina.

• **Considerações importantes: (INEP 2016)**

- a) A **dupla antiagregação plaquetária (AAS + inibidor da P2Y12)** deve ser feita durante 1 ano para TODOS os pacientes que sofreram síndrome coronariana aguda (com ou sem supra de ST).

Dentre os inibidores da P2Y12, o **clopidogrel** é o único antiagregante que pode ser usado na fibrinólise. Prasugrel e ticagrelor aumentam o risco de sangramento e estão contraindicados. Lembrando que: Se a opção for pela **fibrinólise**, a **dose de ataque do clopidogrel** será de **300 mg via oral (VO)** nos pacientes com menos de 75 anos. Nos pacientes com idade ≥ 75 anos, a **dose de ataque não deve ser realizada**, devendo-se administrar apenas a dose de manutenção de 75 mg.

- b) Anticiagulantes:

Heparina não fracionada: anticoagulante de escolha no tratamento dos pacientes com IAM com supra de ST que serão submetidos à **angioplastia primária**;

Heparina de baixo peso molecular: indicada especialmente para os pacientes submetidos à **terapia fibrinolítica**.

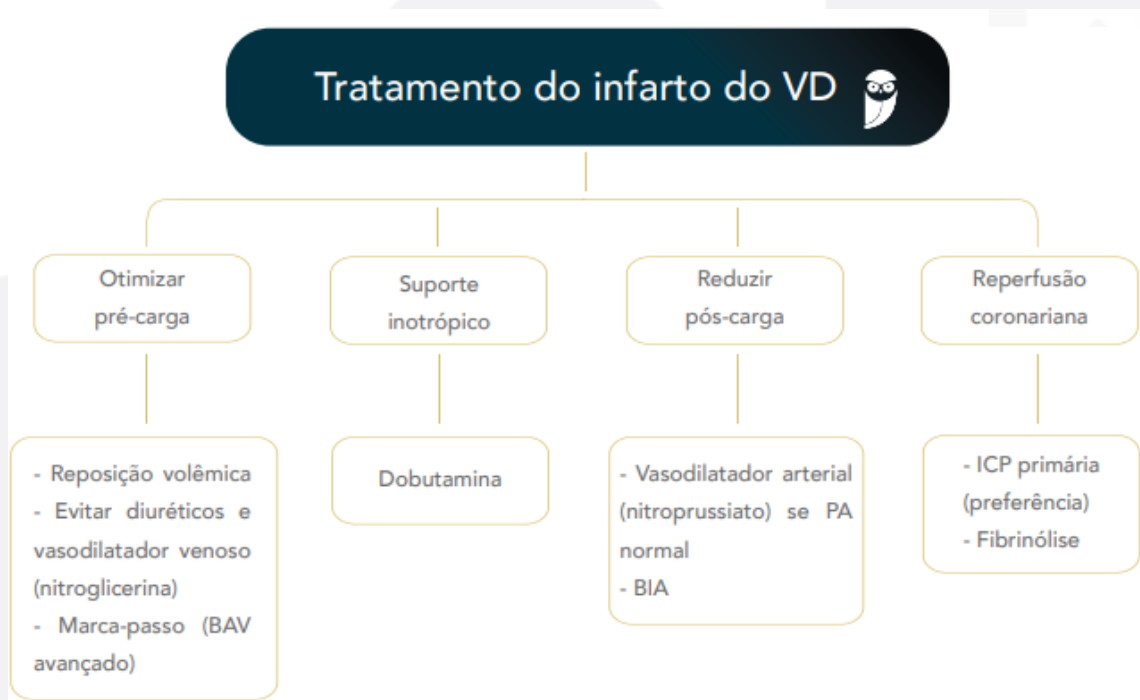


➤ **Complicações do Infarto** - As PRINCIPAIS são:

- 1) Infarto de ventrículo direito (Foque nessa pois já caiu duas vezes no Revalida!)
- 2) Pericardite pós-infarto precoce e tardia.
- 3) Complicações mecânicas: insuficiência mitral aguda; ruptura do septo interventricular, ruptura de parede livre do ventrículo esquerdo (VE); aneurisma e pseudoaneurisma de VE.

Infarto do Ventrículo Direito (INEP 2022 e 2013)

- Mais comum (cerca de 40%) após IAM de parede inferior;
- **Tríade clássica: Hipotensão arterial + turgência jugular + ausculta pulmonar limpa**
- **Sinal de Kussmaul:** distensão da veia jugular durante a inspiração
- **Pulso paradoxal:** queda da pressão sistólica > 10 mmHg com a inspiração
- Atenção: A artéria coronária direita (CD) quase sempre é a responsável pelo suprimento sanguíneo do VD. Portanto, no IAM de parede inferior, devemos traçar as derivações eletrocardiográficas direitas (**V3R e V4R**) para pesquisar o acometimento do VD → O supra do segmento ST na derivação precordial direita V4R é o achado eletrocardiográfico de maior valor preditivo positivo para o diagnóstico de infarto de VD.
- Tratamento:



Tarefa 17 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/0a281a7a-ca2e-4774-b98d-045a66f58a65>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 18 (Simplificada)

Disciplina: Neurologia

Assunto: Traumatismo Cranioencefálico

Incidência: 21,62% das questões de Neurologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina Neurologia, **12ª disciplina mais cobrada** no Revalida e representa aproximadamente **2,44%** das questões do INEP de 2011 a 2022. Além disso, **esse é o assunto mais cobrado dentro da disciplina**. Assim, tenha muita atenção ao estudá-lo!

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Traumatismo Cranioencefálico (Neurologia).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, faça os exercícios do link abaixo para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/51de5d1f-6922-4bab-97b4-489b4498c03e>

3) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!**

Link da Aula de Neurologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/neurologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução; 2.0 Classificação de gravidade do TCE; 3.0 TCE leve e concussão; 4.0 TCEs moderado e grave; 5.0 Condutas nos TCEs moderado e grave

Dicas da Tarefa:

❖ Classificação de gravidade do TCE (INEP 2022 e 2021)

Revalidando, temos aqui a famosa **escala de coma de Glasgow** (ECG), responsável por graduar o nível de consciência do paciente vítima de TCE. É preciso **decorar a tabela abaixo!**

Parâmetro	Resposta	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao chamado	3
	Ao estímulo doloroso (à pressão)	2
	Ausente	1
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso, desorientado	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Ausente	1
Melhor resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza estímulo	5
	Retirada inespecífica (flexão normal)	4
	Decorticação (flexão anormal)	3
	Descerebração (extensão normal)	2
	Ausente	1

ATENÇÃO
DECORE!



De acordo com a pontuação, classificamos o **TCE em leve, moderado ou grave:**

TOME
NOTA!



TCE leve

13, 14 e 15

TCE moderado

9-12

TCE grave

8 ou menos
(Lembre-se: "oitobação")

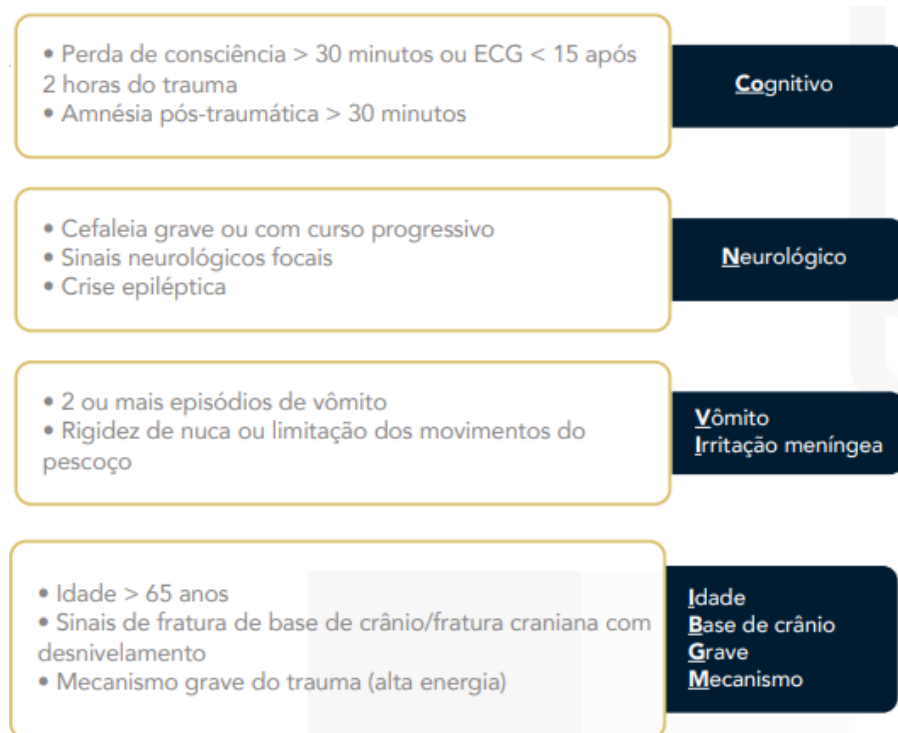
❖ TCE leve: (INEP 2022, 2021, 2020 e 2015)

Revalidando, um paciente vítima de TCE leve pode apresentar o que chamamos de **concussão cerebral**, que é uma disfunção cerebral aguda causada pelo TCE, que não causa rebaixamento significativo de consciência (ou seja, uma pontuação na ECG menor do que 13). Geralmente o paciente vítima de concussão apresenta TC de crânio normal.

Os dois principais sintomas na síndrome de concussão são **confusão mental** e **amnésia lacunar**, que podem ou não estar associados à perda transitória de consciência.

Na maioria dos casos, sintomas de concussão não representam alarme e não demandam observação prolongada no PS. Contudo, a **presença de sinais de alarme sugerem a realização de uma TC de crânio**:

❖ **Sinais de alarme de TCE leve – CoNVlTe para a IBaGeM**



Atenção! Todos os pacientes com **TCE leve com sinais de alarme, TCE moderado ou grave** devem ser submetidos à **TC de crânio** e mantidos sob observação. *(Questão de prova!)*

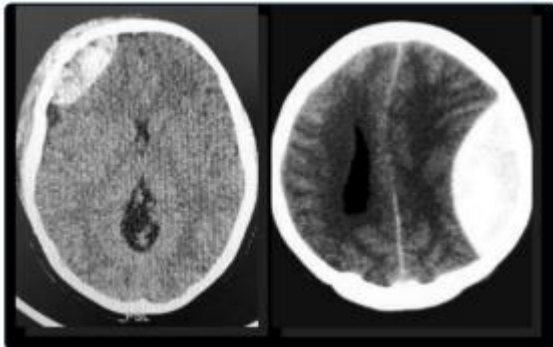
❖ **Lesões intracranianas primárias:**

Lesões extra-axiais:

- Ocorrem por extravasamento de sangue nos espaços entre as meninges ou nos ventrículos cerebrais;
- São divididas em: **hematoma epidural** (HED), **hematoma subdural** (HSD), **hemorragia subaracnóidea** (HSA) e **hemorragia intraventricular**.

Revalidando, aqui nas dicas vou me ater a resumir as principais características do hematoma epidural e subdural, que já foram cobrados pela banca do Inep:

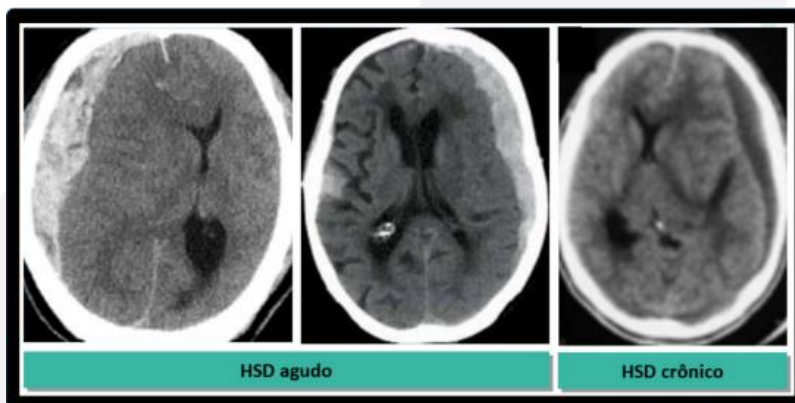
a) **Hematoma epidural: (INEP 2016)**



Tc de crânio: lesão extra-axial **hiperatenuante**, com formato de **lente** (Epidural) biconvexa. Em casos mais avançados, o **parênquima desvia-se para o lado oposto**, cruzando a linha média.

- Associado a eventos traumáticos de alta energia;
- Local mais comum do trauma é a região temporoparietal e o mecanismo é a ruptura da artéria meníngea média;
- Geralmente ocorre rápida expansão do hematoma e **síndrome de hipertensão intracraniana** em poucas horas: **cefaléia + vômitos + papiledema (Tríade clássica!)**
- **DICA para a prova:** casos de TCE com piora cognitiva ou de nível de consciência **após intervalo lúcido**: marcar hematoma epidural!
- Conduta: acionar a equipe de neurocirurgia para **evacuar o hematoma**.

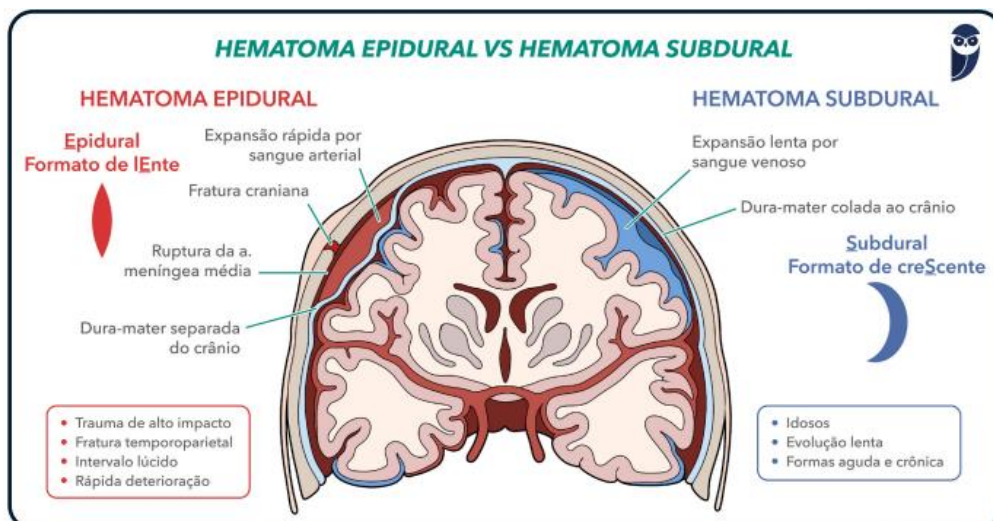
b) Hematoma subdural:



TC de crânio: imagem extra-axial hiperdensa, em formato de creScente (côncavo-convexa) (Subdural). A atenuação muda à medida que o hematoma cronifica e, no HSD crônico, o hematoma é hipodenso

- Associado a eventos traumáticos de baixa energia, como na queda do mesmo nível;
- É o tipo de lesão extra-axial mais comum;
- O hematoma é formado por ruptura de veias pontes. Assim, o sangue que extravasa para o espaço subdural é venoso, tem pressão mais baixa e corre por um espaço mais amplo, **evoluindo mais lentamente do que o HED e com menor frequência de complicações**.
- O quadro clínico é variável: casos leves a moderados podem apresentar cefaleia, náuseas e sonolência leve. Em casos graves, o rebaixamento do nível de consciência pode surgir logo no momento do trauma ou após um intervalo lúcido de algumas horas. À medida que o hematoma aumenta, sintomas de síndrome de hipertensão intracraniana podem ocorrer;
- Quadro típico: idoso que cai, sofre um TCE leve sem maiores repercussões e vai ao pronto-socorro após semanas do evento inicial. Por esse motivo, **TCE em pessoas acima de 65 anos, independentemente da gravidade, exige TC de crânio** para afastar HSD.
- Conduta: craniotomia e drenagem cirúrgica precoce, para evitar complicações.

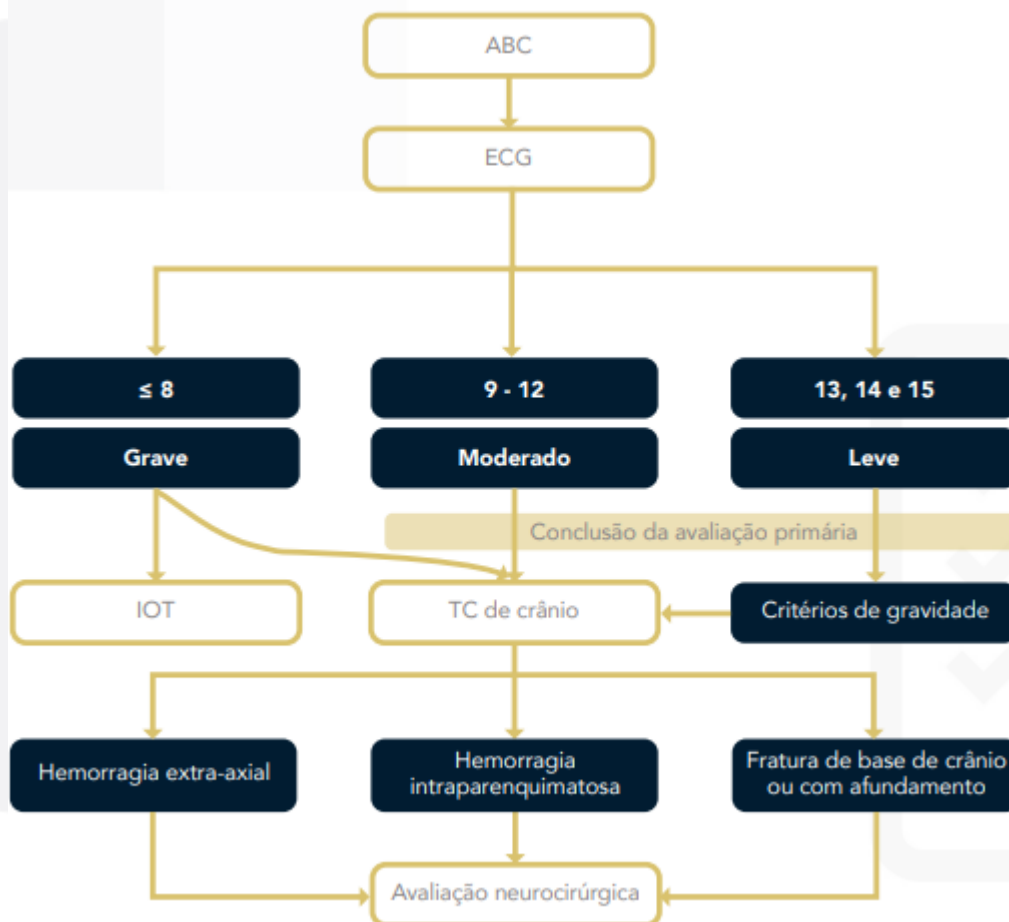
Revalidando, observe a figura abaixo, que mostra as principais diferenças entre o HED e o HSD:



❖ **Conduta nos TCEs moderados a graves:**

- 1) Protocolo do ATLS: manter vias aéreas pervias, assegurar ventilação e oxigenação adequadas e tratar choque hipovolêmico.
- 2) Somente depois de assegurado o ABC do trauma é que vamos dar atenção ao quadro neurológico → O primeiro ponto a ser verificado é o nível de consciência.

Observe o fluxograma abaixo:



- 3) Cuidados intensivos: manutenção da perfusão e da oxigenação adequada dos tecidos, por meio de controle de parâmetros ventilatórios e hemodinâmico. Para as **lesões extra-axiais**, o tratamento cirúrgico de escolha é a **drenagem de urgência dos hematomas**.

Tarefa 18 (Avançada)

- 1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/51de5d1f-6922-4bab-97b4-489b4498c03e>

- 2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 19 (Simplificada)

Disciplina: Pneumologia

Assunto: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Incidência: 21,43% das questões de Pneumologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo de Pneumologia, **14ª disciplina mais cobrada na prova do Revalida INEP**, representando aproximadamente **2,14%** das questões de 2011 a 2022. Além disso, esse é o **segundo assunto mais cobrado dentro dessa disciplina**.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

- 1) **Leia as Dicas da Tarefa** de **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Pneumologia)**.

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

- 2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/5b9a2f0e-2d1f-4cf2-b3fc-41d3231c39db>

- 3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões**. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Pneumologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/pneumologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Definição até 12.0 Prognóstico

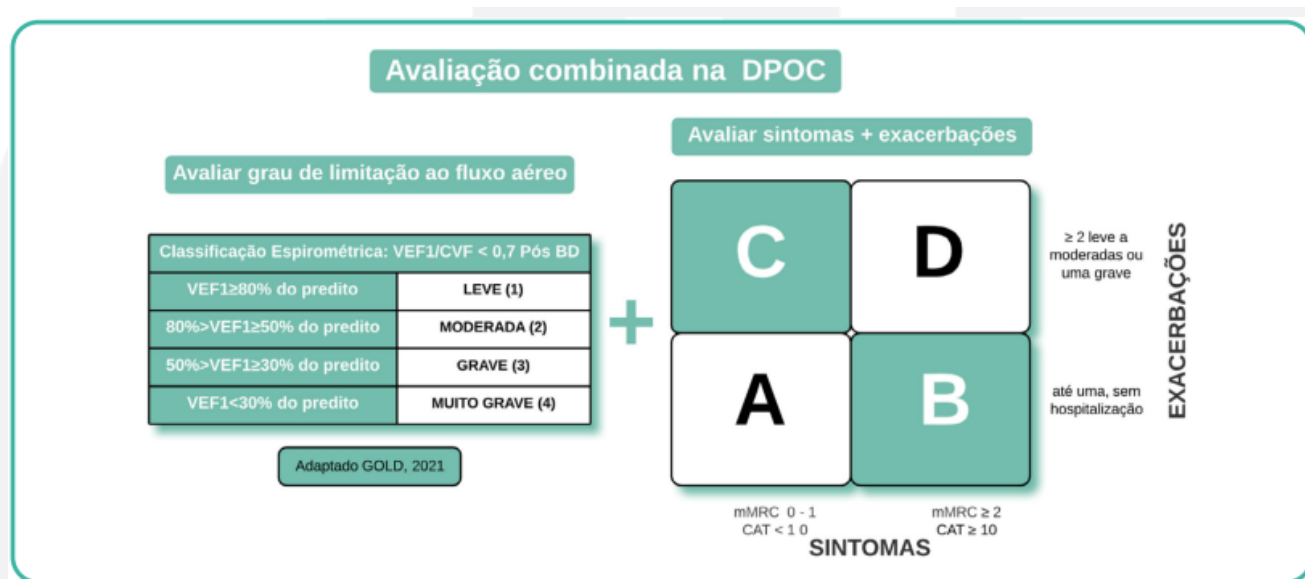
Dicas da Tarefa:

Revalidando, as questões de DPOC que caíram nos últimos três anos foram sobre “Espirometria”. Foque seu estudo nesse tópico, se balizando pelas dicas abaixo.

❖ **Classificação combinada da DPOC:** a classificação é uma etapa angular na condução do paciente portador da DPOC!

O estadiamento da doença, de acordo com o **GOLD 2021**, é composto por dois itens:

- **Classificação espirométrica (VEF1 pós-BD)** → GOLD 1, 2, 3 e 4
- **Classificação sintomática / risco de exacerbações** → GOLD A, B, C e D.



Atente que: a espirometria deve ser feita, necessariamente, pré e pós-broncodilatador, em um intervalo de 15 minutos, com o uso de 400 mcg de salbutamol spray, para avaliarmos se existe obstrução ao fluxo aéreo e, caso exista, sua reversibilidade. O diagnóstico da DPOC é feito com critérios clínicos associados à espirometria com **relação VEF1/CVF pós-broncodilatador < 0,7**, o que denota obstrução fixa ao fluxo aéreo. (INEP 2022, 2021 e 2020)

❖ Tratamento:

- Medidas que têm impacto na SOBREVIDA do paciente:
 - 1 – **Cessação tabágica:** única medida que contribui diretamente para a redução do declínio anual da VEF1, mudando a evolução natural da DPOC;

2 – Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) (INEP 2013)

No contexto do paciente portador da DPOC estável, tempo de uso > 15 horas/dia, se:

INDICAÇÕES DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA NA DPOC	
● PaO ₂ menor ou igual a 55mmHg ou SatO ₂ menor ou igual a 88%;	
● PaO ₂ entre 56-59 mmHg ou SatO ₂ 89% COM Hipertensão Pulmonar, cor pulmonale ou poliglobulia (Hematócrito >55%).	

ATENÇÃO
DECORE!



3 – Cirurgia de redução volumétrica pulmonar: Bem indicada em pacientes com enfisema extenso, predominante em campos pulmonares superiores, especialmente naqueles com VEF₁ ≤ 20% do predito e com baixa tolerância aos esforços pós-programa de reabilitação pulmonar.

➤ Tratamento não farmacológico:

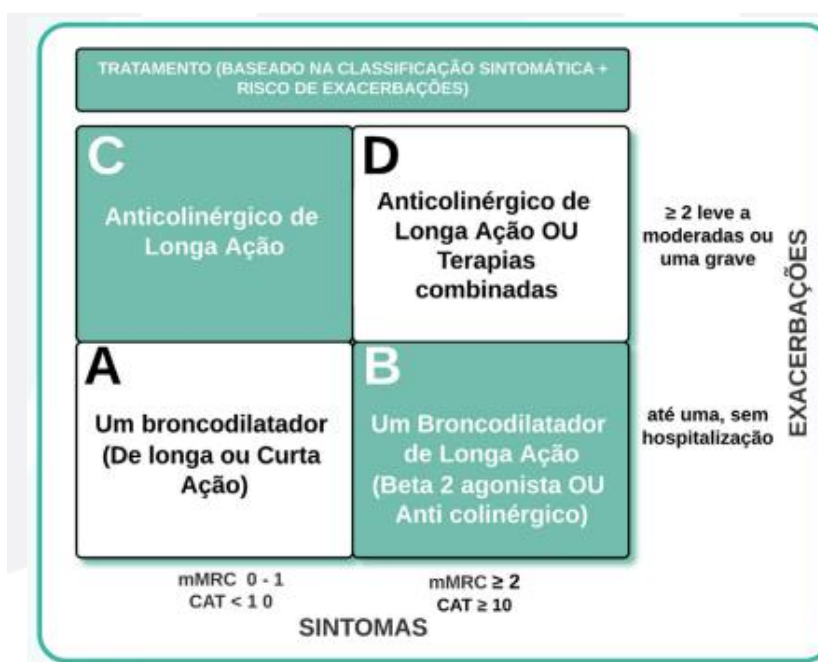
a) Vacinação no portador de DPOC estável:

1. Anti-influenza (gripe): para todos os portadores de DPOC. Reduz exacerbação e óbito.
2. Antipneumocócica polivalente (Pneumo 13 e Pneumo 23): para todos ≥ 65 anos. A Pneumo 23 está indicada também para pacientes mais jovens com comorbidades e portadores de DPOC.

b) Reabilitação pulmonar: tem impacto na dispneia, situação de saúde e tolerância aos esforços em pacientes portadores da DPOC estável. É um conjunto de medidas focado no cuidado multiprofissional.

➤ Tratamento farmacológico:

- Melhora da qualidade de vida e da tolerância aos esforços, porém sem impacto na sobrevivência;
- O tratamento farmacológico, desde 2017, é baseado na classificação sintomática e no risco de exacerbações (A-D):



Observe o esquema abaixo, extraído das últimas Recomendações Brasileiras Para o Tratamento Farmacológico da DPOC, publicado na Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), em 2017:



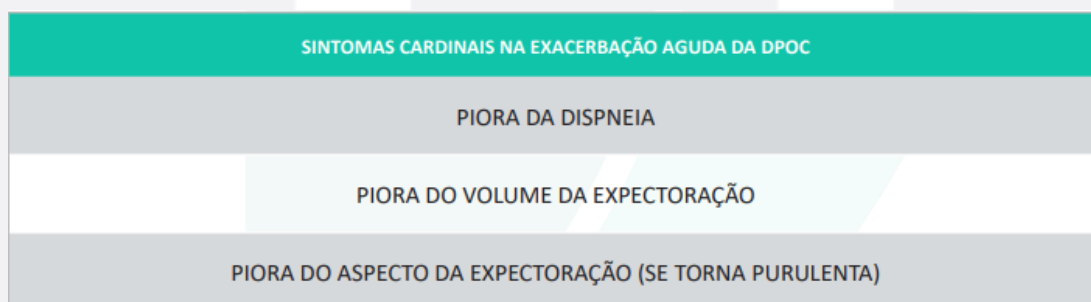
Considerações importantes:

- Antibióticos: Não há indicação de uso profilático no inverno ou em outras situações. Estão indicados para tratamento de exacerbação moderada a grave (necessidade de internação ou ventilação mecânica) e/ou presença de expectoração purulenta;
- Corticoterapia inalatória na DPOC: NUNCA deve ser utilizada em monoterapia.

❖ Exacerbação aguda da DPOC (INEP 2015 e 2011)

- Conceito: toda piora aguda sintomática, com necessidade de terapêutica adicional (GOLD 2021), desde que excluídos os diagnósticos diferenciais;

- **Memorize** o quadro abaixo:



- As causas mais comuns são **infecciosas**, correspondendo a aproximadamente 70 - 80% do total de casos, sendo as **virais as mais comuns** (Rinovírus é o mais comumente isolado). Quando bacterianas, são principalmente secundárias a infecções pelo **H. influenzae**, seguidas pelo **S. pneumoniae** e, na sequência, pela **M. Catarrhalis**.

- Manejo dos quadros de exacerbação aguda:

Guarde o **mnemônico** abaixo, o **ABCD da DPOC**:

A → Antibioticoterapia

B → Broncodilatador

C → Corticoterapia

D → “Dois níveis de pressão” BiLevel (nome comercial: BiPap).

- Observe abaixo as indicações de internação:

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA EADPOC- ENFERMARIA	
	Insuficiência Respiratória Aguda
	Suporte domiciliar insuficiente
	Comorbidades graves (Ex: Insuficiência Cardíaca, arritmia etc)
	Novo achado ao exame físico (ex:cianose, edema)
	Gravidade dos sintomas (taquipneia, dessaturação, confusão mental)
	Ausência de resposta (ou resposta parcial) às medidas iniciais

Tarefa 19 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/5b9a2f0e-2d1f-4cf2-b3fc-41d3231c39db>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 20 (Simplificada)

Disciplina: Hepatologia

Assunto: Outras Hepatopatias

Incidência: 13,64% das questões de Hepatologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Hepatologia**, sendo esse o **segundo assunto mais importante** dentro dessa disciplina.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Leia as Dicas da Tarefa de Outras Hepatopatias (Hepatologia).**

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em

prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/de6932e1-69bd-475f-bdb4-3f5465f119c1>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.** Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Hepatologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/hepatologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Doença hepática alcoólica; 2.0 Doença hepática gordurosa não alcoólica; 3.0 Doença de Wilson; 4.0 Hemocromatose hereditária

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse tema não foi abordado muitas vezes pela banca do Inep! Portanto, não gaste tanto tempo nessa tarefa. Leia as Dicas e parta para as questões.

❖ **Colangite esclerosante primária (INEP 2020)**

- Conceito: doença de etiologia desconhecida que provoca inflamação, estreitamento, fibrose e obstrução dos ductos biliares intrahepáticos e extra-hepáticos, causando síndrome colestática crônica e consequente quadro de cirrose;
- Mais comum em homens (70% dos pacientes são do sexo masculino) e geralmente ocorre na quarta década de vida;
- **Atenção:** possui grande associação com a **retocolite ulcerativa**!
- Quadro clínico:
 - 50% dos casos, os pacientes estão assintomáticos no momento do diagnóstico, que ocorre após identificação de anormalidades em exames laboratoriais de rotina;
 - Quando presentes, os sintomas mais comuns são **prurido e fadiga**.
- Laboratório:

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS DA COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA
Aumento da fosfatase alcalina (maior que 2 vezes o limite superior da normalidade)
Aumento da Gama-GT
Elevação das bilirrubinas
Aumento das transaminases (< 300 UI/L)
Hipoalbuminemia e prolongamento do tempo de protrombina: casos que evoluem com cirrose
Hipergamaglobulinemia
Aumento de IgM e de IgG4
p-ANCA positivo
Outros anticorpos: FAN, antímúsculo liso, antitireoperoxidase e fator reumatoide

- Exames de imagem:
 - Ultrassonografia: pode evidenciar espessamento da parede e dilatações dos ductos biliares;
 - Tomografia: pode mostrar espessamento da parede, dilatações e estenoses dos ductos biliares;
 - **Colangiopancreatografia por ressonância: estenoses multifocais que se alternam com áreas normais ou discretamente dilatadas.**
- Tratamento:
 - O tratamento definitivo é o **transplante hepático**, que se associa a uma sobrevida de 85% em cinco anos;
 - Além da doença hepática crônica, outras condições indicam o transplante de fígado em pacientes com CEP: prurido grave e refratário, icterícia progressiva e colangites graves de repetição.
 - Apesar de não alterar a sobrevida, não melhorar significativamente os sintomas e não reduzir o risco de colangiocarcinoma, o uso do **ácido ursodesoxicólico** associa-se à melhora dos parâmetros bioquímicos. Sua retirada pode resultar na piora do prurido e dos níveis séricos de fosfatase alcalina, GamaGT, bilirrubinas e transaminases.

❖ **Doença hepática alcoólica: (INEP 2016 e 2011)**

- Os pacientes com doença hepática alcoólica podem apresentar esteatose, esteato-hepatite e cirrose. Observe o quadro abaixo:

	Esteatose	Esteato-hepatite	Cirrose
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	Assintomáticos ou desconforto no quadrante superior direito ou discreta icterícia	Febre, dor no quadrante superior direito, ascite, fraqueza, icterícia, encefalopatia hepática, hemorragia por ruptura de varizes de esôfago	Ascite, hemorragia por varizes de esôfago, encefalopatia hepática, "flapping", prurido, disfunção erétil
EXAME FÍSICO	Normal ou hepatomegalia	Icterícia, hepatomegalia dolorosa, ascite	Circulação colateral, edema, ascite, eritema palmar, hepatomegalia, telangiectasias, equimoses, atrofia testicular, rarefação de pelos, engurgitamento de parótidas, contratura de Dupuytren



- Principais achados laboratoriais encontrados em pacientes com doença hepática alcoólica:
 - **Aumento das transaminases**, que geralmente não ultrapassam 300 UI/L
 - **TGO > TGP** (relação TGO/TGP > 2)
 - **Aumento da Gama-GT**
 - Também podem estar presentes: aumento de fosfatase alcalina (raramente ultrapassa 3 vezes o limite superior da normalidade) e hiperbilirrubinemia.
- Tratamento:
 - **Abstinência alcoólica**: estratégia terapêutica mais importante na DHA. Em cirróticos, reduz as complicações e aumenta a sobrevida, e nos não cirróticos pode reverter as alterações histológicas.
 - Terapia nutricional: Etilistas crônicos podem apresentar baixa ingestão de proteínas e deficiências nutricionais. As deficiências devem ser avaliadas e tratadas.
 - Transplante hepático: indicado na doença hepática avançada. Pacientes com cirrose e escore de MELD ≥ 15 e alguns pacientes Child B com hipertensão porta também são candidatos ao transplante.

Tarefa 20 (Avançada)

1) **Faça os exercícios** do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/de6932e1-69bd-475f-bdb4-3f5465f119c1>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 21 (Simplificada)

Disciplina: Reumatologia

Assunto: Artropatias Inflamatórias

Incidência: 20,0% das questões de Reumatologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Reumatologia**, que embora não seja tão cobrada pela banca do Inep, possui alguns temas relevantes para a prova, dentre eles o estudado nessa tarefa.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material** ou **produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.
- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Artropatias Inflamatórias (Reumatologia).

Obs: as Dicas são **resumos exclusivos** feitos pela nossa equipe com base no que o INEP de fato cobra em prova e estão localizadas ao final da tarefa.

2) Após a leitura indicada, **faça os exercícios do link abaixo** para fixar os conceitos estudados.

Link – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/23468981-f8ff-4bf6-823a-9a0c33ddb4d1>

3) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.** Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo) e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões.** Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Reumatologia:

<https://med.estrategia.com/meus-cursos/reumatologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Artrite reumatoide; 2.0 Espondiloartrites; 3.0 Artrite idiopática juvenil; 4.0 Resumo

Dicas da Tarefa:

Revalidando, quase a totalidade das questões que caíram nas edições anteriores do Revalida abordaram o tópico “Artrite Reumatóide”. Portanto, sua atenção e memorização deve ser toda nele! Vale ressaltar que você deve dar especial atenção ao diagnóstico e tratamento dessa patologia.

Artrite Reumatóide:

- Doença autoimune de **caráter inflamatório crônico e sistêmico**;
- Mais comum em **mulheres** entre **30-60 anos**;
- Manifestações articulares:
 - Se inicia de **forma insidiosa**, manifestando-se com **dor, edema e calor**.
 - A **dor piora no repouso** e melhora com atividade, estando geralmente associada à **rigidez matinal prolongada**.



PADRÃO DE ACOMETIMENTO ARTICULAR NA ARTRITE REUMATOIDE

- **POLIARTICULAR:** mais de 4 articulações acometidas;
- **CRÔNICA:** sinovite presente há 6 semanas ou mais;
- **ADITIVA:** as articulações acometidas acumulam-se com o passar do tempo;
- **SIMÉTRICA:** acomete as mesmas articulações nos dois lados do corpo;
- **PEQUENAS E GRANDES ARTICULAÇÕES:** especialmente metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, punhos e joelhos.



- Com a progressão da doença e sem tratamento adequado, podem surgir as famosas **deformidades**:
 - Desvio ulnar dos dedos;
 - “Mãos em Z” ou “Mãos em ventania”;
 - Dedo em pescoço de cisne (hiperextensão das interfalangeanas proximais e flexão das interfalangeanas distais)
 - Deformidade em batoeira (flexão das interfalangeanas proximais e hiperextensão das interfalangeanas distais).
- Atenção, os achados abaixo devem nos fazer pensar em outros diagnósticos que não a AR:

Pensar em outro diagnóstico, e não em artrite reumatoide, se:

- **monoartrite/oligoartrite**;
- **acometimento de interfalangeana distal**;
- **acometimento de coluna torácica, lombossacra ou sacroilíaca**;
- **artrite migratória**;
- **artrite de início abrupto**.

- Manifestações extra-articulares:
 - Podem anteceder o surgimento da artrite;
 - Presença de autoanticorpos (FR e anti-CCP) e o tabagismo são fatores de risco para o surgimento das manifestações extra-articulares;
 - **Nódulos reumatoides**: manifestações extra-articulares mais frequentes, presentes em até 30 a 40% dos pacientes. Geralmente são indolores, fibroelásticos e não pruriginosos;
 - Manifestação ocular mais comum: ceratoconjuntivite seca;
- Exames complementares:
 - **Fator reumatóide (FR)**: presente em 70 a 80% dos pacientes, mas não é específico e pode ser encontrado em diversas outras situações, como colagenoses, infecções crônicas, neoplasias...
 - **anti-CCP**: apesar da sensibilidade semelhante ao FR, é mais específico, sua presença praticamente sela o diagnóstico.
 - Atente: **AR soronegativa** → pacientes que não possuem FR e anti-CCP positivos. Apresentam melhor prognóstico quanto à gravidade da doença.
- Diagnóstico: **(INEP 2016 e 2015)**



Todo paciente adulto que apresente queixas de pequenas e grandes articulações há mais de 6 semanas deve ter artrite reumatoide como hipótese diagnóstica.

Critérios classificatórios da American College of Rheumatology (1987): Segundo essa classificação, os 4 primeiros critérios devem estar presentes por, pelo menos, 6 semanas e o paciente é classificado como tendo AR se preencher, pelo menos, 4 dos 7 critérios descritos abaixo.

Tabela 1. Critérios classificatórios para artrite reumatoide segundo o ACR (1987).

Rigidez matinal de, pelo menos, 1 hora até a melhora máxima.
Artrite de três ou mais áreas articulares (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelo e metatarsfalangeanas) simultaneamente afetadas e observadas por um médico.
Artrite das articulações das mãos (punhos, metacarpofalangeanas e interfalangeanas).
Artrite simétrica (envolvimento simultâneo de áreas de ambos os lados do corpo).
Nódulos reumatoides (nódulos subcutâneos sobre áreas de proeminência óssea, superfícies extensoras ou em regiões justa-articulares).
Fator reumatoide sérico positivo.
Alterações radiográficas (radiografias em incidência posteroanterior de mãos e punhos demonstrando rarefação óssea justa-articular ou erosões).

- Tratamento (**INEP 2012**)
 - **Sintomáticos:** Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e glicocorticoides
 - Não são capazes de evitar o surgimento de erosões ósseas e progressão radiográfica
 - **Drogas antirreumáticas modificadoras do curso da doença (DMARDs):**
 - Capazes de retardar ou prevenir progressão radiológica, devendo ser iniciadas assim que estabelecido o diagnóstico da AR;
 - Observe o quadro abaixo:

SINTÉTICOS CONVENCIONAIS	BIOLÓGICOS
Metotrexato	Anti-TNF (infliximabe, adalimumabe, etanercept, golimumabe, certolizumabe)
Leflunomida	Antirreceptor da interleucina-6 (tocilizumabe)
Sulfassalazina	Modulador da coestimulação de linfócitos T (abatacept)
Antimaláricos (hidroxicloroquina, cloroquina)	Anti-CD20 (rituximabe)

Memorize: o **metotrexato** é a **droga de escolha para o início do tratamento da AR** e deve ser encarado como sua “âncora”. Sua dose inicial varia de **7,5 a 12,5 mg/semana**, podendo chegar a 25 mg/semana, se necessário. Para pacientes que farão uso crônico, sempre associar ácido fólico ou folínico para reduzir o risco de eventos adversos, como citopenias e mucosite.

GOTA:

- ❖ Artropatia inflamatória mais comum no ser humano e depende da formação de cristais de monourato de sódio (MUS) nos tecidos articulares.
- ❖ Perfil clássico do paciente: Homem (proporção de 8 para cada mulher) por volta dos 30 a 50 anos, hipertenso, obeso, dislipidêmico, consumo excessivo de carne vermelha, alimentos marinhos e álcool.
- ❖ Quadro clínico:
 - **Fase de hiperuricemia assintomática:** níveis de ácido úrico se encontram acima de 7 mg/dL, mas

não há nenhum achado de gota;

- **Primeira crise de gota:** geralmente ocorre após 10 a 30 anos de período assintomático;
- **Período intercrítico:** tempo livre de sintomas entre uma crise e outra;
- **Fase tofócea:** presença dos tofos, que são nódulos intra-articulares e subcutâneos resultantes do acúmulo de cristais nos tecidos. Ocorrem principalmente em cotovelo, tendão calcâneo, região dorsal de mãos e pés, joelhos, tornozelos e orelha externa

Como é a crise de gota:

- Monoartrite com início súbito, associada aos comemorativos de inflamação, como dor, calor e rubor, que podem se estender além dos limites da articulação envolvida. A crise acontece mais comumente à noite ou nas primeiras horas da manhã.
- Articulação classicamente acometida: metatarsfalangeana do hálux (85% a 90%);
- Fatores precipitantes da crise: abuso de álcool, cirurgias, traumas, sepse e medicamentos.

❖ Exames complementares:

- Diagnóstico de certeza da gota é dado pelo exame a fresco do líquido sinovial → achados de cristais em forma de agulha.
- O achado de hiperuricemia, apesar de ser considerado condição necessária para o desenvolvimento da gota, tem uso limitado durante as crises. Hiperuricemia não faz diagnóstico, além disso, o valor do ácido úrico pode estar normal na crise, ou até baixo, e isso se deve, aparentemente, ao efeito uricosúrico da interleucina-6, gerada durante o processo inflamatório;
- Exames de imagem:
 - Radiografia → múltiplas erosões ósseas em saca-bocado assimétricas com bordas escleróticas e espiculadas (imagem em concha).
 - Ultrassonografia: “sinal do duplo contorno” (linha hiperecoica detectada na superfície da cartilagem).
 - Tomografia computadorizada de dupla energia: permite detectar depósitos incipientes de cristais e até diferenciar os cristais de urato dos cristais de cálcio.

❖ Tratamento:

- **Educação do paciente sobre a doença:**
 - Dieta: evitar alimentos ricos em purinas; cortar principalmente o consumo de bebidas alcoólicas, peixes e frutos do mar, miúdos e vísceras, enlatados e conservas, defumados, carnes vermelhas e gordas. Alguns tipos de alimentos e bebidas são aconselháveis, pois podem contribuir para a redução de urato corporal: leite e iogurte desnatados, café (independentemente da cafeína), proteínas vegetais, cereja
 - Orientar perda de peso e atividade física
 - Tratar comorbidades, cessar tabagismo
 - Evitar medicações que são fatores de risco
- **Tratamento da crise aguda:**
 - **Anti-inflamatório não hormonal (AINH), colchicina ou corticosteroide** (oral, intramuscular ou intra-articular), isoladamente ou em certas combinações (AINH + colchicina ou corticosteroide + colchicina)
 - Atenção: não há lugar para as drogas hipouricemiantes, porque rápidas flutuações no nível do ácido úrico podem agravar e/ou perpetuar a crise.
- **Tratamento de manutenção:**
 - Após 2 a 3 semanas da crise totalmente resolvida, devemos partir para a terapia de fato uricorrredutora (MUR).
 - Pacientes candidatos ao tratamento de manutenção: ataques recorrentes de gota; tofo detectado clinicamente; lesão articular; nefrolitíase
 - Classes de drogas disponíveis para uso como agentes hipouricemiantes:
 - a) Inibidores da xantina oxidase** (bloqueiam os passos metabólicos da síntese de ácido úrico):

Alopurinol; Febuxostat; Rasburicase.

b) Uricosúricos (aumentam a excreção de ácido úrico): **Benzbromarona; Lesinurade; Probenecid**

Tarefa 21 (Avançada)

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/23468981-f8ff-4bf6-823a-9a0c33ddb4d1>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefas Complementares

Caso tenha sobrado tempo na sua semana, realize as listas de questões abaixo para complementar o estudo:

Tarefa 1 (Complementar)

Assunto: Neoplasias de Esôfago, Estômago e Pâncreas (Gastroenterologia).

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/37d1b24a-3107-4c96-9d12-ae646fc8735f>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 2 (Complementar)

Assunto: Tireotoxicose (Endocrinologia).

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/f4f910a5-0fc8-4658-9401-4457d435d11c>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Tarefa 3 (Complementar)

Assunto: Influenza (Infectologia).

1) Faça os exercícios do link abaixo para revisar o conteúdo através de questões sobre o assunto.

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/bdb6d245-3c8e-4f93-b988-ecfef272c161>

2) Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos. Não esqueça de anotar esses dados sempre que finalizar a tarefa.

Parabéns! Terminamos a nossa 4ª Meta de estudo, rumo à aprovação no Revalida!



Nos vemos na próxima Meta!



o vôo da coruja

