

Mentoria de Estudos

**Pós- Edital
REVALIDA INEP
2023.1**

Mentoria
Estratégia MED



Meta 2

Sumário da Meta Regular

Tarefa Regulares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Pediatria	Pneumonias na Infância	Teoria + Exercícios
Tarefa 2	Medicina Preventiva	Medicina de Família e Comunidade	Teoria + Exercícios
Tarefa 3	Cirurgia	Abdome Agudo Obstrutivo	Teoria + Exercícios
Tarefa 4	Ginecologia	Atendimento à Vítima de Violência Sexual	Teoria + Exercícios
Tarefa 5	Obstetrícia	Assistência ao Pré-Natal	Teoria + Exercícios
Tarefa 6	Infectologia	Infecções do Sistema Nervoso Central	Teoria + Exercícios
Tarefa 7	Pediatria	Asma	Teoria + Exercícios
Tarefa 8	Medicina Preventiva	Ética Médica Atenção Primária à Saúde Medicina de Família e Comunidade	Revisão
Tarefa 9	Cirurgia	Trauma Abdominal e Pélvico	Teoria + Exercícios
Tarefa 10	Ginecologia	Úlceras Genitais Rastreamento do Câncer de Colo Uterino Atendimento à Vítima de Violência Sexual	Revisão
Tarefa 11	Obstetrícia	Distúrbios Hipertensivos da Gestação Sangramento da Primeira Metade Assistência ao Pré-natal	Revisão
Tarefa 12	Infectologia	Mordedura, Raiva e Tétano	Teoria + Exercícios
Tarefa 13	Endocrinologia	Diabetes Mellitus Tipo 2	Teoria + Exercícios
Tarefa 14	Gastroenterologia	Pancreatites	Teoria + Exercícios
Tarefa 15	Cirurgia	Complicações Pós-Operatórias	Teoria + Exercícios
Tarefa 16	Psiquiatria	Dependência Química	Teoria + Exercícios
Tarefa 17	Cardiologia	Arritmias	Teoria + Exercícios
Tarefa 18	Neurologia	Acidentes Vasculares Cerebrais	Teoria + Exercícios
Tarefa 19	Hematologia	Anemias Microcíticas, Normocíticas e Macroscíticas	Teoria + Exercícios

Tarefas Complementares

Tarefas Complementares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Pediatria	Doenças Respiratórias do Lactente	Exercícios
Tarefa 2	Medicina Preventiva	Pesquisa Epidemiológica	Exercícios
Tarefa 3	Pediatria	Câncer de Mama	Exercícios

Tarefa 1 (Simplificada)

Disciplina: Pediatria

Assunto: Pneumonias na Infância

Incidência: 5,62% das questões de Pediatria (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Pediatria, a **mais cobrada** nas provas do Revalida. Ela representa aproximadamente **14,56%** das questões cobradas pelo INEP de 2011-2022.

Além de ser uma disciplina com grande relevância, essa tarefa também faz parte de um assunto importante dentro da Pediatria, que é **Pneumonias na Infância**. Ele é o **3º mais cobrado pelo INEP em Pediatria**, tendo caído praticamente em todas as provas.

- ➔ **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 na infância (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 – 24 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/df2be0fc-a01d-420e-87f2-10721d35eea8>

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 e incidência; 2.0 Fatores de Risco; 3.0 Fisiopatologia; 4.0 Agentes Etiológicos; 5.0 Pneumonias Bacterianas; 6.0 Radiografia de controle; 7.0 Complicações; 8.0 Pneumonia Parasitária; 9.0 Pneumonias de Repetição

Dicas da Tarefa:

Revalidando, em todas as edições da prova do INEP caiu uma questão sobre esse tema!

Pontos de atenção para a prova:

- **Classificação das pneumonias segundo o AIDPI;**
- **Tratamento da Pneumonia bacteriana típica.**

❖ **Frequência respiratória:** parâmetro muito sensível para o diagnóstico de pneumonia na infância. Observe que os valores considerados alterados dependem da faixa etária:

⇒ Até os 2 meses: FR \geq 60 ipm

⇒ De 2 meses a menos de 12 meses: FR \geq 50 ipm

⇒ 12 meses até 5 anos: FR \geq 40 ipm

❖ Agente etiológico das pneumonias – **Questão de prova!**

- O **principal agente das pneumonias bacterianas** em todas as faixas etárias, exceto no período neonatal, é o **pneumococo**, sendo o *Staphylococcus aureus* o segundo. **(INEP 2021)**
- Principais agentes no período neonatal: Estreptococo B; Bactérias Gram-negativas; *Staphylococcus aureus*; *Listeria monocytogenes*; Vírus. **(INEP 2014)**
- Agentes entre 1-3 meses: merece destaque a *Chlamydia trachomatis*, que é o principal agente da pneumonia afebril do lactente.
- Crianças < 5 anos: vírus são os principais agentes das pneumonias nessa idade.

O quadro abaixo resume isso:

AGENTES ETIOLÓGICOS	CARACTERÍSTICAS
PNEUMOCOCO	É o mais frequente causador das pneumonias típicas.
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	Muito associado a formas graves: necrose pulmonar, derrame pleural e abscesso pulmonar.
MYCOPLASMA E CHLAMYDIA PNEUMONIAE	Mais frequentes na faixa etária escolar Agentes das pneumonias atípicas.
GBS, BACIOS GRAM NEGATIVOS E LISTERIA	Pneumonias no período neonatal.
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	Pneumonia afebril do lactente.

❖ **Classificação das pneumonias segundo o AIDPI** (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância)
DECORE: (INEP 2020, 2017, 2016 e 2013)



- 1) **Não é pneumonia:** não tem frequência respiratória elevada, tiragem subcostal, estridor em repouso ou sinais de alerta.
- 2) **É pneumonia:** tem frequência respiratória elevada, mas não tem tiragem subcostal, estridor ou sinais de alerta. Tratamento: ambulatorial.
- 3) **Pneumonia grave:** caracterizada pela presença de tiragem subcostal, que indica internação.
- 4) **Pneumonia muito grave:** quando estão presentes os sinais de alerta ou perigo.

Sinais de perigo: Sinais de dificuldade respiratória mais grave (movimentos involuntários da cabeça, gemência e batimentos de asa do nariz, cianose central), sinais de infecção grave (por exemplo tempo de enchimento capilar lentificado), saturação de oxigênio abaixo de 92%. A presença de complicações também é sinal de gravidade.

❖ **Pneumonia bacteriana típica** – Resumo para a prova:

- Agentes etiológicos: pneumococo (mais comum) e estafilococo;
- Quadro clínico: abrupto, com surgimento de **febre por mais de 72 horas, toxemia, dor torácica e desconforto respiratório moderado a grave**, podendo manifestar-se com sepse. A ausculta pulmonar pode revelar **estertores finos, diminuição do murmúrio vesicular** e broncofonia aumentada. Nas infecções por estafilococo os sintomas são mais exuberantes e as complicações proporcionalmente mais comuns. Uma dica é: pneumonias por estafilococo associam-se a lesões de impetigo, celulite, lesões ósseas ou articulares; **(INEP 2014)**
- Atenção: **Sibilos são raros em pneumonias bacterianas típicas**; na presença dos mesmos, suspeitar de outro diagnóstico;
- Diagnóstico: **clínico!** Baseado na frequência respiratória;
- Radiografia de tórax: opacidade homogênea, presença de broncogramas aéreos e, eventualmente, complicações como derrame pleural e pneumatocele;
- Tratamento – **Muito importante para a prova!**
 - Ambulatorial: **(INEP 2021)**
Amoxicilina 50mg/kg/dia VO (via oral), de 12/12 horas ou de 8/8 horas por 7 a 10 dias
Atenção: Se persistência da febre > 72h, pensar em pneumococo resistente e elevar a dose da amoxicilina para 80-90mg/kg/dia. Se persistência do quadro mesmo com dose elevada de amoxicilina, pensar em agentes como Moraxella e Haemophilus e ampliar o espectro para amoxicilina-clavulanato ou cefalosporina de 2ª geração (cefuroxime). – **(INEP 2016)**
 - Hospitalar: **(INEP 2022)**
Derivados de penicilina por via IV → Ampicilina 50mg/kg/dose, de 6/6 horas; ou ¾ Penicilina cristalina 150.000 a 200.000UI/Kg/dia, de 6/6 horas ou de 4/4 h.
 - Tratamento para pneumonia causada pelo *Staphylococcus aureus*: **oxacilina**.



❖ **Complicações:**

- São mais comuns nas pneumonias típicas!
- Dica: se houver mais de uma complicação ao mesmo tempo em um único paciente, possivelmente

se trata de uma pneumonia pelo *Staphylococcus aureus*.

• **Derrame pleural:**

- Complicação mais frequentemente encontrada e mais cobrada em provas, caracterizada pela presença de líquido (secreção) entre as pleuras parietal e visceral.
- Quando desconfiar? **Abolição dos murmúrios vesiculares à ausculta pulmonar, diminuição do frêmito toracovocal e da broncofonia, macicez à percussão.**
- Radiografia de tórax: detecta o derrame pleural na maioria dos casos → velamento do seio costofrênico; linha elíptica representando a presença de líquido entre as pleuras; velamento total do hemitórax em derrames volumosos.
- Conduta:
 - 1º → **Toracocentese!** Exceção: derrame seja laminar ou pacientes anticoagulados ou com distúrbios de coagulação.
 - 2º → Se derrame COMPLICADO, indicar **drenagem torácica em selo d'água**, nas seguintes situações: líquido com aspecto purulento (empiema); presença de bactéria no Gram ou na cultura; análise bioquímica com pH < 7,1; glicose < 40 mg/dL; DHL > 1.000.

Revalidando, os assuntos abaixo, apesar de fazerem parte dessa tarefa, ainda não foram cobrados pela banca do Revalida em nenhuma edição anterior da prova. Faça uma leitura dinâmica, porém não perca muito tempo.

❖ **Pneumonia Viral** – Nenhuma questão recente na prova do Revalida, mas vale ter conhecimento!



- 90% dos casos em menores de 1 ano;
- Agente etiológico principal: vírus sincicial respiratório
- Quadro clínico: bom estado geral, febre, coriza e tosse, sem desconforto respiratório, geralmente com melhora espontânea.
- Radiografia: padrão discreto intersticial e sinais de hiperinsuflação
- Tratamento: suporte com aumento da oferta hídrica, fluidificação de secreções e controle da febre

❖ **Pneumonia afebril do lactente:**

- Faixa etária: lactente até os 3 meses
- Etiologia: ***Chlamydia trachomatis*** ou ***Ureaplasma urealyticum***, adquiridos durante a passagem pelo canal do parto.
- Fatores de risco: mãe adolescente, mãe com múltiplos parceiros.
- Quadro clínico: início bastante insidioso e AFEBRIL, com o paciente em bom estado geral. Grande parte desses pacientes tem história de conjuntivite prévia.
- Exame físico: costuma haver bom estado geral, taquipneia leve, com ou sem sibilos à ausculta pulmonar, mas, principalmente, estão presentes os clássicos estertores finos.
- Diagnóstico: clínico
- Tratamento: **Macrolídeos** → claritromicina 15 mg/kg/dia, de 12 em 12h por 10 dias ou azitromicina 10mg/kg/dia, 1 vez ao dia, por 5 dias.

Tarefa 1 (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/df2be0fc-a01d-420e-87f2-10721d35eea8>

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: Medicina de Família e Comunidade

Incidência: 9,36% das questões de Medicina Preventiva (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina Medicina Preventiva. Ela é a **3ª disciplina mais cobrada** nas provas do Revalida. Representa aproximadamente **11,16%** das questões cobradas pelo INEP de 2011 a 2022. Além disso, **Medicina de Família e Comunidade é o terceiro assunto mais cobrado de Medicina Preventiva** nas provas do INEP. É questão provável na sua 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 Medicina de família e comunidade (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 – 24 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/4453ab20-955f-453d-960d-fea1df046d46>

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:

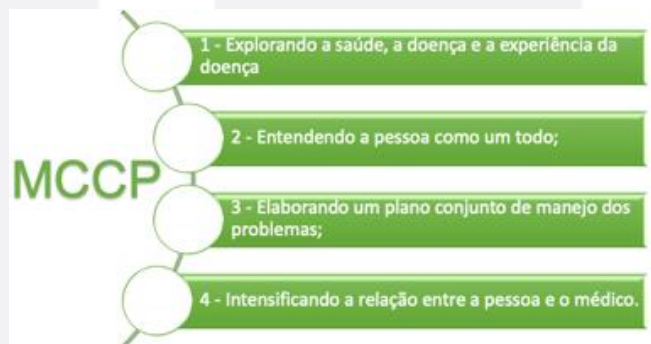
1.0 A medicina de família e comunidade; 2.0 Método clínico centrado na pessoa; 3.0 Projeto terapêutico singular; 4.0 Abordagem familiar; 5.0 Abordagem comunitária; 6.0 Relação médico-pessoa; 7.0 Registro de saúde orientado por problemas (SOAP)

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um tema extremamente importante dentro da disciplina de Medicina Preventiva. Em todas as edições da prova caem pelo menos 3 questões sobre ele. Memorize todos os conceitos presentes abaixo, que retratam o que de fato caiu em provas passadas, mostrando a importância da engenharia reversa no estudo direcionado.

Pontos de atenção dessa tarefa:

- **Cuidados paliativos;**
 - **Projeto terapêutico singular;**
 - **Protocolo SPIKES.**
- ❖ O **médico de família e comunidade (MFC)** é um clínico qualificado; ele conhece a população e seus problemas, sendo influenciado pela comunidade, e tem um **público limitado a 1.800-2.000 pessoas pelo tratado de MFC** (pelo PNAB, são 3.500 a 4.000). A relação médico-pessoa é fundamental.
- ❖ **Lembre o modo de trabalho do MFC:**
- Quadros iniciais e sintomas pouco específicos.
 - Foco na pessoa e continuidade do cuidado.
 - Frequentemente construção de hipóteses diagnósticas.
- ❖ O **MCCP (Método Clínico Centrado na Pessoa)** propõe a integração entre os aspectos relacionados à doença com a perspectiva da pessoa doente, com o objetivo de garantir “que as características particulares e as preferências de cada pessoa sejam levadas em consideração e de que se chegue a um plano de tratamento elaborado de acordo com esses fatores”. Seu objetivo é promover a autonomia da pessoa no seu cuidado.
- ❖ **Memorize os 4 componentes do MCCP na sua ordem:**
1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.
Este item é dividido pelo **mnemônico SIFE**:
S: Sentimentos da Pessoa
I: Ideias da pessoa sobre a doença.
F: Funções da pessoa afetada pela doença.
E: Expectativas da pessoa em relação ao médico.
 2. Entendendo a pessoa como um todo.
 3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.
 4. Intensificando a relação entre a pessoa e o médico.
- ❖ **Projeto Terapêutico Singular (PTS) (INEP 2020 e 2013)**
- Ferramenta da atenção básica caracterizada por ser uma **discussão coletiva entre os diversos membros da equipe interdisciplinar**, resultando em **condutas terapêuticas articuladas para um caso específico (singular) de um indivíduo, família ou comunidade**, com respeito às vulnerabilidades;
 - É necessário que os membros da equipe da atenção básica se comprometam, reservando momentos fixos semanal ou quinzenalmente;
 - Atente que: o Projeto Terapêutico Singular está inserido no contexto da clínica ampliada, que consiste em iniciativas que evitem a fragmentação do cuidado;



- Pode ser dividido em 4 momentos:
 - 1) Diagnóstico: avaliação biopsicossocial do sujeito do PTS;
 - 2) Definição de metas: Metas de curto, médio e longo prazos, NEGOCIADAS com o sujeito do PTS;
 - 3) Divisão de responsabilidades: definição das tarefas de cada membro;
 - 4) Reavaliação: correção de rumos.

❖ **Educação popular em saúde** (*tema abordado em 3 questões do INEP 2022.2*)

ACORDE!



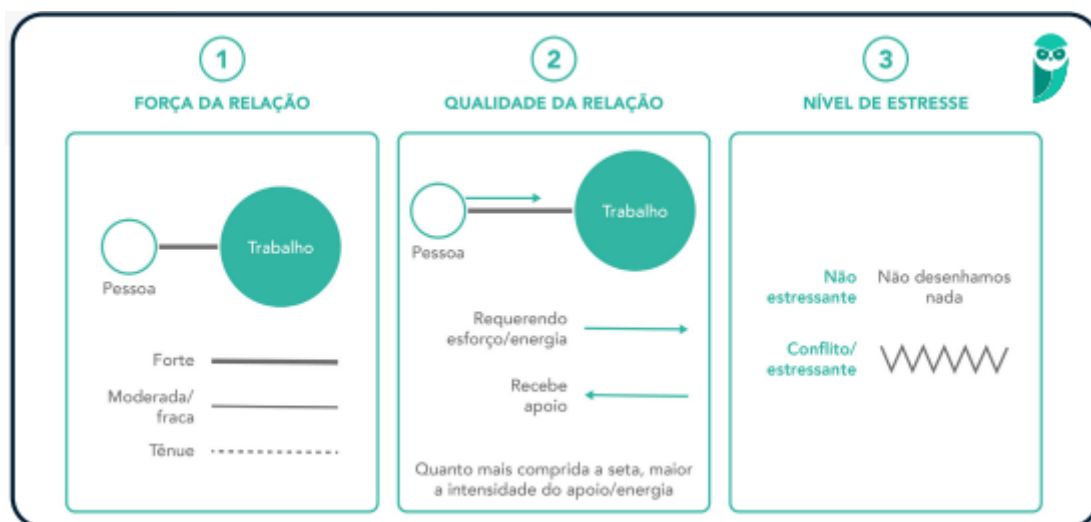
- Devemos preferir as metodologias ativas, como rodas de conversa e problematizações, do que as metodologias passivas, como palestras e aulas. Isso porque as metodologias ativas levam à reflexão e retenção do conteúdo de forma mais intensa que as metodologias passivas.
- Memorize os **princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde**:
 - I – diálogo
 - II – amorosidade
 - III - problematização
 - IV - construção compartilhada do conhecimento
 - V - emancipação e
 - VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular.
- Atente: estudos mostram que a educação em saúde é mais eficaz quando pactuamos com a população o tipo de metodologia que será utilizada, isto é, quando participamos eles dos próximos passos.

❖ **Maus tratos: (INEP 2020)**

- A criança que sofre de maus tratos pode sofrer por agressão (verbal, física ou psicológica) ou simplesmente negligência;
- Suspeitados maus tratos, a **criança deve ser internada** para a sua própria proteção (além do tratamento das lesões), e o **conselho tutelar ou a vara da infância devem ser notificados**.

❖ **Estude como montar e avaliar um genograma e um ecomapa. (INEP 2017 e 2015)**

- O **Genograma** precisa incluir pelo menos três gerações e traz principalmente **aspectos hereditários**, de **doenças**, **relacionamentos** e **hábitos de vida**. Apresenta também as relações entre os indivíduos em detalhes. É importante conhecer todos os símbolos.
- O **Ecomapa** expressa **relações entre a pessoa e o meio em que ela vive**. Três aspectos são analisados no Ecomapa: força de relação estabelecida, qualidade da relação e nível de estresse da relação. Para representar o vínculo que a pessoa possui com cada elemento, são utilizados símbolos. Observe abaixo:



Atente que: linhas espessas se relacionam a ligações mais fortes que linhas finas. Sobre as setas, quanto mais longas, indicam que há uma maior dedicação rumo a quem está sendo apontado.

❖ **Abordagem Comunitária:**

- Relaciona-se à integração do serviço de saúde e comunidade, de modo que o médico de família e comunidade e equipe se apropriem do conhecimento da realidade e criem um canal de diálogo com a população;
- A principal característica operacional que define a abordagem comunitária é a **longitudinalidade**: relacionamento próximo da equipe com a população, de modo que sejam criados vínculos de confiança e empatia ao longo do tempo;
- **Política Nacional de Educação Popular em Saúde** (criada em 2013): tem como foco a troca de saberes entre a população e os profissionais da atenção básica. Não se trata de ensinar as pessoas, mas sim de ouvi-las. **(INEP 2018)**
- **Sobre a territorialização (INEP 2020)**

Necessária para que a unidade de saúde possa prestar um serviço adequado à população, conhecendo os diversos aspectos da vida daquela comunidade. Existem 3 fases no processo de territorialização:

a) **Fase preparatória:** determinação da área a ser coberta tal como as famílias, incluindo levantamento de dados já existentes sobre a área (por exemplo: mapas e dados estatísticos), definição dos dados a serem coletados e definição de responsabilidades dentro da equipe (todos os membros da equipe devem ter tarefas).

b) **Fase de coleta de dados:** fase mais extensa, nela a equipe vai coletar dados sobre a área, utilizando ferramentas como: observações na comunidade, entrevistas com a comunidade e acesso aos sistemas de informação em saúde.

c) **Fase de análise de dados:** interpretação dos dados coletados, concluindo quais são as necessidades da população, e podendo iniciar a prestação dos serviços.

❖ **A atenção domiciliar também merece destaque. Vamos lembrar do que se trata:**

“A Atenção Domiciliar é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.”

Ministério da Saúde (Portaria 825/2016)

Resumo dos critérios: pessoa vulnerável com restrição ao leito ou lar, temporária ou definitiva.

A atenção domiciliar tem “níveis”, de 1 a 3, sendo a AD1 responsabilidade da equipe de atenção básica e pacientes com menor necessidade de intervenção, e a 3 responsabilidade do serviço de atenção domiciliar com necessidade de cuidados mais frequentes ou procedimentos complexos.

O serviço de atenção domiciliar (SAD) também tem as suas equipes multiprofissionais e vale dar uma olhada no quadro da página 56 antes de responder as questões.

- ❖ A relação médico-paciente não é mais verticalizada, mas, sim, horizontalizada, com esclarecimentos e decisão compartilhada. A entrevista motivacional pode ser usada para estimular a pessoa a realizar uma mudança.
- ❖ **Preste atenção também a alguns métodos do processo diagnóstico e terapêutico:**
 - Desvelamento: organizar pensamentos caóticos para que os estressores sejam interpretados e avaliados.
 - Formulação de perguntas: para que o médico entenda a crença da pessoa em relação ao seu adoecimento.
 - Journaling: escrever sobre processos estressantes da sua vida.
- ❖ Revalidando, é importante saber sobre as **técnicas de comunicação de más notícias**, sendo a principal delas o **Protocolo SPIKES (INEP 2021)**:



Protocolo SPIKES: comunicando más notícias			
S	Setting (planejamento)	Relaciona-se ao planejamento de como será transmitida a notícia	Ex.: escolher o melhor local para comunicar, como o consultório ou uma área externa.
P	Perception (percepção)	Relaciona-se à percepção da realidade por quem recebe a notícia	Ex.: perceber o quanto a pessoa está previamente ciente da gravidade da situação (“o que a senhora pensa da sua doença?”).
I	Invitation (convite)	Relaciona-se ao convite para conversar sobre o caso	Ex.: perguntar “Você gostaria que eu explicasse mais a fundo o seu problema?”
K	Knowledge (conhecimento)	Relaciona-se a transmitir a informação (conhecimento) ao usuário	Ex.: explicar a situação à pessoa de um modo empático e com linguagem clara.
E	Explore emotions (abordar emoções)	Relaciona-se a abordar as emoções após a comunicação	Ex.: disponibilizar-se para conversar sobre o assunto quando a pessoa desejar.
S	Strategy (estratégia)	Relaciona-se ao encerramento, em sintetizar o que foi dito	Ex.: fazer um resumo e certificar-se de que a mensagem foi passada com clareza.

- ❖ Sobre os **cuidados paliativos**: estratégia de tratamento que visa aliviar o sofrimento do paciente quando em face de uma situação de doença que ameaça a vida. (INEP 2022, 2020 e 2017)



CUIDADOS PALIATIVOS



Atente: As principais doenças que requerem cuidados paliativos no Brasil são as **cardiovasculares** e **neoplásicas**. Fazem parte dos cuidados integrados da rede de atenção à saúde, devem ser ofertados em qualquer ponto e são coordenados pela atenção básica. Observe que: Deve-se ter atenção com o **conforto da paciente, ponto principal na estratégia de cuidados paliativos**.

Pontos importantes:

- É uma estratégia de cuidado que engloba não só os pacientes com doença terminal, mas também, os indivíduos com doenças crônicas e que ameaçam a vida, trazendo sofrimento.
- Visa a dignidade e a qualidade de vida do paciente! Para isso, inclui não apenas o tratamento "técnico" da doença, mas também os aspectos psicológicos e as demandas do paciente.
- Não envolve a eutanásia (acelerar a morte), muito menos a distanásia (empregar quaisquer medidas, mesmo que fúteis dado o quadro clínico do paciente). É, ao invés disso, **baseada na ortotanásia** (morte "natural"), ou seja, corre em paralelo ao curso da doença, com o objetivo principal de promover dignidade e conforto ao paciente.

Escalas frequentemente utilizadas na avaliação de idosos: **(INEP 2021)**

Funcionalidade	Katz	Atividades básicas de vida diária
	Lawton	Atividades instrumentais de vida diária
	Karnofsky	Avaliação da performance
Cognição	Minixame do estado mental (MEEM)	Triagem de funções cognitivas básicas
	MoCA	Triagem geral de funções cognitivas (para pacientes com melhor cognição)
	Teste do desenho do relógio	Avaliação de função executiva e visuoespacial
Humor	Escala de depressão geriátrica (GDS)	Avaliação de depressão
Sensorial	Teste do Sussuro	Audição
	Escala de Snellen	Visão
Mobilidade	Teste cronometrado do levantar e andar	Mobilidade e equilíbrio
Estado nutricional	Miniavaliação nutricional	Avaliação de risco nutricional
Suporte social	APGAR de família	Avaliação do suporte social
	Zarit	Estresse do cuidador

Obs: A que foi cobrada pela banca do INEP foi a Escala Zarit. Contudo, vale a pena memorizar as outras, que podem aparecer em questões futuras.

❖ **Método SOAP para registro de problemas:** pode ser feito por qualquer profissional. O **atributo mais favorecido é a longitudinalidade**.



Método Re-SOAP – Registro de Saúde Orientado por Problemas			
S	Subjetivo	Descrição dos problemas como são ditos pela pessoa. Não usar termos técnicos.	Ex.: “fraqueza nas pernas”, “dor nos ossos”, “vista cansada”.
O	Objetivo	Relaciona-se às observações do profissional.	Ex.: impressões do médico, exame físico e sinais vitais, exames complementares.
A	Avaliação	Conclusão do médico sobre o que foi ouvido e analisado nas etapas anteriores (lista de problemas). Evitar diagnósticos específicos, a fim de não cometer engano no registro.	Ex.: “disúria”, “dispepsia”.
P	Plano	Plano de intervenção (diagnóstico, tratamento, educação, acompanhamento) direcionado a cada condição da qual se queixou em “S” e avaliada em “A”.	Ex.: “solicitar urocultura”, “acompanhamento quinzenal”.

Tarefa 2 (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/4453ab20-955f-453d-960d-fea1df046d46>

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: Abdome Agudo Obstrutivo

Incidência: 6,86% das questões cobradas em Cirurgia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa **dá continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia**, a 2ª disciplina mais cobrada no Revalida, representando aproximadamente **13,45%** das questões do INEP de 2011 a 2022. 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 Abdome Agudo Obstrutivo (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 – 22 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/198314a8-6fe1-4aa3-8d49-b79b18d47464>

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 Abdome Agudo Obstrutivo

Dicas da Tarefa:

Revalidando, todo ano a banca coloca uma questão sobre esse tema. Tudo o que você precisa saber encontra-se aqui nas dicas!

Pontos de atenção dessa tarefa:

- **Clínica do abdome agudo obstrutivo;**
- **Conduta inicial diante da suspeita de abdome agudo.**

❖ Fique atento (a) às principais manifestações clínicas de um quadro de abdome agudo obstrutivo:

- **Dor e distensão abdominal:** no intestino delgado há dor periumbilical em cólicas; nas obstruções colônicas a dor é infraumbilical e contínua com paroxismos;
- **Náuseas e vômitos:** quanto mais alta a obstrução, mais precoces e frequentes são os vômitos
- **Parada da eliminação de fezes e flatos:** indica uma obstrução completa

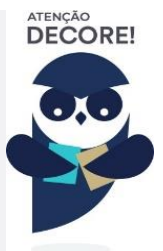
❖ Ao **exame físico**, o que deve ser avaliado:

- Inspeção: distensão abdominal, presença de cicatrizes abdominais, avaliar a região inguinal
- Ausculta: peristaltismo de luta, timbre metálico no início e depois ruídos abafados e menos intensos
- Percussão abdominal: **timpanismo (Atenção!)**
- Palpação abdominal: hérnias, descompressão brusca e sensibilidade dolorosa
- Toque retal: fezes endurecidas, neoplasias, corpo estranho, sangue.

❖ **Atenção – Exames de Imagem:**

➤ Rotina de abdome agudo:

Primeiro exame → **Radiografia de tórax P em pé, radiografia de abdome em pé e deitado (decúbito dorsal)**



• **Obstrução intestinal alta:**

- Distensão gasosa, níveis hidroaéreos, distribuição mais centralizada, pouco ar nos cólons, pneumoperitônio (perfuração);
- **Sinal de Rigler:** visualização de ar fora da alça intestinal, delimitando a sua parede, devido à presença de gás na cavidade abdominal (pneumoperitônio). Também pode estar presente nas obstruções baixas com perfuração.

• **Obstrução intestinal baixa:**

- Distensão colônica, haustrações colônicas, localização mais periférica, ausência de ar na ampola retal, presença de imagem de miolo de pão no fecaloma.

- **Tomografia:** indicada para pacientes estáveis. Detecta a etiologia da obstrução. Preferencialmente feita com contraste oral e endovenoso;
- **Ultrassonografia:** não é um bom exame!!!
- **Ressonância magnética:** boa opção para gestantes e crianças pois não necessita de contraste;
- **Enema baritado:** altamente confiável, mas não é muito utilizado. Na neoplasia colorretal aparece o sinal da maçã mordida.

❖ Sobre os **pilares do tratamento:**



- Jejum
- Sonda nasogástrica
- Hidratação endovenosa
- Correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos
- Analgesia
- Antibióticos: profilaxia nos pacientes submetidos à cirurgia e tratamento em complicações.
- **Tratamento conservador x cirúrgico: (INEP 2021 e 2020)**
 - ➔ Inicialmente é conservador e se houver piora clínica indica-se a cirurgia.
 - ➔ **Atenção:** Se houver complicação (isquemia, necrose ou perfuração) e nas neoplasias o tratamento é cirúrgico de urgência (laparotomia ou laparoscopia, desde que haja estabilidade hemodinâmica).

❖ **Principais causas de obstrução intestinal mecânica alta:**

- Causa mais comum: **aderências ou bridas**
- Segunda causa: neoplasias extrínsecas
- Terceira causa: hérnias

1) **Bridas:** principal causa de obstrução alta (INEP 2022, 2016 e 2014)

- Principal fator de risco: **cirurgia abdominal prévia**.
- Diagnóstico é de exclusão, já que não são visíveis aos exames de imagem.
- Tratamento: clínico, com medidas de suporte. São elas:
 - **Sonda nasogástrica:** auxilia na descompressão do trato gastrointestinal e previne broncoaspiração nos pacientes que apresentam vômitos frequentes;
 - Hidratação endovenosa: pode ser feita tanto com cristalóide isotônico como o Ringer lactato ou soro fisiológico;
 - Correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos;
 - Analgesia.





- 2) **Neoplasias:** são a segunda causa de obstrução do intestino delgado e geralmente são metastáticos. Não há consenso sobre seu tratamento.
- 3) **Hérnias:** terceira principal causa (INEP 2016)
Atenção: Hérnia encarcerada = cirurgia de urgência!!!! A redução manual da hérnia (manobra de Taxe) pode ser tentada em pacientes que desejam adiar a cirurgia ou apresentam alto risco cirúrgico, desde que o tempo de encarceramento seja inferior a 6 a 8 horas.
A via de acesso é por inguinotomia, através da qual pode ser feita a correção da hérnia e ressecção intestinal se necessária.
- 4) **Volvo gástrico:**
- Rotação do estômago ao longo do seu eixo. Pode evoluir para isquemia, necrose e perfuração.
 - Clínica: dor súbita e intensa no abdome superior ou tórax, vômitos severos e incapacidade de passar sonda nasogástrica (triade de Borchardt); pode haver hematêmese, distensão abdominal superior, sinais de peritonite.
 - Exames podem evidenciar alcalose hipoclorêmica, hipocalemia, leucocitose.
 - Radiografia: achado clássico é a bolha única de ar esférica no abdome ou tórax com nível aéreo.
 - Tratamento: inicialmente é clínico e a cirurgia é indicada em caso de complicações ou falta de resposta. O tratamento cirúrgico definitivo é indicado.
- 5) **Síndrome de artéria mesentérica superior:** síndrome de Wilkie, compressão da terceira porção do duodeno devido ao estreitamento do espaço entre a artéria mesentérica superior e aorta.
- Ocorre em pacientes que perderam muito peso
 - **Diagnóstico é de exclusão.** A duodenografia hipotônica é o exame de imagem que mostra o afinamento da terceira porção duodenal. A ultrassonografia pode ser útil e a angiotomografia pode avaliar o ângulo aortomesentérico.
 - **Tratamento: descompressão gástrica e duodenal por sonda e terapia conservadora com nutrição enteral.** O tratamento pode ser cirúrgico quando a terapia nutricional não for eficaz.
- 6) **Íleo biliar:** é uma complicação rara da litíase biliar e ocorre devido à impactação de um ou mais cálculos no intestino causando obstrução intestinal alta. O **local mais acometido é o íleo distal**. O diagnóstico é feito pela tomografia, que revela:
- Espessamento da parede da vesícula biliar
 - Pneumobilia (aerobilia): ar na via biliar, presente em 30 a 60% dos pacientes, é um achado inespecífico.
 - Padrão de obstrução intestinal alta (distensão de alças, níveis hidroaéreos, empilhamento de moedas)
 - Cálculo biliar > 2,5cm impactado no íleo terminal
- O **tratamento do íleo biliar é cirúrgico de urgência por laparotomia**, deve ser realizada a retirada do cálculo e se houver isquemia, o segmento acometido deve ser ressecado.
- 7) **Bezoar:** material ingerido que não é digerido como:
- Fitobezoar: material vegetal
 - Tricobezoar: cabelos, mais comum em pacientes psiquiátricos
 - Farmacobezoar: medicamentos
 - Lactobezoar: compostos de leite
- Os **pacientes ficam assintomáticos por muitos anos** e o **início dos sintomas é insidioso**, caracterizando-se por **dor abdominal, náuseas, vômitos, saciedade precoce, anorexia e perda de peso**. O tratamento pode ser feito com dissolução química ou remoção endoscópica. A cirurgia é indicada para casos em que houve falha no tratamento clínico.

❖ **Principais causas de obstrução intestinal mecânica baixa:**

1) **Neoplasia colorretal:** principal causa. (INEP 2022, 2012 e 2011)

- As neoplasias de cólon esquerdo têm maior probabilidade de obstruir pois seu lúmen é mais estreito;
- O diagnóstico é baseado na história e exame clínico;
- Radiografia: **ampola retal vazia** - característico de neoplasias obstrutivas -, e uma grande **distensão colônica em localização mais periférica**, com visualização das **hausterações**;
- Na obstrução completa não devemos fazer colonoscopia devido ao risco de perfuração!
- **Atenção: tratamento é cirúrgico com ressecção do tumor.** Pode ser feita uma ostomia ou anastomose primária.



Não esquecer: SEMPRE que estivermos diante de paciente com > 50 anos e com mudança de hábito intestinal, sangramento nas fezes, fezes em fita, devemos pensar em CÂNCER COLORRETAL! O câncer colorretal (CCR) é a causa mais comum de obstrução do intestino grosso e, em 75% dos casos, requer intervenção cirúrgica.

2) **Volvo de sigmoide** (INEP 2012)

- Quando suspeitar: distensão abdominal de início súbito, náuseas, vômitos e constipação.
- Radiografia de abdome revela o **U invertido** ou **sinal do grão de café** ou tubo interno dobrado.
- **Tratamento pode ser dividido em:**
 - ✓ Sem sinais de isquemia, perfuração ou peritonite = proctoscopia rígida, sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia descompressiva. Tratamento cirúrgico com ressecção é realizado após 24-72 horas, se bem-sucedida a descompressão, devido ao alto risco de recorrência do volvo.
 - ✓ Com sinais de isquemia, perfuração e peritonite e falha na distorção endoscópica = tratamento cirúrgico de emergência, com laparotomia com ressecção do segmento volvulado.

3) **Volvo de ceco:** O quadro clínico é de sintomas obstrutivos, dor abdominal em cólica, náuseas e vômitos. A radiografia pode auxiliar o diagnóstico e podemos observar o **ceco em forma de vírgula**. A tomografia é elucidativa em 90% dos casos (sinal do giro). O tratamento é cirúrgico.

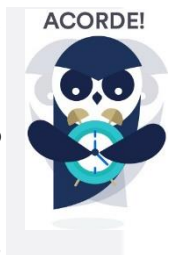
4) **Fecaloma** (INEP 2013)

fezes endurecidas que impactam no trato intestinal, complicação mais frequente do megacólon chagásico. Diagnóstico pelo toque retal ou radiografia abdominal com **imagem em miolo de pão**.

- ✓ **Sinal de Gersuny:** sensação de crepitação ao descomprimir o abdome após a palpação profunda de uma massa abdominal. Ocorre devido à interposição de ar entre a mucosa intestinal aderida à superfície do fecaloma.
- ✓ **Fenômeno de Soiling:** diarreia paradoxal, apesar da obstrução parcial pelo fecaloma, há passagem de fezes líquidas ao redor do mesmo.

Tratamento – Importante para a prova:

- É feito com a **“quebra” ou “fratura” do fecaloma, seguida de enema com água morna e glicerina.**
- Atente: Se essas medidas falharem, a anestesia locorregional e sedação para relaxar os músculos do canal anal e do assoalho pélvico, juntamente com a massagem abdominal, podem ajudar na quebra do fecaloma.
- Após o tratamento do fecaloma, é importante identificar e eliminar possíveis causas de constipação. Isso inclui descontinuar medicamentos que causam ou exacerbam a constipação, orientações dietéticas e uso moderado de laxantes.



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/198314a8-6fe1-4aa3-8d49-b79b18d47464>

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: Atendimento à Vítima de Violência Sexual

Incidência: 7,04% das questões de Ginecologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Ginecologia**, a **6ª mais cobrada** nas provas do INEP e representa aproximadamente **9,16%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **quinto assunto mais cobrado dentro de Ginecologia**.

- ➔ **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 Atendimento à Vítima de Violência Sexual (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 – 23 questões:

https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/dbffbff4-f50a-44bb-8392-027fdf8647c3/?per_page=20

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>

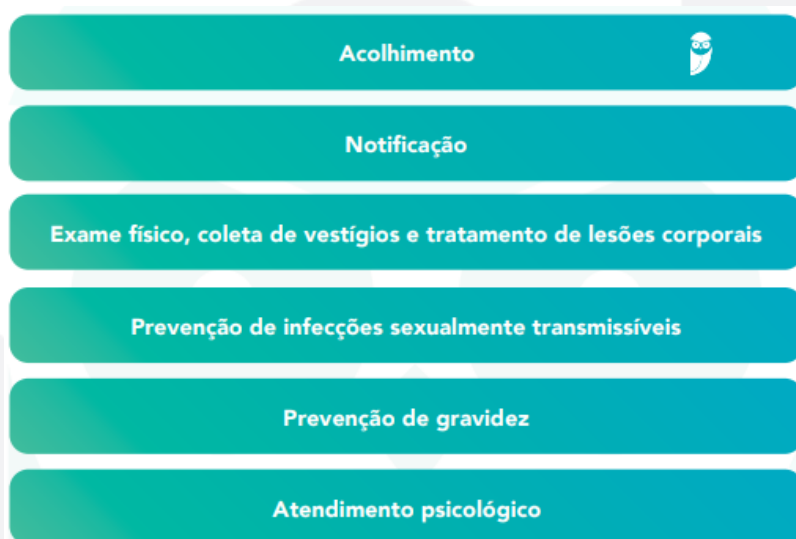
Tópicos da Aula:

1.0 Introdução; 2.0 Atendimento; 3.0 Acolhimento e Notificação; 4.0 Anamnese e Exame Físico; 5.0 Quimioprofilaxia; 6.0 Exames Complementares; 7.0 Prevenção de Gravidez; 8.0 Fluxograma de Atendimento à Paciente Vítima de Violência Sexual

Dicas da Tarefa:

Revalidando(a), Atendimento à Vítima de Violência Sexual é um assunto que a banca do INEP gosta bastante, cobrando principalmente nas questões discursivas!

- ❖ As instituições que prestam atendimento às vítimas de violência sexual devem seguir TODOS os passos abaixo: **(INEP 2012)**



- ❖ Sobre a **notificação** pelo médico: **(INEP 2021 e 2011)**
- É **obrigatória a notificação compulsória** em todo o território nacional das **situações de indícios ou confirmação de violência contra a mulher**;
 - No caso de violência contra crianças, adolescentes e pessoas idosas, o Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude e o Conselho da Pessoa Idosa também devem ser notificados;
 - O **médico deve notificar também à autoridade policial, em prazo máximo de 24 horas.**
- ❖ **Exames protetivos para a paciente vítima de violência sexual:**
- Teste para HIV, sífilis e hepatites B e C no momento do atendimento inicial. Trinta dias após a paciente deve ser retestada para HIV e sífilis;
 - Coleta do conteúdo vaginal para pesquisa de gonorréia e clamídia (a depender da disponibilidade do serviço);
 - Teste para gravidez é indicado para mulheres em idade fértil, com o objetivo de nortear os fármacos usados na PEP.
- ❖ **Quimioprofilaxias – IMPORTANTE:**
1. **Profilaxias de IST's não virais:** oferecida em todas as situações em que há possibilidade de transmissão dos agentes.



PROFILAXIA PARA ISTs NÃO VIRIAIS			
IST	MEDICAÇÃO	ADULTOS E ADOLESCENTES > 45 KG, INCLUINDO GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES <45 KG
SÍFILIS	Penicilina benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão em cada glúteo), dose única	50000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima: 2,4 milhões UI)
GONORREIA	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + azitromicina 500 mg, 2cp, VO, dose única	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única + azitromicina 20 mg/kg, VO, dose única (dose máxima: 1g)
INFECÇÃO POR CLAMÍDIA	Azitromicina	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Azitromicina 20 mg/kg, VO, dose única (dose máxima: 1g)
TRICOMONÍASE	Metronidazol	Metronidazol 250 mg, 8 comprimidos, VO, dose única	Metronidazol 15 mg/kg/dia divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

2. **Profilaxia para hepatite B:** Se paciente já tem esquema de vacinação completo, não há indicação.

PROFILAXIA PARA HEPATITE B		
MEDICAÇÃO	INDICAÇÃO	ESQUEMA
VACINA CONTRA HEPATITE B	Exposição ao sêmen, sangue ou fluidos corporais do agressor e a paciente não for vacinada, estiver com a vacinação incompleta ou o status vacinal for desconhecido.	0,1, 6 MESES
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B	Vítima susceptível (anti-HBs não reagente) e o agressor seja HBsAg reagente ou pertencente ao grupo de risco (ex. usuário de drogas).	Até, no máximo, 14 dias após exposição

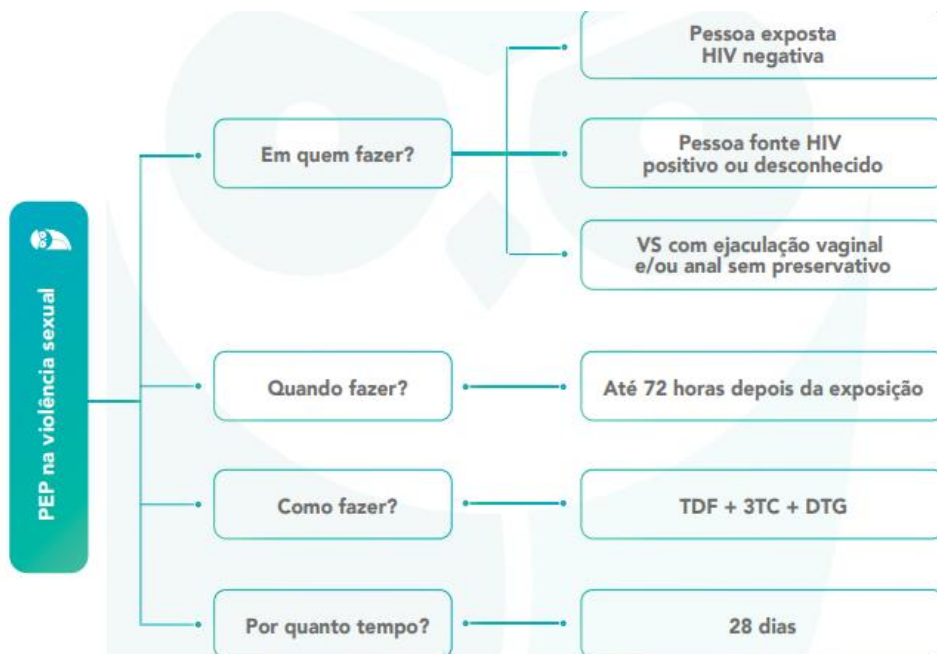
3. Profilaxia para HIV (INEP 2014)

Esquema de escolha:

TDF/3TC (Tenofovir/Lamivudina): 01cp/dia por 28 dias consecutivos

DTG (Dolutegravir): 01cp/dia por 28 dias consecutivos





❖ **Sobre a prevenção de gravidez em vítimas de violência sexual:**

- **Contracepção de emergência** deve ser prescrita para **todas as mulheres que estão no menacme (período reprodutivo)**, através de contato certo ou duvidoso com sêmen. É desnecessária se a paciente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA			
MÉTODO USADO	DOSE	PERÍODO	EFEITOS ADVERSOS
Levonorgestrel	Única 1,5 mg	Ideal até 3 dias Pode ser estendido até 5 dias (menor eficácia)	Náuseas, vômitos, cefaleia, alteração de sangramento



Tarefa 4 (Avançada)

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

Link – 23 questões:

https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/dbffbff4-f50a-44bb-8392-027fdf8647c3/?per_page=20

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: Assistência ao Pré-Natal

Incidência: 11,72% das questões de Obstetrícia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Obstetrícia, a **4ª mais cobrada** nas

provas do INEP e representa aproximadamente **10,05%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **segundo assunto mais cobrado dentro de Obstetrícia**.

- ➔ **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 **Assistência ao pré-natal (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 – 22 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8a24eb6d-c3e6-4400-a897-8fa85d3fc786>

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 Pré-natal; 2.0 Anamnese obstétrica; 3.0 Exame físico obstétrico; 4.0 Exames complementares; 5.0 Exames complementares no seguimento pré-natal; 6.0 Orientações gerais para a gestante; 7.0 Determinação do risco gestacional.

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um assunto extenso e muito cobrado pela banca do INEP. Observem, nas dicas abaixo, o que mais é abordado pelos examinadores.

Pontos de atenção:

- **Exames solicitados na rotina pré-natal;**
- **Calendário vacinal da gestante.**

❖ **Pré-natal:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a gestante passe, ao menos, por **seis consultas de pré-natal para que a assistência seja considerada adequada**.

➤ O intervalo entre as consultas de pré-natal em uma gestação de risco habitual obedece aos seguintes intervalos: **(INEP 2022)**

- A **cada quatro semanas até a 28ª semana de gestação**. Excetuando-se o primeiro retorno, que deve ocorrer em até 15 dias para avaliação dos exames da rotina de pré-natal solicitados na primeira consulta.
- A **cada 15 dias entre a 28ª semana e 36ª semana** de gestação.
- **Semanalmente a partir do termo** até o parto.




❖ **Cálculo da idade gestacional:**

1. Pela data da última menstruação (DUM):


DUM = PRIMEIRO dia da menstruação do último ciclo menstrual.

Cálculo da IG :



$$\frac{\text{SOMA DOS DIAS ENTRE A DUM E A DATA EM QUE SE DESEJA SABER A IG}}{7} = \text{IG (EM SEMANAS)}$$

2. Pela ultrassonografia:



$$\left(\frac{\text{SOMA DOS DIAS ENTRE A DATA DO USG E A DATA EM QUE SE DESEJA SABER A IG}}{7} \right) + \text{IG (USG)} = \text{IG (EM SEMANAS)}$$

Veja o exemplo abaixo:



3. Pela altura uterina:

É a ultima opção quando a DUM é desconhecida e não se tem informação a respeito da ultrassonografia.

- na 12ª semana, o útero é palpável na sínfise púbica;
- na 16ª semana, o fundo uterino é palpável entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- na 20ª semana, a altura uterina é palpável na altura da cicatriz umbilical;
- a partir da 20ª semana, observa-se relação direta entre a medida da altura uterina e as semanas de gestação, sendo menos fidedigna após a 30ª semana de gestação.

❖ **Determinação do risco gestacional: (INEP 2022)**

Atenção: de uma forma geral, tudo o que for achado positivo relacionado às condições prévias da gestante e a sua história reprodutiva anterior ou atual fará com que a gestação deixe de ser considerada de risco habitual e **passa a ser seguida como uma gravidez de alto risco.**

Fatores relacionados às condições prévias	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias • Pneumopatias graves • Nefropatias graves • Endocrinopatias • Doenças hematológicas • Hipertensão arterial crônica • Doenças neurológicas • Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento • Doenças autoimunes • Alterações genéticas maternas • Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar • Ginecopatias • Portadoras de doenças infecciosas • Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
Fatores relacionados à história reprodutiva anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Morte intrauterina • História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou • abortamento habitual • Esterilidade/infertilidade
Fatores relacionados à gravidez atual	<ul style="list-style-type: none"> • Restrição do crescimento intrauterino • Polidrâmnio ou oligodrâmnio • Gemelaridade • Malformações fetais ou arritmia fetal • Distúrbios hipertensivos da gestação

Observe que: os aspectos da gravidez atual influenciam na classificação de risco gestacional, portanto, a **classificação de risco da grávida deve ser repensada a cada consulta de pré-natal** de acordo com a evolução da gestação, e o encaminhamento para serviços de referência deve ser prontamente realizado.

❖ **Exame físico obstétrico:**

1. Pressão Arterial:

- Deve SEMPRE ser realizada e valorizada, idealmente em repouso, sentada e com o membro superior na altura do coração;
- Lembre-se: um descenso fisiológico dos níveis pressóricos é esperado no período gravídico, associado à redução da resistência vascular periférica.
- Medidas de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg devem sempre chamar a atenção do examinador para a possibilidade de pré-eclâmpsia

2. Peso:

- A medida padronizada para avaliação ponderal da gestante é a do índice de massa corpórea (IMC);
- Espera-se que o ganho ponderal médio da gestante que inicia a gestação com o IMC normal seja

de 12,5 kg;

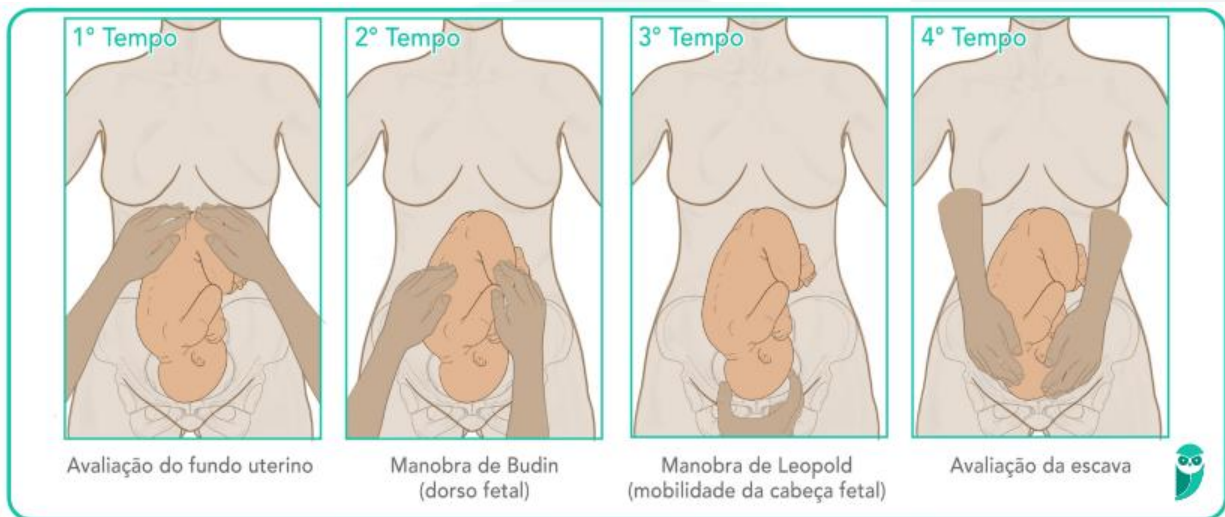
- O ganho de peso não é uniforme no decorrer da gestação, devendo, idealmente, ocorrer primordialmente no segundo e terceiro trimestres → o esperado é um **ganho de cerca de 400 g por semana na segunda metade da gestação**.

3. Exame obstétrico abdominal:

3.1 Inspeção abdominal:

- Hiperpigmentação da linha alba → linha nigra
- Surgimento de estrias, especialmente no final da gestação, associadas à distensão cutânea e ao hipercortisolismo
- Algumas gestantes podem apresentar diástase dos músculos retos abdominais, que se torna mais pronunciada à medida que o útero aumenta de volume.

3.2 Manobras obstétricas: manobras de palpação abdominal divididas em quatro tempos e que têm o intuito de definir parâmetros da estática fetal. (INEP 2022 e 2016)



1º Tempo: Avaliação do fundo uterino → permite determinar a **SITUAÇÃO FETAL**, já que quando o fundo uterino está ocupado estamos diante da situação longitudinal e quando está vazio da situação transversa. Também ajuda a avaliar a apresentação do feto diante da consistência do polo fetal palpado.

2º Tempo: Palpação das laterais do útero → permite determinar a **POSIÇÃO FETAL**. O lado do dorso será percebido pela maior resistência e continuidade à palpação.

3º Tempo: A manobra de Leopold confirma a **APRESENTAÇÃO FETAL** e se está encaixada na pelve ou não.

4º Tempo: Ajuda a perceber a **ALTURA DA APRESENTAÇÃO (insinuação fetal)**. Vale ressaltar que esse parâmetro é melhor avaliado pelo toque vaginal.

3.3 Altura uterina:

- Determinada posicionando-se o zero da fita métrica na **borda superior da sínfise púbica** e estendendo-a medialmente, passando pela cicatriz umbilical, utilizando-se a borda cubital da mão, **até o fundo uterino**;
- Se relaciona com a idade gestacional e, dessa forma, permite que o crescimento fetal seja avaliado



de forma indireta no decorrer do pré-natal, além de ser uma opção para a estimativa da idade gestacional;

- O útero **atinge a altura da cicatriz umbilical por volta da 20ª semana** e, a partir daí, cresce cerca de **1 cm por semana**, correlacionando-se com a idade gestacional até próximo do termo.
- Atente: embora a altura uterina seja muito importante para o seguimento do crescimento fetal, ela pode ser influenciada por diversos outros fatores além do tamanho do fetal. Exemplo: **gestações múltiplas associam-se a alturas uterinas aumentadas** em relação ao esperado para a idade gestacional, assim como o **aumento de líquido amniótico** ou a **presença de miomas uterinos**. Ao contrário, oligoâmnio é uma das causas de crescimento uterino menor do que o esperado.

❖ Aspectos éticos do pré-natal da gestante adolescente (INEP 2011)

- Internacionalmente, há consenso de que adolescentes entre 12 e 18 anos devem ter sua privacidade garantida, especialmente se já tiverem 14 anos e 11 meses ou mais, considerados maduros para entender e cumprir o que lhes for orientado.
- Observe abaixo os direitos das adolescentes:
 - Privacidade no momento da consulta;
 - Garantia de confidencialidade e sigilo;
 - Consentimento ou recusa de atendimento;
 - **Atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais;**
 - Informação sobre seu estado de saúde.

É **vedado ao médico**: “Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.”

❖ Decore os exames que devem ser solicitados na rotina pré-natal (INEP 2022, 2021, 2015 e 2011)

EXAMES DA ROTINA DE PRÉ-NATAL			
1ª consulta de pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Tipagem sanguínea + coombs indireto* • Glicemia de jejum • Eletroforese de hemoglobina* • TSH/T4I* 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorologias (ou teste rápido) HIV e sífilis • Sorologia Hepatite B • Sorologia toxoplasmose • Sorologia rubéola*, hepatite C* e CMV* 	<ul style="list-style-type: none"> • Urina tipo I/urocultura • Colpocitopatológico do colo do útero* (se o último > 1 ano) • Parasitológico de fezes* • Secreção vaginal*
	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassom obstétrico para determinação da idade gestacional* • Ultrassom morfológico de 1º trimestre se idade gestacional entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias* 		
20 – 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassom morfológico do 2º trimestre* 		
24 a 28 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Teste oral tolerância a glicose 75g (se glicemia de jejum anterior normal) • Ecocardiograma fetal* 		
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir sorologia HIV e sífilis, urina I e urocultura • Ultrassom obstétrico* 		
35 a 37 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Swab anal e vaginal para pesquisa de <i>Streptococcus agalactiae</i> 		

- Com relação às sorologias, temos que:
 - Memorize as sorologias obrigatórias: **sorologia (ou teste rápido) HIV e sífilis, sorologia hepatite B e sorologia toxoplasmose.**
 - Sorologia rubéola, sorologia hepatite C e sorologia CMV **não são preconizadas como obrigatórias pelo Ministério da Saúde.**

❖ Estrategista, não deixe de **memorizar o calendário vacinal da gestante!** (*INEP 2022, 2016, 2013 e 2011*)

VACINAS	DOSES
Influenza	Uma dose anual
Hepatite B	Três doses, se não tiver o esquema completo anteriormente
Dupla bacteriana adulto (dT)	Duas doses, se não tiver o esquema completo anteriormente. Completar o esquema de três doses com uma dose de dTpa.
Tríplice bacteriana acelular (dTpa)	Uma dose a partir da 20ª semana de gestação até 45 dias dos pós-parto



- **Atenção:** gestantes não devem utilizar vacinas vivas sob o risco de contraírem a doença;
- **Observe que:** Influenza e dTpa (difteria, tétano e coqueluche) devem ser realizadas em TODA gestação, independentemente do histórico vacinal, para que o recém-nascido tenha imunidade passiva contra a coqueluche.
- **Questão de prova:** Em gestantes com esquema vacinal completo de três doses de vacina contra tétano, sendo a última dose realizada há menos de cinco anos, não é necessário realizar nenhuma dose de reforço durante a gestação. Já nos casos em que o esquema vacinal foi realizado há mais de 5 anos, basta uma única dose de reforço da vacina dupla adulto (contra tétano e difteria) durante a gestação. Vale lembrar que se a gestante tiver mais do que 20 semanas de gestação, a dT pode ser substituída pela dTpa (difteria, tétano e coqueluche).

Tarefa 5 (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/8a24eb6d-c3e6-4400-a897-8fa85d3fc786>

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: Infecções do Sistema Nervoso Central

Incidência: 8,80% das questões de Infectologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo de Infectologia, **5ª disciplina mais cobrada na prova do Revalida INEP**, representando aproximadamente **9,61%** das questões de 2011 a 2022. O tema estudado agora é o **terceiro mais importante** dentro da Infectologia.

- ➔ **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 Infecções do Sistema Nervoso Central (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/a754cc27-8407-45af-b23b-da53b7b9fb96>

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 Conceitos gerais nas meningites e meningoencefalites; 2.0 Avaliação do paciente com meningite; 3.0 Meningites bacterianas; 4.0 Meningites virais; 5.0 Meningoencefalite tuberculosa; 6.0 Meningoencefalite herpética

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse tema caiu pela última vez na edição de 2020 da prova do INEP. Atente que, na maioria das vezes em que foi abordado pela banca, o assunto “Meningites bacterianas” foi o preferido.

❖ Quando suspeitar de um paciente com meningite? (INEP 2020)

- Tríade clínica clássica: **CEFALEIA + FEBRE + RIGIDEZ DE NUCA** (procure essas palavras no enunciado).

❖ Diagnóstico:

- Na suspeita de meningite, devemos realizar a **punção lombar diagnóstica** para todos os pacientes, pois é ela quem auxiliará na identificação do agente etiológico.

Revalidando, é importante **DECORAR a tabela abaixo**, principalmente as características líquóricas dos quadros de meningite bacteriana e viral, as mais cobradas pela banca do Inep. (INEP 2015 e 2012)



Parâmetros quimiocitológicos do líquido cefalorraquidiano nas meningites				
Parâmetro do LCR	Meningite bacteriana	Meningite viral	Meningite tuberculosa	Meningite fúngica
Pressão de abertura (cmH ₂ O)	Aumentada	Normal	Aumentada	Aumentada
Aparência	Turvo	Límpido	Xantocrômico/ Turvo	Límpido/ Turvo
Leucócitos (células/mm ³)	>500	5-100	5-500	5-500
Pleomorfismo	Polimorfonucleares	Linfomonocitário	Linfomonocitário	Linfomonocitário
Proteínas	Muito alterada	Normal	Alterada	Alterada
Glicose	Muito consumida	Normal	Muito consumida	Consumida

❖ Etiologia das meningites:

Revalidando, o mais importante aqui é você memorizar as etiologias das meningites bacterianas, pois é o que geralmente a banca do Inep cobra.

- Crianças maiores que um mês de vida e adultos sem comorbidades, temos três etiologias mais prevalentes: **(INEP 2013)**
 - ***Neisseria meningitidis*** (diplococo Gram-negativo);
 - ***Streptococcus pneumoniae*** (diplococo Gram-positivo);
 - ***Haemophilus influenzae*** (bastonete/bastão/bacilo Gram-negativo).
- Atente:** Se no enunciado estiverem as seguintes palavras, considerar etiologia por ***L. Monocytogenes***: neonato, gestante, idoso, transplantado, HIV/aids, pacientes em quimioterapia, etilistas crônicos.
- Em neonatos: ***Escherichia coli* (principal agente)**, ***Streptococcus agalactiae* (grupo B)**, ***Listeria monocytogenes*** e ***Enterococcus sp.***

❖ Tratamento empírico das meningites bacterianas: **(INEP 2015)**

Revalidando, DECORE o quadro abaixo!

Faixa etária	Microrganismos prevalentes	Esquema empírico
Até 2 meses	<i>Streptococcus</i> do grupo B Enterobactérias* <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Enterococcus</i>	Cefotaxima + ampicilina OU Ampicilina + aminoglicosídeo* *(Gentamicina ou amikacina)
2-3 meses	<i>Streptococcus</i> do grupo B Enterobactérias <i>Neisseria meningitidis</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	Ceftriaxona OU Cefotaxima
> 3 meses Adultos	<i>Neisseria meningitidis</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	Ceftriaxona
Idosos (> 60), imunossuprimidos e gestantes	<i>Neisseria meningitidis</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Listeria monocytogenes</i>	Ceftriaxona + ampicilina

Atente que: Na suspeita de meningite meningocócica em qualquer idade, **sempre iniciaremos a CEFTRIAXONA como tratamento empírico**. No entanto, caso a *Neisseria meningitidis* seja suscetível às penicilinas, pode-se descalonar o esquema antimicrobiano para penicilina cristalina ao longo do tratamento.



❖ **Complicações após meningites bacterianas:**

Revalidando, esse tópico nunca foi cobrado na prova do Revalida Inep, embora já tenha caído no Revalida UFMT. Por isso, passe o olho no quadro abaixo, para que não seja pego desprevinidamente:

Complicações agudas e crônicas após meningites bacterianas	
Agudas (< 2 semanas)	Crônicas (> 2 semanas)
Ventriculite	Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
Hidrocefalia	Infartos cerebrais
Abscessos cerebrais	Déficit intelectual
Epilepsia	Ataxia
Paralisia de nervos cranianos	
Cegueira	
Surdez	

❖ **Quimioprofilaxia nas meningites bacterianas: (INEP 2016 e 2011)**

- Só é indicada para pessoas expostas em situações de meningites suspeitadas ou confirmadas por *Neisseria meningitidis* ou *Haemophilus influenzae*. **Atente que:** a quimioprofilaxia deverá ser feita preferencialmente nas **primeiras 48 horas**, que é o tempo médio da incubação dessa doença.

- Independente da condição vacinal, quais são os indivíduos que devem receber a profilaxia?

Indivíduos com risco de infecção por <i>N. meningitidis</i> e por <i>H. influenzae</i>	
Contatos próximos	Contatos com gotículas (sem o uso de máscara)
Moradores do mesmo domicílio	Oroscopia e fundoscopia
Pessoas que compartilham o mesmo dormitório	Intubação e aspiração de via aérea
Comunicantes de creches e escolas	Sondagem nasogástrica e nasoenteral

- **Memorize:** A quimioprofilaxia preferencial tanto para a meningite meningocócica quanto para a causada pelo hemófilo é a **RIFAMPICINA**! Para adultos, crianças, jovens, idosos, gestantes, lactantes... não importa: Rifampicina! A **ceftriaxona** é uma opção alternativa de profilaxia.
- **Bloqueio vacinal** (vacinação que é independente do tipo de contato ou da condição vacinal prévia): feito apenas quando há **surto relevante** de doença meningocócica.

❖ Meningites Virais:

Revalidando, as meningites virais são muito menos comuns do que as bacterianas na prova do INEP. Basicamente, **você precisa saber distinguir as duas etiologias através das características do líquido**, geralmente informadas pelo examinador no enunciado.

- Mais comuns na infância, especialmente causadas por **enterovírus** (transmissão fecal-oral).
- **Quadro clínico:** meningites virais podem apresentar a tríade clínica clássica da meningite com ocorrência maior de fotofobia e cefaleia retrorbitária, muitas vezes sendo confundidas com arboviroses.
- **Diagnóstico:** através da punção liquórica → **pleocitose linfomonocitária, glicose e proteínas próximas ao normal. (DECORE!!!)**
- **Tratamento: (INEP 2012)**
 - Na maioria dos casos, o tratamento é **conservador: hidratação, observação clínica de complicações** (convulsões, rebaixamento do nível de consciência e agitação psicomotora) e **controle de sintomas** (dor e náusea).
 - Tratamento específico é reservado para algumas meningites: HSV-1, HSV-2 e VZV (aciclovir endovenoso); CMV (ganciclovir endovenoso).

❖ Meningoencefalite tuberculosa: (INEP 2013)

- Apresentação **crônica** e frequentemente sintomática: febre, hipo/ anorexia, perda ponderal, náuseas, confusão, letargia, convulsões tônico-clônicas, déficits focais e paralisia do nervo abducente.
- Na suspeita, deve ser realizada **ressonância nuclear magnética do crânio**, que pode mostrar: **tuberculomas** (lesões com realce anelar circundadas por edema perilesional), hidrocefalia, meninges hiperintensas em base do crânio e edema cerebral.
- Memorize as características do líquido: **leucorraquia com predomínio de linfócitos, proteína elevada e glicose consumida**.
- Tratamento: duração de **12 meses**, sempre associado à corticoterapia.

Tratamento da tuberculose do sistema nervoso central	
2 meses ↓	RHZE (4 drogas), rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol
10 meses	RH (2 drogas), rifampicina + isoniazida
+ prednisona 1 a 2 mg/kg/dia (ou equivalente) durante 4 semanas	

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/a754cc27-8407-45af-b23b-da53b7b9fb96>

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: Asma

Incidência: 5,62% das questões de Pediatria (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Pediatria**, a **1ª mais cobrada** nas provas do INEP, representando aproximadamente **14,56%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **quarto 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 Asma (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 – 22 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ab241197-4a50-4d17-b985-b7341f2727fe>

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 Quadro Clínico; 3.0 Diagnóstico da Asma; 4.0 Classificação da Asma; 5.0 Tratamento de Manutenção ou de Controle; 6.0 Crise de Asma

Dicas da Tarefa:

Revalidando, o tópico que mais cai em provas referente a Asma é o tratamento de manutenção (ou controle).

❖ **Quadro clínico da asma:**

- **Sibilância;**
- **Taquidispnéia;**
- **Tosse e/ou desconforto torácico.**

Obs1: os sintomas são geralmente piores à noite e desencadeados por fatores como infecções e alérgenos;

Obs2: Tosse seca noturna ou precipitada por exercícios pode ser a única manifestação clínica da asma.

Obs3: Nos períodos intercrise (paciente está fora da exacerbação) o paciente pode ser assintomático ou apresentar sintomas residuais.

❖ **Diagnóstico da asma:**

- Baseado na avaliação de sintomas respiratórios associados à limitação variável ao fluxo expiratório.
- Contudo, na infância esse diagnóstico é mais desafiador, principalmente em crianças < 6 anos. Nessa população, não podemos contar com provas funcionais, e o **diagnóstico será baseado em critérios clínicos de probabilidade de asma**, tais como: presença de sintomas após 10 dias de quadro infeccioso, piora no período noturno, história de dermatite atópica ou alergia alimentar, história familiar de asma e resposta positiva ao uso do broncodilatador.
- Em crianças entre 6 -11 anos, a presença de sintomas característicos, associados a **VEF1/CVF < 0,9** e à **prova broncodilatadora positiva com incremento > 12% do VEF1 previsto**, permite-nos realizar o diagnóstico.

❖ **Classificação do controle da asma – MEMORIZAR PARA A PROVA! (INEP 2022, 2020, 2016 e 2013)**

Divide-se em: **asma controlada, parcialmente controlada e não controlada!**



	Asma controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Sintomas diurnos com duração maior do que alguns minutos por mais do que 1 vez por semana	zero	1 a 2 itens	3 a 4 itens
Algum despertar noturno ou tosse noturna (mesmo sem despertar)			
Necessidade de medicação de resgate > 1 vez por semana			
Limitação da atividade diária por asma (brincar)			

Atenção: questões envolvendo a classificação do controle dos sintomas geralmente vêm em conjunto com o tratamento da asma!

❖ **Tratamento de manutenção ou de controle da asma – Tópico mais importante para sua prova!**
(INEP 2022, 2020, 2016, 2014 e 2013)

Pilares do tratamento de manutenção: **medidas não farmacológicas + medidas farmacológicas**



Tratamento farmacológico de primeira linha: corticoide inalatório, associado ou não a um **broncodilatador de longa ação (LABA)** em crianças acima de 6 anos.

Observe o **quadro abaixo**, que mostra o arsenal terapêutico disponível para o tratamento de manutenção:

MEDICAMENTOS PARA CONTROLE	PARTICULARIDADES
(CI) CORTICOIDE INALATÓRIO	<p>É a base do tratamento.</p> <p>Deve ser sempre utilizado com espaçador e com a técnica adequada. Um cuidado especial é enxaguar a boca após uso para evitar candidíase oral.</p> <p>É considerado uma medicação segura, com efeitos colaterais mínimos.</p> <p>Suas doses são divididas em baixa, média e alta.</p>
(LABA) B2-AGONISTA DE LONGA AÇÃO	<p>Não deve ser utilizado isoladamente, pois não possui efeito anti-inflamatório. Não é indicado para menores de 6 anos. Uso reservado para casos não controlados apenas com CI.</p>
(LTRA) ANTAGONISTAS DE LEUCOTRIENO	<p>O principal representante é o montelucaste.</p> <p>Tem efeito anti-inflamatório, mas com menor poder de evitar exacerbações do que CI.</p> <p>Pode ser associado ao CI como opção terapêutica.</p>
OUTRAS MEDICAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Tiotrópio: é um anticolinérgico de longa ação. Poderia ser associado em pacientes com difícil controle. • Cromonas: possuem efeito anti-inflamatório, mas atualmente pouco utilizadas devido ao CI. • Omalizumabe (Ac anti-IgE): poderia ser utilizado em pacientes com difícil controle.

Dessa forma, a **estratégia de controle a partir de 6 anos** fica sendo a seguinte:



STEP 1: usar ICS sempre que utilizar o SABA.

STEP 2: dose baixa de manutenção ICS.

STEP 3: dose baixa de manutenção ICS-LABA OU dose muito baixa de ICS ou dose muito baixa de ICS-formoterol para manutenção e alívio (esquema MART).

STEP 4: dose média de ICS-LABA OU dose média de ICS-formoterol para manutenção e alívio (esquema MART). Referenciar ao especialista.

STEP 5: Considerar dose alta de ICS-LABA, acompanhamento em conjunto com especialista. Encaminhar para imunofenotipagem, considerar anti-IgE.

Legenda: SABA = broncodilatador de curta duração; ICS = corticoide inalatório; LABA = broncodilatador de longa; MART = Maintenance and Reliever therapy



- ❖ **Exacerbação do quadro de asma:** Caracteriza-se por um aumento progressivo nos sintomas de tosse, sibilos, sensação de aperto no peito e dispneia, com risco de causar insuficiência respiratória. Há mudança dos sintomas e da função pulmonar em relação ao basal do paciente.

Primeiro passo: Definir se o paciente deve ser levado para o pronto-socorro ou se pode receber tratamento domiciliar.

Veja abaixo as situações em que precisamos transferir o paciente para o hospital:

- Taquipnéia e taquicárdia.
- Sinal de desconforto respiratório.
- Incapacidade de pronunciar uma frase.
- Alteração do sensório (agitação ou sonolência).
- PFE é $\leq 50\%$ do basal.
- Hipoxemia.
- Tórax silencioso.
- Piora repentina ou ausência de melhora com terapêutica domiciliar.

Tratamento domiciliar/ambulatorial:

- Oxigenioterapia, se saturação $< 94\%$.
- Usar **$\beta 2$ agonista de curta duração inalatório**, de 20 em 20 minutos, na primeira hora → **Salbutamol** (SABA) e/ou **brometo de ipratrópio**
- **Corticoide sistêmico** pode ser realizado pela via oral ou parenteral, pois apresentam o mesmo efeito terapêutico. A via oral deve ser preferida em pacientes que têm capacidade de deglutir. A medicação geralmente usada é a prednisona.

Atenção: o GINA (*Global Initiative for Asthma*) de 2019 considera como preferência a utilização do **corticoide inalatório associado ao formoterol nas crises de asma**, como medicação de resgate, nos pacientes com idade maior ou igual a 12 anos de idade.

Resumo: Diante de um paciente com asma exacerbada, a primeira medida é iniciar o beta2 de curta duração – salbutamol e, se paciente grave, iniciar uso de brometo de ipratrópio concomitantemente. Manter saturação acima de 94% é o alvo e usar corticoide sistêmico ainda na primeira hora.

Lembre que: Pacientes asmáticos são difíceis de ventilar, há um aumento do risco de barotrauma e de colapso cardiopulmonar. Portanto, é sempre a última opção!

Atente para: na crise de asma não é necessário exames complementares de rotina. Os dois parâmetros que nos ajudarão a classificar a gravidade da crise são: oximetria de pulso e PFE (em > 6 anos). (**INEP 2011**)

Tratamento hospitalar a partir de 6 anos: (INEP 2011)

	LEVE A MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Nível de consciência	Normal	Agitado	Agitado ou sonolento
Padrão respiratório	Sem uso de musculatura acessória	Dispneia importante	Dispneia importante
FR	≤ 30 irpm	>30 irpm	>30irpm
FC	≤120 bpm	> 120 bpm	>140 bpm
Saturação	≥90%	<90%	<90%
Capacidade de falar	Frases	Palavras	Não consegue
PFE	>50% do previsto	≤50% do previsto	<30% do previsto

CRISE LEVE A MODERADA

- b2-agonistas de curta ação (SABA) a cada 20 minutos durante 1 hora.
- Corticoide VO (prednisolona 1 mg/kg).
- Considerar brometo de ipratrópio.
- Oxigenioterapia para manter saturação 94-98%.

CRISE GRAVE

- b2-agonistas de curta ação (SABA) a cada 20 minutos + brometo de ipratrópio durante 1 hora.
- Corticoide IV (metilprednisolona 1-2 mg/kg).
- Oxigenioterapia para manter saturação 94-98%.
- Considerar sulfato de magnésio.

LIFE THREATENING

- Além das medidas citadas para o paciente grave:
- Transferência para a UTI.
- Considerar suporte ventilatório.

Tarefa 7 (Avançada)

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

Link – 22 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ab241197-4a50-4d17-b985-b7341f2727fe>

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: Ética Médica; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Medicina Preventiva. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Ética Médica; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade**. 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 **Ética Médica; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade**

- ➔ **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 esses assuntos. 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 (Word)**, 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/2c0e0de3-161a-4125-85e7-3cd4570984f3>

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/2c0e0de3-161a-4125-85e7-3cd4570984f3>

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: Trauma Abdominal e Pélvico

Incidência: 5,71% das questões cobradas em Cirurgia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa **dá continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia**, a **2ª disciplina mais cobrada no Revalida**, representando aproximadamente **13,45%** das questões do INEP de 2011 a 2022. Assim, tenha

muita atenção ao estudá-lo! Balize a leitura indicada através das Dicas contidas na tarefa para saber quais tópicos dentro desse assunto o INEP mais gosta de cobrar.

- ➔ **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 Trauma Abdominal e Pélvico (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/67cb0359-01f8-4bd8-b980-7ba7801e114e>

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 Trauma Abdominal e Pélvico

Dicas da Tarefa:

Revalidando, preste atenção no tema “Trauma hepático”, abordado pela banca em edições recentes da prova do INEP (2022, 2020 e 2017).

❖ **TRAUMA ABDOMINAL FECHADO (INEP 2016 e 2012)**

- Órgãos mais acometidos: **Baço (1º lugar), Fígado (2º lugar) e Intestino delgado (3º lugar)**



➤ **Conduta – Importante!!!**

- Paciente **ESTÁVEL** hemodinamicamente = **Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso**. TC detecta hemoperitônio, pneumoperitônio ou retroperitônio, evidencia sangramento ativo e define o tratamento conservador de algumas lesões de vísceras maciças, como lesões esplênicas, hepáticas e renais.

- Paciente **INSTÁVEL** hemodinamicamente = **FAST ou LPD** (lavado peritoneal diagnóstico)

FAST: utilizado com o objetivo de detectar a presença de líquido livre na cavidade abdominal e pericárdica, que aparece como uma coleção hipoeoica ou anecoica.

FAST positivo, no paciente instável = **indicação de laparotomia exploradora**.

LPD: rápido, de fácil execução, sensível, porém invasivo.

LPD positivo = **indicação de laparotomia exploradora**.

Critérios para LDI positivo:

- ✓ Aspiração de pelo menos 10 mL de sangue ou conteúdo gastrointestinal;
- ✓ Hemácias > 100.000/mm³;
- ✓ Leucócitos > 500/mm³;
- ✓ Amilase > 17,5 UI/L (ou 175 UI/dL); e
- ✓ Conteúdo gastrointestinal, pesquisa positiva para bile, fibras alimentares ou bactérias

- **Decore as indicações de laparotomia imediata no trauma abdominal fechado**

Atenção: é o que mais cai na prova do Revalida sobre esse assunto!

- ✓ Trauma abdominal com dor e **peritonite**;
- ✓ Paciente instável com FAST ou LPD positivos;
- ✓ Pneumoperitônio/retropneumoperitônio;
- ✓ Evidência de ruptura diafragmática;
- ✓ Sangramento gastrointestinal persistente e significativo observado na drenagem nasogástrica ou vômito (hematêmese) ou sangramento retal;
- ✓ TC de abdome revelando lesão do trato gastrointestinal, lesão vesical intraperitoneal, lesão de pedículo renal e lesão parenquimatosa grave.

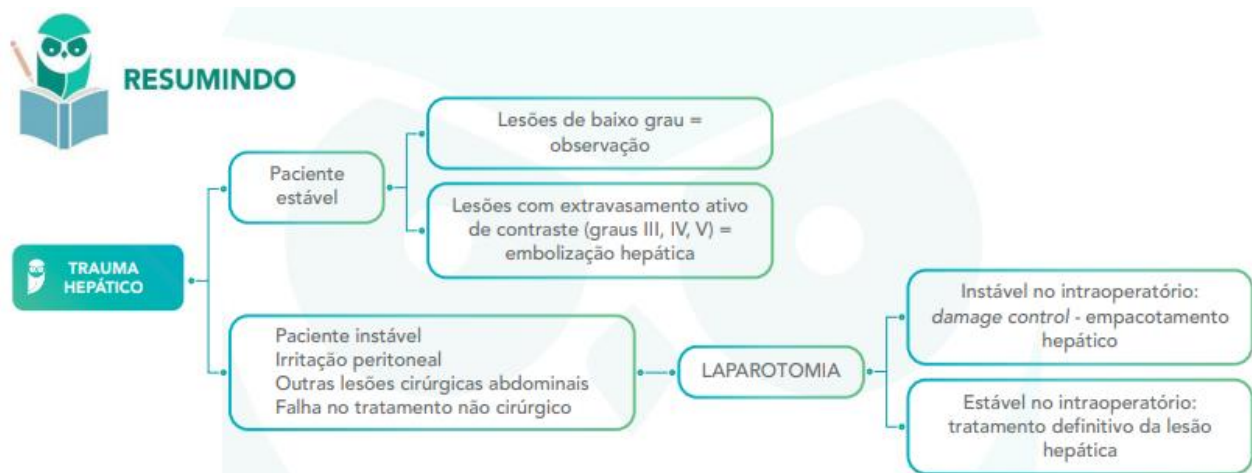


❖ **TRAUMA HEPÁTICO (INEP 2022, 2020 e 2017)**

- Fígado = órgão mais acometido nos ferimentos por arma branca
- **Tratamento:** depende das condições hemodinâmicas do paciente
 - ✓ **Paciente estável: tratamento conservador** → cuidados de suporte, exame físico seriado, controle hematimétrico, podendo ser necessário o **uso adjuvante de arteriografia e embolização hepática**. Eficácia geral da angioembolização no trauma hepático é de 93%.
 - ✓ **Paciente instável: laparotomia exploradora e cirurgia de controle de danos** para parar a hemorragia → colocação de compressas ao redor do fígado, “comprimindo” o sangramento e consistindo no “empacotamento hepático”. Se paciente mantiver sangramento hepático profuso, a despeito do empacotamento, uma estratégia cirúrgica é a Manobra de Pringle (campleamento das estruturas do ligamento hepatoduodenal – artéria hepática, veia porta e colédoco). Em pacientes que apresentam estabilidade durante a cirurgia, podemos tratar em definitivo a lesão hepática.



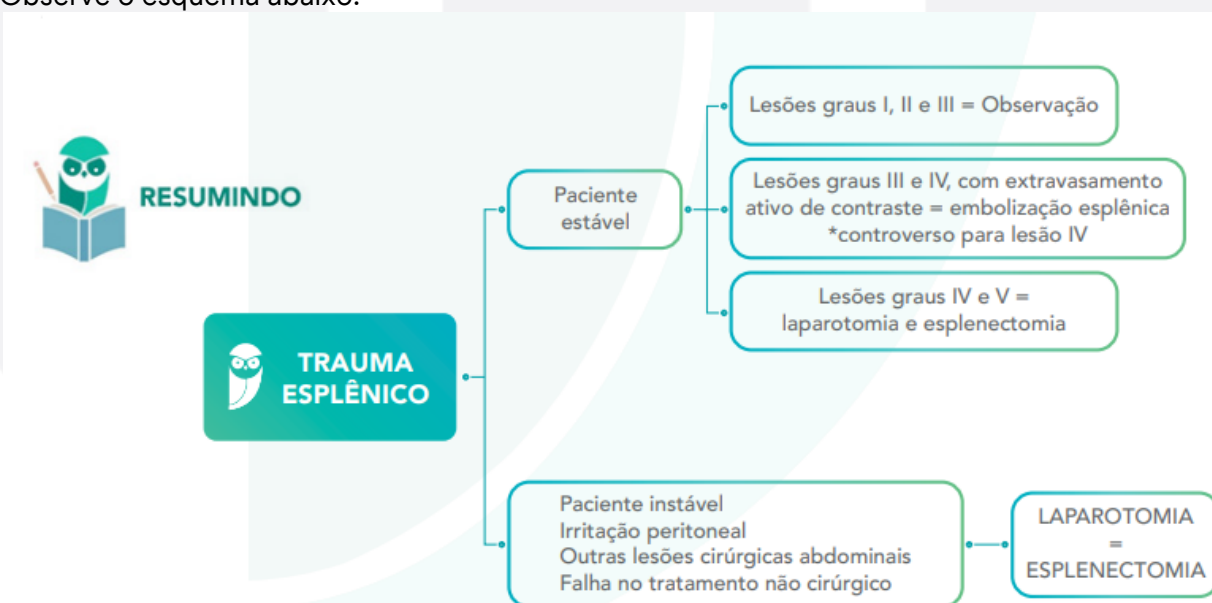
Observe o esquema abaixo:



❖ TRAUMA ESPLÊNICO – (INEP 2017 e 2013)

- Baço: órgão mais acometido nos traumas abdominais contusos.
- Quando suspeitar ? Dor referida no ombro esquerdo, causada por irritação do nervo frênico pelo sangue adjacente ao hemidiafragma esquerdo (Sinal de Kehr).
- Tratamento:
 - ✓ Se **paciente estável**: **tomografia computadorizada de abdome**, com contraste endovenoso, para classificar a lesão esplênica.
 - Lesões esplênicas graus **I, II e III** = tratamento conservador → internação hospitalar, preferencialmente em UTI, coleta de hemoglobina e hematócrito, e reavaliações seriadas.
 - Lesões graus **III ou IV**, na presença de extravasamento ativo de contraste (blush arterial) = embolização da artéria esplênica
 - ✓ Se **paciente instável**: FAST ou LPD na sala de trauma → Se positivos, tratamento é a laparotomia exploradora e a lesão esplênica será diagnosticada e tratada por meio da **esplenectomia total**. Atente que: não se faz empacotamento esplênico, como nas lesões hepáticas!
 - Não esquecer: Após a esplenectomia, é recomendada a imunização contra organismos encapsulados, incluindo *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae* tipo B, pelo menos, por 14 dias após a cirurgia.

Observe o esquema abaixo:



❖ TRAUMA UROLÓGICO:

➤ Trauma uretral (INEP 2020)

- Maioria dos casos (90%) ocorre por traumas contusos;
- Mais frequente no sexo masculino;
- 85% dos traumas uretrais são na uretra bulbar (traumatismo contuso direto chamado de queda a cavaleiro - uretra bulbar é “esmagada” contra os ramos púbicos);
- **Tríade clássica:** uretrorragia + incapacidade de urinar + globo vesical palpável;
- Hematoma perineal ou “em forma de borboleta” pode estar presente;
- Diagnóstico da lesão uretral: confirmado pela **uretrocistografia retrógrada ou uretrografia retrógrada**.

Não se esqueça: tomografia não faz diagnóstico de lesão uretral.

Atenção: **Cateterismo vesical é contraindicado !!!**

- Tratamento: drenagem da urina por meio da **cistostomia** (colocação de cateter vesical suprapúbico por punção ou via aberta). A **reconstrução definitiva** da lesão uretral geralmente é feita de forma tardia pela urologia, **após 3 a 6 meses**, com menor risco de complicações.

➤ Trauma de bexiga:

- Altamente associada à fratura pélvica concomitante
- Quadro clínico: **hematúria macroscópica (principal sintoma) + dor suprapúbica + incapacidade ou dificuldade de urinar**
- Diagnóstico = Cistografia retrógrada
- Tratamento:
 - **Lesões vesicais intraperitoneais:** laparotomia para o reparo da lesão (suturas vesicais devem ser feitas com fios absorvíveis)
 - **Lesões vesicais extraperitoneais:** altamente associadas à fratura pélvica; tratamento é conservador por meio de cateter vesical por 2 a 3 semanas e cistografia antes de retirar cateter.

❖ Trauma Renal (INEP 2022)

- 80% das lesões são decorrentes de traumas contusos;
- Rim é o único órgão do sistema geniturinário que, se lesionado, é capaz de levar à instabilidade hemodinâmica;
- Quadro clínico: **hematúria (sintoma mais frequente), dor e equimose no flanco e/ou dorso e fratura de arcos costais inferiores**
- Diagnóstico = **tomografia computadorizada com contraste endovenoso**
- Tratamento:
 - A) Paciente estável:
 - ✓ Lesão grau I, II ou III: tratamento conservador
 - ✓ Lesão grau IV: arteriografia renal com angioembolização seletiva
 - ✓ Lesão grau V ou no cenário de controle de danos: tratamento cirúrgico (nefrectomia)

B) Paciente instável, irritação peritoneal, outras lesões cirúrgicas abdominais = laparotomia!

❖ TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE (INEP 2015)

- Ferimentos por arma de fogo: intestino delgado é o órgão mais acometido (50%)
- Ferimentos por arma branca: fígado é o órgão mais acometido (40%)
- **Indicações de laparotomia imediata:** Ferimento por arma de fogo na região abdominal anterior (trajeto transperitoneal); instabilidade hemodinâmica; evisceração; irritação peritoneal; sangramento gastrointestinal (observado na sonda nasogástrica ou retal) ou do trato geniturinário.

- Trauma por arma branca, sem indicação absoluta de laparotomia:
 - ✓ Trauma na parede anterior do abdome = **exploração digital da ferida**, realizada sob anestesia local para verificar se houve ou não penetração na cavidade abdominal
 - Se exploração negativa: ALTA
 - Se exploração positiva ou duvidosa: Internar para observação → Exames físicos seriados e hemoglobina a cada 8 horas
 - ✓ Trauma penetrante em dorso/flanco = **tomografia com duplo (oral e endovenoso) ou triplo (oral, endovenoso e retal) contraste**. Tratamento conservador é feito com observação hospitalar por 24 horas e, se o paciente permanecer assintomático, a conduta será acompanhamento ambulatorial precoce.

Tarefa 9 (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/67cb0359-01f8-4bd8-b980-7ba7801e114e>

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: Úlceras Genitais; Rastreamento do Câncer de Colo Uterino; Atendimento à Vítima de Violência Sexual

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Ginecologia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Úlceras Genitais; Rastreamento do Câncer de Colo Uterino; Atendimento à Vítima de Violência Sexual**. 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 **Úlceras Genitais; Rastreamento do Câncer de Colo Uterino e Atendimento à Vítima de Violência Sexual**

- ➔ **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/304cc8c9-73ec-4d45-91d3-9d480fa0f166>

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/304cc8c9-73ec-4d45-91d3-9d480fa0f166>

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: Distúrbios Hipertensivos da Gestação; Sangramento da Primeira Metade e Assistência ao Pré-natal

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Obstetrícia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Distúrbios Hipertensivos da Gestação; Sangramento da Primeira Metade e Assistência ao Pré-natal**. 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 **Distúrbios Hipertensivos da Gestação;**

Sangramento da Primeira Metade e Assistência ao Pré-natal.

- ➔ **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 – 34 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8f2c5a9e-dd7c-40c8-ba91-1c9ab382fb89>

- 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 – 34 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8f2c5a9e-dd7c-40c8-ba91-1c9ab382fb89>

- 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: Mordedura, Raiva e Tétano

Incidência: 4,00% das questões de Infectologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo de Infectologia, **5ª disciplina mais cobrada na prova do Revalida INEP**, representando aproximadamente **9,61%** das questões de 2011 a 2022. O tema estudado agora é o **oitavo mais importante** dentro da Infectologia.

- ➔ **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 **Mordedura, Raiva e Tétano (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 – 23 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/9eed73b5-e36a-44bf-a916-8e39a7ca197f>

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:

2.0 Raiva Humana; 3.0 Tétano Acidental

Dicas da Tarefa:

Revalidando, o subtema “Mordedura e Arranhadura animais” não é muito relevante para a banca do INEP, quando comparado a “Raiva” e “Tétano”. Foque nesses últimos.


Observe que: muitas questões que você fará nas listas estarão desatualizadas, uma vez que os protocolos foram atualizados recentemente! Utilize as Dicas e os comentários do Fórum para observar o que mudou, com chance alta de ser cobrado pela banca.



❖ **Raiva Humana:**

- Antropozoonose (doença primária de animais que pode ser transmitida para seres humanos) causada por um vírus presente na saliva e secreções dos animais infectados;
- Necessita de uma importante vigilância nacional e internacional, já que sua **letalidade** atribuída é de **quase 100%**;

- No Brasil, **cães e gatos são as principais fontes de infecção nas áreas urbanas**, enquanto os morcegos hematófagos (especialmente o *Desmodus rotundus*) são os responsáveis pela manutenção da cadeia silvestre;
- Os casos de raiva humana (aqueles com sintomas neurológicos: convulsões, hiperatividade, síndrome paralítica, coma e salivação) são muito graves e podem ser derivados de surtos, devendo ser notificados de maneira compulsória e imediata, em até 24 horas, para os três níveis de saúde (municipal, estadual e federal);
- **Prevenção da raiva humana (INEP 2017, 2013 e 2011)**

Revalidando, o **protocolo da profilaxia pós-exposição da raiva foi modificado em 2022!**
Memorize o quadro esquemático abaixo, já com as atualizações recentes:

 <p>INTERESSE ECONÔMICO: Bovideos, equídeos, caprinos, suínos e ovínos</p>	<p>NÃO MUDOU!</p> <p>Se acidente leve, fazer 4 doses da vacina. Se acidente grave, fazer soro ou imunoglobulina antirrâbicos e 4 doses de vacina.</p>
 <p>Morcegos e mamíferos silvestres</p>	<p>NÃO MUDOU!</p> <p>Independente do tipo de acidente, fazer soro ou imunoglobulina antirrâbicos e 4 doses de vacina.</p>

	ANTES	AGORA
✓ CONTATO INDIRETO	NÃO MUDOU! Apenas lavar com água e sabão, não realizar profilaxia.	
 <p>OBSERVÁVEL SEM SUSPEITA DE RAIVA</p>	<p>Acidente leve: observação.</p> <p>Acidente grave: 2 doses da vacina + observação.</p> <p>O paciente deveria comparecer à UBS se o animal morresse, adoecesse ou desaparecesse.</p>	<p>Observar por 10 dias, independente do tipo de acidente.</p> <p>Caso o animal morra, desapareça ou fique doente, comparecer à UBS. Se acidente leve, indica-se 4 doses da vacina. Se grave, 4 doses da vacina + soro ou imunoglobulina.</p>
 <p>NÃO OBSERVÁVEL OU COM SUSPEITA DE RAIVA</p>	<p>Esse grupo era dividido em dois.</p> <p>1) Animais com suspeita de estarem doentes e acidente leve: Indicava-se 2 doses da vacina + observação por 10 dias. Se grave, indicava-se soro antirrábico e 4 doses da vacina, podendo interromper a profilaxia, caso o animal estivesse saudável em 10 dias.</p> <p>2) Animais não observáveis (mortos ou desaparecidos): agir-se de imediato. Se acidente leve, indicava-se 4 doses da vacina.</p> <p>Se acidente grave, indicava-se soro antirrábico e 4 doses de vacina.</p>	<p>Age-se de imediato.</p> <p>Acidentes leves, recebem 4 doses da vacina.</p> <p>Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.</p>

❖ **Tétano acidental:**

- Doença imunoprevenível e frequente nos países em desenvolvimento. Ela é causada pelas toxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*. Quando o tétano acidental ocorre em um hospedeiro sem resposta vacinal adequada, pode-se ter o tétano generalizado, forma clínica com alta letalidade e de manejo complexo.

➤ **Prevenção do tétano acidental (INEP 2014 e 2013)**

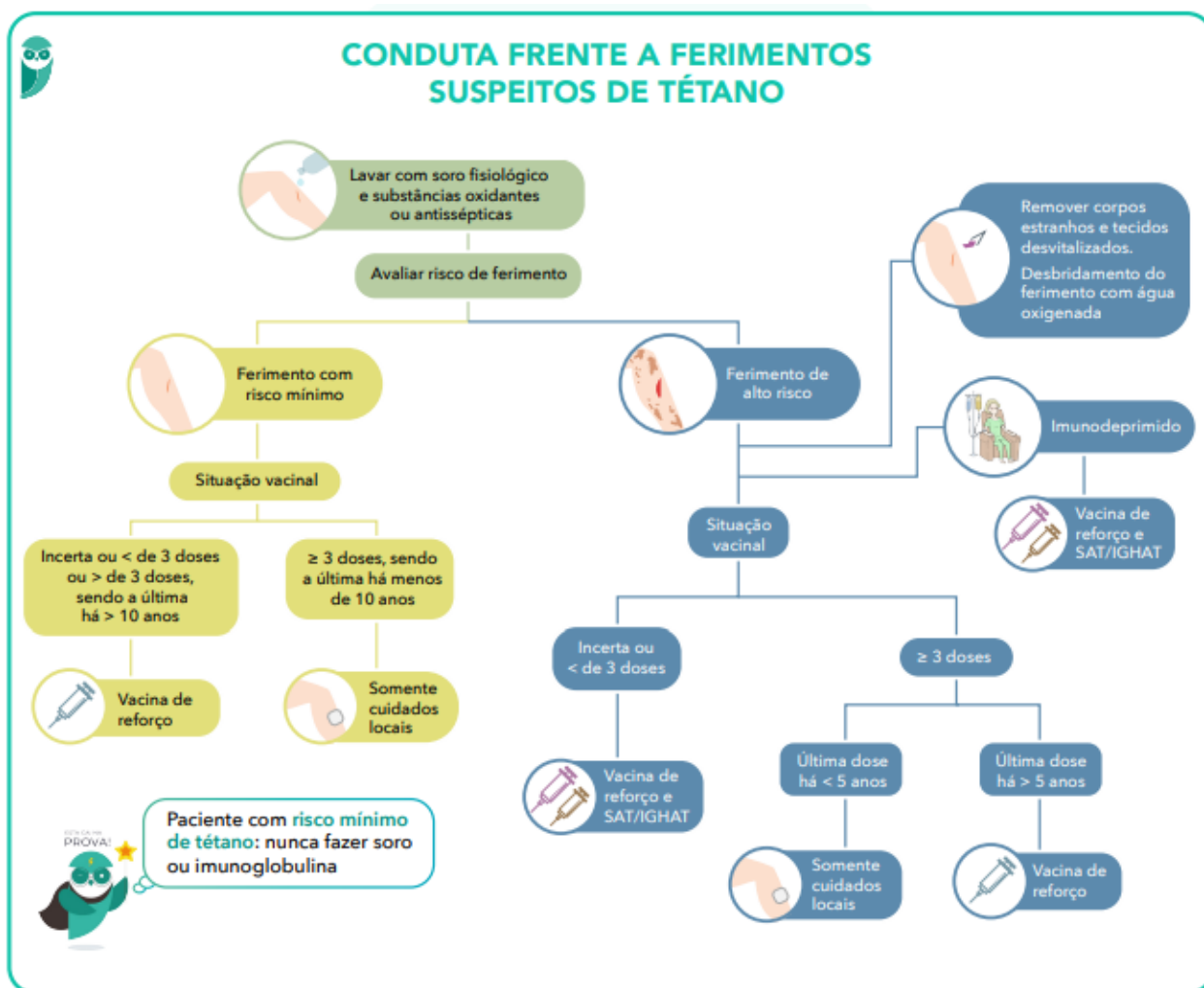
a) Vacina antitetânica:

- Recomendada aos 2, 4 e 6 meses de vida (como componente da vacina pentavalente) com um reforço de DTP (tríplice bacteriana) aos 15 meses de vida e outro reforço com a dT aos 4 anos. A partir dessa idade, recomenda-se um reforço com a dupla adulto (dT) a cada 10 anos.

b) Imunoglobulina antitetânica e soro antitetânico:

- Indicada especialmente para os pacientes sem imunização adequada ou com imunização incerta que tenham ferimentos com alto risco de tétano;

c) Sobre a profilaxia antitetânica:



Resumindo...



SAT/IGHAT:	Só no ferimento de alto risco sem vacinação adequada ou em imunossuprimidos.
Ferimento de baixo risco:	Reforçar vacina se > 10 anos.
Ferimento de alto risco:	Adiantar reforço de vacina se > 5 anos.

Tarefa 12 (Avançada)

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

Link – 23 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/9eed73b5-e36a-44bf-a916-8e39a7ca197f>

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 Tipo 2

Incidência: 19,30% das questões de Endocrinologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Endocrinologia**, a **8ª mais cobrada pela banca do INEP nas provas**. Ela representa aproximadamente **4,36%** das questões cobradas pelo INEP de 2011-2022. Além disso, esse é o **2º assunto mais cobrado** pelo INEP na disciplina. Tenha atenção!

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (regular, 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 Diabetes Mellitus Tipo 2 (Endocrinologia).

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 – 21 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ca6286e4-4783-4ffe-b675-8a777418370a>

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 Endocrinologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Epidemiologia e Fatores de Risco; 2.0 Mecanismos Fisiopatológicos do DM Tipo 2

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse tema é muito cobrado nas questões discursivas da primeira fase da prova do INEP.

❖ Rastreamento do diabetes – (INEP 2017)

- Recomendação: basicamente, em todos os **indivíduos com ≥ 45 anos**, ou em **qualquer idade na presença de obesidade/sobrepeso** e com algum fator de risco adicional para diabetes.

Observe o quadro abaixo:

ESCLARECENDO!



RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS EM ADULTOS

- Indivíduos ≥ 45 anos.
- Indivíduos em qualquer idade com sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m²) ou obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) e na presença de, pelo menos, mais 1 dos fatores abaixo. Asiáticos ou descendentes devem ser rastreados se IMC ≥ 23 kg/m².
 - Hipertensão arterial;
 - História familiar de DM tipo 2;
 - Doença cardiovascular;
 - Síndrome dos ovários policísticos;
 - HDL-colesterol < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL;
 - Sedentarismo;
 - Presença de obesidade grave: grau 2 (IMC 35-39,9 kg/m²) ou grau 3 (IMC ≥ 40 kg/m²);
 - Presença de sinais de resistência à insulina (acantose nigricans);
 - Etnias em que o risco de DM tipo 2 é maior que o da população em geral.
- Indivíduos com pré-diabetes devem ser testados, pelo menos, anualmente.
- Mulheres com diabetes gestacional devem ser testadas, pelo menos, a cada 3 anos.
- Indivíduos com teste de rastreamento normal devem ser testados a cada 3 anos ou em intervalo inferior, se o risco aumentar (por exemplo, se no período houver o diagnóstico de hipertensão, o paciente deve ser novamente testado).

- Lembrando que, os **testes utilizados para o rastreamento são os mesmos que para o diagnóstico**:

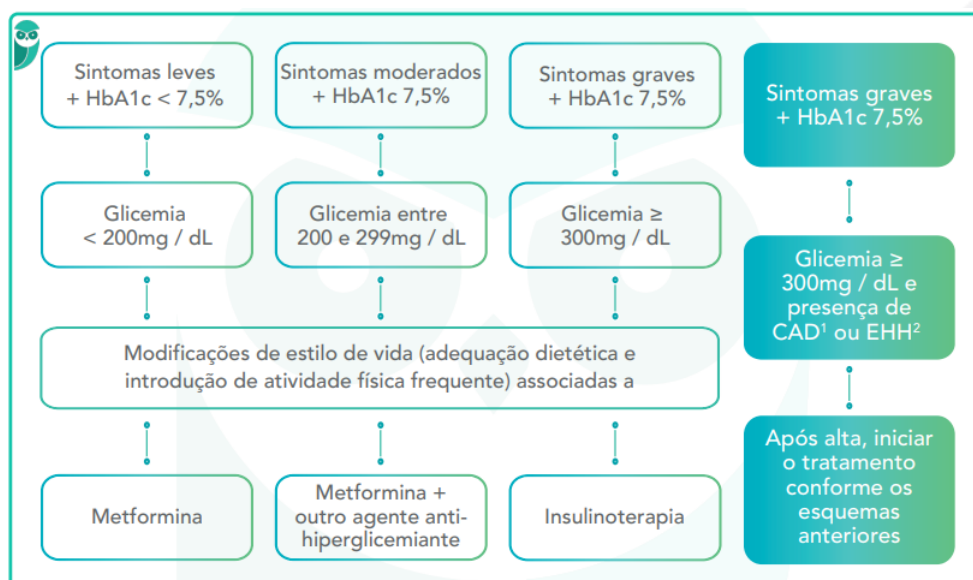
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DIABETES MELLITUS				
	Glicemia em jejum	TOTG ¹	HbA1c ²	Glicemia aleatória
Normal	< 100 mg/dL	< 140 mg/dL	$< 5,7\%$	Não se aplica
Pré-diabetes	≥ 100 mg/dL e < 126 mg/dL	≥ 140 mg/dL e < 200 mg/dL	$\geq 5,7\%$ e $< 6,5\%$	Não se aplica
Diabetes mellitus	≥ 126 mg/dL	≥ 200 mg/dL	$\geq 6,5\%$	≥ 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia

➤ Atenção:

- Pacientes **assintomáticos**: devem ser realizados **2 testes para confirmação diagnóstica**.
- Pacientes com **sintomas clássicos de hiperglicemia** (perda ponderal, poliúria, polidipsia): necessário apenas **1 teste alterado ou glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL**

❖ **Tratamento do DM2 (INEP 2014)**

- Baseado no tripé: **dieta adequada + atividade física + terapia medicamentosa**
- Dieta: deve ser hipocalórica, rica em fibras, pobre em gorduras saturadas e açúcares e, de preferência, com carboidratos de baixo índice glicêmico.
- Atividade física: deve conter exercícios de resistência e aeróbicos, sendo recomendado que o paciente não passe mais de 48 horas sem se exercitar, a fim de se beneficiar dos efeitos de melhora da captação de glicose pelos músculos.
- **Terapia medicamentosa:**
Observe abaixo as orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes:



- **Atenção:** Tenha em mente que a **metformina (biguanida)** é a **droga de primeira escolha**, já que não causa hipoglicemia, é neutra em relação ao peso (podendo até oferecer perda ponderal em indivíduos obesos) e é segura do ponto de vista cardiovascular.
- Em pacientes com níveis glicêmicos iniciais entre 200-300 mg/dL e HbA1c entre 7,5-9% ou nos indivíduos que já iniciaram o tratamento e se encontram fora da meta glicêmica, devemos escolher a droga a ser associada à metformina.
 - ✓ Essa decisão deve levar em conta os aspectos do paciente (risco de hipoglicemia, presença de obesidade, doença cardiovascular estabelecida, IC com fração de ejeção reduzida, doença renal crônica).
 - ✓ Em geral, as medicações mais indicadas são os **iSGLT-2** e os **agonistas do receptor de GLP-1**, pois não levam ao ganho ponderal e não causam hipoglicemia.



- Vale a pena saber os principais efeitos colaterais dos hipoglicemiantes. Observe o quadro abaixo:


De todos os efeitos colaterais, os mais cobrados são:

SULFONILUREIAS E GLINIDAS: hipoglicemias

METFORMINA: acidose láctica e deficiência de vitamina B12

SGLT-2: Infecções de trato genitourinário

PIOGLITAZONA: edema e descompensação de IC



❖ **Estrategista, atenção para a atualização recente:**

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

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

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

Tarefa 13 (Avançada)

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

Link – 21 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ca6286e4-4783-4ffe-b675-8a777418370a>

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: Pancreatites

Incidência: 9,09% das questões de Gastroenterologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina Gastroenterologia, **7ª disciplina mais cobrada** no Revalida e representa aproximadamente **4,43%** das questões do INEP de 2011 a 2022. Além disso, **o assunto estudado nessa tarefa é o quarto mais cobrado de Gastroenterologia** no Revalida.

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (regular, 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 **Pancreatites (Gastroenterologia)**.

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/c874d4fd-956b-4037-a484-7f0dab0caecf>

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 Gastroenterologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Pancreatite Aguda

Dicas da Tarefa:

Revalidando, todas as questões cobradas até hoje pela banca do INEP foram sobre “Pancreatite Aguda”, sendo a última delas na edição de 2017 da prova. O tema “Pancreatite Crônica” nunca caiu, de forma que você não deve perder tanto tempo com ele. Caso tenha tempo, leia de maneira dinâmica no Livro Digital a parte de Pancreatite Crônica.

Pancreatite Aguda:**❖ Decore os fatores de risco para gravidade: (INEP 2014)**

MNEMÔNICO “CAIO”: a presença de qualquer um deles é fator de risco independente para pancreatite grave.

- C → Comorbidade
- A → Alcoolismo
- I → Idade > 60 anos
- O → Obesidade

❖ Diagnóstico da Pancreatite Aguda: (INEP 2014 e 2012)

São necessários dois dos três critérios abaixo:

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

➤ Observe que:

- Amilase: costuma aumentar em 6 -12 horas após o início do quadro, ou seja, com pico em 48 horas, se mantendo elevada por cerca de 3 -7 dias. Contudo, seu aumento não é um achado obrigatório na pancreatite aguda.
- Lipase: considerado marcador mais acurado, específico e com maior janela diagnóstica no contexto da pancreatite aguda. Se aumento se inicia em 4-8 horas após o início dos sintomas, com pico em 24 horas, permanecendo elevada por 8 a 14 dias.
- Guarde: os níveis de amilase e lipase não têm importância prognóstica na pancreatite aguda, ou seja, níveis mais elevados não significam pancreatite mais grave.

➤ Critérios preditores de pancreatite aguda grave (**Memorize!**)

- Hematócrito > 44%: critério independente para pancreatite aguda grave;
- Ureia > 20 mg/dL: preditor independente de mortalidade na pancreatite aguda grave;
- PCR ≥ 150 mg/dL no 3º dia: critério preditor de pancreatite aguda grave.

❖ Exames de imagem:

➤ Ultrassonografia de abdome:

- Exame obrigatório na admissão do paciente com pancreatite aguda, devendo ser feito nas primeiras 48 h de admissão para avaliar etiologia biliar.

➤ Tomografia de abdome:

- Não é obrigatória no contexto da pancreatite aguda!
- Quando deve ser solicitada?
 - Em caso de dúvida diagnóstica;
 - Na suspeita de complicações da pancreatite aguda → deve ser realizada após 72h do início dos sintomas.
 - Para avaliar prognóstico.

❖ Tratamento da Pancreatite Aguda (INEP 2017 e 2015)

1. **Ressuscitação volêmica:** etapa mais importante no manejo do paciente. Preconiza-se a utilização de cristaloides (soro fisiológico 0,9% ou ringer lactato).
2. **Analgesia:** a dor deve ser agressivamente tratada nas primeiras 24 horas com a utilização de analgésicos. Não há indicação de restrição ao uso de opioides.
3. **Manejo dietético:**
 - Pancreatite leve: dieta zero com hidratação endovenosa e reintrodução da dieta oral tão logo seja possível
 - Pancreatite grave: dieta enteral x NPT exclusiva: dieta por sonda enteral associada a menores taxas de infecção, falência orgânica e mortalidade
4. **Antibioticoterapia:** Utilizar apenas se houver evidência de infecção, dando preferência a medicamentos que penetrem no parênquima pancreático: carbapenêmicos (principal), quinolonas.

Atenção → Considerações no tratamento da pancreatite de etiologia biliar:

- Sempre que estamos diante de um paciente com **pancreatite aguda biliar associada a colangite ou obstrução do ducto biliar comum**, esse paciente deverá ser **abordado por CPRE** (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) ainda na urgência.
- Sobre a colecistectomia:
 - Pacientes com pancreatite leve: **colecistectomia** pode ser realizada com segurança dentro de sete dias após a recuperação, ainda na **mesma internação**.
 - Pacientes com pancreatite grave: **colecistectomia deve ser adiada** até a inflamação ativa desaparecer e as coleções de fluidos resolverem ou estabilizarem.

❖ Complicações da pancreatite aguda (Esse tópico ainda não foi cobrado no Revalida!)

➤ Quando desconfiar:

- Persistência ou recorrência da dor abdominal;
- Novo aumento nos níveis séricos das enzimas pancreáticas (amilase e lipase);
- Piora da disfunção orgânica;
- Piora clínica do doente: sinais de sepse, como febre, leucocitose etc.

A) Pseudocisto pancreático:

- Coleção “encapsulada” de conteúdo líquido que ocorre após 4 semanas do início dos sintomas de pancreatite aguda;
- TC: **coleção redonda ou oval bem delimitada, homogênea e com densidade de fluido**;
- Conduta: **Expectante** na maioria dos casos. Quando abordar? Na vigência de infecção, de crescimento ou de sintomas (dor abdominal persistente, náuseas e vômitos, perda de peso, saciedade precoce). Recomenda-se a drenagem endoscópica (procedimento de escolha) ou percutânea guiada por tomografia computadorizada ou por ultrassonografia.

B) Necrose estéril:

- Surge tardiamente no contexto da pancreatite aguda (após 4 semanas de início de uma pancreatite aguda necrosante);
- Na tomografia computadorizada, apresenta-se como uma **coleção fluida heterogênea com parede bem definida**;
- Conduta: **Expectante!** Antibioticoprofilaxia não é indicada. Necrosectomia somente deve ser feita caso haja persistência da dor abdominal que impeça alimentação oral e/ou persistência das disfunções orgânicas.

C) Necrose Infectada:

- Quando desconfiar? Presença de **gás no interior da coleção**, evidenciado por TC contrastada
- Está associada à alta morbimortalidade;
- Principais patógenos envolvidos são bactérias gram-negativas.
- Conduta: **antibiótico intravenoso**, preconizando-se aqueles com boa penetração no parênquima pancreático, a exemplo dos **carbapenêmicos** (primeira escolha). Se possível, recomenda-se **punção aspirativa com agulha fina guiada por tomografia computadorizada para coleta de material para gram e cultura** a fim de identificar o patógeno, com posterior reavaliação da antibioticoterapia instituída. Atenção: a maioria dos pacientes com necrose infectada não apresenta melhora apenas com a antibioticoterapia, ocasião na qual se indica a **drenagem percutânea**.

Tarefa 14 (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/c874d4fd-956b-4037-a484-7f0dab0caecf>

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: Complicações Pós-Operatórias

Incidência: 5,71% das questões de Cirurgia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa **dá continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia, a 2ª disciplina mais cobrada no Revalida**, representando aproximadamente **13,45%** das questões do INEP de 2011 a 2022. 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 **Complicações pós-operatórias (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 – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/89238a2f-6603-4b67-84b3-8f2ba6bf7a79>

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 Complicações Locais; 2.0 Febre Pós-Operatória; 3.0 Complicações Pulmonares; 4.0 Complicações Gastrointestinais

Dicas da Tarefa:

❖ **Infecção de Sítio Cirúrgico: (INEP 2021, 2016, 2015, 2014 e 2011)**

- Hiperemia, edema e dor junto da cicatriz cirúrgica, podendo apresentar drenagem de secreção purulenta (abscesso);
- Sintomática, podendo apresentar sinais e sintomas sistêmicos, como febre (mais comum nas infecções profundas e órgão/cavidade);
- A infecção de sítio cirúrgico é a principal causa da deiscência de ferida operatória;
- **Tratamento (Mais importante para a prova):**

- Principal: **Abertura dos pontos e lavagem da ferida com solução salina**, deixando a **ferida aberta para cicatrização por segunda intenção**.
- Nas infecções de ferida operatória superficiais, após a abertura dos pontos, drenagem e lavagem da ferida com solução salina, **podem ser manejadas sem a necessidade de antibioticoterapia**.
- A internação para antibioticoterapia venosa está indicada nos casos em que temos sinais sistêmicos, como febre e queda do estado geral, ou há **suspeita de infecção profunda do sítio cirúrgico**.

❖ **Febre no pós-operatório: (INEP 2022 e 2014)**

Atente: O momento em que a febre ocorre no pós-operatório é o principal dado para nos auxiliar nos diagnósticos diferenciais.



PRESTE MAIS
ATENÇÃO!

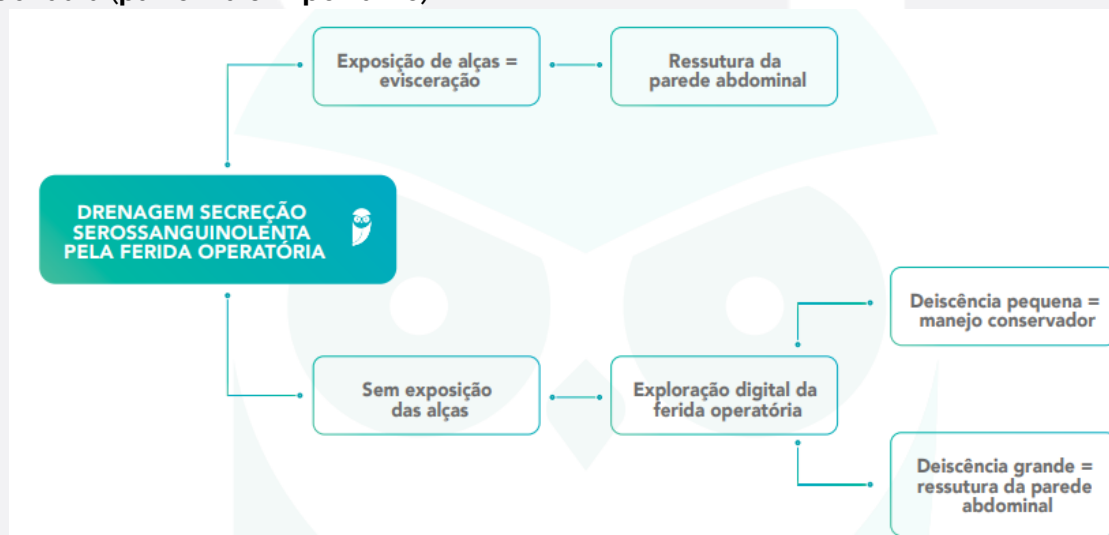


- **Febre nas primeiras 72h: Atelectasia pulmonar ou Resposta inflamatória sistêmica (SIRS).** Conduta em ambas as hipóteses: **expectante**, não sendo necessário nenhuma terapêutica específica.
- **Febre após 72h:** Pneumonia; Infecção de sítio cirúrgico; Trato gastrointestinal (deiscência de anastomose ou fístulas gastrointestinais); Antibióticos e acessos venosos; Tromboembolismo venoso.



❖ Vale saber para a prova: **deiscência de ferida operatória**

- Se refere à falha na cicatrização da camada músculo-aponeurótica abdominal, que restringe os órgãos à cavidade abdominal.
- Principal fator de risco: infecção de sítio cirúrgico
- Principal sinal: **início súbito de drenagem de líquido serossanguinolento** (“cor de salmão” ou “água de carne”)
- Conduta (**parte mais importante**):



❖ Fique de olho nas **complicações locais** abaixo e suas condutas:

➤ **Seroma:**

- Abaulamento da ferida operatória por acúmulo de linfa e gordura;
- Pode ser indolor e possui baixo risco de infecção;
- Conduta: **Puncionar se paciente sintomático.**

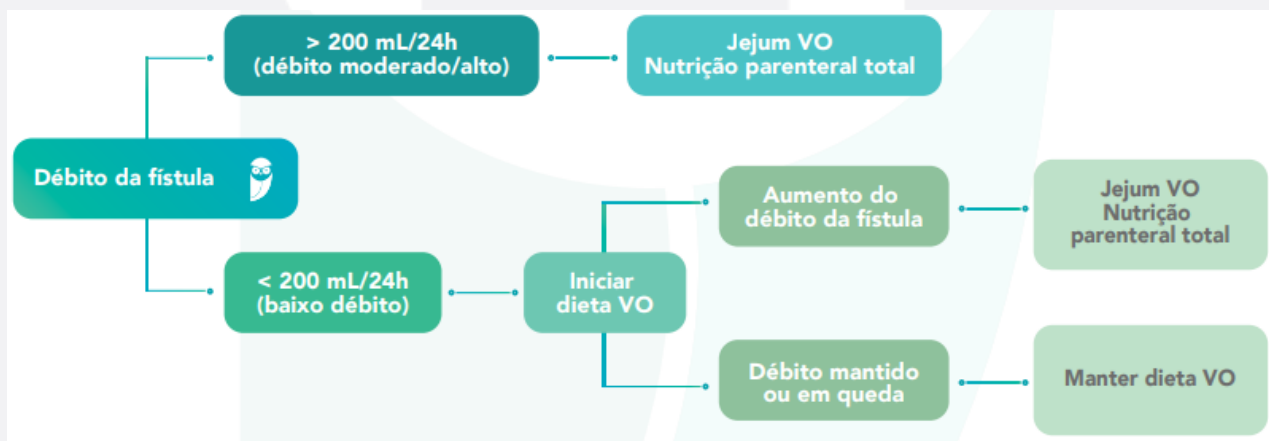
➤ **Hematoma: (INEP 2021)**

- Abaulamento da ferida operatória por acúmulo de sangue no subcutâneo;

- Geralmente paciente é sintomático e possui alto risco de infecção;
- Conduta: **Sempre indicar drenagem e avaliar anticoagulação.**

❖ **Fístulas intestinais:**

- Maioria das fístulas são adquiridas e podem ser traumáticas, espontâneas ou pós-operatórias, sendo que a iatrogenia a causa mais comum.
- Fístula de alto débito → > 500 mL em 24 horas
Fístula de baixo débito → < 200 mL em 24 horas
- Quando desconfiar? Paciente no pós-operatório de cirurgia abdominal, normalmente entre o 5º e 10º dia de pós-operatório, evoluindo com piora clínica, podendo apresentar: febre, taquicardia, taquipneia, dor abdominal, sinais de peritonite, como descompressão brusca dolorosa, etc
- Conduta:
 - 1) **Estabilização:** ressuscitação volêmica, antibioticoterapia de amplo espectro, avaliar necessidade de reabordagem para lavagem da cavidade e drenagem, correção dos distúrbios hidroeletrólitos, cuidados com a pele e **suporte nutricional.**
 - 2) **Investigação:** exames de imagem são úteis para identificar o trajeto e outros fatores prognósticos para o fechamento da fístula
 - 3) **Decisão:** avaliar os fatores prognósticos para o fechamento espontâneo da fístula → 60-90% fecham espontaneamente.
 - 4) **Tratamento definitivo:** aguardar o melhor momento para realização do tratamento cirúrgico definitivo → requer a ressecção do segmento intestinal, junto com o trajeto fistuloso e anastomose.
 - 5) **Reabilitação:** suporte nutricional, reabilitação física e reabilitação psicológica.
- **Sobre o suporte nutricional:**



Tarefa 15 (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/89238a2f-6603-4b67-84b3-8f2ba6bf7a79>

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: Dependência Química

Incidência: 15,38% das questões de Psiquiatria (2011-2022)

Revalidando, essa é uma tarefa de Psiquiatria, **10ª disciplina mais cobrada** no Revalida e representa aproximadamente **3,10%** das questões do INEP de 2011 a 2022. Além disso, **esse é o segundo assunto mais cobrado de Psiquiatria** no Revalida. 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 **Dependência Química (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 – 25 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/3febb505-60b5-4aa2-be2b-ac4c7a8ecd70>

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 Drogas depressoras do SNC; 2.0 Drogas estimulantes; 3.0 Estágios motivacionais de Prochaska e Diclemente

Dicas da Tarefa:

Revalidando, tudo o que a banca do INEP já cobrou sobre esse tema, encontra-se nas dicas abaixo. Utilize-as para balizar seu estudo!

Tabagismo:

❖ **Tratamento não farmacológico: (INEP 2017)**

O tratamento do tabagismo tem como base o emprego de medidas não farmacológicas, como a **abordagem cognitivo-comportamental (TCC)**, que funciona como um fio condutor para uma mudança de comportamentos e crenças do paciente em relação ao cigarro.

- ✓ **Abordagem breve ou mínima ou PAAP (Perguntar, Avaliar, Aconselhar e Preparar):** consiste em dedicar três minutos de atenção durante um contato com o paciente para triar o tabagismo e incentivar o fumante a abandonar o fumo. Pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde.
- ✓ **Abordagem básica ou PAAPA (Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar):** dura entre três e cinco minutos e fornece orientações necessárias para uma correta tentativa de abandono do tabagismo, elaboração de um planejamento e proposta de um acompanhamento clínico.
- ✓ **Abordagem intensiva:** identificar os fumantes que estiverem realmente engajados em abandonar o tabagismo e ainda não tenham conseguido espontaneamente ou com as abordagens anteriores, encaminhando esses indivíduos para programas ou ambulatorios especializados na atenção básica. Esses pacientes participarão de sessões de abordagem cognitivo-comportamental semanais, individuais ou coletivas, podendo, ainda, receber fármacos específicos para o abandono do tabagismo.

❖ **Tratamento farmacológico: (INEP 2020)**

Poderá ser indicado o uso complementar de um medicamento nos seguintes casos:

- 1 - Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- 2 - Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- 3 - Fumantes com escore igual ou maior do que 5 no teste de Fagerström ou avaliação individual, a critério do profissional;
- 4 - Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivocomportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- 5 - Não haver contraindicações clínicas.

O SUS disponibiliza dois tipos de medicamentos como primeira linha de tratamento:

- **antidepressivo atípico bupropiona;**
- **terapia de reposição de nicotina (TRN).**

O fármaco **vareniclina**, uma medicação com ação nicotínica, também é droga de primeira linha, apesar de não ser disponibilizado pelo SUS.

Estágios motivacionais de Prochaska e DiClemente (INEP 2012)

São um modelo teórico comportamental para **avaliar o grau de motivação do paciente** dependente químico, **independentemente da droga utilizada**, em realizar seu tratamento para **alcançar a abstinência**.

Prochaska e DiClemente	
Estágios Motivacionais	Características
Pré-contemplação (I won't)	O usuário não cogita mudança e nem se preocupa com o assunto.
Contemplação (I might)	O paciente assume que tem um problema, é ambivalente e considera mudar.
Preparação (I will)	Começa a planejar mudanças, cria condições, revisa tentativas prévias.
Ação (I am)	Implementa mudanças verdadeiras, engaja-se com seu objetivo e dedica tempo a ele.
Manutenção (I have)	Processo de continuidade da abstinência, para manter os ganhos e prevenir recaídas.
Recaída	Falha na manutenção, com retomada do hábito ou comportamento anterior - retorno a qualquer dos estágios anteriores.

Intoxicação alcoólica

❖ Manejo clínico da crise aguda: (INEP 2017)

- **Interromper o uso da substância**, manter o indivíduo em um **ambiente calmo** e posicioná-lo em **decúbito lateral** para evitar broncoaspirações;
- Além disso, em todos os casos, está **indicado o uso de tiamina**, preferencialmente por via parenteral, para garantir plena absorção da droga. Seu uso justifica-se como prevenção do surgimento da síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), caracterizada por amnésia, confabulações (criação de falsas memórias), alucinações, oftalmoparesia, ataxia, confusão mental;
- **Atenção:** caso o paciente agudamente intoxicado se apresente com agitação psicomotora, agressividade ou sintomas psicóticos agudos, o uso do antipsicótico típico **haloperidol** pode ser empregado pela via intramuscular para controle dos sintomas.

❖ Abstinência alcoólica:

- A Síndrome da Abstinência Alcoólica (SAA) é uma síndrome em que os **sintomas** aparecem entre **6 e 24 horas após a interrupção ou redução drástica do consumo de álcool**. Os principais sintomas são **tremores em membros superiores**, que são geralmente as primeiras manifestações clínicas, **ansiedade**, **irritabilidade**, alterações de atenção, náuseas, hipertermia, sudorese, taquipneia, taquicardia e alterações de pressão arterial.
- Tratamento: uso de **benzodiazepínicos de longa duração**, como **diazepam** ou **lorazepam** (droga de escolha para os pacientes hepatopatas). Após a estabilização clínica, deve-se reduzir lentamente a dosagem da droga empregada, ao longo de semanas. A **tiamina** (vitamina B1) deve ser administrada em **todos os pacientes** para evitar a SWK. O antipsicótico **haloperidol** poderá ser indicado caso haja presença de agressividade, agitação psicomotora intensa ou sintomas psicóticos.

❖ **Questionário CAGE** – rastreamento de problemas com álcool:

Ferramenta rápida de rastreio de problemas relacionados ao uso de álcool e é composto de quatro perguntas:

1. Você já tentou diminuir ou cortar (*Cut down*) a bebida?
2. Você já ficou incomodado ou irritado (*Annoyed*) com outros porque criticaram seu jeito de beber?
3. Você já se sentiu culpado (*Guilty*) por causa de seu jeito de beber?
4. Você já teve que beber para aliviar os nervos ou reduzir os efeitos de uma ressaca (*Eye-opener*)?

Tem sensibilidade e especificidade superiores a 80% na detecção de problemas relacionados ao uso de álcool quando duas ou mais das quatro respostas dadas forem afirmativas.

Intoxicação por estimulantes (INEP 2016)

- Drogas estimulantes: anfetaminas, cocaína, crack;
- Pacientes agudamente intoxicados estarão agitados, falantes, desinibidos, eufóricos ou irritados, com taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese, tremores e midríase;
- Tratamento:
 - **Manejo ambiental** (deixar o paciente em local calmo e seguro);
 - **Benzodiazepínicos** (midazolam): melhoram os sintomas psiquiátricos e reduzem a hiperativação autonômica;
 - **Haloperidol**: caso o paciente também se apresente agressivo ou com sintomas psicóticos

Tarefa 16 (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/3febb505-60b5-4aa2-be2b-ac4c7a8ecd70>

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: Arritmias

Incidência: 15,69% das questões de Cardiologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Cardiologia**, a **9ª mais cobrada** nas provas do INEP, representando aproximadamente **3,33%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, Arritmias é o 2º assunto mais cobrado pela banca dentro de Cardiologia. 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 Arritmias (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 – 24 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/0d7a7ffc-ee77-482d-ae4a-0d7bbba4050c>

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 Taquiarritmias; 2.0 Fibrilação atrial/Flutter atrial; 3.0 Bradiarritmias

Dicas da Tarefa:

Atenção! Revalidando, praticamente todas as questões que a banca do INEP cobrou sobre “Arritmias” abordaram o tema “Fibrilação Atrial”. Então é nesse tópico que você deve concentrar seu estudo. Na última edição da prova caiu uma questão sobre “Bradiarritmias”.

Fibrilação Atrial:

❖ **Conceito:** mecanismo fisiopatológico complexo, que envolve microcircuitos de reentrada que ativarão uma atividade atrial anárquica. Dessa forma, os **átrios não se contraem de maneira organizada**, eles “fibrilam”, acarretando em **estase sanguínea predispondo ao surgimento de eventos tromboembólicos.**

❖ **História clínica e Exame físico:**


- **25%** dos pacientes são absolutamente **assintomáticos**;
- A primeira manifestação pode ser um acidente vascular tromboembólico, como um acidente vascular encefálico (AVE), embolia mesentérica, embolia de membros etc...
- Quando os pacientes com FA apresentam outras queixas, geralmente, são palpitações, dispneia, desconforto precordial, tonteira e sudorese.
- No **exame físico**, podemos encontrar:
 - ✓ Taquicardia;
 - ✓ Ritmo cardíaco e pulso irregular;
 - ✓ Frequência cardíaca maior do que a frequência de pulso (achado conhecido como dissociação pulso-precórdio ou anisocardioesfigmia);
 - ✓ Ausência de onda “a” do pulso venoso jugular;
 - ✓ Pulso venoso variável;
 - ✓ B1 com fonese variável e ausência de B4.

❖ **Diagnóstico:**

Atenção! Por mais que a história clínica e o exame físico sejam sugestivos de FA, o diagnóstico dessa doença é **exclusivamente eletrocardiográfico.** Decore os critérios abaixo:




ESTA CAI NA
PROVA!



Ritmo cardíaco irregular - intervalo RR irregular

Ausência de onda P bem definida.

Ativação atrial muito irregular - padrão "serrilhado fino", múltiplas ondas "F" irregulares e com frequência elevada



Observe como esses critérios se apresentam no eletrocardiograma:

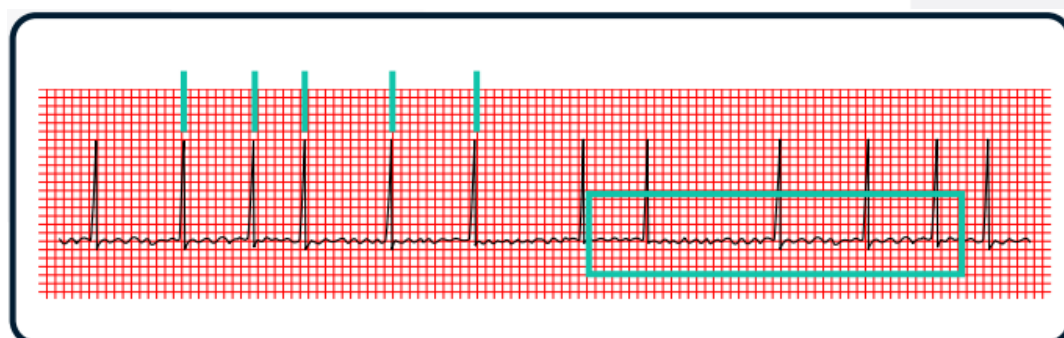



Figura 10. Os traços em verde mostram como o intervalo RR é irregular. A caixa amarela evidencia que não há onda P definida e que a linha de base é irregular, no padrão "serrilhado fino". Fonte: Shutterstock.

Flutter Atrial:

- ❖ O flutter atrial é uma arritmia em que temos a formação de um circuito de condução elétrica dentro dos átrios. Quando o flutter é típico, esse circuito ocorre em uma região do átrio direito entre a valva tricúspide e as veias cavas, chamado istmo cavotricuspídeo. O sentido em que o impulso elétrico percorre essa região determina se o flutter é horário ou anti-horário.
- ❖ O diagnóstico do flutter é eletrocardiográfico!

Dica para a prova: sempre procurar as ondas F na parede inferior (DII, DIII e aVF) e em V1.

ESTA CAI NA
PROVA!



Frequência atrial geralmente de 300bpm (representada pelas ondas "F")

Sequência de ondas "F" sem linhas isoeletricas entre elas, em aspecto de "serrote"

Frequência cardíaca igual ou próxima dos múltiplos de 300bpm (300, 150, 100, 75, 60, 50 etc)


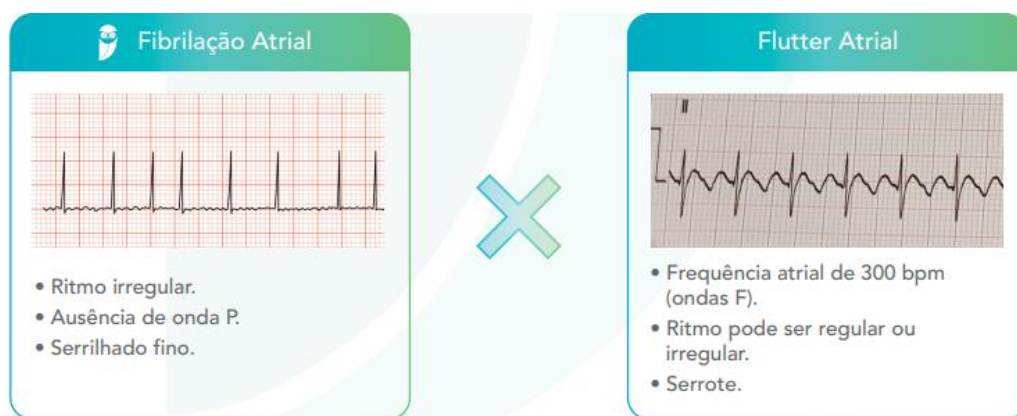


Figura 9: Critérios eletrocardiográficos para o diagnóstico de flutter atrial.

Observe abaixo as principais diferenças entre a FA e o Flutter:



Prevenção de fenômenos tromboembólicos: (INEP 2016)

- Fibrilação atrial é a **principal causa de AVE de origem cardioembólica** no mundo;
- Para estratificarmos o risco desses fenômenos, devemos utilizar o escore **CHA2DS2VASc**, mostrado abaixo:



CHA2DS2VASc	
C: insuficiência <u>C</u> ardíaca	1 ponto
H: <u>H</u> ipertensão	1 ponto
A: <u>A</u> ge - idade ≥ 75 anos	2 pontos
D: <u>D</u> iabetes mellitus	1 ponto
S: <u>S</u> troke – AVE ou AIT	2 pontos
V: Vasculopatia – IAM prévio, doença arterial periférica e placas na aorta.	1 ponto
A: <u>A</u> ge - idade entre 65 e 74 anos	1 ponto
Sc: sex category - <u>S</u> exo feminino	1 ponto

- A decisão pela anticoagulação a partir desse escore será tomada da seguinte forma:

Valor do escore CHA₂DS₂VASc :	Decisão:
Escore: 0	Não anticoagular
Escore: 1 ponto	Considerar individualmente a possibilidade de anticoagular
Escore ≥ 2 pontos	Anticoagular

- As diretrizes atuais recomendam, preferencialmente, o uso dos **anticoagulantes de ação direta (DOACs)**, conhecidos também como **novos anticoagulantes orais (NOACs)**: **dabigatrana** (inibidor direto da trombina) e os **inibidores do fator Xa (rivaroxabana, edoxabana e apixabana)**. Estes são preferíveis em relação à varfarina! Essas drogas têm como vantagem o fato de não necessitarem de controle laboratorial para ajuste de dose. Porém, têm custo elevado e, muitas vezes, os pacientes não têm condições financeiras de dar continuidade ao tratamento.

Medicamentos	Mecanismo de ação
Dabigatrana	Inibidor direto da trombina
Apixabana, rivaroxabana e edoxabana	Inibidores diretos do fator Xa

Principais **contraindicações** ao uso dos novos anticoagulantes orais:

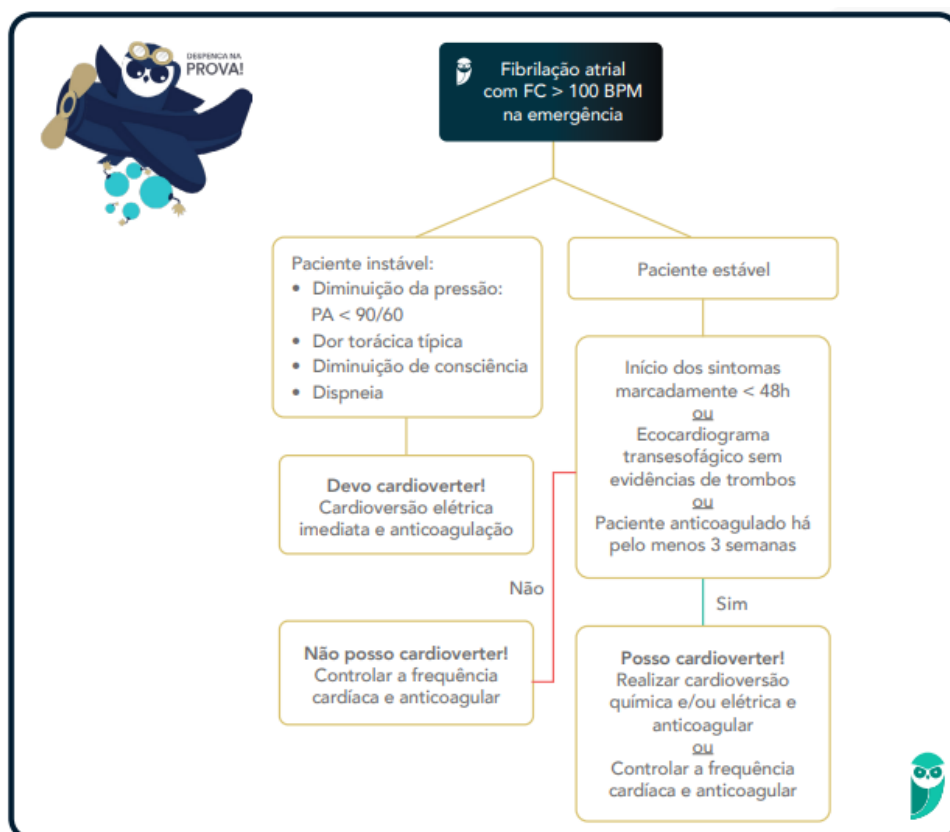
- ✓ próteses metálicas cardíacas;
- ✓ estenose mitral moderada a grave;
- ✓ doença renal crônica avançada
- ✓ algumas trombofilias;
- ✓ gestantes.

Sobre a **Varfarina (dicumarínico)**: *(INEP 2012)*

- Anticoagulante oral que age inibindo a formação de fatores de coagulação dependentes de vitamina K, a saber, os fatores II, VII, IX e X.
- Seu **alvo terapêutico é definido pelo valor da relação normatizada internacional (RNI)**, que, para a maioria das situações, **deve estar entre 2 e 3**. Quando o RNI está acima de 3, deve-se reduzir a dose da droga e, quando está abaixo de 2, deve-se aumentá-la.
- Entre as dezenas de drogas que interagem fortemente com o efeito desse anticoagulante, vale destacar: amiodarona, antibióticos, antidepressivos, alopurinol, anti-inflamatórios, cetoconazol, uso de álcool.
- Não esqueça que: no início da terapia com Varfarina, recomenda-se usar heparina, para suprimir um possível efeito pró-trombótico da varfarina.

Tratamento da FA: Saber como conduzir um caso de FA é extremamente importante para a prova. Por isso, observe o fluxograma abaixo e memorize-o:





Atente! Baseado no quadro acima, a tendência é que optemos pela reversão do ritmo nos seguintes pacientes:

1. Pacientes que apresentam sintomas relacionados à arritmia (palpitações, mal-estar, fadiga etc.) **ou** que apresentem descompensação de insuficiência cardíaca relacionada ao surgimento da arritmia.
2. Pacientes jovens **ou** em primeiro episódio de FA **ou** se houver um fator desencadeante reversível para a arritmia
3. Pacientes com insuficiência cardíaca cuja etiologia presumida seja taquicardiomiopatia secundária à fibrilação atrial.
4. Pacientes em que o controle da frequência cardíaca tenha sido difícil.

DECORE:

Para revertermos o ritmo, **devemos ter certeza de que não há trombos intracardíacos!** Só há três maneiras de ter essa certeza: se a arritmia tiver começado há menos de 48 horas, se o paciente estiver anticoagulado há mais de três semanas ou se houver um ecocardiograma transesofágico. **Se nenhuma dessas três situações estiver descrita no enunciado, não devemos reverter o ritmo!!!** Nesses casos, a recomendação é que optemos pelo **controle da frequência cardíaca**.

Medicações usadas para controle da frequência cardíaca: (INEP 2017, 2013 e 2011)

- Têm como objetivo controlar a frequência cardíaca sem, no entanto, reverter o ritmo cardíaco.
- São importantes, já que alguns problemas gerados pela fibrilação atrial, como palpitações, cansaço, intolerância aos esforços e taquicardiomiopatia, decorrem da alta frequência cardíaca causada pela arritmia.
- Drogas utilizadas:
 - ✓ **Betabloqueadores:** São os **mais comumente utilizados**. Em casos de FA aguda, podem ser usados em apresentações intravenosas (esmolol, propranolol e metoprolol).
 - ✓ **Bloqueadores de canal de cálcio não diidropiridínicos:** representados pelo **verapamil** e pelo **diltiazem**. Contraindicados em pacientes com disfunção sistólica por possuírem efeito inotrópico negativo.

- ✓ **Digitálicos:** representados pela **digoxina** (forma oral) e pelo **deslanosídeo** (forma venosa). Não são drogas de primeira linha nessa doença, por terem um tempo de ação lento (próximo a 6 horas) e por seu efeito tóxico.

Uma vez que tenha sido optado por reverter o ritmo cardíaco, devemos escolher a **modalidade da cardioversão: (INEP 2016)**

- Pacientes instáveis: **cardioversão elétrica imediata**
- Pacientes estáveis: preferível **tentar primeiro cardioversão química**, mediante o uso de antiarrítmicos

Antiarrítmicos utilizados para cardioversão química:

- ✓ **Propafenona:** droga mais eficaz para reversão do ritmo. Como limitação, não deve ser usada em pacientes com alterações estruturais cardíacas (sobrecarga do VE, coronariopatia e disfunção sistólica), sob risco de induzir taquicardias ventriculares. Por esse motivo, não é tão usada frequentemente, pois a maioria dos pacientes com FA tem alterações estruturais cardíacas.
- ✓ **Amiodarona:** antiarrítmico mais usado para reversão da FA sem, no entanto, ser uma droga muito eficaz para esse propósito. Já com o intuito de manter o paciente em ritmo sinusal, após uma cardioversão, a amiodarona é muito útil.
- ✓ **Sotalol:** antiarrítmico com ação betabloqueadora capaz de reverter a fibrilação atrial e manter o ritmo sinusal. Não deve ser usado em pacientes com insuficiência cardíaca.

Resumindo: se o paciente não apresentar contraindicações, a preferência é pelo uso da propafenona para continuar em ritmo sinusal.

Sobre a anticoagulação do paciente no período pericardioversão:

- **Pacientes instáveis:** caso seja possível, deve-se realizar uma **dose de heparina em bólus** antes do procedimento e manter a anticoagulação depois.
- **Pacientes estáveis:** caso o paciente não faça uso prévio de terapia anticoagulante, é possível **iniciar heparina não fracionada EV em infusão contínua com controle de TTPa ou enoxaparina SC ou um anticoagulantes de ação direta** logo antes do procedimento e manter essa droga por período a ser definido caso a caso.

E como será feita a anticoagulação dos pacientes após ser realizada a cardioversão?

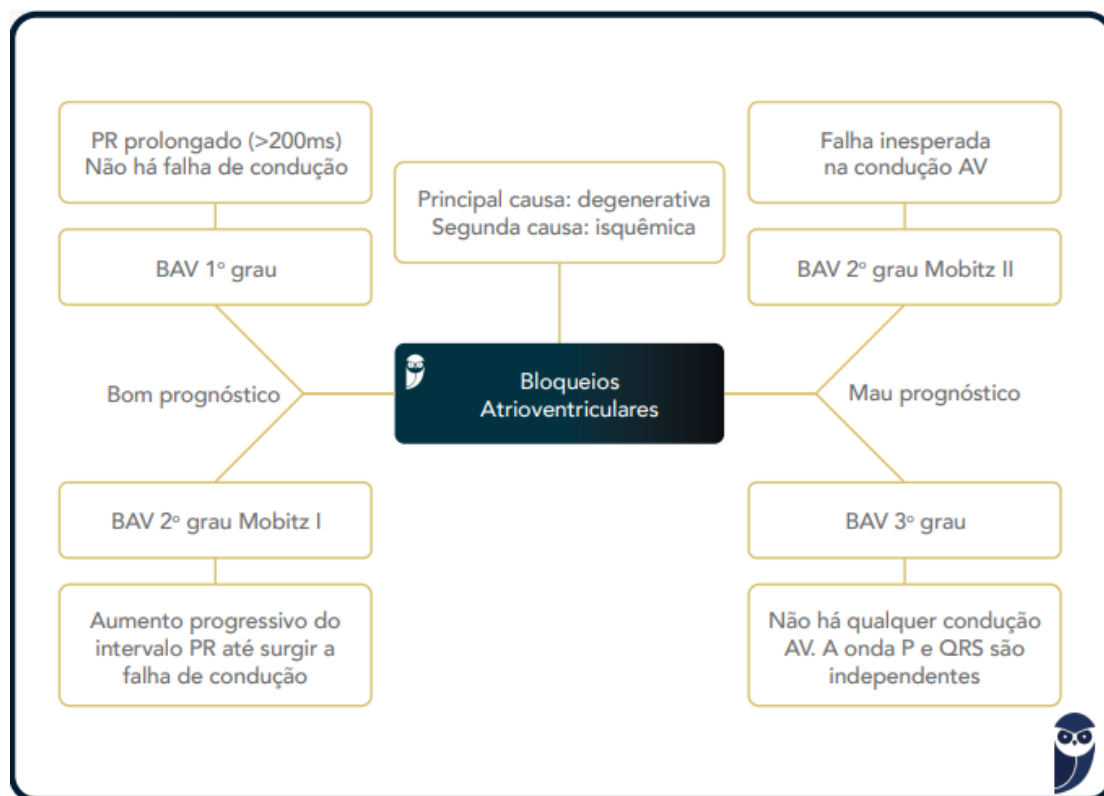
Após a reversão do ritmo, o que irá determinar o tempo de anticoagulação é o escore CHA2 DS2 VASc:

CHA2DS2VASc	Tempo de anticoagulação após cardioversão
0	Anticoagular por apenas 4 semanas
1	Anticoagular por 4 semanas ou para sempre (ad aeternum)
≥ 2	Anticoagular para sempre (ad aeternum)

Bradiarritmias: (INEP 2022)

- ❖ Conceito: arritmias que ocorrem com frequência cardíaca (FC) abaixo de 50 bpm, de modo permanente ou intermitente.

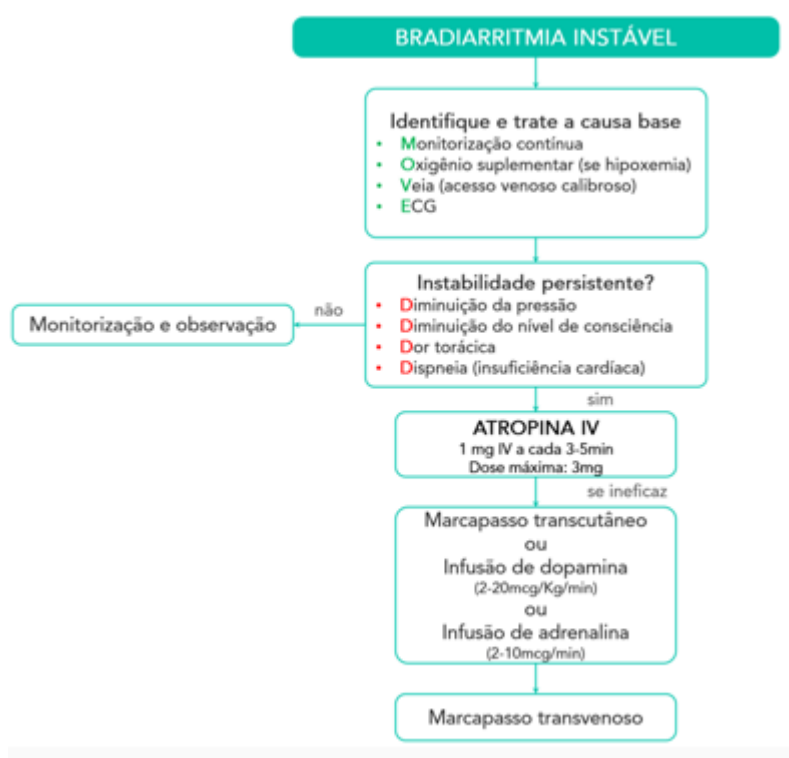
- ❖ Classificação: o distúrbio da condução atrioventricular é o mais cobrado em provas. Observe o quadro abaixo:



- ❖ Abordagem das bradiarritmias:

a) Bradiarritmias instáveis:

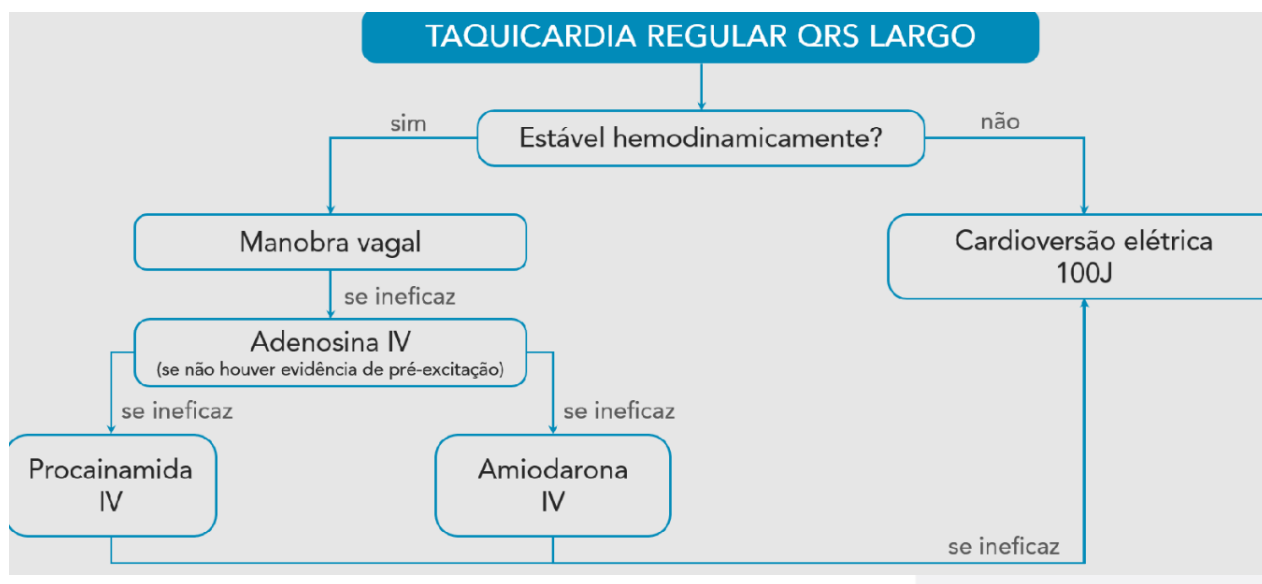
Cursam com sinais de baixo débito: Hipotensão, redução de débito urinário, insuficiência cardíaca (turgência jugular, crepitações pulmonares, ortopneia), sudorese, alteração do nível de consciência, dor torácica ou síncope.



b) Bradiarritmias estáveis: devemos identificar se o distúrbio de condução é reversível ou não. Caso seja irreversível, basta ter sintoma ou ser um BAV avançado (Mobitz II, BAV 2:1, BAVT) para indicarmos marcapasso definitivo.

Taquiarritmias:

- ❖ Toda vez que estamos diante de uma taquiarritmia, a primeira pergunta que devemos responder é: o paciente está instável? **Caso afirmativo, a conduta será, quase sempre, cardioversão elétrica sincronizada** (a exceção é a TV polimórfica que é tratada com desfibrilação).
- ❖ São critérios de instabilidade:
 - rebaixamento de nível de consciência;
 - hipotensão com choque;
 - dor torácica;
 - dispnéia.
- ❖ Algoritmo das taquicardias de QRS largo (que, em sua ampla maioria, representam taquicardia ventricular):



Tarefa 17 (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/Od7a7ffc-ee77-482d-ae4a-0d7bbb4050c>

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: Acidentes Vasculares Cerebrais

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

Revalidando, essa tarefa dá início ao estudo da disciplina de Neurologia. Vamos estudar o assunto **Acidentes Vasculares Cerebrais**, o **segundo assunto mais cobrado pelo INEP em Neurologia**. Estude com muita atenção! É questão provável na sua prova pois caiu em quase todas as 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 Acidentes Vasculares Cerebrais (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 – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d12dd226-a180-4376-be25-487e453ad905>

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:

3.0 Acidente vascular cerebral isquêmico; 4.0 Acidente vascular cerebral hemorrágico; 5.0 Hemorragia Subaracnoidea

Dicas da Tarefa:

Revalidando, dentro dessa aula, o tópico mais importante a ser estudado é “Acidente Vascular Isquêmico”, foco principal da banca do INEP quando cai alguma questão sobre AVC. Balize seu estudo pelas Dicas abaixo, que resumem bem o tratamento dessa patologia.

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:

❖ **Tratamento Agudo:**

- A reperfusão do território acometido, mediante a recanalização da artéria ocluída, pode evitar sequelas definitivas! A partir de dado momento, caso a obstrução não seja revertida, o neurônio torna-se irreversivelmente acometido e o déficit neurológico, permanente.

- Terapias de Recanalização:

A) Trombólise: (INEP 2022, 2021 e 2020)

- Pode ser empregada com até 4,5 horas do início dos sintomas, desde que o tecido cerebral seja viável;
- Administração de **alteplase** (rTPa ou ativador de plasminogênio tecidual) 0,9 mg/kg, 10% da dose em bólus, e os 90% restantes em bomba de infusão contínua durante 1 hora.
- Contraindicações (Atenção):
Basicamente, situações que possam levar a sangramento, seja ele intracraniano ou de outros órgãos. Veja o quadro abaixo:



CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS		
ANAMNESE	Últimos 3 meses	AVCI
		TCE grave
		Cirurgia de crânio ou medula
	Últimos 21 dias	Hemorragia do trato gastrointestinal (TGI)
	Últimos 14 dias	Cirurgia de grande porte
CLÍNICA	Antecedente (não importa quando)	
	AVC h	
	Suspeita de	Neoplasia TGI ou SNC
		HSA
		Dissecção de aorta
		Endocardite bacteriana
HEMATOLÓGICAS	Plaquetas < 100 mil	
	INR > 1,7	
	Uso de anticoagulantes orais diretos nas últimas 48 horas	
	Uso de heparina, em dose terapêutica, nas últimas 24 horas	

B) Trombectomia mecânica:

- Possível em oclusões de artéria carótida e segmento proximal da artéria cerebral média → necessária a visualização da oclusão, portanto a angiotomografia de vasos cervicais e intracranianos é elementar para indicar o procedimento;
- A partir de uma punção arterial periférica, um cateter é direcionado até a oclusão arterial, quando um dispositivo especial (stent retriever) "pesca" o trombo, que então é retirado com o auxílio do cateter;
- Pode ser feito junto com a trombólise e até mesmo quando a trombólise está contraindicada. Indicada com até 6 horas do início dos sintomas, bastando a análise com TC de crânio e angio TC ("trombectomia tradicional"). Quando for possível a análise com estudo de perfusão, o procedimento pode ser indicado com até 24 horas do início dos sintomas ("trombectomia estendida").

➤ Indicações de recanalização:

- Presença de déficit limitante
- Paciente > 18 anos
- Tecido cerebral viável

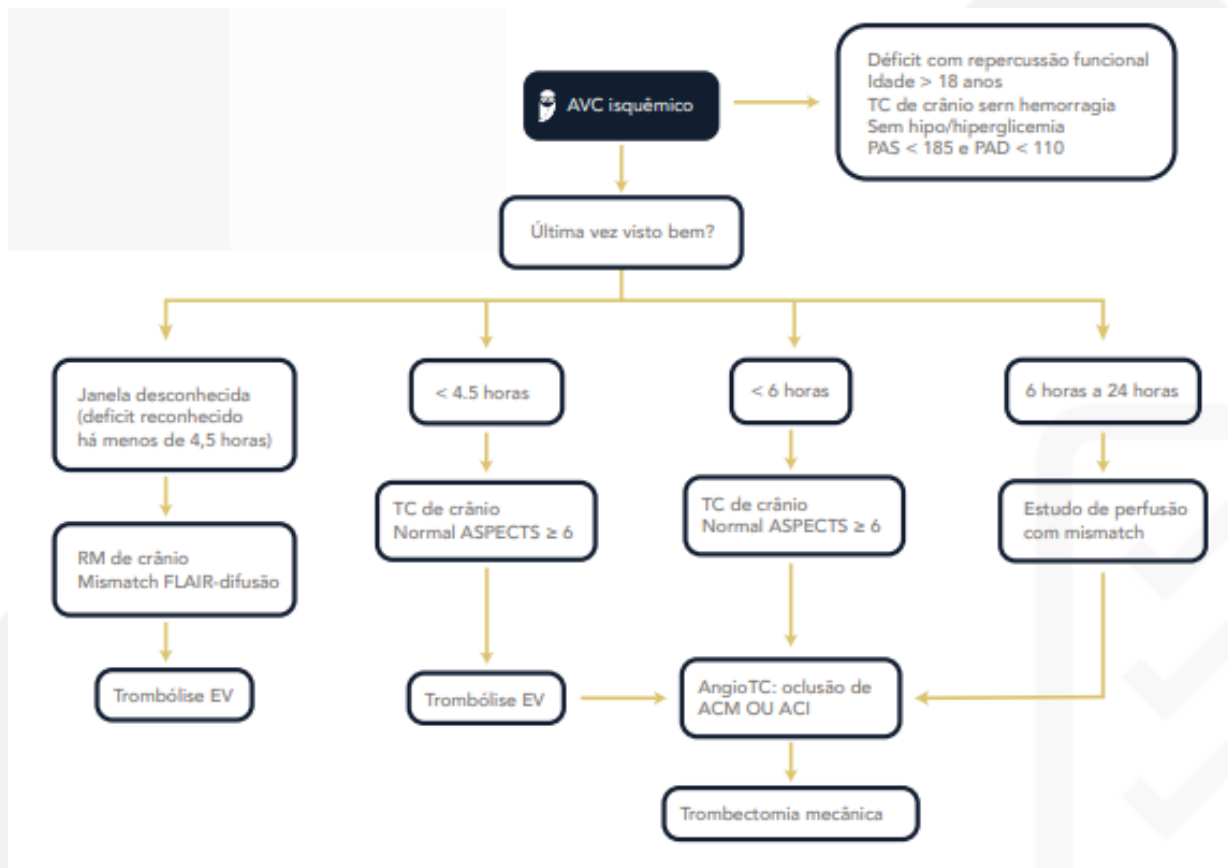
Como saber se o tecido cerebral está viável?

- ➔ **Tomografia de Crânio:** principal exame capaz de permitir ou contraindicar a recanalização. Atenção às expressões "hipodensidade bem formada" e "hipodensidade extensa", pois denotam que a recanalização estará contraindicada, já que representam isquemia irreversivelmente definida.
- Existe uma escala, chamada de ASPECTS, que avalia de forma objetiva as assimetrias de

densidade no território acometido em relação ao contralateral. Para permitir a trombólise e mesmo a trombectomia, a **escala de ASPECTS deve ser ≥ 6** .

➔ **Ressonância magnética de crânio:** não é o método de escolha na avaliação inicial do AVCi. Serve para avaliar a viabilidade neuronal em paciente cuja instalação do AVCi é indefinida! Para esse fim, analisamos duas sequências da RM de crânio: difusão e FLAIR.

➤ Revalidando, o **fluxograma abaixo resume o tratamento agudo do AVC isquêmico:**



➤ **Manejo do AVCi além da recanalização:**

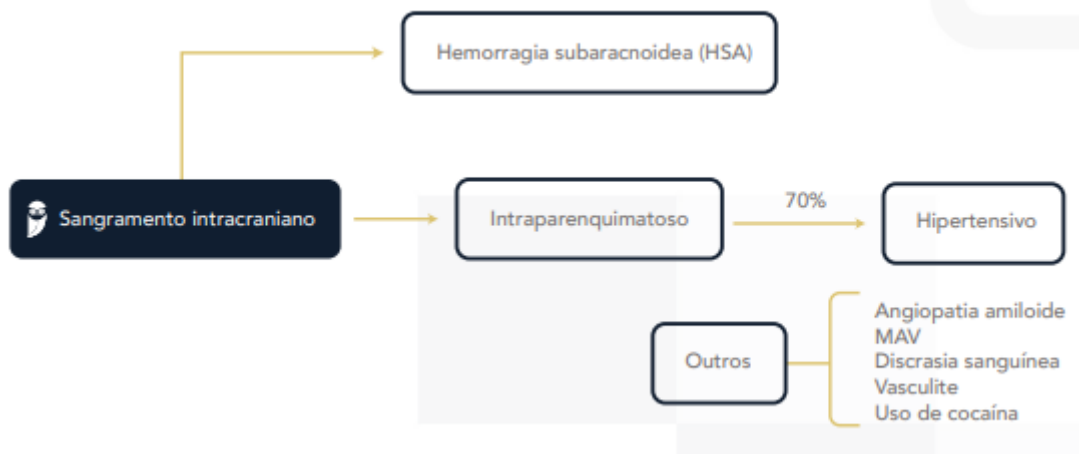
- Suporte respiratório: Manter saturação de O₂ $\geq 95\%$
- Hidratação: Hipotensão e hipovolemia devem ser debridadas com cristaloides ou coloides
- Glicemia: Entre 140-180 mg/dL (G50% se < 60).
- Pressão arterial:
Se trombólise: manter PAS < 185 mmHg e PAD < 110 mmHg.
Trombólise contraindicada: manter PAS < 220 mmHg e PAD < 120 mmHg.
Após trombólise (nas primeiras 24h): manter PAS < 180 mmHg e PAD < 105 mmHg.
- Dieta enteral: iniciar nos primeiros 7 dias

➤ **Sobre o uso de anticoagulantes e antiagregantes (INEP 2012)**

- Pacientes submetidos à trombólise/trombectomia, nas primeiras 24 horas: não dever ser prescrito nenhum antiagregante ou anticoagulante. Após 24 horas, iniciar AAS 100 mg + estatina.
- Pacientes que NÃO foram submetidos à trombólise/trombectomia (até que se identifique a causa do AVCi): AAS 100 mg + estatina.
- Pacientes que tenham indicação de anticoagulação previamente conhecida (ex: FA): a retomada da anticoagulação depende da extensão da isquemia!

Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico:

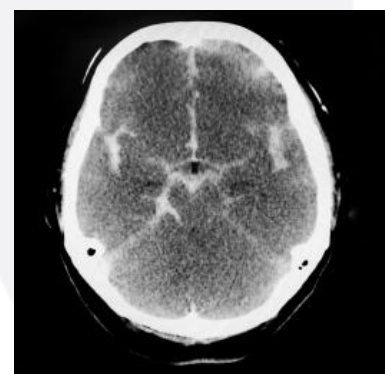
Revalidando, essa parte da aula tem um índice de cobrança muito menor no INEP. Por isso, colocamos nas dicas somente o tópico que já foi cobrado (Hemorragia subaracnóidea).



❖ Hemorragia subaracnóidea (HSA) (INEP 2017)

Revalidando, é importante conhecer o quadro clínico e como essa patologia se apresenta no exame de imagem.

- Sangramento que ocupa o espaço localizado entre as camadas meníngeas aracnoide e pia-máter;
- Etiologia: espontânea (principal causa: aneurisma intracraniano) ou traumática
- HSA aneurismática: o aneurisma pode ser sacular ou fusiforme, sendo este segundo menos suscetível a sangramento e causado, eminentemente, por doença aterosclerótica;
- Quadro clínico: a clínica típica da HSA por ruptura aneurismática é a **cefaleia de instalação súbita**, tipicamente **descrita pelo paciente como a pior cefaleia da vida**. **Náuseas e vômitos** também estão presentes em 75% dos casos. 50% dos pacientes apresentam síncope durante a cefaleia. Crises epiléticas pela irritação do córtex podem ocorrer em 25% dos casos. **Midríase ipsilateral** também pode estar presente.
- Diagnóstico: **Tomografia de crânio sem contraste** → capaz de identificar a HSA em 95% dos casos nas primeiras 6h de instalação do quadro. Contudo, uma TC normal não é suficiente para afastar o diagnóstico. Assim, se forte suspeição clínica e TC normal, a melhor conduta é a punção líquórica. Depois de definido o diagnóstico de HAS, o próximo passo é identificar o aneurisma propriamente dito, o que pode ser feito através de angiotomografia, angioressonância ou angiografia (arteriografia) digital (padrão-ouro).



Tc sem contraste com aspecto típico de HSA

- Tratamento:

A resolução do aneurisma tem como objetivo principal evitar o ressangramento, que é a principal e mais grave complicação precoce da HSA, associada a uma mortalidade de até 80%. O fechamento do aneurisma pode ser feito de duas formas: por via "aberta", por clipagem neurocirúrgica, ou pelo tratamento endovascular, por meio da embolização do aneurisma.

Tarefa 18 (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/d12dd226-a180-4376-be25-487e453ad905>

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: Hematologia

Assunto: Anemias Microcíticas, Normocíticas e Macroscíticas

Incidência: 27,50% das questões de Hematologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá início ao estudo da disciplina de Hematologia. Vamos estudar o assunto Anemias Microcíticas, Normocíticas e Macroscíticas, o **segundo assunto mais cobrado pelo INEP em Hematologia**. Estude com muita atenção! É questão provável na sua prova pois caiu em quase todas as 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 **Anemias Microcíticas, Normocíticas e Macroscíticas (Hematologia)**.

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 – 23 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/904663b8-f939-4b28-81fe-fa23a2b1105a>

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 Hematologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Definição e Classificação das anemias; 2.0 Anemias Microcíticas; 3.0 Anemias Normocíticas; 4.0 Anemias Macroscíticas

Dicas da Tarefa:

Anemias Microcíticas:

- ❖ **O que esperamos encontrar nas anemias microcíticas:**
 - Redução do volume corpuscular médio (VCM)
 - Redução da hemoglobina corpuscular média (HCM)
 - Redução da concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM)
- ❖ **Dica:** O principal parâmetro usado para classificar as anemias é o VCM, uma medida do tamanho das hemácias, que nos permite dividir as etiologias de anemias da seguinte forma: **(INEP 2015)**
 - **Anemias microcíticas:** hemácias de volume menor que o habitual (**VCM<80fL**)
 - **Anemias normocíticas:** tamanho médio das hemácias está dentro do valor da normalidade (**VCM entre 80 e 100fL**)
 - **Anemias macrocíticas:** hemácias maiores que o normal (**VCM>100fL**).
- ❖ **Memorize as quatro grandes causas de anemia microcítica/hipocrômica: (INEP 2011)**
 - a) **Anemia ferropriva:** falta de ferro no organismo → incapacidade de síntese de hemoglobina;
 - b) **Anemia inflamatória de doença crônica:** ocorrem mecanismos que bloqueiam o uso do ferro pela medula óssea;
 - c) **Talassemias:** distúrbios congênitos da produção de uma das cadeias de globina;
 - d) **Anemia Sideroblástica:** defeitos enzimáticos congênitos ou adquiridos da conjugação do ferro à protoporfirina.
- ❖ **Exames laboratoriais - o que precisa saber para a prova:**
 - **Ferritina:**
 - Principal representante dos estoques corporais de ferro
 - Encontra-se **reduzida diante de uma deficiência de ferro**
 - Atenção: é um marcador pouco confiável para excluir ferropenia, pois em situações inflamatórias, sua síntese aumenta sem correlação com os estoques de ferro.
 - **Ferro sérico:**
 - Marcador pouco fidedigno de ferropenia, sofrendo variações com o ritmo circadiano e com a dieta
 - **Saturação de transferrina:**
 - Mede quantos dos sítios de ligação de ferro dessa molécula estão ocupados (outra forma de medirmos o ferro circulante)
 - Encontra-se **reduzida em situações de ferropenia**

- **Capacidade total de ligação de ferro (CTLF ou TIBC):**
 - Medida de todos os sítios de ligação de ferro presentes no sangue do paciente, ocupados ou não (medida indireta da transferrina)
- **Receptores solúveis de transferrina:**
 - Mede a quantidade de receptores de transferrina nas células
 - Encontram-se **aumentados em situações de ferropenia** (tentativa das células de absorver mais o ferro transportado pela transferrina).
- **Protoporfirina eritrocitária livre:**
 - Reflete a protoporfirina não usada na conjugação com o ferro para formar o grupo heme
 - Encontra-se **aumentada em situações de ferropenia**

❖ **Anemia Ferropriva – Principais conceitos: (INEP 2017)**

ATENÇÃO, Revalidando: Nas questões de anemia ferropriva, geralmente o examinador questiona, simplesmente, as **características dos exames laboratoriais!** Então, essa é a parte mais importante da aula!

➤ Principais etiologias:

- **Carência nutricional:** causa mais comum em crianças e gestantes
- **Distúrbios da absorção de ferro:** qualquer condição que diminua a absorção de ferro (ex: doença celíaca, hipocloridria...)
- **Perda crônica de ferro:**
 - Principal etiologia no mundo!
 - **Atenção:** Sempre que estivermos diante de um paciente adulto com anemia ferropriva, devemos investigar a perda crônica de sangue, especialmente via trato gastrointestinal, por meio de endoscopia digestiva alta e colonoscopia (**QUESTÃO DE PROVA!**)

➤ Diagnóstico – **Parte mais importante da aula!**

Observe os quadros abaixo, que mostram as principais alterações laboratoriais na anemia ferropriva (**DECORE**):

ALTERAÇÕES DO HEMOGRAMA NA ANEMIA FERROPRIVA
Anemia normocítica e normocrômica em estágios iniciais: VCM e HCM normais
Anemia microcítica e hipocrômica em estágios avançados: VCM e HCM reduzidos
Anisocitose: RDW aumentado
Plaquetose reacional: plaquetometria aumentada
Anemia hipoproliferativa: contagem de reticulócitos $\leq 2\%$

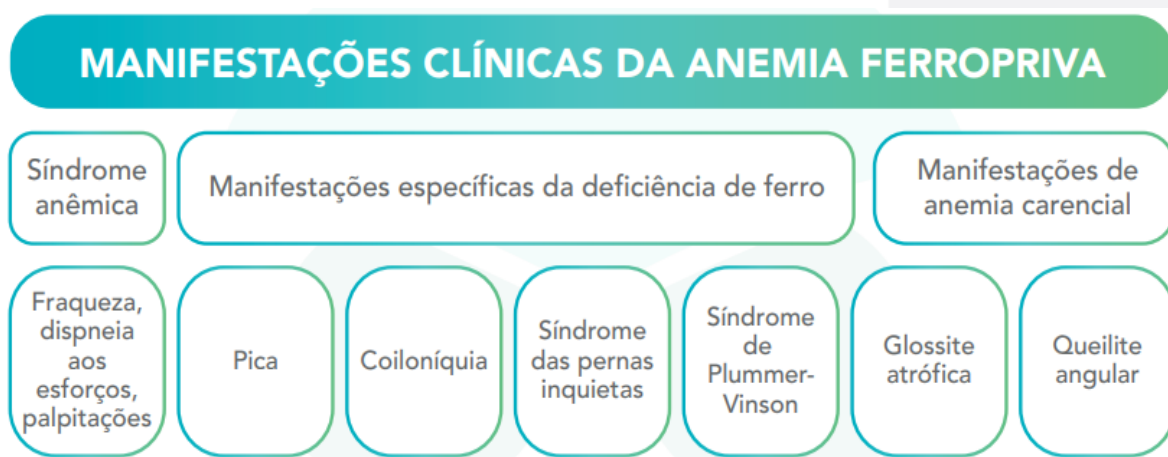
Resumindo...

- Estão aumentados: **RDW, CTLF (transferrina) e receptores solúveis de transferrina.**



PERFIL DE FERRO TÍPICO NA ANEMIA FERROPRIVA
Estoques de ferro consumidos: ferritina diminuída
Baixos níveis de ferro circulantes: ferro sérico e saturação de transferrina diminuídos
Aumento da produção de transportadores de ferro: CTLF (transferrina) e receptores solúveis da transferrina aumentados
Acúmulo da protoporfirina não utilizada na conjugação com o ferro para formar o grupo heme: protoporfirina eritrocitária livre aumentada

- Quadro clínico – Memorize as características abaixo:



- Tratamento:

- Reposição de ferro, preferencialmente por via oral
- Dose recomendada: **sulfato ferroso 20% 2-3 cp/dia**
- Recomendações: tomar de estômago vazio e junto com suco de laranja
- Atenção: **manter o tratamento por 6-12 meses após normalização da anemia.**
- Dica: nunca devemos tratar a deficiência de ferro apenas com orientação alimentar! Além disso, reposição endovenosa de ferro é reservada apenas àqueles pacientes intolerantes ou refratários à reposição oral de ferro.
- Sobre a resposta ao tratamento:
 - A melhor forma de avaliar a resposta ao tratamento é através da contagem de reticulócitos, que começa a elevar-se após o terceiro dia de tratamento (4 a 7 dias) e têm seu pico no décimo dia;
 - A hemoglobina só será normalizada após 6 a 8 semanas;
 - Ferritina é o último marcador a subir.

❖ **Anemia de Doença Crônica** – Já caiu como diagnóstico diferencial em questão sobre anemia microcítica no Revalida!

- Estado decorrente de condições inflamatórias crônicas em que os níveis elevados de citocinas inibem a eritropoiese e **aumentam a secreção de hepcidina**, hormônio hepático que age degradando a ferroportina, principal transportador transmembrana do ferro.
- Diagnóstico laboratorial – **Importante!**

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS ESPERADAS NA ANEMIA DE DOENÇA CRÔNICA
Anemia normo/normo ou hipo/micro
RDW normal
Ferritina normal ou aumentada
Ferro sérico e saturação de transferrina baixos
Transferrina (CTLF) baixa

➤ **Atente que:**

- A anemia não costuma ser acentuada, raramente apresentando hemoglobina < 9 g/dL;
- Em geral, as hemácias são normocíticas (VCM de 80 a 100 fL), mas podem ser microcíticas em quadros mais prolongados;
- Por ser um quadro de proliferação reduzida de hemácias, a contagem reticulocitária está reduzida.

➤ **Sendo assim, quando pensar em anemia por doença crônica?** Paciente com anemia normocítica em que o ferro circulante está reduzido (saturação de transferrina < 20%), mas o ferro de depósito está normal (ferritina entre 20 e 200 ng/mL).

➤ Diagnóstico diferencial:

Importante, para a prova, saber **diferenciar laboratorialmente a anemia por doença crônica da anemia ferropriva. (INEP 2014)**

Veja o quadro abaixo:

DIFERENÇAS DO PERFIL DE FERRO NA ANEMIA FERROPRIVA E NA ANEMIA INFLAMATÓRIA DE DOENÇA CRÔNICA		
Marcador	Anemia ferropriva	Anemia de doença crônica
<u>Ferritina</u>	Reduzida	Normal ou aumentada
Ferro sérico	Reduzido	Reduzido
Saturação de transferrina	Reduzida	Reduzida
<u>CTLF</u>	Aumentada	Reduzida



➤ Tratamento:

- Tratar a condição de base que desencadeia a anemia.

❖ **Talassemias – Caiu questão em 2015 e, também, como diagnóstico diferencial em questões sobre anemia ferropriva.**

- Grupo de anemias hereditárias em que há distúrbios quantitativos de produção das cadeias de globina que compõe a molécula de hemoglobina (fazem parte do grande grupo das hemoglobinopatias).

- Formas de apresentação: alfaalassemias (distúrbio de produção de cadeias alfa) e betataalassemias (comprometimento da síntese de betaglobina)
- Alterações laboratoriais – **ATENÇÃO!**
 - VCM reduzido (habitualmente abaixo de 70 fL) – microcitose
 - **RDW normal** (população eritrocitária homogeneamente microcítica) → ajuda no diagnóstico diferencial com a anemia ferropriva, na qual o RDW está aumentado.
 - **Contagem eritrocitária normal ou elevada** → Sempre que estiver diante de uma anemia com número de hemácias elevado, pensar em síndrome talassêmica.
 - **Aumento da contagem reticulocitária** → medula óssea está constantemente liberando novas hemácias na circulação
 - Esfregaço de sangue periférico: **hemácias em alvo (ou leptócitos) e hemácias em lágrima (ou dacriócitos)**
 - Alterações laboratoriais características de um quadro de hemólise: **aumento da desidrogenase láctica e bilirrubina indireta**
- Diagnóstico:
 - Eletroforese de hemoglobinas
- Quadro clínico:
 - Muito variável, de pacientes assintomáticos a pacientes com anemias hemolíticas graves com grandes esplenomegalias, deformidades ósseas e necessidade transfusional intensiva.
- Tratamento:
 - Varia de acordo com a apresentação clínica. Alguns pacientes não necessitam de tratamento, outros necessitam de regime transfusional crônico (e consequente quelação de ferro), esplenectomia ou transplante alogênico de medula óssea.

Anemias Macroscíticas:

Revalidando, dentre as anemias macroscíticas, as mais cobradas no Revalida são a “anemia megaloblástica” e a “anemia aplásica”.

❖ Anemia Megaloblástica:

- **Etiologia:** causada pela deficiência de ácido fólico e/ou vitamina B12, nutrientes envolvidos na síntese de DNA.
 - Causas de carência de folato: carência alimentar (etilistas), metabolismo aumentado (crianças, gestantes, anemias hemolíticas crônicas), distúrbios de absorção (doença celíaca, uso de anticonvulsivantes) e antagonista específico (metotrexate).
 - Causas de deficiência de vit B12:
 - Vegetarianos estritos (veganos): não ingerem quantidade adequada de alimentos de origem animal;
 - Distúrbios de absorção: estados de hipocloridria (ex: gastrectomias); condições que acometam o íleo terminal (ex: ressecções cirúrgicas ou doenças inflamatórias intestinais); anemia perniciosa (quadro de gastrite atrófica autoimune precipitado por autoanticorpos contra as células parietais e contra o próprio fator intrínseco); uso de metformina.

- Atenção especial deve ser dada à **anemia perniciosa (INEP 2021)**
 - Quadro de anemia megaloblástica por deficiência de vitamina B12, secundária à gastrite atrófica autoimune;
 - Acomete especialmente mulheres acima dos 40 anos, frequentemente com história prévia de outras doenças autoimunes;
 - Diagnóstico: achado de gastrite atrófica na endoscopia e dosagem de autoanticorpos séricos;
 - Tratamento: reposição parenteral de B12 por tempo indeterminado
- Memorize o quadro abaixo:



Quadro clínico-laboratorial da anemia megaloblástica
Anemia macrocítica e hipocrômica: VCM aumentado e HCM reduzido
RDW aumentado (> 15%), indicando anisocitose
Anemia hipoproliferativa: contagem de reticulócitos ≤ 2%
Acometimento de todas as linhagens hematológicas: pancitopenia
Presença de neutrófilos hipersegmentados : patognomônica
Eritropoiese ineficaz: aumento de bilirrubina indireta e desidrogenase láctica
Deficiência de B12: homocisteína e ácido metilmalônico aumentados. Presença de sintomas neurológicos desmielinizantes
Deficiência de folato: homocisteína aumentada, metilmalonato normal. Ausência de sintomas neurológicos desmielinizantes

- Tratamento das anemias megaloblásticas:**
 - Reposição de folato e/ou B12, que deve ser feita por via parenteral nos casos em que a absorção do nutriente esteja comprometida, como na anemia perniciosa;
 - Possível efeito adverso do tratamento da megaloblastose: hipocalcemia.
- ❖ **Anemia Aplásica (INEP 2013)**
 - Precipitada por causas adquiridas ou congênitas, mas sempre cursando com o mesmo evento básico, a **hipocelularidade medular**, ocasionando menor formação de células hematológicas e, consequentemente, pancitopenia de sangue periférico;
 - Quadro clínico: quadro insidioso de anemia, tipicamente macrocítica (VCM > 100 fL), leucopenia e plaquetopenia;
 - Atenção: diagnóstico de certeza só com a biópsia de medula óssea confirmando a celularidade baixa;
 - Tratamento: transplante alogênico de medula óssea (se menos de 40 anos e doador aparentado HLA-compatível), imunossupressão com ciclosporina e ATG, se maior de 40 anos ou sem doador.

Tarefa 19 (Avançada)

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

Link – 23 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/904663b8-f939-4b28-81fe-fa23a2b1105a>

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: Doenças Respiratórias do Lactente (Pediatria)

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/ec12fc27-1313-4bc1-878c-6de37e0bae68/?per_page=20

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: Pesquisa Epidemiológica (Medicina Preventiva)

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/85473411-5a45-4cc9-899a-d3d70f47dcc4>

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: Câncer de Mama (Ginecologia)

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

Link – 21 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/68977de6-c9e1-4e47-b86b-8bcae52d7c9f>

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 2ª Meta de estudo, rumo à aprovação no Revalida!
Esperamos que esteja gostando da nossa metodologia!



Fique atento(a)! Iremos inserir a sua nova meta na área do aluno, **preferencialmente às segundas-feiras.**

Nos vemos na próxima Meta!



