

Mentoria de Estudos

**Pós- Edital
REVALIDA INEP
2023.1**

Mentoria
Estratégia MED

Meta 6

Sumário da Meta Regular

Tarefa Regulares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Pediatria	Nutrição Infantil	Teoria + Exercícios
Tarefa 2	Medicina Preventiva	Medidas de Saúde Coletiva	Teoria + Exercícios
Tarefa 3	Cirurgia	Hérnias da Parede Abdominal	Teoria + Exercícios
Tarefa 4	Ginecologia	Sangramento Uterino Anormal	Teoria + Exercícios
Tarefa 5	Obstetrícia	Avaliação da Vitalidade Fetal	Teoria + Exercícios
Tarefa 6	Pediatria	Desenvolvimento Neuropsicomotor	Teoria + Exercícios
Tarefa 7	Medicina Preventiva	Processos Epidêmicos e Epidemiologia das Doenças Infecciosas	Teoria + Exercícios
Tarefa 8	Cirurgia	Doenças Orificiais	Teoria + Exercícios
Tarefa 9	Ginecologia	Tumores Anexiais e Câncer de Ovário	Teoria + Exercícios
Tarefa 10	Obstetrícia	Infecções na Gestação	Teoria + Exercícios
Tarefa 11	Infectologia	Micoses Invasivas	Teoria + Exercícios
Tarefa 12	Endocrinologia	Hipotireoidismo	Teoria + Exercícios
Tarefa 13	Gastroenterologia	Hemorragias Digestivas	Teoria + Exercícios
Tarefa 14	Psiquiatria	Transtorno de Ansiedade	Teoria + Exercícios
Tarefa 15	Cardiologia	Insuficiência Cardíaca	Teoria + Exercícios
Tarefa 16	Nefrologia	Doença Renal Crônica	Teoria + Exercícios
Tarefa 17	Neurologia	Cefaleias	Teoria + Exercícios
Tarefa 18	Endocrinologia	Obesidade e Síndrome Metabólica	Teoria + Exercícios
Tarefa 19	Hematologia	Hemostasia e Medicina Transfusional	Teoria + Exercícios
Tarefa 20	Ortopedia	Ortopedia e Traumatologia Pt. II	Teoria + Exercícios
Tarefa 21	Otorrinolaringologia	IVAS Pt. 2 - Otites, Corpo Estranho de Ouvido, Laringites, Linfadenites	Teoria + Exercícios

Tarefas Complementares

Tarefas Complementares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Infectologia	Leptospirose + Malária	Exercícios
Tarefa 2	Neurologia	Distúrbios do Movimento	Exercícios

Tarefa 1 (Simplificada)

Disciplina: Pediatria

Assunto: Nutrição Infantil

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Pediatria, a mais cobrada nas provas do INEP**. Vamos estudar agora o assunto Nutrição Infantil (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 Nutrição Infantil (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 – 27 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d459e610-c6a8-4a9a-82fe-f825fc9bd7ba>

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.estategia.com/meus-cursos/pediatria-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Diagnóstico Nutricional; 2.0 Desnutrição na infância; 3.0 Obesidade; 4.0 Vitaminas

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um tema bem extenso, mas com poucas questões ao longo da história da banca. O BIZU abaixo traz os tópicos que você realmente precisa saber para a prova.

Diagnóstico Nutricional:

- ❖ Índices antropométricos utilizados na avaliação nutricional de crianças:

IMC = Peso (kg)/Estatura(m²)

(P/E) = peso para estatura

- ❖ Avaliação de recém-nascidos e lactentes:

a) Peso:

Recém-nascido: perde **5% - 10%** do seu peso logo após o nascimento. A recuperação do peso de nascimento ocorre entre 7º - 10º dia.

Prematuro: perde **15%** do seu peso logo após o nascimento. A recuperação do peso em prematuros pode ocorrer até os 21 dias de vida.

Lactente: é esperado que seu peso de nascimento duplique entre 5-6 meses e triplique ao final do primeiro ano.

b) Comprimento:

Comprimento médio de um recém-nascido a termo: 50 cm

Comprimento aumenta em 50% no primeiro ano

c) Perímetrocefálico (PC):

Deve ser avaliado até os 2 anos de vida em todos os lactentes

PC esperado para recém-nascidos a termo: 33-35 cm

Crescimento do PC no primeiro ano de vida: 12 cm → 2,0 cm/mês no 1º trimestre, 1,0 cm/mês no 2º trimestre e 0,5 cm/mês no último semestre de vida.

- ❖ Avaliação de crianças entre 2-10 anos:

Peso: Entre 2-8 anos: ganho médio de 2kg/ano

Estatura: Média de crescimento em crianças escolares pré-púberes: **5 cm/ano - 7 cm/ano**

Memorize:

Desnutrição aguda: ocorre **comprometimento isolado do peso**

Desnutrição crônica: ocorre **comprometimento do peso e da altura**

- ❖ Revalidando, atenção! Existem **parâmetros complementares** que podem ser usados na avaliação nutricional:

a) Circunferência do braço:

→ Reflete as reservas de energia e a massa proteica.

→ Vem sendo utilizada pela OMS na triagem para diagnóstico da desnutrição em crianças entre 6 meses e 5 anos quando outros métodos não estão disponíveis:

DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA: 115 mm - 124

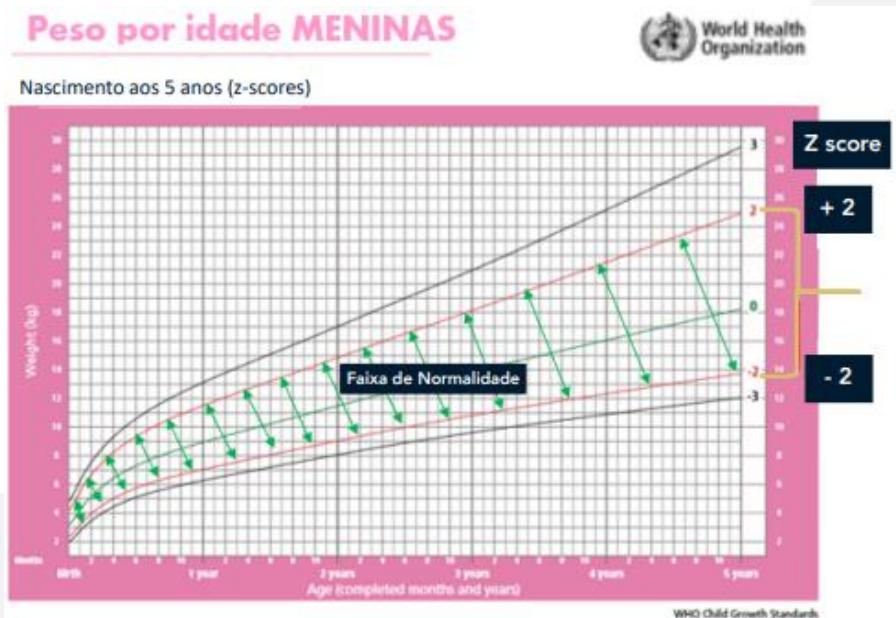
DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE: < 115 mm

**b) Perímetro abdominal e torácico:**

→ **Perímetro torácico:** indicador de massa muscular e reserva de gordura.

→ **Perímetro abdominal:** avaliação do risco cardiovascular em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade

❖ **Curvas de crescimento:** Um parâmetro que se encontra dentro de 2 desvios-padrão em relação à mediana (**entre o escore-Z -2 e +2**) é **considerado normal**. O equivalente em percentil é entre o **percentil 3 e 97**.

Gráfico Peso para Idade: (INEP 2022)

Percentil	Escore-Z	Zero a 5 anos incompletos
< Percentil 0,1	< Escore-Z -3	Muito baixo peso para idade
≥ Percentil 0,1 e < percentil 3	≥ Escore-Z -3 e < escore-Z-2	Baixo peso para idade
≥ Percentil 3 e ≤ percentil 97	≥ Escore-Z -2 e ≤ escore-Z +2	Peso adequado para idade
> Percentil 97	> Escore-Z +2	Peso elevado para idade



Gráfico Estatura para a Idade: considerado o mais sensível para avaliar a qualidade de vida de determinada população.

Percentil	Escore-Z	Zero a 5 anos incompletos
< Percentil 0,1	< Escore-Z -3	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < percentil 3	≥ Escore-Z -3 e < escore-Z -2	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e ≤ percentil 97	≥ Escore-Z -2 e ≤ escore-Z +2	Estatura adequada para idade
> Percentil 97	> Escore-Z +2	Alta estatura para idade

Gráfico Peso para Estatura (P/E): utilizado para detectar o emagrecimento e o excesso de peso para crianças até os 5 anos de idade.

- O P/E não é uma medida “pura” como as que vimos até agora (peso e estatura), ele é um índice. Sendo assim, os diagnósticos nutricionais não são exatamente os mesmos dos parâmetros.

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-Z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < percentil 3	≥ Escore-Z -3 e < escore-Z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ percentil 97	≥ Escore-Z -2 e ≤ escore-Z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ percentil 97	≥ Escore-Z +1 e ≤ escore-Z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ percentil 99,9	≥ Escore-Z +2 e ≤ escore-Z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-Z +3	Obesidade

Observe abaixo o gráfico:



Desnutrição:

- ❖ As duas principais formas de desnutrição aguda grave são o marasmo e kwashiorkor!
 - **Marasmo:**
 - ➔ Forma de **desnutrição energético-proteica** mais comum em nosso meio, afetando crianças menores de 2 anos;
 - ➔ Principais características:
 - Baixo peso em relação à estatura
 - Diminuição da circunferência do braço
 - Aumento da cabeça em relação ao corpo
 - Olhos fixos e vivos
 - Pele fina e seca
 - Irritabilidade
 - Bradicardia, hipotensão, hipotermia
 - **Kwashiorkor:** (*INEP 2012*)
 - ➔ Decorrente da **baixa ingestão de proteínas**, afetando crianças acima de 2 anos;
 - ➔ Principais características:
 - Apatia
 - Face arredondada, com aspecto de lua cheia
 - Hepatomegalia (infiltração gordurosa)
 - Edema depressível marcante, principalmente em pernas, região genital e sacral
 - Pele fina, seca e descamativa, com áreas confluentes de hiperqueratose e hiperpigmentação.

❖ Tratamento:

Desnutrição aguda grave sem complicações:

- Tratamento ambulatorial, mediante programa comunitário de alimentação supervisionado.
- Pilares do tratamento:
 - A) Fornecimento de **alimentos terapêuticos prontos para usar**: devem fornecer os micronutrientes e macronutrientes necessários para a reabilitação nutricional;
 - B) Tratamento empírico com antibióticos: ciclo curto de 7 dias;
 - C) Acompanhamento regular a cada 2 semanas

Desnutrição aguda grave com complicações:

- O tratamento deve ser em ambiente hospitalar, dividido em 3 fases:
 1. **Fase inicial (estabilização e recuperação nutricional)**
 - Inclui o tratamento de condições graves como **hipoglicemia, hipotermia, distúrbios eletrolíticos, desidratação e infecção**.
 - Duração dessa fase: 7 dias
 - Objetivo: estabilização clínico-metabólica
 - **Hipotermia**: causa importante de morte nas primeiras 48 horas de internação de crianças desnutridas. Conduta indicada é a técnica canguru.
 - **Distúrbios hidroeletrolíticos**: os mais encontrados são a hipomagnesemia e hipopotassemia! A OMS indica a adição de potássio e magnésio nos preparados alimentares dessas crianças.
 2. **Fase de reabilitação**
 3. **Fase de acompanhamento ambulatorial**



➤ **Infecção:** Presume-se que todas as crianças gravemente desnutridas tenham infecção subclínica e devem ser tratadas desde o início. É recomendado o uso empírico de antibióticos de amplo espectro (ampicilina e aminoglicosídeo ou cefalosporina de terceira geração).

- Principais micronutrientes que devem ser repostos na fase de estabilização e recuperação nutricional: **zinco, cobre, ácido fólico, vitamina A e tiamina.**
- ➔ As principais fórmulas alimentares utilizadas são a **F-75** e **F-100**, que contém esses micronutrientes.
- ➔ Memorize: Não se deve administrar ferro durante a fase de estabilização! Pode ocasionar toxicidade e maior risco de infecções.
- ➔ **Decoreba necessária:** Suplementação de vitamina A → preconizada pela OMS e MS em regiões de alta prevalência da deficiência dessa vitamina, independentemente da presença de desnutrição ou sintomas.
- **Como deve ser a alimentação dessas crianças na fase de estabilização?**
 - ➔ Não oferecer dieta hipercalórica pelo risco da síndrome de realimentação!
 - ➔ Crianças em aleitamento materno: devem permanecer recebendo o leite materno e a fórmula láctea F-75 deve ser adicionada.
 - ➔ A fórmula láctea F-75 deve ser fornecida na dose de 130 ml/kg/dia (100 Kcal/Kg/dia) de forma fracionada.
 - ➔ Após 7 dias, quando o apetite normalizar e a criança não apresentar mais edema, deve ser realizada a transição para a fórmula F-100.

2) Fase de reabilitação:

- ➔ Sua duração é de 2-6 semanas e os sinais necessários para que a criança avance para essa fase são: retorno do apetite e melhora significativa do edema.
- ➔ Atenção: O ferro passa a ser introduzido nessa fase!
- ➔ Três opções de dieta podem ser ofertadas: fórmula F-100, alimentação terapêutica pronta para uso ou alimentos da família modificados e com alto valor calórico e proteico.

3) Fase de acompanhamento ambulatorial:

- Sua duração é de 7-26 semanas
- Objetivo: Prevenção de recaídas

Alerta: O que você precisa saber sobre a **síndrome da retroalimentação?**

- ➔ Ocorre caso uma alimentação de alto valor calórico seja iniciada, precocemente e vigorosamente, em pacientes gravemente desnutridos.
- ➔ Principais manifestações: desconforto respiratório, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão venosa, rápido aumento do fígado e diarreia aquosa.
- ➔ O distúrbio hidroeletrolítico mais característico da síndrome é a **HIPOFOSFATEMIA!**
- ➔ Como prevenir? Através da introdução gradual da dieta em crianças desnutridas, com reposição eletrolítica adequada e oferta de alimentos à base de leite.
- ➔ Tratamento da síndrome: suporte cardiorrespiratório e controle de distúrbios eletrolíticos.

Não confundir: síndrome da retroalimentação com síndrome da recuperação nutricional!

➔ **Síndrome da recuperação nutricional:**

- Causa desconhecida
- Pode ocorrer entre o 20º e o 40º dia de tratamento
- Sinais e sintomas: Hepatomegalia; distensão abdominal; face de lua cheia; ascite; alterações de pele e fâneros; telangiectasias na face.

Obesidade:

- ❖ Dados antropométricos utilizados para avaliação da obesidade:

IMC = Peso (kg) / Estatura (m²) (INEP 2013 e 2012)

- É um índice que pode ser utilizado em todas as idades;
- **Dica:** questões que solicitam o diagnóstico nutricional do sobrepeso e obesidade levam em conta o índice IMC.
- **Obesidade em < 5 anos:** diagnosticada **a partir do escore -Z +3**
- **Obesidade em > 5 anos:** diagnosticada **a partir do escore -Z +2**



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

Circunferência abdominal: com os pés paralelos e separados 20-25 cm, utiliza-se uma fita, que mede o ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca.

Alerta: A avaliação da circunferência abdominal tem **relação direta com a quantidade de gordura visceral** e se relaciona ao **maior número de comorbidades metabólicas!**

Pregas cutâneas: as medidas das pregas cutâneas, como a subescapular, a abdominal e a suprailíaca, **avaliam a gordura do tronco.**

- Na grande maioria dos casos de obesidade na infância e adolescência, o quadro se deve a uma associação de fatores ambientais (estilo de vida sedentário e ingesta calórica excessiva). Somente 1% dos pacientes possuem alguma endocrinopatia como pano de fundo para o desenvolvimento da obesidade, sendo as principais etiologias:
 - Hipercortisolismo (Síndrome de Cushing);
 - Hipotireoidismo;
 - Deficiência de hormônio do crescimento;
 - Pseudo-hipoparatiroidismo tipo 1a (osteodistrofia hereditária de Albright).
- Principais **síndromes genéticas** associadas à obesidade: Síndrome de Down; Síndrome de Prader-Willi e Síndrome de Bardet-Biedl.
- Possíveis **manifestações osteoarticulares** da obesidade:
 - Lordose lombar e inclinação anterior da pelve
 - Doença de Blount (tibia vara)
 - Osteocondrite do quadril
 - Epifisiólise da cabeça do fêmur (doença de Legg-Calvé-Perthes)



- Possíveis **manifestações dermatológicas** da obesidade:
 - Estrias, micoses e dermatites com infecções secundárias;
 - Acrodórdons (pequenos papilomas nas faces laterais do pescoço, tronco e pálpebras);
 - **Acantose nigricans:** manchas escuras resultantes de hiperqueratose e hiperpigmentação de aspecto áspero, verrucoso e aveludado. É encontrada na pele de pacientes obesos com hiperinsulinismo.
- **Dica:** A obesidade é considerada uma das principais causas de hipertensão arterial em crianças e adolescentes.
- **Doença gordurosa do fígado não alcoólica (DHGNA):** encontrada em 34% das crianças e adolescentes obesos. É considerada a doença crônica hepática mais comum nessa faixa etária.
- **Atenção:** Crianças e adolescentes obesos podem apresentar **aceleração do crescimento linear e da idade óssea**. Contudo, a estatura final assemelha-se ao perfil genético familiar. Por outro lado, obesidade ocasionada por doenças endocrinológicas, como o hipercortisolismo, apresentam baixa estatura e baixa velocidade de crescimento.
- Alterações encontradas no **perfil lipídico** de crianças com obesidade:
 - Hipertrigliceridemia
 - Redução do HDL-colesterol
 - Composição anormal do LDL-colesterol
- Tratamento de crianças/adolescentes obesos: **(INEP 2015)**
 - **Tratamento dietético;**
 - **Incentivo para atividades físicas;**
 - **Abordagem psicossocial;**
 - **Tratamento medicamentoso.**

Tome Nota: Na maioria das vezes, o tratamento medicamentoso das condições associadas à obesidade em crianças e adolescentes somente é utilizado em caso de risco cardiovascular elevado e/ou de exames laboratoriais muito alterados, ou após falha da abordagem comportamental.

- **Prevenção da obesidade:** deve ter início na atenção básica com avaliação criteriosa e dinâmica dos parâmetros antropométricos, incentivo ao aleitamento materno e introdução adequada de outros alimentos, identificação precoce dos fatores de risco, incentivo à prática de atividades físicas e avaliação cuidadosa da dinâmica familiar.

Hipovitaminoses:

❖ **Hipovitamina A (INEP 2014)**

- Principal causa: desmame precoce!
- Fatores de risco: Prematuridade, retardos de crescimento intrauterino, infecções neonatais.
- Principais funções da vitamina A: Visão; Hematológica; Imunológica; Respiratória e Integridade epitelial;
- Importante ressaltar que a hipovitamina A se relaciona à **desnutrição infantil**, sendo sua principal consequência a cegueira infantil → Nas fases iniciais, o comprometimento da visão é reversível. Contudo, se o tratamento não for instituído a tempo, a cegueira irreversível pode instalar-se!
- Observe abaixo os principais sinais e sintomas da hipovitamina A:



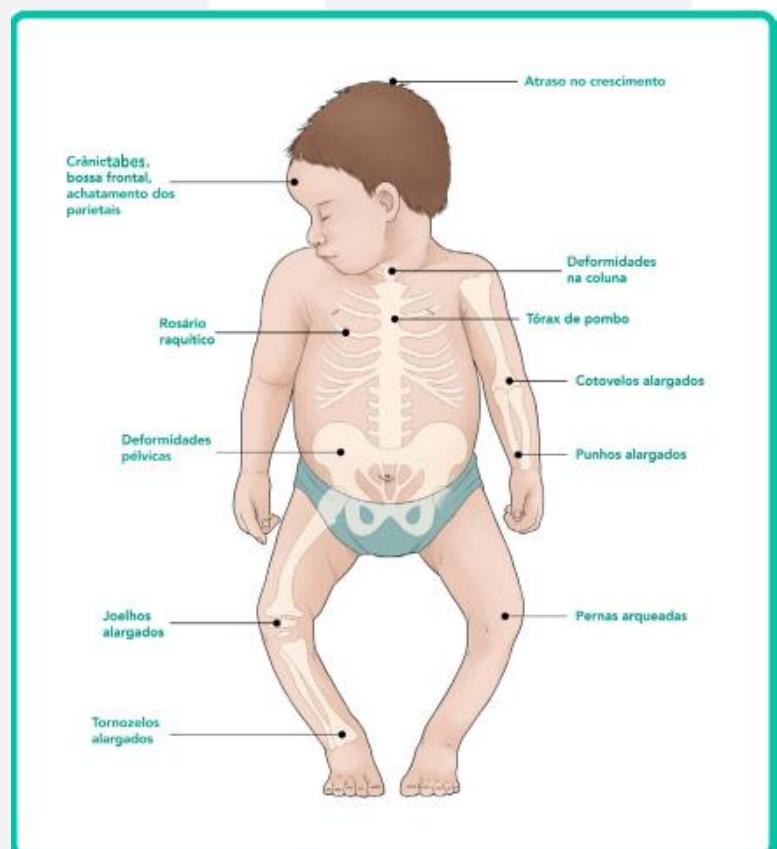
o vôo da coruja



- Diagnóstico: essencialmente clínico, podendo ser confirmado pela dosagem de retinol.
- Tratamento: reposição oral da vitamina, em doses escalonadas, de acordo com a idade e com as manifestações clínicas.

❖ Hipovitaminose D – Raquitismo (INEP 2013)

- Causas: baixa ingestão de vitamina D; síndromes de má absorção intestinal e insuficiente exposição aos raios solares ultravioletas;
- Grupos de risco: Lactentes prematuros; filhos de mães com hipovitaminose D durante a gestação; pessoas de pele escura; dieta vegetariana; alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose; uso de medicamentos como anticonvulsivantes, antirretrovirais e antifúngicos; desnutrição.
- Observe ao lado os principais sinais e sintomas do Raquitismo:





- **Achados radiológicos:** (Questão de prova!)
 - ✓ extremidades ósseas irregulares (em pente);
 - ✓ alargamento das metáfises;
 - ✓ perda dos contornos das metáfises, especialmente em joelhos, punhos e tornozelos;
 - ✓ desmineralização das diáfises;
 - ✓ alargamento das junções costocondrais;
 - ✓ deformidades torácicas;
 - ✓ genuvaro ou genuvalgo.
- Tratamento: não precisa se preocupar com essa parte da aula, geralmente não é cobrada!

Tarefa 1 (Avançada)

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

Link – 27 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d459e610-c6a8-4a9a-82fe-f825fc9bd7ba>

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: Medidas de Saúde Coletiva

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo de Medicina Preventiva, **3ª disciplina mais cobrada na prova do Revalida INEP**, representando aproximadamente **11,16%** das questões de 2011 a 2022. Além disso, esse assunto representa o **nono tema mais importante dentro dessa disciplina**.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de **Medidas de Saúde Coletiva (Medicina Preventiva)**.

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

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

Link – 26 questões:



<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2e05c55c-7af9-4952-a4b5-d6397c2f0042>

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.estategia.com/meus-cursos/medicina-preventiva-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

2.0 Conceitos fundamentais; 3.0 Indicadores de Morbidade; 4.0 Indicadores de mortalidade; 5.0 Indicadores demográficos

Dicas da Tarefa:

❖ **Incidência:** medida de frequência que tem por objetivo contabilizar os casos novos de uma determinada doença, em uma dada localidade, ao longo de um intervalo de tempo. Ela **informa quantos indivíduos mudaram seus status de “saudáveis” para “doentes” ao longo do período de observação.**
(INEP 2016 e 2013)

$$\text{Incidência} = \frac{\text{número de casos novos} \times 10^n}{\text{população em risco na localidade}}$$

- **Coeficiente de incidência ou Incidência Acumulada:** informa o risco médio de adoecimento de uma população estática durante um intervalo de tempo. É utilizado para populações fechadas ou estáticas, em que conseguimos saber o desfecho de todos os participantes.
- **Densidade de incidência ou Taxa de incidência:** informa a velocidade com que a doença avança no grupo de indivíduos acompanhados. É utilizada para populações abertas ou dinâmicas.
- Quando estamos diante de um **surto**, a medida de incidência utilizada é a **taxa de ataque**, também chamada pelas bancas de coeficiente de ataque.

$$\text{Taxa de ataque} = \frac{\text{número de indivíduos sintomáticos} \times 100}{\text{número de indivíduos expostos}}$$

❖ **Proporção de sobrevida:** é definida como a proporção de indivíduos em uma população que não ficou doente no período considerado.

$$\text{Proporção de sobrevida} = \frac{\text{nº de indivíduos que não adoeceram}}{\text{nº de indivíduos em risco de adoecimento}} \times 100$$

Atenção: Incidência e proporção de sobrevida são probabilidades complementares!

❖ **Prevalência:** número total de casos existentes de uma doença ou agravos em uma localidade, considerando um determinado momento de uma linha do tempo.



- **Fatores fundamentais que influenciam na prevalência de uma doença:** incidência da doença; imigração de doentes; número de indivíduos curados; número de óbitos e emigração de doentes.
 - ➔ Prevalência = (incidência + imigração) - (curas + óbitos + emigrações)
 - ➔ Incidência e imigração de doentes: diretamente proporcionais à prevalência.
 - ➔ Número de indivíduos curados; número de óbitos e emigração de doentes: inversamente proporcionais à prevalência.
- Doenças crônicas: a introdução de tratamentos que aumentem a sobrevida da doença, mas sem promover sua cura, **aumentam a prevalência da doença na população**. Isso ocorre porque a letalidade diminui e o tempo de duração da doença aumenta. Por outro lado, a **incidência permanece inalterada**, já que o aparecimento de casos novos não é influenciado pelo tratamento.
- Outros fatores que também podem influenciar na prevalência de uma doença: fluxo migratório de indivíduos saudáveis, tempo de duração da doença e medidas de prevenção primária e secundária.
- Fluxo migratório de indivíduos saudáveis:
 - ➔ A **emigração** de saudáveis “concentra” os indivíduos doentes na população, o que **aumenta a prevalência**;
 - ➔ A **imigração** de saudáveis “dilui” os indivíduos doentes na população, o que tende a **diminuir a prevalência**.
- Prevalência (P) = Incidência (I) x Tempo de duração da doença (D).

❖ **Coeficiente geral de mortalidade (CGM)** = $\frac{\text{Número total de óbitos da localidade} \times 1.000}{\text{População residente da localidade}}$

- Esse coeficiente mensura o risco geral de morte que o indivíduo tem só por viver naquela região.
 - A principal limitação do CGM é o fato de ter seus **valores influenciados pela estrutura etária da população**, de forma que populações com muitos idosos naturalmente irão apresentar mortalidade maior quando comparadas à populações com indivíduos mais jovens. Assim, **não podemos comparar o nível socioeconômico ou de saúde das populações apenas com esse coeficiente!**
 - O CGM pode ser influenciado por eventos inesperados, como tragédias naturais e epidemias de grandes proporções, que causam o seu aumento.
 - **Mortalidade específica:** indicador que calcula o risco de morte em indivíduos que apresentam uma determinada característica, seja uma idade, gênero, profissão, hábito e assim por diante.
- ➔ **Coeficiente de mortalidade específica** = Número de óbitos com uma determinada característica $\times 100.000 / \text{População que apresenta aquela característica}$

Exemplo: $\frac{\text{Número de óbitos de indivíduos com 35 anos} \times 100.000}{\text{População de indivíduos com 35 anos}}$



- ❖ **Mortalidade específica por causa:** afere o risco de morte na população saudável, mas que corre o risco de adoecer por aquela condição (**INEP 2017**)

Exemplo: Coeficiente de mortalidade específica por COVID-19 = Número de óbitos por COVID-19 x 100.000/População em risco de adoecimento

- ❖ **Mortalidade proporcional** = $\frac{\text{Número de óbitos com uma determinada característica} \times 100}{\text{Óbitos totais}}$ (**INEP 2022**)

➤ Exemplo: (óbitos femininos/ óbitos totais da localidade) x 100

➤ **Atenção:** os coeficientes de mortalidade específica e mortalidade proporcional diferenciam-se pelo denominador. Enquanto a mortalidade específica utiliza a população que apresenta especificamente a característica de interesse, a mortalidade proporcional utiliza os óbitos totais, seja em determinada localidade ou em um grupo. Além disso, A mortalidade específica afere o risco de morte, enquanto a mortalidade proporcional informa a contribuição daquela característica na totalidade dos óbitos.

- ❖ **Letalidade – (INEP 2013 e 2011)**

➤ **Coeficiente de letalidade (ou fatalidade)** = $\frac{\text{Número de óbitos causados pela doença} \times 100}{\text{Número total de casos confirmados da doença}}$

➤ **Atenção:** não confundir letalidade com a mortalidade específica pela doença!

- Letalidade informa o risco de óbito na população que já está doente
- Mortalidade específica pela doença informa o risco de morte pela doença na população que ainda está saudável.

➤ Conceito importante: **Quanto maior a gravidade da doença, maior a letalidade.** Dentre as medidas clássicas de saúde coletiva (incidência, prevalência e mortalidade específica da doença), a letalidade é a única que pode refletir a gravidade da doença!

➤ Letalidade de uma doença = $\frac{\text{Mortalidade específica pela doença}}{\text{Incidência da doença}}$ OU $L = M/I$

- ❖ **Morte Materna (MM):** óbito de uma mulher durante a gestação ou até **42 dias** após o término da gestação, causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. **Atenção:** Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (**INEP 2022 e 2013**)

Razão de Mortalidade Materna (RMM) = $\frac{\text{Número de óbitos maternos} \times 100.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$

- É um dos principais indicadores em saúde coletiva! Se uma população apresenta valores elevados para esse indicador, então essa localidade tem baixa qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.
- Causas obstétricas: todas as causas de óbitos relacionadas **direta ou indiretamente** ao ciclo gravídico-puerperal.



- Razão de mortalidade materna tardia (RMMt): é a estratégia utilizada justamente para contabilizarmos as mortes decorrentes do ciclo gravídico-puerperal que ocorrem entre 43º e 365º dia após o fim da gestação. Nesse caso, tais mortes são chamadas de óbitos por causas maternas.

Razão de Mortalidade Materna Tardia = $\frac{\text{Nº de óbitos por causas maternas} \times 100.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$

- As informações necessárias para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM), são provenientes de dois sistemas de informações:
- **SINASC** (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos)
 - **SIM** (Sistema de Informações de Mortalidade)

❖ **Óbito Infantil:** é aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 dias. (**INEP 2015**)

Óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer ≥ 500 gramas ou ≥ 22 semanas de gestação ou ≥ 25 cm de estatura.

Coeficiente de mortalidade infantil (CMI) = $\frac{\text{Nº de óbitos em } < 1 \text{ ano de idade} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$

- Quanto maior for o coeficiente de mortalidade infantil, maior o risco de morte nos primeiros 365 dias de vida e piores são as condições de vida da população residente da localidade.



Coeficiente de mortalidade neonatal (CMN): $\frac{\text{Nº de óbitos entre 0 e 27 dias de vida} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$

- O CMN pode ser **desmembrado em dois outros**, que são o **Coeficiente de mortalidade neonatal precoce (CMNp)** e o **Coeficiente de mortalidade neonatal tardia (CMNt)**

CMNp = $\frac{\text{Nº de óbitos infantis entre 0 e 6 dias de vida (ou } < 7 \text{ dias)} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$

CMNt = $\frac{\text{Nº de óbitos infantis entre 7 e 27 dias de vida} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$

- Assim, temos que: **Período neonatal = Período neonatal precoce + Período neonatal tardio.**
- A mortalidade neonatal ocorre basicamente devido a fatores biológicos e assistenciais. São fatores assistenciais: Pré-natal, Parto e Puerpério (3 "P's). Assim, podemos dizer que a **mortalidade neonatal reflete as causas endógenas** (vida intrauterina).
- É o componente predominante em regiões desenvolvidas porque as causas de óbito prevalentes são as anomalias genéticas e condições com menor evitabilidade.

Coeficiente de mortalidade pós-neonatal (CMPN) = $\frac{\text{Nº óbitos infantis 28 - 364 dias de vida} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$



- Assim, temos que: **Mortalidade infantil = Período neonatal + Período pós-neonatal**
- A **mortalidade pós-neonatal** reflete as **causas exógenas** (vida extrauterina = ambiente em que a criança vive). Essa infraestrutura é formada justamente pelos determinantes sociais de saúde, como o acesso às condições básicas de vida.
- É o componente **predominante em regiões pouco desenvolvidas**, refletindo causas de óbito que são evitáveis.
- **Alerta:** devemos ter cautela ao compararmos as mortalidades infantis de serviços que atendem populações com graus diferentes de morbidade. Para comparar essas unidades, é preciso **padronizar os coeficientes segundo o grau de complexidade do atendimento**.

$$\text{Coeficiente de mortalidade fetal} = \frac{\text{Número de óbitos fetais} \geq 22^{\text{a}} \text{ semana} \times 1.000}{\text{Número total de nascimentos}}$$

- Esse indicador também inclui todos os óbitos fetais com idade gestacional ignorada, mas com peso corporal ≥ 500 gramas. Ele mensura a probabilidade ou o risco geral de um óbito fetal na localidade.

$$\text{Coeficiente de Natimortalidade} = \frac{\text{Número de óbitos fetais} \geq 28^{\text{a}} \text{ semana} \times 1.000}{\text{Número total de nascimentos}}$$

- Esse indicador contabiliza apenas os óbitos fetais tardios, que são aqueles que ocorrem a partir da 28^{a} semana.
- Valores elevados para os coeficientes de mortalidade fetal e de natimortalidade são capazes de informar sobre a qualidade da assistência prestada à gestante e à parturiente.

$$\text{Coeficiente de mortalidade perinatal} = (\text{Óbitos fetais a partir da } 22^{\text{a}} \text{ semana} + \text{Óbitos infantis até } 7 \text{ dias}) \times 1.000 / \text{Número total de nascimentos}$$

- Resumo: Coeficiente de mortalidade perinatal = mortalidade fetal + mortalidade neonatal precoce
- Esse indicador não é influenciado por erros na caracterização de natimortos e nascidos vivos.
- Reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, mostrando como era a vida intrauterina propriamente dita (meio endógeno)

❖ **Crescimento populacional** = $(\text{Nº de nascimentos} + \text{imigrações}) - (\text{Nº de óbitos} + \text{emigrações})$.

❖ **Pirâmides Etárias:**

- Populações com grande número de indivíduos jovens (principalmente crianças e adolescentes): base larga e ápice estreito.
- Populações com grande número de idosos: base estreita e ápice alargado.



❖ **Expectativa ou esperança de vida ao nascer:** número esperado de anos a serem vividos, em média, pelos indivíduos integrantes de uma coorte.

- É um dos principais indicadores utilizados para avaliar as condições socioeconômicas e a qualidade de vida da população estudada. Assim, regiões com melhores condições socioeconômicas e de saúde apresentarão maior expectativa de vida ao nascer.
- Atente: quanto maior for a taxa de crescimento populacional, menor será a expectativa de vida.
- Expectativa de vida atual no Brasil: 76,6 anos
- Fatores que podem diminuir a expectativa de vida ao nascer de uma localidade: tragédias naturais (ex: tsunamis e furacões) e grandes epidemias.

❖ **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH):** medida que tem por objetivo mensurar o grau de desenvolvimento dos indivíduos que pertencem a uma determinada nação.

- As provas cobram os componentes do IDH:
 - Expectativa de vida (ou longevidade)
 - Escolaridade (ou anos de escola)
 - Renda per capita (ou PIB per capita ou individual)

❖ **Índice de Vulnerabilidade Social (IVS):** mede indiretamente o quanto o Estado está falhando naquela região em fornecer as condições básicas de vida, deixando sua população em risco.

- Leva em consideração 16 indicadores que refletem a pobreza e a exclusão social da localidade, os quais são agrupados em 3 grandes conjuntos de “ativos”:
 - Infraestrutura urbana;
 - Capital humano;
 - Renda e trabalho.
- ➔ Quanto maior o IVS, maior é a vulnerabilidade social da região estudada.

❖ **Trânsição demográfica:** passagem de um contexto populacional, onde prevalecem altos coeficientes de mortalidade e natalidade, para outro, onde esses coeficientes alcançam valores muito reduzidos. Cabe dizer que, em todo processo de transição, **prevalece primeiro a queda da mortalidade geral**.

- As quedas da fecundidade e da natalidade são as grandes responsáveis pelo aumento substancial da expectativa de vida! O efeito mais importante é o **envelhecimento populacional**.
- Observe: as mudanças nos indicadores de morbidade (como coeficientes de incidência ou prevalência), bem como as mudanças nas mortalidades específica e proporcional, na letalidade e na razão de mortalidade materna, NÃO são a transição demográfica, mas sim a transição epidemiológica.
- **Brasil:** vive uma **transição demográfica acelerada**, que vem aumentando de forma considerável a proporção de idosos no país, com previsão de sobrecarga dos sistemas de saúde e previdenciário.
 - ➔ A transição demográfica não vem ocorrendo de forma igual entre as diversas regiões brasileiras. A análise das pirâmides demográficas indica que a região Sul foi uma das primeiras a iniciar o processo, enquanto as regiões Norte e Nordeste foram as últimas a iniciá-lo.
 - ➔ **Importante** saber os fatores relacionados à transição demográfica brasileira:
 - **Redução no coeficiente geral de mortalidade;**
 - **Redução no coeficiente geral de natalidade;**
 - **Redução da fecundidade;**



- **Envelhecimento populacional;**
- **Aumento de expectativa de vida.**

→ O que podemos esperar da pirâmide populacional brasileira? **Estreitamento da base e ampliação (ou alargamento) do ápice.**

❖ **Transição Epidemiológica:** processo de **mudança no padrão de morbimortalidade** de uma população, de forma que a elevada carga de doenças infectoparasitárias, carenciais e perinatais é substituída gradativamente pela carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas.

- Representa uma **mudança nos indicadores de morbidade (prevalência e incidência) e de mortalidades específica e proporcional.**
- A união das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com as causas externas forma o conjunto conhecido como DANT: doenças e agravos não transmissíveis. Durante a transição epidemiológica, há o aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade proporcional pelas DANT.

❖ **Transição epidemiológica no Brasil: (Atenção aqui, Revalidando!)**

- A trípla carga de doenças no Brasil é caracterizada por:
 1. **Presença das doenças infecciosas e parasitárias:** dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose;
 2. **Aumento das doenças crônicas** pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco (fumo, sedentarismo, inatividade física, sobrepeso e má alimentação);
 3. **Aumento da violência e morbimortalidade por causas externas.**
- **Principais grupos de mortalidade proporcional e específica no Brasil:**
 - Doenças do aparelho circulatório (1º lugar: IAM; 2º lugar: AVE)
 - Neoplasias (1º lugar: câncer de pele não melanoma)
 - Doenças do aparelho respiratório
- Em se tratando de óbitos por **doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**, temos que: (**INEP 2021**)
 - Homens: morrem principalmente de doenças cardiovasculares
 - Mulheres: morrem principalmente por neoplasias
- **Mortalidade por causas externas:**
 - Ocupam o **4º lugar no ranking** de mortalidade proporcional no Brasil
 - Homens jovens e adultos (15 a 39 anos): principal grupo afetado pela mortalidade por causas externas
 - Adolescentes: grupo cuja principal causa de morte é a violência
 - **Acidentes** (acidentes de transporte + outras causas de traumatismos acidentes): são o principal subgrupo responsável pela mortalidade por causas externas no Brasil
- **Mortalidade Materna:**
 - Ainda é bem elevada no Brasil. E por que falhamos na redução desse indicador?
 - Fatores ligados à qualidade do pré-natal e assistência ao parto: a má qualidade do atendimento inclui pré-natal insuficiente, equipes sem treinamento adequado e realização de intervenções desnecessárias;
 - Illegalidade do aborto: Essa proibição impede, de certa forma, que seja elaborada uma política pública de saúde que contribua com a diminuição da mortalidade materna por essa causa;
 - Excesso de cesarianas;

ACORDE!





- **Principais causas de morte materna:** hipertensão, seguida de hemorragias, infecção puerperal, aborto e doenças cardiovasculares que complicam na gestação, parto e puerpério

Tarefa 2 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2e05c55c-7af9-4952-a4b5-d6397c2f0042>

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: Hérnias da Parede Abdominal

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia**. Lembrando que ela é a **2ª disciplina mais cobrada pelo INEP na prova do Revalida!** Vamos estudar agora o assunto Hérnias da Parede Abdominal, o décimo terceiro em ordem de importância dentro dessa disciplina.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Hérnias da Parede Abdominal (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.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/f6f14d01-54ff-4952-a29e-0041557c576f>

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.estategia.com/meus-cursos/cirurgia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 O que é uma Hérnia?; 2.0 Hérnias da Região Inguinal; 3.0 Hérnias Ventrais; 4.0 Hérnias Incomuns

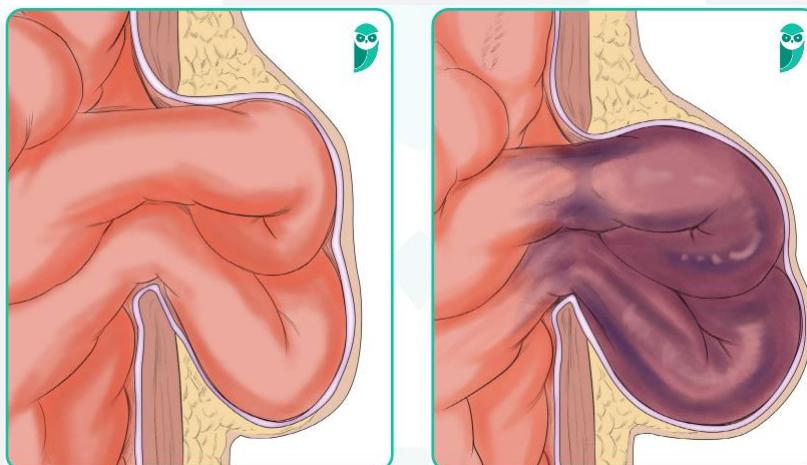
Dicas da Tarefa:

Revalidando, as questões sobre hérnias da parede abdominal na prova do Revalida não costumam ser difíceis, apresentando nível de complexidade baixo. O mais importante é você saber diagnosticar um quadro de hérnia, suas complicações e saber traçar a conduta! Os tipos de cirurgia e a famosa classificação de Nyhus nunca foram cobrados pela banca do Inep.

Hérnias Inguinais

❖ Apresentação clínica das hérnias inguinais:

- **Abaulamento na região da virilha, que piora com o esforço físico.**
- **Atenção:** as hérnias podem ser reduzíveis, quando seu conteúdo retorna para a cavidade abdominal, ou irredutíveis, quando esse retorno não ocorre. Nesse caso, ela pode ser: **(INEP 2022)**
 - **Encarcerada:** irredutível, porém sem sofrimento vascular;
 - **Estrangulada:** irredutível, com sofrimento do conteúdo herniado.



À direita, hérnia irredutível encarcerada; à esquerda, hérnia irredutível estrangulada.

❖ Conceitos importantes:

- Encarceramento e estrangulamento são complicações raras nas hérnias inguinais! Porém, quando presentes, são mais comuns nas hérnias inguinais indiretas.

❖ Exame físico:

- O paciente deve ser examinado tanto em posição supina (deitado) quanto em posição ortostática (em pé), sendo a última preferida. Com o dedo indicador fechando o anel inguinal externo, nós pedimos para o paciente fazer esforço:
 - Se o abaulamento é sentido na PONTA digital, estamos diante de uma hérnia inguinal **INDIRETA**.
 - Se o abaulamento é sentido na POLPA digital, estamos diante de uma hérnia inguinal **DIRETA**.
- Observação:



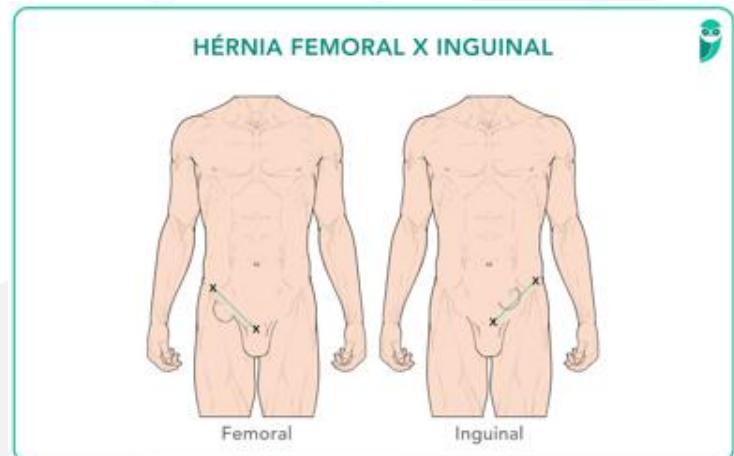
- A **hérnia inguinal direta** é medial aos vasos epigástricos inferiores;
- A **hérnia inguinal indireta** é lateral aos vasos epigástricos inferiores.

➤ **Conceitos:**

- A hérnia direta é mais comum no paciente adulto, enquanto na criança e adolescente, a hérnia indireta (congênita), por persistência do conduto peritonio-vaginal, é a mais comum;
- A principal hérnia inguinal do sexo feminino é a hérnia inguinal INDIRETA!
- A hérnia femoral é mais comum no sexo feminino que no sexo masculino.

➤ **Atente:** como saber se uma hérnia de região inguinal é uma hérnia inguinal ou uma hérnia femoral?

- Hérnia **INGUINAL**: localiza-se **acima do ligamento inguinal**;
- Hérnia **FEMORAL**: localiza-se **abaixo do ligamento inguinal**.



❖ **Diagnóstico:**

- O **diagnóstico da hérnia inguinal é clínico!** Exames de imagem devem ser solicitados somente quando há dúvida diagnóstica, sendo o exame de escolha a ultrassonografia da parede abdominal.

❖ **Conduta – Importante!**

- O tratamento das hérnias da região inguinal pode ser dividido em três tipos:
 - Tratamento conservador, também conhecido como espera vigilante (watchful waiting);
 - Tratamento cirúrgico aberto, com ou sem tela;
 - Tratamento cirúrgico laparoscópico.
- Qual paciente é candidato ao tratamento conservador?
 - Pacientes **assintomáticos**, **oligossintomáticos** ou com **risco cirúrgico elevado** → considerar espera vigilante (watchful waiting).
- Quanto ao tratamento cirúrgico, o que você precisa saber para a prova?
 - O tratamento das hérnias inguinais é **cirúrgico eletivo**, devendo o paciente ser **encaminhado ambulatorialmente ao cirurgião!** (**INEP 2020, 2015 e 2011**)
 - Atenção: O **encaminhamento de urgência** para serviço de cirurgia está indicado somente quando estamos diante de uma **hérnia encarcerada**, em que o conteúdo da hérnia se torna irredutível, ou **estrangulada**, quando o suprimento sanguíneo para o conteúdo herniado está comprometido. (**INEP 2014, 2013 e 2012**)



Estrategista, as técnicas cirúrgicas e suas principais características nucna foram cobradas pela banca do INEP. Se quiser, “passe o olho” nos tópicos abaixo, porém sem perder muito tempo!

Tratamento cirúrgico com tela, sem tensão:

- a) **Técnica de Lichtenstein:** técnica padrão-ouro. Fixação da tela ao tubérculo púbico e ao tendão conjuntivo.
- b) **Técnica de Stoppa:** fixação da tela pré-peritoneal. Mais indicada em hérnias inguinais bilaterais.



- c) **TAAP:** Técnica laparoscópica transabdominal. Menos dor pós-operatória, recuperação mais rápida.
- d) **TEP:** Técnica laparoscópica extraperitoneal. A tela não necessita de fixação com grampos. Necessita de instrumental apropriado, o que aumenta seu custo.
- e) **Mesh-plug:** indicada em hérnia femoral não complicada.

Tratamento cirúrgico sem tela, com tensão:

- f) **Shouldice:** Imbricamento de múltiplas camadas musculares. Baixas taxas de recidiva.
- g) **Bassini:** Sutura do tendão conjunto ao ligamento inguinal. Altas taxas de recidiva hernária.
- h) **McVay:** Sutura do tendão conjunto ao ligamento de Cooper. Única técnica aberta sem tela que corrige as hérnias femorais.

❖ Complicações cirúrgicas:

- a) **Recidiva hernária:** técnicas laparoscópicas apresentam taxas de recidiva hernária MAIORES do que a técnica de Lichtenstein. Isso se deve à curva mais longa de aprendizado.
- b) **Dor crônica pós operatória:** tratamento dependerá dos sintomas e do grau das queixas, indo desde o bloqueio anestésico até a reoperação para retirada da tela.
- c) **Lesão testicular:** principais complicações que afetam os testículos são o hematoma de bolsa escrotal e a orquite isquêmica.

Atenção:

- Nervos mais comumente afetados durante a correção de hérnia aberta: nervos ilioinguinal, ramo genital do genitofemoral e ílio-hipogástrico.
- Nervos mais comumente afetados durante reparo laparoscópico: nervos cutâneo lateral femoral e genitofemoral.

Hérnia Umbilical (Nunca caiu o INEP)

- Geralmente adquirida, ocasionada por aumento da pressão intra-abdominal;
- Mais comum no sexo masculino;
- Encarceramento da gordura abdominal pode levar à dor;
- Conduta: Sintomático → tratamento cirúrgico. Defeitos maiores que 3 cm (> 3 cm) devem utilizar tela protética em seu reparo.

Tarefa 3 (Avançada)

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

Link – 25 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/f6f14d01-54ff-4952-a29e-0041557c576f>

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: Sangramento Uterino Anormal

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Ginecologia**, representando o **nono assunto mais cobrado dentro dessa disciplina**.

➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação** ou conforme



seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia.**

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Sangramento Uterino Anormal (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 – 24 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/f7224cb1-22b2-4f03-9eab-8f1cf712ac4d>

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.estategia.com/meus-cursos/ginecologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Definição; 2.0 Classificação; 3.0 Etiologia; 4.0 Diagnóstico; 5.0 Tratamento; 6.0 Resumo

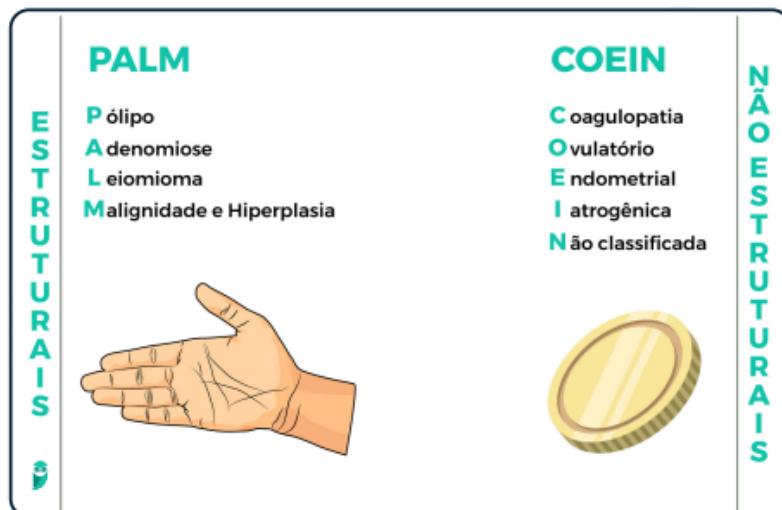
Dicas da Tarefa:

Revalidando, em praticamente todas as edições da prova caiu uma questão sobre esse tema. Fique atento(a) ao BIZU abaixo, que traz um resumo dos tópicos mais importantes, bem como os pontos que já foram abordados.

❖ Etiologias do sangramento uterino anormal (SUA): mnemônico PALM-COEIN

PALM: representa as patologias estruturais

COEIN: representa as patologias não estruturais



- **Causas estruturais:**

- 1) **Pólipos:** representam 20-30% dos casos de SUA, sendo mais comuns perto da menopausa. Principais manifestações clínicas: **menorrágia** (menstruação excessiva, com fluxo aumentado) ou **metrorragia** (sangramento contínuo, não relacionado ao ciclo menstrual). Aparecem ao ultrassom como nódulos com contornos hiperecogênicos e vascularização central ao Doppler.
- 2) **Adenomiose:** acomete principalmente mulheres perto da menopausa. Os principais sintomas são a dismenorreia e a menorrágia.
- 3) **Leiomioma:** neoplasias benignas do músculo liso do útero (miométrio). Leiomiomas submucosos e intramurais podem causar o sangramento uterino anormal. No ultrassom os leiomiomas costumam aparecer como nódulos hipoecogênicos.
- 4) **Malignidade e hiperplasia:** malignidade é mais comum em mulheres perto da menopausa e após a menopausa. **Atenção:** presença na USG de **espessamento endometrial maior que 4-5 mm nas mulheres pós-menopausa sem uso de TH e maior que 8 mm nas mulheres pós-menopausa em uso de TH** sugere o diagnóstico de hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio. Nesses casos, está indicada a biópsia de endométrio (de preferência por meio da histeroscopia).

- **Causas não estruturais:**

- 1) **Coagulopatia:** suspeitar de coagulopatia quando a paciente refere sangramento aumentado desde o início da menarca, outros episódios de hemorragia (em cirurgias, parto ou tratamento dentário), hematomas frequentes de causa desconhecida, episódios de epistaxe ou sangramento gengival frequentes e antecedente familiar de coagulopatias.
Dica importante: as principais causas de SUA na adolescência são a anovulação e as coagulopatias, em especial a doença de von Willebrand. Pacientes com von Willebrand (coagulopatia) apresentam sangramento menstrual intenso desde a menarca e costumam ter ciclos regulares, enquanto no SUA por anovulação as pacientes têm ciclos irregulares.
- 2) **Distúrbio anovulatório:** **mais comum nos extremos da vida reprodutiva, logo após a menarca e pouco antes da menopausa.** Durante o menacme, a causa mais frequente de anovulação crônica é a síndrome dos ovários policísticos. O sintoma mais frequente da anovulação crônica é a **irregularidade menstrual**.
- 3) **Causas endometriais:** é um diagnóstico de exclusão, feito após afastarmos as causas estruturais, a anovulação e as coagulopatias.
- 4) **Causas iatrogênicas:** anticoncepcionais; análogos do GnRH; anticoagulantes; agonistas e antagonistas dopamínérgicos; uso de DIU de cobre ou SIU de levonorgestrel.
- 5) **Causas não classificadas:** tudo o que não se encaixa nas outras categorias. Inclui a malformação arteriovenosa uterina, a hipertrofia miometrial, as malformações müllerianas e a istmocele secundária a uma cesárea.



❖ **Diagnóstico:**

3 perguntas iniciais devem ser realizadas:

- 1) **Esse sangramento vem do útero mesmo?** Os locais que podem ser confundidos com sangramento uterino são o trato genital inferior (vulva, vagina ou colo do útero), trato urinário e trato gastrointestinal. É sempre importante examinar a uretra e a região anorretal!
- 2) **A paciente está grávida?** Toda mulher com sangramento genital (no menacme) deve fazer o teste de gravidez, mesmo que não haja suspeita de gravidez!
- 3) **Qual a idade da paciente?** (INEP 2022, 2014 e 2013)

Veja abaixo as principais causas dentro de cada faixa etária!

- Antes da menarca: distúrbios hormonais, presença de corpo estranho, infecção, trauma ou câncer.
- Menacme: **ciclos anovulatórios e coagulopatias** são as principais causas nos primeiros anos após a menarca. Em mujeres entre 20-40 anos as **causas estruturais** são as mais comuns: miomatose uterina, pólipos, adenomiose...Próximo à menopausa, a principal causa são os **ciclos anovulatórios**, pela proximidade do esgotamento folicular dos ovários (**questão de prova!**)
- Após a menopausa: **atrofia endometrial**, os pólipos endometriais, a hiperplasia/câncer de endométrio e o uso de terapia hormonal.



A investigação diagnóstica deve seguir os seguintes passos: (INEP 2020 e 2011)

- 1) Anamnese e exame físico.
- 2) Solicitação do teste de gravidez (**beta HCG**) – Atenção: **primeiro exame a ser solicitado!!!**
- 3) Solicitação de hemograma completo e coagulograma.
- 4) Solicitação de **ultrassonografia** (avaliar causas estruturais) – **Primeiro exame de imagem!!!**
- 5) Solicitar dosagens hormonais se quadro clínico sugere endocrinopatia (anovulação ou hiperandrogenismo).
- 6) Se necessário, avaliação secundária com histeroscopia e biópsia do endométrio.

❖ **Tratamento:** (INEP 2022 e 2020)

O que devemos levar em consideração para decidir o tratamento do sangramento uterino anormal:

- Causa do SUA.
- Intensidade do sangramento (estabilidade hemodinâmica).
- Desejo de gravidez/prole constituída.
- Risco de tromboembolismo.

Memorize o quadro abaixo:

Tratamento do SUA de acordo com a etiologia	
Pólipo	Ressecção cirúrgica
Adenomiose	Histerectomia ou adenomiectomia/tratamento clínico
Leiomioma	Miomectomia ou histerectomia/tratamento clínico
Malignidade	Cirurgia – Tratamento adjuvante/altas doses de progestágenos/paliativo
Coagulopatia	Ácido tranexâmico
Ovulatório	Modificação do estilo de vida/cabergolina (hiperprolactinemia)/levotiroxina (hipotireoidismo)
Endometrial	Terapia específica/antibioticoterapia
Iatrogênico	Suspender o fator causal
Não classificado	Embolização para malformação arteriovenosa

Dica: As patologias estruturais, em geral, são tratadas com a exérese da lesão (polipectomia, miomectomia). As patologias não estruturais, em geral, são tratadas clinicamente!



- Antes do tratamento definitivo, indicado no quadro acima, a paciente pode ser tratada de forma **medicamentosa**, com o **objetivo o de parar o sangramento** ou pelo menos diminuir sua intensidade.

Opções de tratamento clínico no SUA:

- **Anticoncepcional combinado;**
- **SIU levonorgestrel;**
- **Progestágenos (altas doses);**
- **Anti-inflamatórios;**
- **Antifibrinolíticos.**

Atente: em geral, a primeira escolha para o tratamento inicial do SUA é a pílula combinada!

Tarefa 4 (Avançada)

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

Link – 24 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/f7224cb1-22b2-4f03-9eab-8f1cf712ac4d>

- 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: Avaliação da Vitalidade Fetal

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Obstetrícia com o assunto Avaliação da Vitalidade Fetal.

- ➔ **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 Avaliação da Vitalidade Fetal (Obstetrícia).**

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

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

Link – 25 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/9ab6ffab-9996-4cdd-a454-8170bea3b42e>



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.estategia.com/meus-cursos/obstetricia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Métodos de Avaliação da Vitalidade Fetal; 2.0 Cardiotocografia; 3.0 Dopplervelocimetria Fetal; 4.0 Perfil Biofísico Fetal; 5.0 Avaliação do Volume de Líquido Amniótico

Dicas da Tarefa:

Atenção: Revalidando, quase todas as vezes que esse assunto foi cobrado pela banca, a abordagem das questões foi feita em cima da interpretação de uma Cardiotocografia e sua conduta diante dos achados do exame, inclusive em questões discursivas. Por esse motivo, dê atenção especial a esse tópico!

Avaliação da Vitalidade Fetal

❖ **Sofrimento fetal agudo = hipóxia súbita e intensa**

- Principais causas: descolamento prematuro de placenta; rotura uterina; prolapso de cordão; insuficiência placentária; hipovolemia, hipotensão materna e taquissistolia
- Principal sinal: **alteração da frequência cardíaca fetal**, observada na **cardiotocografia**.
- Alterações encontradas na cardiotografia: **diminuição da variabilidade da FCF, taquicardia fetal, desacelerações da FCF, bradicardia**.

❖ **Sofrimento fetal crônico:**

- Origina-se da deficiência crônica de nutrientes e oxigênio materno fornecidos pela placenta.
- Primeira resposta adaptativa: diminuição da taxa de crescimento fetal
- Melhor exame para identificar hipóxia crônica: **dopplervelocimetria obstétrica**
- Alterações encontradas na dopplervelocimetria: **aumento da resistência da artéria umbilical, diminuição da resistência da artéria cerebral média**, aumento da resistência do ducto venoso, diminuição do líquido amniótico.

❖ Exames utilizados para avaliação da vitalidade fetal:

- ✓ **Cardiotocografia:** método mais utilizado para avaliar a vitalidade fetal intraparto!
- ✓ **Medição do pH e do lactato em amostra de sangue fetal:** exame padrão-ouro para a avaliação direta de hipóxia fetal. Por tratar-se de um exame invasivo, esse método é pouco utilizado na prática clínica.
- ✓ **Amnioscopia:** exame que avalia as características do líquido amniótico. Não é um exame que avalia a vitalidade fetal por si só.



❖ Cardiotocografia – IMPORTANTE (INEP 2014, 2012 e 2011)

Revalidando, é fundamental saber interpretar esse exame!

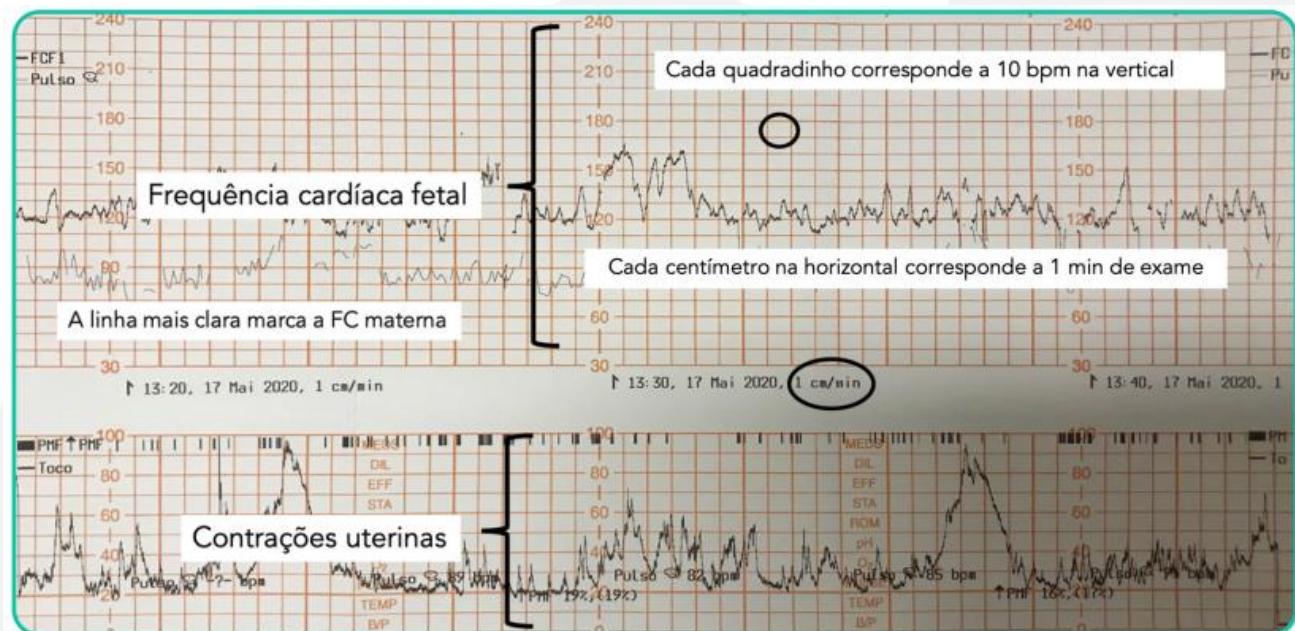
- Avalia a frequência cardíaca fetal, contrações uterinas e os movimentos fetais.
- Parâmetros avaliados pela cardiotocografia: Linha de base da FCF; variabilidade da linha de base; acelerações transitórias; desacelerações; contrações uterinas.



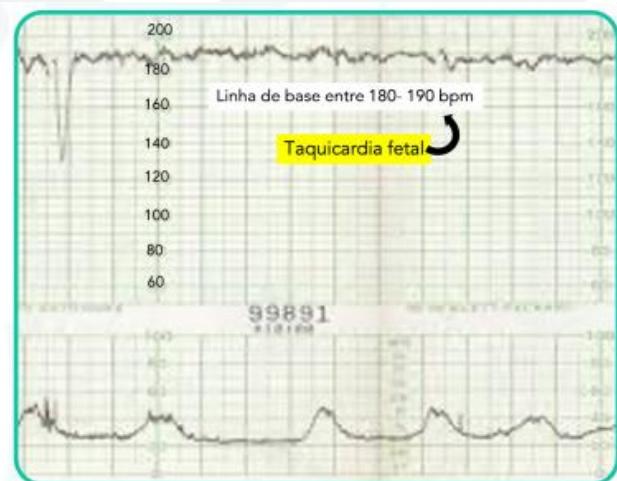
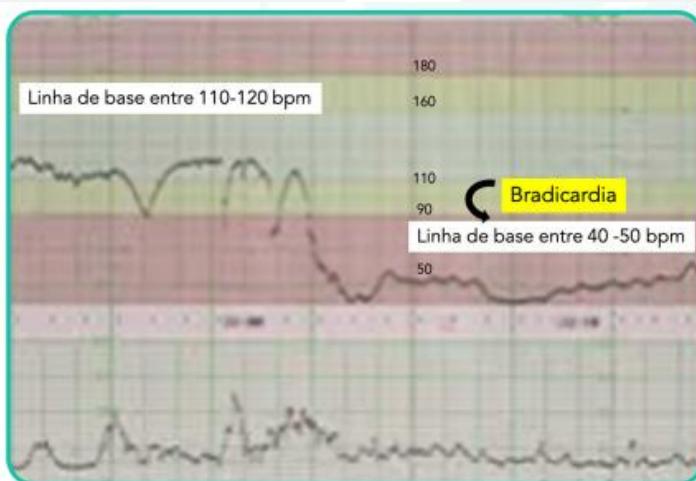
1. Linha de base:

- Média aproximada da FCF, avaliada em um intervalo de 10 minutos
- Normal: **110-160 bpm**
- Bradicardia: < 110 bpm
- Taquicardia: > 160 bpm

Observe a seguir um modelo de cardiotocografia. A parte superior do registro corresponde à frequência cardíaca fetal, e a parte inferior, à marcação das contrações uterinas. Entre os dois registros aparecem as marcações de movimentação fetal, registrada pela própria mãe



As imagens abaixo mostram linhas de base alteradas:

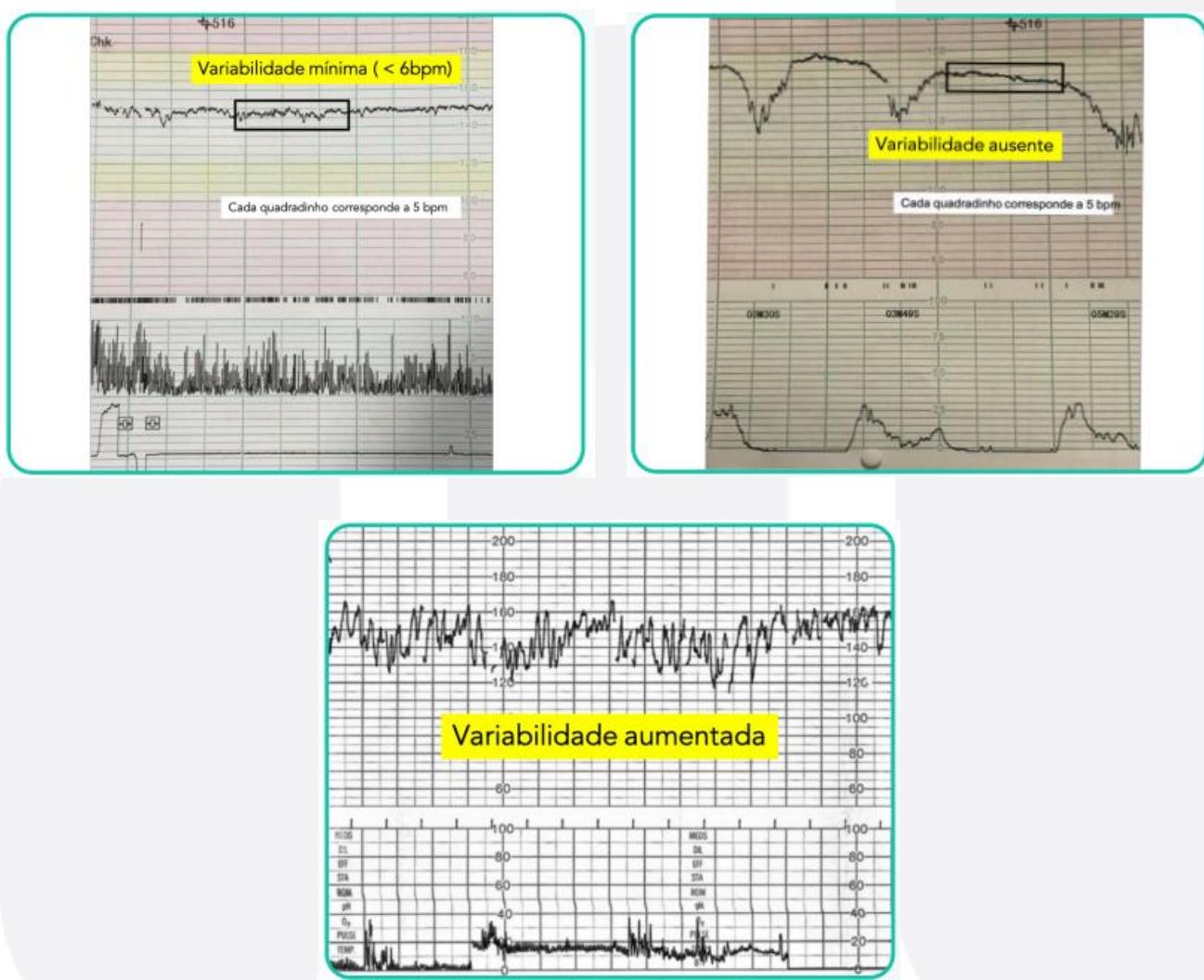




2. Variabilidade da linha de base:

- Flutuação da FCF na linha de base, quantificada pela amplitude entre o pico máximo e o mínimo da FCF;
- Normal: variabilidade entre **6-25bpm**
- Variabilidade mínima (**<6bpm**) ou ausente: deve-se **suspeitar de hipóxia fetal**.
- Variabilidade aumentada (**>25bpm**): **movimentação fetal excessiva ou sistema autonômico fetal hiper-reactivo**.
- Padrão sinusoidal: caracterizado por ondas fixas e regulares em forma de sino. Indica o padrão terminal de um feto gravemente comprometido. Ocorre em associação com anemia fetal grave, presente na doença hemolítica perinatal, na hemorragia fetal-materna, na síndrome da transfusão feto-fetal e na ruptura de vasa prévia.

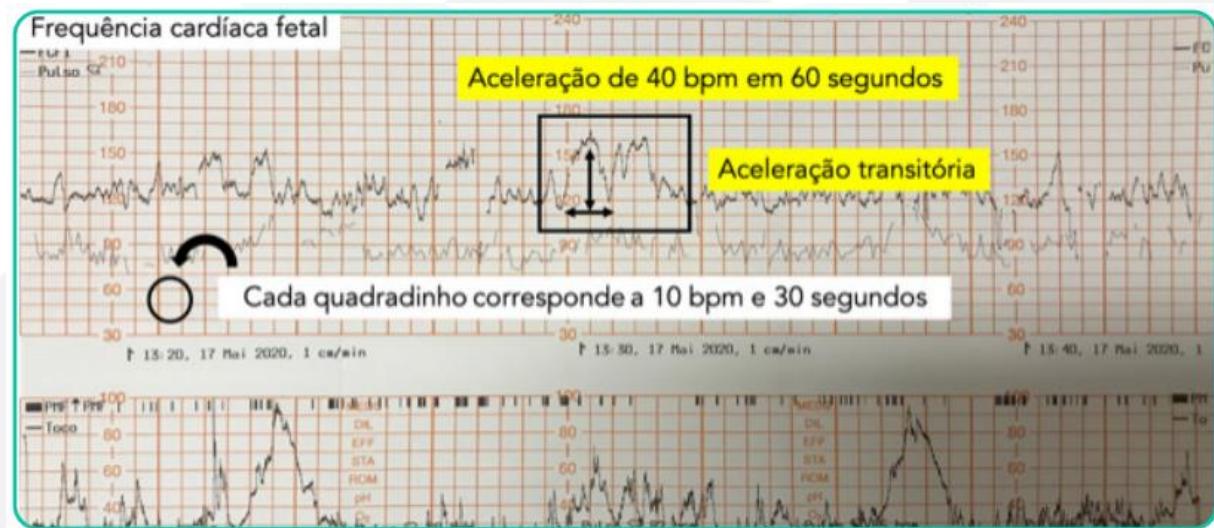
Observe as imagens abaixo:





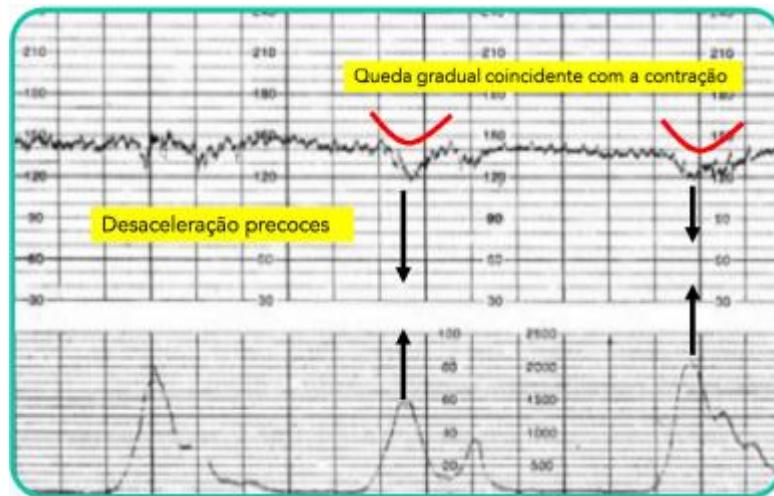
3. Acelerações transitórias:

- Definição: Aumento abrupto da FCF em mais de 15bpm, por mais de 15 segundos e menos de 2 minutos, acima de 32 semanas;
- Associadas às movimentações de fetos hígidos e ocorrem em resposta à estimulação autonômica do coração;
- Sua presença assegura ausência de hipóxia fetal.

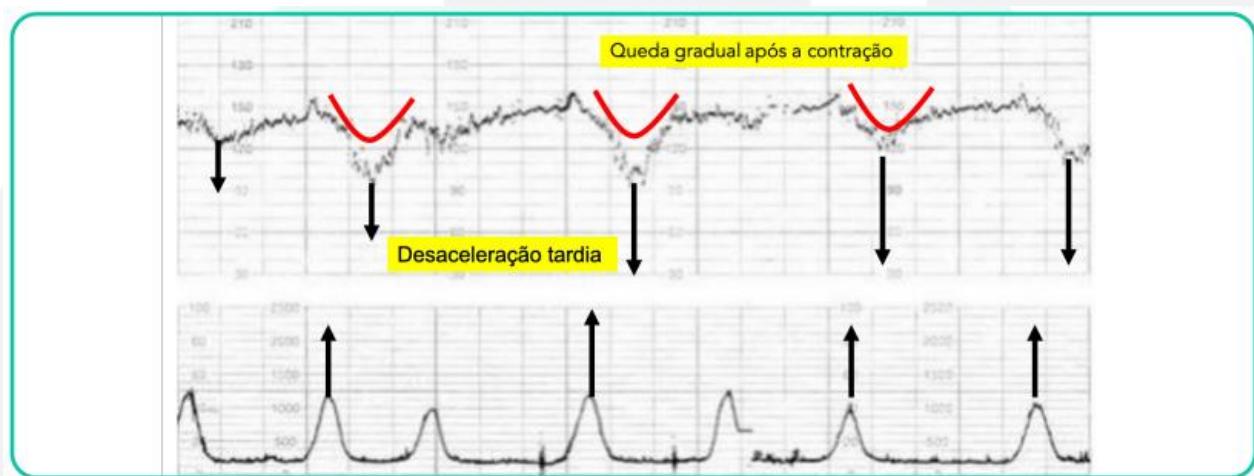


4. Desacelerações:

- Definição: Quedas periódicas da frequência cardíaca fetal em mais de 15bpm por mais de 15 segundos.
 - 4.1) **Desacelerações precoces (DIP I):** queda uniforme e gradual, com duração da queda de pelo menos 30 segundos. São **coincidentes com as contrações uterinas!** Ocorrem principalmente no período expulsivo do trabalho de parto e são consideradas fisiológicas nessa fase.



4.2) **Desacelerações tardias:** graduais e simétricas e duram mais do que 30 segundos, mas diferem das precoces por **começarem após o pico da contração uterina**. Altamente sugestivas de comprometimento da oxigenação fetal.



4.3) **Desacelerações variáveis:** queda abrupta menor do que 30 segundos e independem das contrações uterinas. Ocorre por **compressão do cordão umbilical que leva à hipóxia temporária e desaceleração cardíaca fetal**. Podem ou não ser complicadas.



- **Cardiotocografia anteparto:** pode ser realizada a partir de 26 semanas em fetos com risco de hipóxia.
 - a) **Cardiotocografia anteparto de repouso:**
Feto ativo: Todos os parâmetros normais e pelo menos duas acelerações transitórias
Feto hipoativo: pelo menos dois parâmetros normais
Feto inativo: nenhum ou apenas um parâmetro normal
 - b) **Cardiotocografia anteparto** com estímulo:
Feto reativo: aumento da FCF > 20bpm por mais de 3 minutos
Feto hiporreativo: aumento da FCF < 20bpm por menos de 3 minutos
Não reativo: ausência de aumento dos BCF
- **Cardiotocografia intraparto:**
 - a) **Normal – sem sinais de hipóxia:**
 - Linha de base entre 110 -160bpm;
 - Variabilidade moderada;
 - Ausência de desacelerações tardias ou variáveis;
 - Acelerações podem ou não estar presentes;
 - Desacelerações precoces podem ou não estar presentes.**Conduta:** seguimento normal da gestação
 - b) **Anormal – sugestivo de hipóxia fetal**
 - Variabilidade ausente ou mínima E: bradicardia OU desacelerações tardias recorrentes OU desacelerações variáveis recorrentes.
 - Padrão sinusoidal.**Conduta:** medidas de ressuscitação intrauterina ou resolução da gestação.
- **Medidas de ressuscitação intrauterina:**
 - **Melhorar a oxigenação fetal:** decúbito lateral; suspender puxos dirigidos; hidratação endovenosa; máscara de O₂.
 - **Reducir a atividade uterina:** Suspender uterotônicos; hidratação endovenosa; administrar uterolítico (terbutalina).
 - **Avaliar a compressão umbilical:** Mudança de posição materna; suspender puxos dirigidos; amnioinfusão; elevação do polo cefálico.
 - **Corrigir a hipotensão materna:** mudança de posição; hidratação; administração de edefrina.



❖ Dopplervelocimetria fetal: (INEP 2022)

- Estuda a velocidade do fluxo sanguíneo dos vasos uterinos, placentários e fetais.
- Indicações do exame:
 - ✓ Risco ou suspeita de insuficiência placentária;
 - ✓ Predição de pré-eclâmpsia;
 - ✓ Rastreamento de anomalias cromossômicas;
 - ✓ Acompanhamento de anemia fetal.

Atenção: Quanto maiores o IP, o IR e a relação S/D, maior a resistência do vaso estudado.

a) Dopplervelocimetria das artérias uterinas:

- Se a resistência na artéria uterina está alta, indica que a invasão trofoblástica foi inadequada, aumentando o risco de restrição de crescimento fetal.
- Resultados anormais: IP acima do percentil 95 da curva de normalidade ou **incisura protodiastólica (fique atento)** em ambas as artérias, após 24 semanas de gestação.
- Memorize: o vaso normal tem uma diástole grande; enquanto o vaso alterado tem uma diástole pequena.

b) Dopplervelocimetria das artérias umbilicais:

- Alterações na artéria umbilical indicam **insuficiência placentária (atenção!)**
- Considera-se resultado anormal quando **IP ou relação S/D estão acima do percentil 95** da curva de normalidade ou quando o **fluxo diastólico está diminuído, ausente ou reverso**.
- **Memorize:** o vaso normal tem uma diástole grande, enquanto o vaso alterado tem uma diástole pequena, ausente ou reversa.

c) Dopplervelocimetria da artéria cerebral média:

- Utilizada para o **estudo do território arterial fetal**, o primeiro a alterar-se diante da hipóxia fetal.
- Considera-se resultado anormal quando **IP abaixo do percentil 5** da curva de normalidade.
- **Memorize:** o vaso normal tem uma diástole pequena, enquanto o vaso alterado tem uma diástole grande.

d) Dopplervelocimetria do ducto venoso:

- Utilizada para avaliar o território venoso fetal.
- **ATENÇÃO:** Esse é o **vaso utilizado para o acompanhamento dopplervelocimétrico de fetos com centralização de fluxo** ou aumento da resistência da artéria umbilical com menos de 37 semanas.
- Considera-se resultado anormal quando **IP venoso acima de 1**.
- Diante de alteração do ducto venoso, a conduta é resolução imediata da gestação pela via mais rápida. Não se deve esperar o tempo da corticoterapia e sulfato de magnésio deve ser aplicado se gestação < 32 semanas.

Atenção, decore: O fenômeno de centralização fetal diagnosticado pelo Doppler apresenta: **artéria cerebral média com fluxo de baixa resistência e artéria umbilical com fluxo de alta resistência.**



❖ Perfil biofísico fetal (PBF):

- Avalia **quatro parâmetros biofísicos (DECORE)** que se alteram diante de hipóxia fetal aguda:

- ✓ Tônus;
- ✓ Movimentos corporais fetais;
- ✓ Movimentos respiratórios;
- ✓ Frequência cardíaca fetal.

- Avalia um parâmetro que sofre alteração diante de hipóxia fetal crônica:

- ✓ Volume do líquido amniótico.

- **Atente que:** Diante da hipóxia fetal, a frequência cardíaca fetal é o primeiro parâmetro a se alterar, enquanto o tônus fetal é o último.

- Interpretação (**decore esse valores!**)

- ✓ PBF > ou = 8: Normal (boa vitalidade fetal)
- ✓ PBF < 8: monitorização da vitalidade fetal ou resolução da gestação

- **Tome nota:** a presença de líquido meconial pode indicar apenas maturidade fetal, mas também pode ser sinal de sofrimento fetal crônico, que leva ao relaxamento dos esfíncteres e eliminação de meconio, por isso na sua presença é imprescindível a monitorização fetal continua!

Tarefa 5 (Avançada)

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

Link – 25 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/9ab6ffab-9996-4cdd-a454-8170bea3b42e>

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: Pediatria

Assunto: Desenvolvimento Neuropsicomotor

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Pediatria**. O assunto aqui abordado é o **décimo quarto em ordem de importância** dentro dessa disciplina.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Desenvolvimento Neuropsicomotor (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 – 27 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8cb02cda-b87b-453e-b69e-4070571a4975>

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.estategia.com/meus-cursos/pediatrica-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução; 2.0 10 Regras do desenvolvimento neuropsicomotor; 3.0 Sequência natural do desenvolvimento neuropsicomotor; 4.0 Reflexos primitivos e de equilíbrio; 5.0 Fatores de risco para atraso do DNPM; 6.0 Avaliação sistemática do DNPM; 7.0 Classificação do desenvolvimento e conduta adequada; 8.0 Resumo Estratégico

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse assunto tem bastante conteúdo para ser memorizado! As questões que já caíram cobraram do candidato o conhecimento dos marcos do desenvolvimento aos 6 meses e 12 meses de idade. Não tem jeito: leia e memorize. As figuras vão te ajudar nessa memorização!

❖ **Desenvolvimento motor grosso (0-15 meses) – (INEP 2021, 2016 e 2012)**



0 mês 	1 mês 	2 meses 	3 meses 
Posição fetal	Queixo levantado	Peito afastado	Estende a mão sem alcançar
4 meses 	5 meses 	6 meses 	7 meses 
Alcança os objetos e os traz a boca	Senta-se no colo. Aperta os objetos	Rola de prono para supino	Senta-se sozinho
9 meses 	9 meses 	10 meses 	11 meses 
Movimento de pinça	Engatinha (não essencial)	Mantém-se de pé apoiado nos móveis	Anda com ajuda
12 meses 	13 meses 	14 meses 	15 meses 
Levanta-se e fica em pé	Sobe os degraus	Mantém-se em pé sozinho	Anda sozinho 



❖ **Desenvolvimento motor fino (0-15 meses):**

RN	Fixa o olhar momentaneamente em um rosto a uma distância de 20 a 30 cm.
1 MÊS	Segue objeto até a linha média
2 MESES	Segue até mais que a linha média
3 MESES	Leva a mão até a linha média; Acompanha objeto até 180°.
4 MESES	Alcança os objetos e os traz à boca
6 MESES	Transfere objetos de uma mão para outra
7 MESES	Pega objetos com polegar e mais 3 dedos
8 MESES	Bate um objeto no outro
8 A 9 MESES	Movimento de pinça
10 MESES	Combina 2 cubos
12 MESES	Vira páginas de um livro

❖ **Desenvolvimento social (0-18 meses):**

1 mês	Olha a face das pessoas, reage ao som.
2 meses	Sorriso social.
4 meses	Descobre as mãos.
7 meses	Brinca com os pés e brinquedos, toca sua imagem no espelho.
8-9 meses	Brinca de “esconde-achou”, permanência do objeto, estranha desconhecidos.
10 meses	Dá tchau, bate palmas.
12 meses	Ajuda a se vestir.
15 meses	Aponta o que deseja.
18 meses	Come sozinho , reclama se a fralda estiver suja, brinca sozinho - início do pensamento simbólico (conto de fadas), imita tarefas simples de casa.



❖ Linguagem (0-24 meses):

1 MÊS	Sons guturais.
2 MESES	Ri.
3 MESES	Grita.
4 MESES	Vocalização.
7 MESES	Lalação.
9 MESES	Comepeende o NÃO.
10 MESES	Atende ao próprio nome, junta 2 consoantes (ma-ma).
12 MESES	Época do jargão, fala 1 ou 2 palavras com sentido.
18 MESES	Fala aproximadamente 10 palavras.
21 MESES	Compreende 2 frases simples consecutivas.
24 MESES	Obedece ordens. Consegue formar frases.

❖ Reflexos Primitivos: (INEP 2013)

- Caracterizam o funcionamento cerebral subcortical, sendo considerados fisiológicos nos primeiros meses de vida.
- São encontrados em todos os RN nascidos a termo e vão desaparecendo, sendo substituídos por movimentos voluntários, de acordo com a evolução da mielinização do sistema nervoso central.
- Observe o quadro abaixo:

REFLEXO	APARECIMENTO	DESAPARECIMENTO
Placing/Colocação	Nascimento	2 meses.
Marcha	Nascimento	2 a 4 meses.
Preenção palmar	Nascimento	3 meses.
Sucção	Nascimento	3 meses.
Reflexo tônico-cervical assimétrico	14 dias	3-4 meses.
Galant	Nascimento	4 meses.
Voracidade	Nascimento	4 meses.
Moro	Nascimento	4 a 6 meses.
Preenção plantar	Nascimento	8-10 meses.
Cutâneo plantar em extensão	Nascimento	18 meses



❖ **Reflexos posturais:**

- São reflexos (movimentos automáticos) que mantém a posição e equilíbrio do corpo durante repouso ou movimento;
- Os reflexos posturais substituem os reflexos primitivos.

Reflexo	Aparecimento
Landau	6 meses
Apoio lateral	6-8 meses.
Paraquedista	7-9 meses

Tarefa 6 (Avançada)

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

Link – 27 questões:

<https://med.estragia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8cb02cda-b87b-453e-b69e-4070571a4975>

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: Medicina Preventiva

Assuntos: Processos Epidêmicos e Epidemiologia das Doenças Infecciosas

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Medicina Preventiva** com o assunto Processos Epidêmicos e Epidemiologia das Doenças Infecciosas.

- ➔ **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 **Processos Epidêmicos e Epidemiologia das Doenças Infecciosas (Medicina Preventiva)**.



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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/12f395bd-77a1-483c-88ff-96b223606025>

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.estategia.com/meus-cursos/medicina-preventiva-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

2.0 Padrões de distribuição das doenças; 3.0 Processos Epidêmicos e Endemias; 5.0 Aspectos Epidemiológicos das Doenças Infecciosas

Dicas da Tarefa:

Revalidando, as questões de Medicina Preventiva sobre esse assunto costumam ser mais sobre interpretação de texto e gráficos. Contudo, é importante saber alguns conceitos, que veremos abaixo. A última questão que foi cobrada pela banca sobre esse assunto caiu em 2017.

- ❖ **Processo epidêmico (surto, epidemia, pandemia):** elevação do coeficiente de incidência de uma doença ou agravio de forma abrupta e inesperada, que ultrapassa o número máximo de casos permitidos, mas ocorre apenas por um intervalo de tempo limitado. Portanto é um aumento temporário do número de casos.
- ❖ **Endemias:** presença constante de uma doença ou agravio em uma determinada comunidade, acometendo a população de forma contínua. O coeficiente de incidência não varia ao longo do tempo (isto é, permanece constante por período ilimitado), exceto em algumas estações do ano, em que apresenta pequenas elevações (variações sazonais), mas sem ultrapassar o número máximo permitido (limiar epidêmico).
- ❖ **Pandemia:** toda elevação súbita e inesperada do número de casos de uma doença (ou agravio) que ocorre em uma área geográfica muito extensa, mas tão extensa que engloba diversas nações. Atente que o conceito de pandemia está relacionado ao alcance geográfico da variação temporal e não à gravidade da doença propriamente dita.
- ❖ **Curva Epidêmica:**
 - É o comportamento gráfico de uma epidemia. Observe que, quando isso acontece, o traçado do diagrama de controle “muda” de formato, gerando uma espécie de curva em sino:

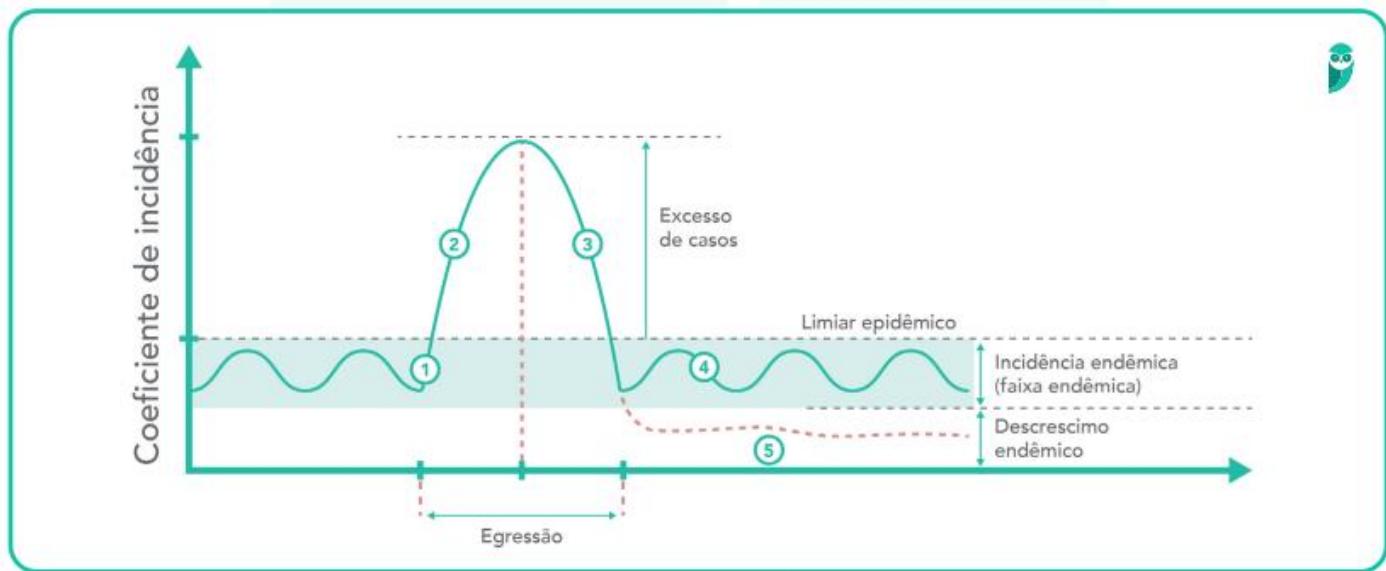


Figura 17 – A curva epidêmica e suas fases. Inicialmente, temos um incremento inicial de casos (fase 1), seguido da progressão (fase 2) e da regressão (fase 3, que corresponde à última fase). Após a regressão, a doença pode assumir dois comportamentos: seu coeficiente de incidência pode estabilizar no mesmo nível de endemicidade anterior à epidemia (4) ou pode ser que ocorra decréscimo endêmico, que acontece quando a incidência diminui, saindo da faixa endêmica. Para maiores detalhes sobre cada fase, leia o texto. Para visualizar a figura com melhor resolução, amplie o documento. O zoom ideal é de 160%.

- Essa curva geralmente tem três fases:
 - **Incremento inicial de casos:** tendência de elevação que ocorre antes da eclosão da epidemia. Esse incremento ainda está abaixo do limiar epidêmico;
 - **Progressão:** aumento do número de casos propriamente dito e que, algum tempo depois, atingirá a incidência máxima (pico da curva);
 - **Regressão:** momento em que o número de casos novos começa a diminuir.

❖ Tipos de curvas epidêmicas (INEP 2015)

Existem quatro tipos principais de epidemias, a saber:

1. **Epidemia maciça comum ou explosiva.**
2. **Epidemia maciça comum ou explosiva com casos secundários.**
3. **Epidemia maciça comum prolongada.**
4. **Epidemia propagada ou múltipla.**



Epidemia comum = epidemia onde todos os casos são oriundos da mesma fonte de infecção. Exemplo: alimento estragado servido em festa de casamento e muitos convidados ingerem a comida ao mesmo tempo.

Epidemia propagada = epidemia onde existem diferentes fontes de infecção no ambiente, sendo que cada uma delas inicia uma cadeia epidemiológica distinta. Exemplo: Covid-19, onde diversos indivíduos com SARS-CoV-2 iniciavam cadeias epidemiológicas distintas e paralelas ao mesmo tempo.

- **Epidemia maciça comum de curta duração:** apresenta uma única fonte de infecção, que dura apenas algumas horas no ambiente. Exemplo clássico: alimento estragado em um evento social.



A curva apresenta um formato em sino.



Figura 26 – Epidemia maciça comum de curta duração. Observe que o número de casos aumenta rapidamente e o pico da epidemia é alcançado em pouco tempo. A seguir, temos a regressão, e a epidemia acaba. Não existem novas ondas epidêmicas (ou seja, novas progressões). A curva assume o clássico formato em sino.

- **Epidemia maciça comum com casos secundários:** os indivíduos infectados por uma fonte comum de infecção podem ter contato com outras pessoas que não foram expostas à primeira fonte, mas que acabam por contrair a doença mediante esse contato com o indivíduo doente, o que gera novos casos.

A curva apresenta aspecto bimodal, com uma segunda onda, mas de intensidade bem menor.



Figura 27 – Epidemia maciça comum com casos secundários. Observe que a primeira curva é idêntica à anterior (epidemia maciça comum de curta duração), com a diferença de que temos uma espécie de “segunda onda”, com casos secundários, conferindo um aspecto bimodal à curva.

- **Epidemia maciça comum prolongada:** a fonte de infecção é comum a todos (ou seja, fonte única), porém ela persiste na localidade por algum tempo, fazendo com que os casos apareçam de forma contínua. Exemplo: um poço de água que está contaminado com esgoto. Pode ser que leve algum tempo até que se perceba que aquela fonte é a origem da infecção, o que produzirá casos por longa data.

A curva atinge um pico, mas a regressão não acontece em seguida – ela entra em uma espécie de platô, mantendo-se sem picos de incidência significativos ao longo do tempo. Só depois do platô há a regressão epidêmica.



Figura 28 – Epidemia maciça comum prolongada. Observe que, logo após atingir a incidência máxima, a epidemia entra em uma espécie de platô. Isso acontece porque a fonte de infecção tem duração prolongada, o que mantém constante o surgimento de novos casos, pelo menos enquanto a fonte durar. Logo após a retirada da fonte, a epidemia entra em regressão e não apresenta novas ondas epidêmicas.

- **Epidemia propagada:** a transmissão predominante ocorre de pessoa a pessoa, com várias cadeias de transmissão devido à existência de múltiplas fontes.
A curva epidêmica apresenta múltiplos picos de incidência, o que condiz com múltiplas fontes, sendo que esses picos são cada vez maiores, dando a ideia de uma epidemia que realmente se propaga aos poucos. Logo após atingir o pico de incidência, inicia a regressão, mas ela é interrompida por uma nova progressão, levando a crer que o aumento da incidência decorre de um novo grupo que se expôs a uma outra fonte.

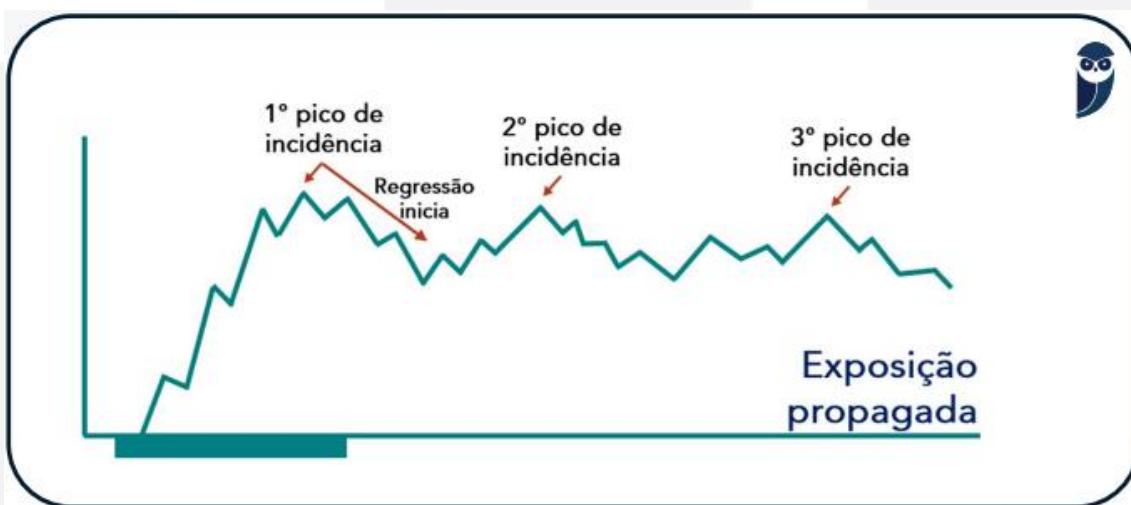


Figura 30 – Epidemia por fonte múltipla ou propagada. Observe que a regressão inicia após a epidemia atingir o 1º pico de incidência. Porém, a regressão não se completa. Ela é interrompida por uma nova progressão, dessa vez mais intensa, correspondendo a uma 2ª onda. Nesse sentido, a incidência máxima (2º pico) é ainda maior. O processo repete-se: a regressão inicia novamente, mas é interrompida por uma nova progressão, e que também apresenta pico maior do que o anterior (3º pico > 2º pico de incidência). Esse é o resultado de fontes múltiplas atuando ao mesmo tempo (ou em intervalos de tempo próximos) e estabelecendo novas cadeias de transmissão. Por isso, a epidemia não termina, pois uma nova fonte "aparece" e recomeça o processo epidêmico.

❖ Características do agente etiológico:

- **Infectividade:** “capacidade de certos organismos de penetrar e desenvolver-se ou multiplicar-se no novo hospedeiro, ocasionando infecção”. Portanto é a característica que determina a probabilidade de o indivíduo ter a infecção a partir do contato com o bioagente;
- **Patogenicidade:** “é a qualidade do agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do ser humano ou de outros animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados”. Portanto é a capacidade do microrganismo de produzir a doença propriamente dita.



- **Poder invasivo:** “consiste na capacidade que tem o parasito de se difundir através de tecidos, órgãos e sistemas anatomoefisiológicos do hospedeiro”. Portanto, dependendo da invasibilidade do agente etiológico, teremos infecções limitadas a alguns órgãos ou infecções sistêmicas.
- **Imunogenicidade e Antigenicidade:** esses termos correspondem a uma área conflituosa da Epidemiologia, visto que são termos oriundos da Imunologia e suas definições podem variar de acordo com a referência utilizada.

Tarefa 7 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/12f395bd-77a1-483c-88ff-96b223606025>

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: Cirurgia

Assunto: Doenças Orificiais

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Cirurgia**, trazendo um tema que a banca do Inep cobrou em praticamente todas as edições da primeira fase.

- ➔ **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 **Doenças Orificiais (Cirurgia)**.

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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/35fb3840-47d6-4fb6-866d-36fc761207f9>

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.estategia.com/meus-cursos/cirurgia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

2.0 Doença Hemorroidária; 3.0 Fissura Anal; 4.0 Abscesso Anorretal; 5.0 Fístula Anorretal

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um assunto com grande importância dentro da prova do Inep! Através da nossa engenharia reversa, analisamos que em praticamente todos os anos caiu uma questão sobre esse tema. Abaixo você encontra os conceitos que precisa memorizar para a prova!

Fístulas Anorretais (INEP 2021, 2020 e 2014)



- ❖ Conceito: deriva de um abscesso anorretal que, após drenagem espontânea ou até mesmo cirúrgica, forma um trajeto epitelizado, que conecta o ânus ou reto à pele da região perianal.
- ❖ Apresentação clínica:
 - **Drenagem espontânea e persistente de secreção**, com **odor desagradável**, que suja as vestes íntimas, além de **dor ou desconforto e prurido anal**;
 - Inspeção da região perianal possibilita a identificação do orifício externo do trato fistuloso, visível como uma elevação avermelhada de tecido granulado, com ou sem drenagem concomitante.
- ❖ Tratamento: **sempre cirúrgico**, com encaminhamento ao coloproctologista, de caráter eletivo. **Atenção: não é uma urgência cirúrgica! (questão de prova).**
 - Fístulas simples: fistulotomia ou fistulectomia.
 - Fístulas complexas: sedenho/séton; cola de fibrina; aplicação de plugs; avanço de retalho endoanal.

Fissura Anorretal (Sempre aparece nas questões fazendo diagnóstico diferencial com as fístulas)

- ❖ Conceito: úlcera linear no epitélio escamoso do canal anal, localizada entre a margem anal e a linha pectínea, geralmente deflagrada pela passagem de fezes endurecidas e volumosas. Sua localização típica é na linha média posterior (90%).
- ❖ Apresentação clínica:
 - **Dor durante e após a evacuação e sangramento** (vermelho-vivo, mais frequentemente notado no papel higiênico)
- ❖ Tratamento:
 - Fissura anal aguda: **medidas higienodietéticas + pomadas anestésicas locais**;
 - Fissura anal crônica: esfincterotomia química (medicamentos que promovem relaxamento do esfíncter anal: pomada de nitroglicerina; bloqueadores dos canais de cálcio tópicos; injeções de toxina botulínica) e/ou esfincterotomia cirúrgica (**esfincterotomia interna lateral**).

Abscesso Anorretal (INEP 2022)



- ❖ Conceito: supuração causada pela infecção das glândulas anais (infecção criptoglandular)
- ❖ Apresentação clínica:
 - **Dor anal aguda latejante e febre;**
 - Ao exame, identifica-se área endurada próxima à borda anal, extremamente dolorosa, com hiperemia da pele e aumento da temperatura local.
- ❖ Tratamento:
 - **Drenagem cirúrgica** adequada no momento do diagnóstico + antibióticos em casos selecionados

Doença Hemorroidária (INEP 2017, 2013 e 2012)



- ❖ **Hemorroidas internas:** dilatações vasculares do plexo hemorroidário superior, localizadas acima da linha pectínea, sensíveis apenas à distensão.

- Quadro clínico:
 - **Sangramento INDOLOR** (caracteristicamente vermelho-vivo; “pinga” ou “esguicha” no vaso sanitário após a evacuação).
 - Prolapso + pequeno escape de fezes ou muco, provocando prurido
- Classificação:
 - **Grau I:** em prolapso. O principal sintoma é o sangramento, geralmente gotejamento, ou até esguicho de sangue no vaso sanitário;
 - **Grau II:** Prolapso com redução espontânea
 - **Grau III:** Prolapso necessitando de redução digital.
 - **Grau IV:** Prolapso que não pode ser reduzido.
- Tratamento – Observe o esquema abaixo:

ESCLARECENDO!


GRAU	CLÍNICA	TRATAMENTO
Grau I	Sem prolapo. O principal sintoma é o sangramento.	Orientações dietéticas (melhoram principalmente sintomas de sangramento). Ligadura elástica*/ Escleroterapia/ Fotocoagulação infravermelha. *para os pacientes que apresentam sangramento persistente, apesar das medidas higienodietéticas.
Grau II	Prolapo com redução espontânea (com ou sem sangramento).	Orientações dietéticas (melhoram principalmente sintomas de sangramento).
		Ligadura elástica.
		Escleroterapia.
Grau III	Prolapo necessitando de redução digital.	Fotocoagulação infravermelha.
		Orientações dietéticas.
		Ligadura elástica (maior chance de recidiva, comparada a sua aplicação nas hemorroidas graus I e II). Tratamento cirúrgico.
Grau IV	Prolapo que não pode ser reduzido.	Orientações dietéticas.
		Tratamento cirúrgico.

❖ **Hemoroidas externas:** dilatações vasculares do plexo hemorroidário inferior, localizadas abaixo da linha pectínea, possuindo inervação somática (são sensíveis à dor, ao toque e à temperatura).

➤ Quadro clínico:

- **Não costumam provocar sintomas relevantes.** Os pacientes podem referir desconforto e dificuldade na higiene da região anal.
- Atente: Dor aguda associada às hemorroidas externas ocorre apenas na vigência de trombose hemorroidária

➤ Tratamento:

- Envolve o **manejo nutricional, prevenção de constipação e higiene anal adequada.**
- Manejo nutricional: aumentar a ingestão de fibras para 25 a 30 g/dia, beber mais líquidos e modificar as preferências alimentares, evitando alimentos constipantes e ingerindo verduras, legumes, e cereais em maior quantidade;
- Higiene anal: evitar esfregar excessivamente a região perianal e realizar limpeza suave com lenços umedecidos e banhos de assento frequentes;
- **Atenção: ressecção das hemorroidas exclusivamente externas raramente é indicada**, exceto na presença de trombose hemorroidária externa aguda.

➤ **Trombose hemorroidária externa aguda (INEP 2013 e 2012)**

- Quadro clínico: **dor anal aguda + nódulo arroxeados no ânus;**



- Exame físico: mamilo hemorroidário externo com coágulo e ulceração;
- Tratamento - (**Atenção aqui!!!**)

Sintomas há < 48h: excisão local do mamilo trombosado, sob anestesia local.

Sintomas há > 48h: analgesia, banhos de assento com água morna, anti-inflamatórios, dieta rica em fibras.

Tarefa 8 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/35fb3840-47d6-4fb6-866d-36fc761207f9>

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: Ginecologia

Assunto: Tumores Anexiais e Câncer de Ovário

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Ginecologia** com o assunto Tumores Anexiais e Câncer de Ovário.

- ➔ **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 Tumores Anexiais e Câncer de Ovário (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 – 25 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/4142abd2-af74-485d-bb18-84afa1bb3ec8>

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.estategia.com/meus-cursos/ginecologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Tumores Anexiais; 2.0 Câncer de Ovário

Dicas da Tarefa:

Revalidando, priorize o estudo “Tumores Anexiais”, que foi abordado mais vezes e recentemente pela banca! Não gaste tanto tempo lendo “Câncer de Ovário”, pois a única questão sobre esse assunto é de 2011.

Tumores Anexiais:

❖ **Manejo das massas anexiais:** leva em conta a fase reprodutiva da paciente (atente para isso na hora da prova), os fatores de risco e os achados dos exames de imagem. Dessa forma, é possível estimar com maior precisão o risco de malignidade de um tumor anexial, que é o principal objetivo da investigação.

➤ **Mulheres em idade reprodutiva: (INEP 2020)**

- O risco de malignidade não é elevado e sempre devem ser descartadas as possibilidades de gestação e de abscesso tubo-ovariano;
- **Cistos funcionais são bastante comuns nessa idade** e, em geral, as provas cobrarão que você perceba os critérios de benignidade associados ao quadro e adote uma conduta conservadora;

#FICAADICA



DICA:

- Se as características da apresentação do tumor da paciente forem tumor sólido, com grandes dimensões, vascularizado, com presença de ascite e associadas ao emagrecimento, provavelmente se trata de lesão maligna;
- Em casos de lesão cística, com **conteúdo anecoico, paredes regulares, de dimensões menores**,

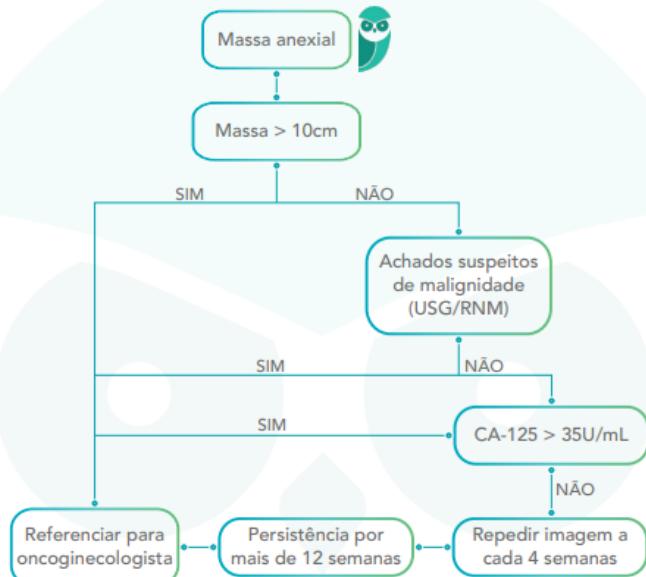


com **pouca vascularização, sem sinais sistêmicos e ascite**, a questão quer sugerir um quadro benigno.

➤ **Mulheres na pós-menopausa:** (*INEP 2017*)

- O **risco de malignidade** na presença de uma massa anexial é **mais alto** e por isso a investigação invasiva será mais frequente do que nas pacientes mais jovens.

Observe o fluxograma abaixo:



Atenção: Na suspeita de malignidade, deve ser realizada **avaliação histopatológica do tumor para confirmação diagnóstica**, sendo uma das opções a realização de **ooforectomia com congelação intraoperatória**, que consiste em enviar a peça cirúrgica para avaliação histopatológica ainda durante a cirurgia. Caso a avaliação seja positiva para malignidade, a paciente deve ser estadiada para o câncer de ovário; caso venha negativa, não há necessidade de complementação.

❖ **Atente:** a **ultrassonografia pélvica** é o exame de escolha para a investigação inicial de massas anexiais. A fim de padronizar as avaliações e predizer o risco de malignidade associado aos tumores anexiais, a International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) desenvolveu **critérios que permitem classificar as lesões** em provavelmente benignas, provavelmente malignas e indeterminadas, facilitando a decisão no planejamento terapêutico dessas pacientes. (*INEP 2022*)

Critérios de IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) para predição de risco de câncer de ovário em tumores anexais – regras simples” ou “simple rules	
Benignidade	Malignidade
Unilocular	Tumor sólido irregular
Presença de componente sólido menor que 7mm	Presença de ascite
Presença de sombra acústica posterior	Ao menos quatro estruturas papilares
Tumor multilocular regular com diâmetro menor que 100 mm	Tumor multilocular com componente sólido e diâmetro maior ou igual a 100mm
Ausência de fluxo ao Doppler	Vascularização intensa

Os critérios para utilização das regras são:

- Se o tumor apresentar ao menos uma característica de malignidade e nenhuma de benignidade, é considerado provavelmente maligno.
- Se o tumor apresentar ao menos uma característica de benignidade e nenhuma de malignidade, o tumor é provavelmente benigno.
- Se o tumor apresentar características de benignidade e malignidade, é considerado inconclusivo.



Observe que: Além dos critérios de IOTA, algumas outras características podem estar associadas à malignidade, como: **bilateralidade, paredes irregulares e presença de septos grosseiros**. Em alguns materiais, dimensão superior a 8 cm é considerada critério de malignidade.

❖ **Quadro clínico:**

- O sintoma mais frequente é a dor pélvica, pela compressão do tumor às estruturas adjacentes;
- A compressão pode gerar sintomas gastrointestinais: sensação de plenitude gástrica, dispepsia ou distensão abdominal;
- Pode haver sangramento genital, aumento de volume abdominal e sintomas consumptivos, como emagrecimento e falta de apetite.

❖ **Exames laboratoriais:**

- **Marcadores tumorais:** Não servem para rastreamento de neoplasias, apenas devendo ser empregados quando houver presença de lesão anexial que necessita de investigação. Observe o quadro abaixo:

Marcador Tumoral	Tumor de Ovário
Alfafetoproteína	Teratoma imaturo, carcinoma embrionário, tumor de células de Sertoli-Leydig.
Beta hCG	Coriocarcinoma, carcinoma embrionário, disgerminoma.
LDH	Disgerminoma.
CA-125	Tumores epiteliais.
CA-19.9	Tumores epiteliais (mucinosos).
CEA	Tumores epiteliais (mucinosos).
Inibina	Tumor de células da granulosa.
Testosterona	Tumor de células de Sertoli-Leydig.
Estradiol	Tumor de células da granulosa (juvenil).

- Dentre os marcadores tumorais séricos, o mais relevante e estudado para as neoplasias de ovário é o **CA-125**:
 - Aumentado em 80% das pacientes com câncer epitelial de ovário;
 - Não é um marcador específico, podendo estar aumentado em outras patologias, como endometriose, câncer de pulmão, câncer de mama e tuberculose;
 - Não se trata de um marcador específico, podendo estar aumentado em outras patologias, como endometriose, câncer de pulmão, câncer de mama e tuberculose;
 - Importante no seguimento de pacientes com diagnóstico de câncer, submetidas a tratamento.

- ❖ Revalidando, observe a tabela abaixo, que mostra a característica ultrassonográfica de alguns tipos de cistos de ovário que já foram questão de prova no Revalida: **(INEP 2020)**



Tipo	Achado ultrassonográfico	Comentários	Faixa etária
Cistos simples	aneocoicos, homogêneos, com paredes regulares, avasculares e sem componentes internos	< 3cm: folículos ovarianos 3-5cm: cistos funcionais	Idade reprodutiva
Cistos de corpo lúteo	o conteúdo pode ser cístico ou espesso, se houver sangue; ao doppler há grande vascularização periférica em formato de anel	formam-se como o corpo lúteo adquire mais de 3 cm e ficam com aspecto cístico	Idade reprodutiva
Cistos hemorrágicos	Conteúdo com aspecto heterogêneo linear	É resultado de sangramento dentro do fóliculo após a menstruação	Idade reprodutiva
Endometriomas	Conteúdo homogêneo, com aspecto em vidro fosco, com cápsula espessa: podem haver focos hiperecogênicos de permeio	Lesões fixas à pelve, dolorosas ao exame ultrassonográfico (serão abordadas com detalhes no Livro Digital sobre endometriose)	Idade reprodutiva
Teratoma cístico maduro	Nódulo misto (componente sólido-cístico), com áreas hiperecogênicas focais ou difusas, com sombra acústica posterior	Pode ser bilateral e apresentar presença de pelos, dentes e ossos no interior	Pré-púbera e fase reprodutiva

Câncer de Ovário:

Revalidando, a única questão sobre esse tema é muito antiga, da edição de 2011 da prova. Não perca tempo aqui!

- ❖ O câncer de ovário costuma ser bastante agressivo, já que grande parte dos casos são diagnosticados apenas em fases mais avançadas, devido à ausência de sintomas e de um método de rastreamento eficaz.
- ❖ **Fatores de risco:** (INEP 2011)
 - O principal fator de risco para essa neoplasia é o **antecedente familiar de câncer de ovário e de mama**, sobretudo em parentes de primeiro grau.
 - Os demais fatores de risco estão associados à exposição a ciclos ovulatórios sem interrupção ao longo



da vida, pois o estímulo ao epitélio ovariano parece estar associado à carcinogênese.

FATORES DE RISCO - CÂNCER DE OVÁRIO

FATORES DE RISCO BEM ESTABELECIDOS PARA CÂNCER DE OVÁRIO:

- Idade - a incidência aumenta com a idade.
- Menarca precoce e menopausa tardia - aumento do número de ciclos ovulatórios.
- Mutação no BRCA1 e 2.
- Síndrome de Lynch - 1% das portadoras dessa doença têm câncer de ovário.
- Nuliparidade.
- Endometriose - risco total baixo, mas aumento do risco para os subtipos endometrióticos e de células claras.

❖ Classificação histológica:

Tumores não metastáticos do ovário podem ser divididos em:

1) Epiteliais (90% dos casos):

- Divididos de acordo com o tipo celular que as originam: seroso (30% a 70% dos casos), mucinoso (5% a 20% dos casos), endometrioide (10% a 20% dos casos), células claras (3% a 10% dos casos) e indiferenciados (1% dos casos);

2) de Células germinativas (5% dos casos):

- Teratoma cístico maduro: corresponde a 95% de todos os tumores de células germinativas e é histologicamente benigno;
- **Disgerminoma:** tipo histológico maligno mais comum. Marcadores podem estar aumentados, como gonadotrofina coriônica humana (hCG), desidrogenase lática (DHL) e alfafetoproteína (AFP);
- Característica peculiar é a idade de aparecimento, que costuma ser na adolescência ou até a segunda década de vida.

3) do Cordão sexual:

- Tumores raros, produtores de hormônios;
- Podem estar associados ao hiperandrogenismo ou ao hiperestrogenismo.

Tumores metastáticos:

- **Tumor de Krukenberg:** tumor produtor de mucina (eleva CEA), cujo sítio primário mais comum é o estômago. Histologicamente apresenta células em anel de sinete. Prognóstico costuma ser ruim, pois o diagnóstico costuma ser feito pela metástase ovariana, quando o câncer já está disseminado.

❖ Tratamento: baseia-se em duas principais modalidades terapêuticas, a cirurgia e a quimioterapia.



Tratamento do câncer de ovário	
Estadios IA e IB (grau histológico 1 ou 2)	Estadiamento cirúrgico Obs.: pode ser realizada cirurgia com preservação de fertilidade em casos selecionados.
Estadios IA e IB (grau histológico 3) e IC	Estadiamento cirúrgico + QT adjuvante
Estadios II, III e IV	Cirurgia de citorredução + QT adjuvante OU QT neoadjuvante + cirurgia de intervalo + QT adjuvante

- ❖ **Padrão de disseminação:** a forma predominante é a **esfoliação** → células malignas são liberadas na cavidade peritoneal, quando o tumor rompe a cápsula ovariana. A partir desse processo, **implantes neoplásicos podem fixar-se em qualquer região do abdome**. Esse fato é uma característica diferente do tumor de ovário, pois suas metástases, em geral, não ocupam órgãos viscerais, podendo apresentar implantes superficiais. A disseminação linfática é outra forma de dispersão, porém mais tardia.

Tarefa 9 (Avançada)

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

Link – 25 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/4142abd2-af74-485d-bb18-84afa1bb3ec8>

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: Obstetrícia

Assunto: Infecções na Gestação

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Obstetrícia com o assunto Infecções na Gestação.

- ➔ **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 na Gestação (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 – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/48688cef-505b-4c77-bea7-148ef0eceac0>

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.estategia.com/meus-cursos/obstetricia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 As principais infecções congênitas: TORCHS; 2.0 Sífilis na gestação e sífilis congênita; 3.0 Toxoplasmose na gestação; 4.0 Citomegalovírus; 5.0 Rubéola na gestação; 6.0 Parvovírus B19 na gestação; 7.0 Zika vírus na gestação; 8.0 Herpes simples; 9.0 Tabela comparativa das principais infecções congênitas

Dicas da Tarefa:

Revalidando, dentro do macro tema “Infecções na Gestação”, os assuntos que você deve estudar com mais afinco são “Toxoplasmose na Gestação” e “Sífilis na Gestação” pois foram os temas cobrados em anos anteriores pelo Inep.

❖ **Toxoplasmose na Gestação:**

➤ **Transmissão:**

- Transmissão vertical: ocorre, principalmente, por via transplacentária durante a infecção materna aguda, por meio da passagem de taquizoítos pela placenta. Também pode ocorrer transmissão vertical durante o parto e a amamentação se a mulher estiver na fase aguda da doença.
- Atenção: a transmissão transplacentária é maior quanto maior for a idade gestacional, contudo, a gravidade da doença é maior quando a transmissão vertical ocorre no início da gestação.

➤ **Rastreamento na gestação:**

- Sorologia (IgG e IgM) para TODAS as gestantes;
- Atente: a sorologia deve ser feita pelo menos no primeiro, segundo e terceiro trimestres para gestantes suspeitáveis.

➤ **Manifestações clínicas na gestante:**

- A infecção aguda na gravidez geralmente é assintomática, o que torna o rastreamento imprescindível!

➤ **Diagnóstico na gestação (INEP 2022, 2021, 2020, 2015 e 2013)**



É feito através da sorologia materna, com avaliação dos anticorpos IgG e IgM:

- **IgM e IgG negativos:** gestante é susceptível (pode adquirir a infecção na gestação)
- **IgG positiva e IgM negativa:** gestante é imune e não precisará repetir a sorologia durante o pré-natal;
- **IgM positiva e IgG negativa: toxo aguda recente ou falso-positivo**
Atenção → Nessas situações de suspeita de toxoplasmose aguda, deve-se iniciar o uso de espiramicina e continuar a investigação diagnóstica:
Repetir a sorologia em duas semanas!
 - Se o IgG positivar = toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação
 - Se o IgG não positivar = falso-positivo (gestante não deve ser tratada)
- **IgM e IgG positivas no primeiro trimestre:**
Realizar o **teste de avidez para IgG**:
 - Se **baixa avidez**: infecção recente (menos de 4 meses)
 - Se **alta avidez**: infecção tardia (mais de 4 meses)
- **IgM e IgG positivas após 16 semanas, sem sorologia prévia:**
Não adianta fazer teste de avidez: não distingue de maneira segura se a infecção foi adquirida antes da gestação ou durante a gestação!
 - Protocolo: iniciar espiramicina e fazer investigação fetal.
- **IgM e IgG positivas após 16 semanas, com sorologias do primeiro trimestre negativas:**
Infecção aguda/recente com soroconversão materna, sem necessidade de fazer o teste de avidez para confirmar.

ATENÇÃO
DECORE!

➤ Tratamento toxoplasmose na gestação:

Profilaxia para toxoplasmose congênita: administração materna de **espiramicina** na dose de 3 g/dia via oral e a **pesquisa de infecção fetal**.

Atente: a **espiramicina** não ultrapassa a barreira placentária, mas tem como **objetivo reduzir o risco de passagem transplacentária do parasita**, impedindo a infecção fetal.

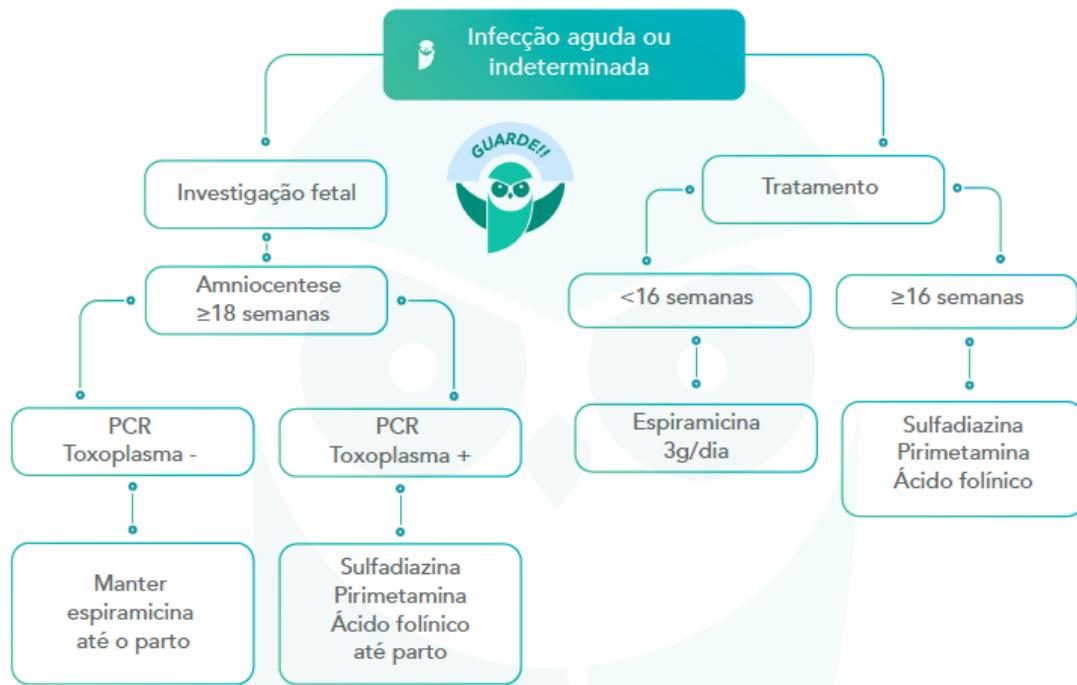


Atenção (atualização recente): Todas as gestantes com diagnóstico de toxoplasmose aguda após 16 semanas devem parar o uso da espiramicina e iniciar o uso do esquema tríplice até realizar a pesquisa de infecção fetal por meio da amniocentese, que deve ser feita após 18 semanas. Caso não seja possível realizar pesquisa de infecção fetal por meio da amniocentese, deve-se manter o esquema tríplice até o parto.

➤ Pesquisa de infecção fetal:

Pesquisa do DNA do *Toxoplasma gondii* por **PCR em amostra de líquido amniótico**, colhido pela **amniocentese** a partir de 16-18 semanas até 32 semanas de gestação.

- Se **PCR negativo**: suspende-se o esquema tríplice e retoma-se a espiramicina.
- Se **PCR positivo**: mantém-se o esquema tríplice até o parto, sem necessidade de intercalar com espiramicina.



- Fique atento (a): Parto normal e amamentação não são contraindicados nos casos de toxoplasmose aguda! Os benefícios superam os riscos!

❖ Sífilis na Gestação:

➤ Transmissão vertical:

- Via transplacentária: é maior na sífilis recente (70 a 100%) e menor na sífilis tardia (10 a 30%). Além disso, há maior comprometimento fetal quando a transmissão vertical ocorre no início da gestação e nos estágios mais recentes da doença.
- Via canal de parto: rara e ocorre apenas se a gestante apresentar lesão sifilítica no canal do parto (cancro duro);
- Através da amamentação: só ocorre se houver lesão sifilítica mamária, uma vez que o leite materno não transmite sífilis da mãe para o recém-nascido.

➤ Manifestações clínicas:

A maioria das gestantes encontra-se no estágio de sífilis latente, e o tempo cronológico da infecção é difícil de ser determinado, uma vez que são diagnosticadas pelos testes de rotina do pré-natal e do parto. Por isso, esses casos são classificados como sífilis latente tardia de duração ignorada.

➤ Diagnóstico na gestação:

- Exames diretos:** exame em **campo escuro** ou **pesquisa direta** com material corado (**imunofluorescência direta**). Detectam o *Treponema pallidum* diretamente na lesão suspeita (lesão primária e secundária) e positivam primeiro do que os testes imunológicos.

- Testes imunológicos:**

- 1) Treponêmicos:**

- Detectam anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum* e são os primeiros testes imunológicos a ficarem reagentes (**primeiro teste diagnóstico**);
- Permanecem positivos durante toda a vida e por isso não servem para monitorização da resposta ao tratamento.
- Exemplos testes treponêmicos: TPHA, TPPA, FTA-Abs, ELISA

- 2) Não-treponêmicos:**

- Não são específicos da sífilis e demoram em torno de 3 semanas após o aparecimento do cancro duro para positivar;
- São utilizados para **monitorização da resposta ao tratamento** e para **controle da cura**;



- Exemplos: VDRL, RPR eUSR.

Diagnóstico de sífilis: confirmado **quando ambos os testes treponêmico e não treponêmico estiverem reagentes** e for afastada cicatriz sorológica (tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições).

Protocolo de solicitação de exames para sífilis na gestação:

- Primeira consulta do pré-natal (preferencialmente no 1º trimestre da gestação);
- Início do 3º trimestre (28ª semana);
- Momento do parto ou aborto (independentemente de exames anteriores) e;
- A qualquer momento após exposição de risco/violência sexual.

Interpretação dos testes imunológicos:

TREPONÊMICO	NÃO TREPONÊMICO	INTERPRETAÇÃO
Reagente	Reagente	Sífilis confirmada ou cicatriz sorológica.
Reagente	Não reagente	Repetir teste treponêmico com metodologia diferente. Reagente: infecção recente ou cicatriz sorológica. Não reagente: primeiro teste falso-reagente, descartar diagnóstico de sífilis.
Não reagente	Reagente	Repetir teste treponêmico com metodologia diferente. Reagente: sífilis ou cicatriz sorológica. Não reagente: teste não treponêmico falso-reagente, descartar diagnóstico de sífilis.
Não reagente	Não reagente	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica).

Atenção: Apesar de a confirmação diagnóstica ser feita apenas com a solicitação dos dois testes, recomenda-se que, na gestação, o tratamento seja imediato após um único teste para sífilis positivo, seja ele treponêmico ou não treponêmico. Assim, não se deve adiar o tratamento na gestação a fim de aguardar a confirmação com outro teste, pois essa demora para o início do tratamento aumenta o risco de transmissão vertical.

➤ **Tratamento na gestação: (INEP 2022 e 2016)**

- Única droga com eficácia comprovada é a **penicilina benzatina IM**. Qualquer outra medicação usada para tratar sífilis na gestação é considerada tratamento inadequado.
- Dosagem: depende do estadiamento da doença! Contudo, vale lembrar que a maioria das gestantes é estadiada como sífilis latente de duração tardia/ignorada, sendo a posologia da penicilina benzatina de **7,2 milhões UI, divididos em 3 doses**. O **intervalo entre uma dose e outra é de 7 dias** e não deve ultrapassar 14 dias, senão o esquema de tratamento deve ser reiniciado.
- Dica: se gestante alérgica à penicilina → deve ser dessensibilizada com penicilina oral em ambiente hospitalar e, em seguida, tratada com penicilina benzatina na dose adequada.
- Atenção: parceiros sexuais: dos últimos 6 meses das gestantes com sífilis devem ser tratados com pelo menos uma dose de penicilina benzatina IM de 2,4 milhões UI, mesmo que apresentem testes imunológicos não reagentes.

A **gestante é considerada adequadamente tratada** se presentes, concomitantemente, os seguintes fatores:



FIQUE

ATENTO!



- Tratamento com penicilina benzatina;
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto;
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis;
- Respeito ao intervalo recomendado das doses;
- Documentação de queda dos títulos do teste não treponêmico em pelo menos duas titulações em 3 meses ou quatro titulações em 6 meses;
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção.

➤ **Monitorização pós-tratamento:** (INEP 2022)

- Gestantes: **seguimento mensal com teste não treponêmico (VDRL ou RPR);**
- Após o parto: seguimento trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano;
- Possíveis respostas ao tratamento:
 - **Resposta imunológica adequada (atualização recente):** Diminuição da titulação do teste não treponêmico em duas diluições (4x) em até três meses e em quatro diluições (16x) em até seis OU queda da titulação em duas diluições (4x), dentro de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia.
 - **Critérios de retratamento (reativação e/ou reinfecção):**
 - Ausência de redução da titulação em duas diluições (4 vezes) no intervalo de 6 meses para sífilis recente e 12 meses para sífilis tardia
 - Aumento da titulação em duas diluições (4 vezes) ou mais
 - Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos
 - **Cicatriz sorológica:**
Persistência de títulos baixos durante 1 ano após o tratamento adequado + queda documentada de 2 titulações + ausência de nova exposição de risco.

Tarefa 10 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/48688cef-505b-4c77-bea7-148ef0eceac0>

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: Infectologia

Assunto: Micoses Invasivas

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

- ➔ **Escolha a modalidade de tarefa** (simplificada ou avançada) conforme a **nossa indicação ou** conforme seu **conhecimento prévio e disponibilidade de tempo no dia**.
- ➔ **Grife o material ou produza um resumo virtual**, sempre olhando as **Dicas da Tarefa** de base para o estudo e inserindo no resumo assuntos que erre ou apresente dúvida ao realizar a lista de questões.



- ➔ Essa é uma tarefa de **leitura teórica e prática de exercícios**.
- ➔ O tempo médio recomendado para a sua conclusão é de **até 2 (duas) horas**.

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Micoses Invasivas (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 – 16 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/14974037-ef1c-4c78-83cd-737977a0bc9d>

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.estategia.com/meus-cursos/infectologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Paracoccidioidomicose; 2.0 Aspergilose Pulmonar

Dicas da Tarefa:

Revalidando, os assuntos aqui presentes geralmente aparecem como diagnóstico diferencial nas alternativas das questões do Revalida. Portanto, não é uma tarefa com grande relevância, embora valha a pena ter uma noção do tema. Dessa forma, priorize a leitura das dicas e treine com questões.

❖ Paracoccidioidomicose:

- Etiologia: **Paracoccidioides brasiliensis** e o **Paracoccidioides lutzii** - espécies de fungos endêmicos;
- Transmissão: a transmissão para seres humanos ocorre através da inalação dos artroconídios (esporos) desse fungo, e será constantemente relacionada às profissões que envolvem o manejo do solo profundo: **lavrador, jardineiro ou trabalhador de construção civil**.



- Fatores de risco:

Fatores de risco associados ao desenvolvimento de paracoccidioidomicose ativa	
Epidemiológicos	Demográficos
Zona rural	Sexo masculino
Atividade de manuseio de solo	30 a 50 anos
Doenças prévias	Predisposição imunológica
Tuberculose pulmonar prévia	Imunossupressão (HIV, câncer etc.)
Tabagismo	Uso de imunobiológicos
Etilismo crônico	Predisposição genética (maior resposta Th2)

- **Formas clínicas:**

A doença acomete prioritariamente o sistema reticulo-endotelial, mas sua disseminação hematogênica e por contiguidade poderá ser responsável pelo comprometimento de muitos outros órgãos, como sistema nervoso central, pulmões e ossos. É considerada a grande mimetizadora da tuberculose!

- ➔ **Infecção assintomática (ou forma residual):** é o que acontece com a maior parte dos pacientes, que desenvolverá um foco latente de infecção que nunca reativará (geralmente um linfonodo peri-hilar calcificado que dificilmente será visualizado em radiografias de tórax);
- ➔ **Forma aguda/subaguda (também chamada de forma juvenil):** é a apresentação clínica com maior morbimortalidade na paracoccidioidomicose. Ela nunca é leve, sempre moderada ou grave. Memorize que: a forma aguda raramente acomete pulmões!
- ➔ **Forma crônica (também chamada de forma adulta):** mais comum e mais cobrada em provas. Diferentemente da evolução catastrófica da forma aguda, a crônica tem evolução granulomatosa e crônica, com progressão lenta e meses de duração. O marcante dessa forma é o acometimento pulmonar e o acometimento de múltiplos órgãos após disseminação linfática e hematogênica.

Observe a tabela abaixo:



Apresentações clínicas da paracoccidioidomicose	
Forma aguda/subaguda (infantil) 5% a 25%	Forma crônica (do adulto) > 70%
Febre	Perda ponderal
Hepatoesplenomegalia	Infiltrados pulmonares/ Adenopatia hilar
Linfadenopatia inflamatória e fistulizante	Invasão de adrenais
Diarreia	Invasão do SNC
Obstrução intestinal (adenopatia mesentérica)	Invasão osteoarticular
Úlceras de pele e mucosas	Linfadenopatia em cadeia, profunda, não inflamatória (simula a adenopatia neoplásica)
Perda ponderal	
Invasão osteoarticular	
Laboratoriais: eosinofilia de sangue periférico (50% dos casos)	Laboratoriais: testes de imunofluorescência direta e indireta (anticorpos) positivos

- **Alterações laboratoriais e radiológicas:**
 - Hemograma: eosinofilia
 - VHS aumentado
 - Alteração radiológica (fase crônica): **infiltrado em “asa de borboleta”** (poupa bases e ápices pulmonares).
- **Diagnóstico:** microbiológico → achar o fungo em uma amostra de líquido ou tecido (escarro, biópsia de pele, esfregaço de linfonodo, biópsia de medula...).
A microscopia evidenciará **leveduras coradas pelo KOH 10%, com o aspecto de “roda de leme” (DECORE!)**
- **Tratamento:** **itraconazol (primeira linha), sulfametoxazol + trimetoprim** (alternativo por ter um clareamento fúngico mais lento se comparado ao itraconazol) ou **anfotericina B** (casos disseminados e graves).

❖ Histoplasmose:

- **Etiologia:** *Histoplasma capsulatum*, fungo dimórfico que cresce abundantemente em solos ricos em amônia, úmidos e frios;
- **Fator de risco:** **exposição a fezes de morcegos** (que geralmente ocorre durante visitas turísticas em grutas ou em profissões, como biólogos, geólogos e espeleologistas) e **exposição a viveiros de aves e galinheiros.**
- **Quadro clínico:**
 - Doença frequentemente assintomática e subclínica na maior parte dos pacientes





imunocompetentes;

- **Forma pulmonar aguda:** mais comum e autolimitada. Sintomas gripais (febre, tosse seca e dor torácica) e radiografia de tórax mostrando um **padrão de pneumonia intersticial com linfadenopatia e micronódulos na tomografia de tórax**. Esse paciente não se beneficiará de tratamento antifúngico.

- **Forma pulmonar crônica:** sintomas com mais de 6 semanas de duração, levando à ocorrência de **infiltrados pulmonares persistentes com eventuais cavitações**. Os sintomas crônicos incluirão os da forma aguda (febre, tosse seca e dor torácica), mas também **mimetizarão a tuberculose**, gerando a famosa “sudorese noturna”, hemoptise e síndrome consumptiva.

- **Forma disseminada:** mais prevalente em indivíduos imunossuprimidos (HIV com CD4+ < 100 células/mm³). **Tosse, dor torácica, hemoptise, adenopatia, esplenomegalia e pancitopenia**.

- **Diagnóstico:** Microbiológico → leveduras intracelulares e extracelulares no esfregaço direto de escarro, lavado broncoalveolar, aspirado de linfonodos e de medula óssea

- **Tratamento:**

Tratamento das diferentes formas clínicas de histoplasmose	
Histoplasmose Pulmonar	Tratamento
Aguda, autolimitada, paciente imunocompetente	Nenhum. Observação clínica
Leve ou moderada	Itraconazol
Severa	Anfotericina B lipossomal por 7 a 14 dias, com descalonamento para itraconazol
Histoplasmose Disseminada	Tratamento
Leve	Itraconazol
Moderada e severa	Anfotericina B lipossomal por 7 a 14 dias, com descalonamento para itraconazol
Sistema nervoso central	Anfotericina B lipossomal por 4 a 6 semanas, com descalonamento para itraconazol

❖ Aspergilose pulmonar:

- **Etiologia:** diferentes espécies de fungos do gênero *Aspergillus*, encontrados geralmente em solo, folhas e madeira em decomposição.
- **Dica:** é a infecção fúngica pulmonar mais comum em imunossuprimidos, sendo o principal fator de risco a neutropenia prolongada.
- **Formas clínicas:**
 - **Aspergilose pulmonar crônica:** encontrada em pacientes com alguma cavitação pulmonar preexistente (ex: pós-tuberculose pulmonar). Se apresenta com tosse crônica, dispneia, vômito (expectoração de grandes quantidades de escarro de maneira inesperada) e perda ponderal. Geralmente a questão descreve a presença de uma **lesão fúngica pedunculada em uma cavitação preexistente**, conhecida como **aspergiloma (ou bola fúngica)**. Tratamento: **itraconazol por 6-12 meses + ressecção cirúrgica do aspergiloma**.
 - **Aspergilose pulmonar invasiva:** forma mais grave, encontrada geralmente em pacientes com imunodeficiências. Se apresenta com tosse expectorada, dispneia, dor torácica do tipo pleurítico (piora à inspiração) e hemoptise. O achado clássico é a presença do **“sinal do halo”** (nódulo consolidativo circundado por um halo de vidro fosco) **na tomografia**. **Dica: paciente imunossuprimido + “sinal do halo” = pensar em aspergilose pulmonar invasiva!**
- **Diagnóstico:** lavado broncoalveolar com fungoscopia, cultura de fungos e **pesquisa de galactomanana**.
- **Tratamento:** Voriconazol por no mínimo 6 semanas.

Tarefa 11 (Avançada)

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

Link – 16 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/14974037-ef1c-4c78-83cd-737977a0bc9d>

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: Endocrinologia

Assunto: Hipotireoidismo

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Endocrinologia**. Vamos estudar o assunto Hipotireoidismo, cobrado nas últimas 4 edições do Revalida. Fique atento(a)!

- ➔ **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 Hipotireoidismo (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 – 24 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/92e84492-424e-4078-9055-b3a8555f2bf6>

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.estategia.com/meus-cursos/endocrinologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Definição e Epidemiologia; 2.0 Etiologia; 3.0 Apresentação clínica; 4.0 Diagnóstico e investigação adicional; 5.0 Tratamento; 6.0 Hipotireoidismo na gestação; 7.0 Coma mixedematoso

Dicas da Tarefa:

Revalidando, praticamente em todas as edições da prova do Revalida caiu uma questão sobre Hipotireoidismo. Você deve dar especial atenção:

- Passo a passo diagnóstico na suspeita de quadro de hipotireoidismo
- Conduta no hipotireoidismo subclínico
- Tratamento do hipotireoidismo na gestação

❖ Em áreas suficientes em iodo, como o Brasil, a principal causa de Hipotireoidismo adquirido é a Tireoidite crônica autoimune (ou linfocítica), também conhecida como Tireoidite de Hashimoto (TH). A doença decorre de uma destruição autoimune da glândula tireoide e os autoanticorpos mais associados à sua patogênese da TH são:

- Antitireoperoxidase (anti-TPO)
- Antitireoglobulina

❖ Apresentação clínica do hipotireoidismo:

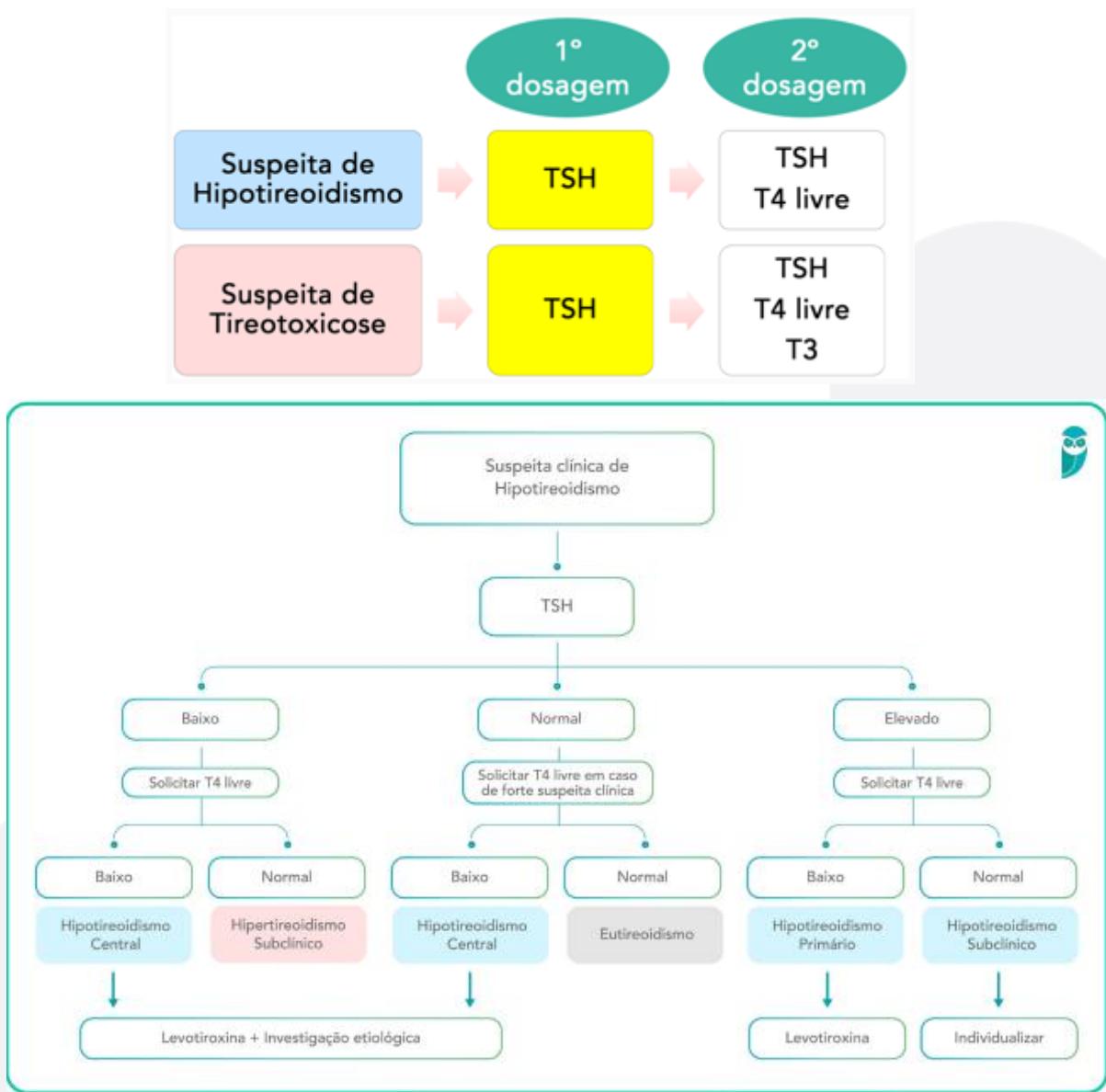
- Bastante variável, de quadros leves a graves a depender do grau de deficiência hormonal e da fase da vida em que a doença se apresenta.
- Observe o quadro abaixo:



Apresentação clínica do Hipotireoidismo	
Sintomas	Sinais
<ul style="list-style-type: none"> - Fadiga e fraqueza - Intolerância ao frio - Dispnéia aos esforços - Leve ganho de peso - Constipação - Rouquidão - Edema - Diminuição da audição - Mialgia e parestesia - Artralgia - Depressão - Irregularidade menstrual, hipomenorréia e menorragia 	<ul style="list-style-type: none"> - Bócio (pelo efeito trófico do TSH) - Fala arrastada - Lentificação dos reflexos tendinosos - Bradicardia - Carotenemia - Pele grossa e seca - Fáscies edemaciada e edema periorbital - Madarose - Queda de cabelo e Alopecia - Macroglossia e Síndrome da apneia obstrutiva do sono - Hipertensão diastólica - Serosites (Derrames pleural e pericárdico, Ascite) - Galactorrea - Baixa estatura, atraso puberal e disfunção cognitiva (se inicio na infância)
Alterações laboratoriais	
<ul style="list-style-type: none"> - Hipercolesterolemia - Hiponatremia Na⁺ - Hipoprolactinemia - Hiperhomocistinemia - Anemia - Elevação da creatinofosfoquinase (CK) - Elevação reversível da creatinina 	

❖ Revalidando, é fundamental que você memorize o fluxograma de investigação na suspeita de hipotireoidismo:

- Observe que: em um contexto de suspeita de doença tireoidiana clinicamente manifesta ou rastreio de hipotireoidismo, o primeiro exame a ser solicitado é o TSH (mais sensível e específico para o diagnóstico de disfunção tireoidiana). Se a dosagem do TSH se encontrar alterada, devemos solicitar uma segunda dosagem de TSH associada a outros hormônios:



❖ Tratamento:

Hipotireoidismo primário:

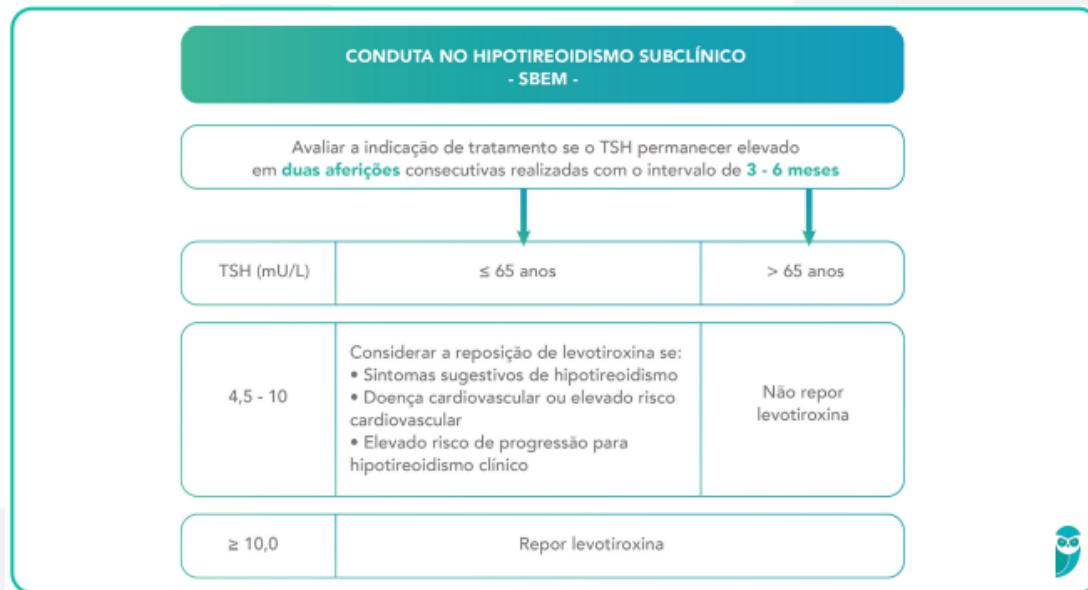
- **Levotiroxina (T4 sintético)** é a terapia padrão de reposição hormonal;
- Podemos reavaliar a função tireoidiana após quatro a seis semanas. Caso o TSH não se encontre dentro da faixa da normalidade, devemos realizar um incremento de dose e reavaliar a função tireoidiana após o mesmo intervalo (quatro a seis semanas);
- **Atenção:** sempre que um paciente com Hipotireoidismo apresentar níveis de TSH inadequados, a despeito da reposição de levotiroxina, antes de considerarmos o aumento da dose terapêutica, devemos nos certificar de que o paciente está ingerindo a medicação de forma adequada:
 - Preferencialmente em jejum, com água, 30 a 60 minutos antes do café da manhã;
 - Os pacientes que não puderem tomar a levotiroxina em jejum podem ingeri-la antes de dormir (desde que a última refeição tenha sido realizada há pelo menos 2 horas);
 - A levotiroxina não deve ser tomada juntamente com outros medicamentos que interfiram na sua absorção, tais como: inibidores da bomba de prótons (IBPs), resinas de troca de ácidos biliares, carbonato de cálcio, sulfato ferroso, raloxifeno, ciprofloxacino, sucralfato e hidróxido de alumínio.

❖ **Hipotireoidismo subclínico: (INEP 2021)**

- É um diagnóstico laboratorial, onde o paciente apresenta níveis de T4 livre ainda na faixa da normalidade.
- Não necessariamente o paciente é assintomático, podendo cursar com sinais e sintomas associados.
- Tratamento (bastante controverso na literatura):
 - Vamos nos basear na última diretriz, publicada em 2013, pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia:
 - Decore o quadro abaixo:



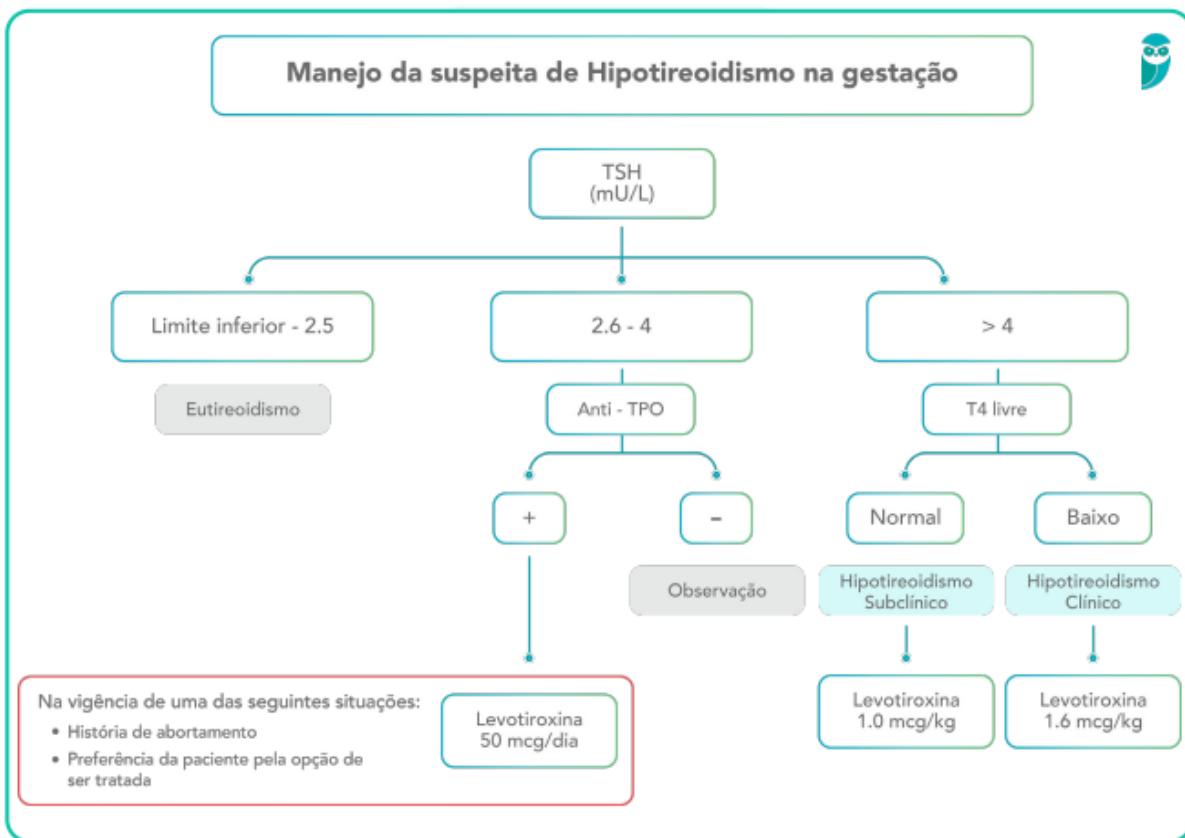
ACORDE!



Atenção: Pacientes com TSH ≥ 10 mU/L SEMPRE deverão receber levotiroxina, e esse é o único ponto específico entre os diversos protocolos! Nesse caso, há maior risco de evolução para hipotireoidismo clínico e desfechos cardiovasculares negativos (aterosclerose e infarto agudo do miocárdio).

❖ **Hipotireoidismo e gestação: (INEP 2017 e 2012)**

- **Situação 1: Paciente que já tinha diagnóstico de hipotireoidismo antes de engravidar**
 - Considerando o fato de que a gestação aumenta a demanda por T4, em mulheres que sejam portadoras de hipotireoidismo e engravidem, recomenda-se um acréscimo de 30% na dose de levotiroxina;
 - Devemos reavaliar a função tireoidiana quatro semanas após cada alteração na dose de reposição de levotiroxina.
 - Uma vez que o parto é realizado, a mulher pode retornar à sua dose habitual pré-concepcional.
- **Situação 2: Suspeita de hipotireoidismo na gestação**



Observe que: valores de TSH acima de 4 um/mL são indicativos de reposição de levotiroxina, independentemente do valor do T4 livre!

Tarefa 12 (Avançada)

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

Link – 24 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/92e84492-424e-4078-9055-b3a8555f2bf6>

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: Gastroenterologia

Assunto: Hemorragias Digestivas

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Gastroenterologia** e aborda o **assunto mais cobrado pela banca do Inep dentro dessa disciplina**. Fique atento(a), pois provavelmente esse tema será cobrado 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 Hemorragias Digestivas (Gastro).

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 – 27 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/0328a9ae-3fdc-4fee-8037-901776db11d6>

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.estategia.com/meus-cursos/gastroenterologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Definições e etiologias; 2.0 Manejo clínico e terapêutico; 3.0 Resumo

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é o assunto que mais cai no Revalida dentro da disciplina de Gastroenterologia! O mais importante para a prova é a conduta diante de casos de hemorragia digestiva.

❖ Hemorragia Digestiva Alta – principais etiologias:

- A questão NÃO forneceu qualquer dado relevante? Doença Ulcerosa Péptica;
- Paciente usou recentemente AAS ou AINEs? Doença Ulcerosa Péptica;
- História de dor epigástrica recorrente? Doença Ulcerosa Péptica;
- Tem estigmas de hipertensão portal ou cirrose avançada? Sangramento por varizes;
- Teve hematêmese após vômitos sucessivos? Síndrome de Mallory-Weiss;
- Sangramento maciço, com coágulos na pequena curvatura do corpo? Lesão de Dieulafoy;
- Dor abdominal e icterícia, com trauma ou manipulação das vias biliares? Hemobilia;
- Paciente em CTI, com história de trauma do SNC ou grande queimado? Úlcera de estresse;
- Tem mais de 50 anos, com emagrecimento importante? Considerar neoplasia.



❖ Conduta na Hemorragia Digestiva Alta não Varicosa (INEP 2022 e 2020)

1) Estabilização Hemodinâmica com soluções cristalóides:

Atenção: se paciente com choque hipovolêmico refratário à reposição de cristaloides, considerar transfundir 1 concentrado de hemácias.

2) Terapia farmacológica:

- Administração do **inibidor de bomba de prótons (IBP) intravenoso** → deve ser feito em todo paciente com HDA

3) Localizar e tratar a fonte do sangramento:

- O exame de escolha é a **endoscopia digestiva alta (EDA)**, capaz de examinar o trato digestivo superior e encontrar a lesão sangrante em cerca de 90% dos casos;

- Quais são as lesões que precisam de tratamento endoscópico?

- Úlcera péptica de alto risco pela classificação de Forrest: IA e IB (sangramento ativo), IIA (vaso visível) e IIB (coágulo aderido).
- Lesão de Dieulafoy.
- Lesão de Mallory-Weiss que esteja com sangramento ativo durante a EDA.
- Sangramento varicoso.

- No tratamento endoscópico, são introduzidos instrumentos através do canal de trabalho do aparelho, promovendo hemostasia diretamente na lesão. As três modalidades de hemostasia são:

- a) **Escleroterapia:** consiste na injeção de substância esclerosante diretamente na área perivasicular, como adrenalina ou álcool absoluto;
- b) **Hemostasia térmica:** consiste na cauterização do vaso com dispositivo que transmite calor, como cateter bipolar, plasma de argônio ou heater probe;
- c) **Hemostasia mecânica:** consiste na aplicação de cliques metálicos que fazem o colabamento mecânico do vaso.

Atenção: Para o tratamento da úlcera hemorrágica, a recomendação atual é a terapia combinada de 2 métodos hemostáticos, sendo ainda mais importante nos sangramentos de alto risco. (INEP 2016)

❖ Conduta na Hemorragia Digestiva Alta Varicosa – (INEP 2020, 2012 e 2011)

1) Conduta inicial:

Garantir vias aéreas périvas e restaurar a volemia. Atenção: a reposição volêmica deve ser cautelosa no paciente cirrótico, pois o excesso de volume pode piorar a hipertensão portal e recidivar o sangramento.

2) Definir a provável etiologia:

Considere a possibilidade de sangramento varicoso em pacientes com hematêmese e sinais clínicos de cirrose avançada ou de hipertensão portal, como: icterícia; hepatomegalia; ascite; telangiectasia; ginecomastia...

3) Avalie a necessidade de hemotransfusão:

No cirrótico, a hemotransfusão só é feita com níveis de hemoglobina abaixo de 7 g/dL, pois a transfusão também pode aumentar a pressão portal e precipitar recidiva do sangramento;

4) Faça a terapia farmacológica:

Na suspeita de sangramento varicoso, há 2 medicações essenciais:

- Vasoconstritor esplênico: reduz o fluxo sanguíneo esplênico, reduzindo a pressão portal. As 3 medicações recomendadas com essa finalidade são a **terlipressina** (um análogo da vasopressina), a **somatostatina** e seu análogo, o **octreotide**.
- Antibiótico profilático: todo cirrótico com hemorragia digestiva deve receber profilaxia antibiótica para evitar peritonite bacteriana espontânea (PBE). As drogas de escolha são a **ceftriaxona intravenosa** (em pacientes com função hepática pior) ou a **norfloxacina oral** (nos pacientes mais estáveis).



- Atenção: Propranolol NÃO DEVE ser feito na fase aguda do sangramento. Essa droga é utilizada como profilaxia (para evitar o sangramento), podendo ser retornada após o 6º dia do sangramento agudo.

5) Localize e trate a fonte do sangramento:

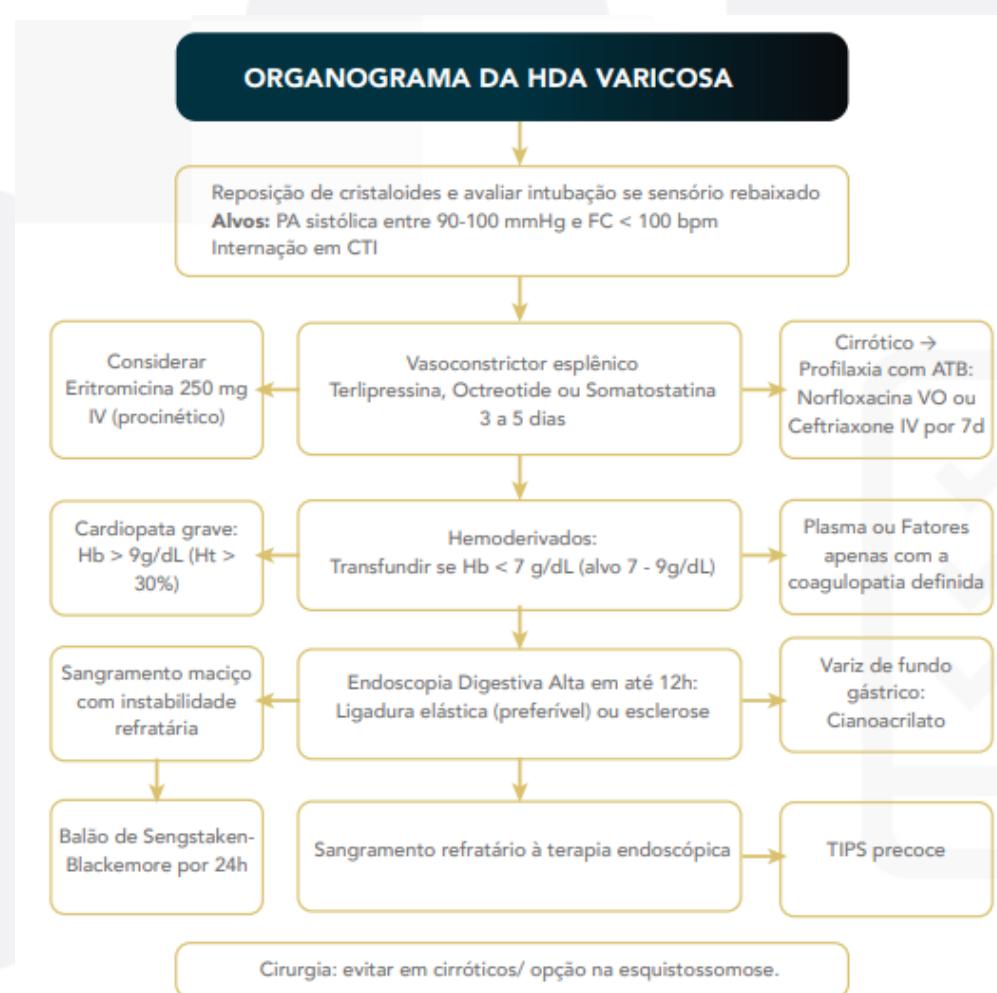
Existem 3 tipos de tratamento endoscópico, a depender de onde as varizes estão localizadas:

- Ligadura elástica: aspiração e garroteamento dos cordões varicosos, usando o próprio aparelho de endoscopia. Atualmente, essa é a **técnica preferencial**, pois tem menos eventos adversos do que a escleroterapia;
- Escleroterapia: injeção de etanolamina a 3% diretamente na variz sangrante. Embora seja tão eficaz quanto a ligadura, é menos usada em razão de seus eventos adversos, como perfuração do esôfago, mediastinite, dor e sangramento;
- Injeção de cianoacrilato: cola biológica usada exclusivamente no tratamento das varizes de fundo gástrico.

6) Institua um tratamento de resgate, se necessário:

O sangramento varicoso intenso ou refratário requer intervenção imediata, já que a mortalidade muito alta. Nessas situações, o método mais rápido é a passagem do balão de Sengstaken-Blakemore. Lembrando que o balão não é um tratamento definitivo e só pode permanecer insuflado, no máximo, por 24 horas. Se ficar mais tempo, pode provocar necrose e perfuração do esôfago.

Revalidando, o organograma abaixo resume tudo o que foi falado acima:





❖ Hemorragia Digestiva Baixa

- Geralmente se manifesta com **hematoquezia ou enterorragia**, eventualmente de grande volume e com instabilidade hemodinâmica;
- Etiologia: na grande maioria dos casos, a HDB ocorre em idosos, tendo o cólon como origem do sangramento e a **doença diverticular como principal etiologia**. Se a questão quiser que você considere outra causa, fornecerá evidências sobre isso! Nesse caso, siga o raciocínio abaixo:



Diagnóstico diferencial da hemorragia digestiva baixa			
Quadro clínico	Causa principal	Considerar	Menos comum
Sangramento > 50 anos	Diverticulose colônica	Angiodisplasias	Neoplasia maligna
Sangramento < 50 anos	Hemorroidas, fissuras	Doença inflamatória (diarreia, tenesmo)	Pólipos adenomatosos
Hemorragia em crianças	Divertículo de Meckel (pico: 5 a 10 anos)	Intussuscepção (até os 3 anos)	Pólipos juvenis (pré-adolescentes)
Radioterapia pélvica	Proctite actínica		
Arritmias ou fatores de risco para doença arterial periférica	Colite isquêmica		

➤ Conduta diante de uma HDB – (INEP 2016, 2015 e 2013)

1) Avaliar via aérea e volemia:

- O comprometimento das vias aéreas é bem menos frequente na HDB, já que aqui não há hematêmese, porém, alguns pacientes com sangramento acentuado podem ter rebaixamento do nível de consciência por hipovolemia, o que pode requerer intubação orotraqueal;
- Parâmetros para considerar instabilidade hemodinâmica: PAS < 100 mmHg e FC > 100 bpm, de forma que a reposição volêmica deve ser prontamente instituída.

2) Definir a provável etiologia:

- Em caso de enterorragia ou hematoquezia de grande volume, em até 10 a 15% dos casos, esse sangramento é provocado por uma lesão acima do ângulo de Treitz, ou seja, pode ser uma hemorragia digestiva alta! Por isso, começaremos a investigação pela **endoscopia digestiva alta**, a fim de **descartar a HDA como causa do sangramento** (15% dos casos).
- Se a EDA for normal e o paciente se mantiver estável, inicia-se o preparo de cólon para realizar a **colonoscopia**.
- Revalidando, memorize o quadro abaixo, que mostra os principais exames utilizados durante a investigação da HDB:



Métodos complementares utilizados na hemorragia digestiva baixa	
MÉTODOS ENDOSCÓPICOS	INDICAÇÃO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	Indicada para descartar HDA como causa de enterorragia. Em até 15% dos casos, a causa do sangramento vem do tubo digestivo alto, como a úlcera duodenal.
COLONOSCOPIA	Considerado método ideal no manejo da HDB, pois a maioria das lesões sangrantes está no cólon, sendo capaz de identificá-las durante o sangramento ou fora dele, além de realizar a hemostasia. Se a EDA for normal, a colonoscopia já deve ser feita a seguir. Porém, em sangramentos leves, intermitentes ou tardios, pode-se começar a investigação pela colonoscopia, sem necessidade de EDA prévia.
CÁPSULA ENDOSCÓPICA	Investiga sangramento suspeito do intestino delgado. Apenas localiza, não trata. Em pacientes com anemia ferropriva, sangue oculto positivo ou sangramento visível, mas com EDA e colono normais, deve-se suspeitar de sangramento de delgado.
ENTEROSCOPIA	Indicada para biopsiar ou tratar as lesões do intestino delgado que foram identificadas por outros métodos, como a cápsula endoscópica. É realizada com endoscópios especiais, capazes de alcançar toda a extensão do intestino delgado. Exige equipamentos de alta tecnologia e expertise técnica, sendo pouco realizado na prática.
MÉTODOS RADIOLÓGICOS	INDICAÇÃO
ARTERIOGRAFIA SELETIVA	Indicada na HDB com sangramento ativo de grande volume (quando não é possível realizar a colonoscopia) ou após falha terapêutica do procedimento endoscópico. Exige fluxo mínimo de sangramento acima de 0,5 a 1 mL/minuto . É capaz de localizar e tratar a lesão hemorrágica por meio da cateterização seletiva do território vascular, injetando vasoconstrictores ou realizando a embolização.
CINTILOGRAFIA C/ HEMÁCIAS MARCADAS	Indicada quando há suspeita de sangramento do intestino delgado (sangramento ativo ou intermitente, com EDA e colonoscopia normais). Também é o exame mais indicado para HDB em crianças. Apenas localiza a lesão, não é capaz de tratar. Requer sangramento de baixo fluxo: 0,1 a 0,4 mL/minuto , sendo considerado o exame radiológico de sensibilidade mais alta, capaz de localizar até sangramentos intermitentes.
ANGIO-TC	Indicada em pacientes com sangramento ativo de grande volume, sem condições de colonoscopia. Quase sempre é usada para localizar a topografia do sangramento previamente à arteriografia, orientando para o território vascular mais provável. Apenas localiza o sítio, não possibilita hemostasia. Requer sangramento de baixo fluxo: 0,3 a 0,5 mL/min.

3) Institua um tratamento de resgate, se necessário:

- Caso o sangramento seja de grande volume, com instabilidade hemodinâmica refratária, deve-se optar pelo método radiológico – a arteriografia com embolização seletiva – ou pela intervenção cirúrgica – a colectomia total.
- **Atenção:** já devem ser indicados imediatamente para a cirurgia → pacientes com sangramento ativo maciço e instabilidade hemodinâmica refratária às tentativas de restauração volêmica!





Revalidando, o organograma abaixo resume os pontos essenciais do atendimento da hemorragia digestiva baixa maciça com instabilidade hemodinâmica:



Tarefa 13 (Avançada)

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

Link – 27 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/0328a9ae-3fdc-4fee-8037-901776db11d6>

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: Psiquiatria

Assunto: Transtorno de Ansiedade

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Psiquiatria, trazendo o sétimo assunto mais cobrado pela banca dentro dessa disciplina.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Transtorno de Ansiedade (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 – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e69e1144-ebcd-486f-8f84-d83f5654ab25>

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.estategia.com/meus-cursos/psiquiatria-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Transtorno de ansiedade generalizada (TAG); 2.0 Transtorno de Pânico (TP); 3.0 Agorafobia; 4.0 Transtorno de ansiedade social (TAS); 5.0 Fobias específicas

Dicas da Tarefa:

Revalidando, o foco dessa tarefa deve ser o estudo do “Transtorno da Ansiedade Generalizada” e “Transtorno do Pânico”, temas já cobrados pela banca do INEP. Geralmente, o nível de complexidade das questões sobre esses temas é baixo.

❖ **Transtorno da Ansiedade Generalizada: (INEP 2022)**

- Conceito: ansiedade permanente, em que o paciente se sente, na maior parte do tempo, apreensivo e preocupado, antecipando em sua mente possíveis problemas futuros. É mais comum no sexo feminino;
- Diagnóstico: detecção de um padrão de ao menos 6 meses de ansiedade generalizada, que causa prejuízos à funcionalidade do paciente;
- Tratamento:
 - **Psicoterapia e psicofarmacoterapia;**
 - Caso necessário, podem ser usadas drogas de primeira linha (tratamento de manutenção): inibidores da recaptação de serotonina (fluoxetina ou sertralina);
 - Atente: em geral, o tratamento medicamentoso deve continuar por até 12 a 24 meses após a remissão dos sintomas

❖ **Transtorno de Pânico: (INEP 2017)**

- Conceito: eventos súbitos, fugazes e inesperados (isto é, não há gatilho evidente nesse transtorno), em que o paciente é tomado por sensação de grande ansiedade ou medo, associados a diversos sintomas físicos, como dor no peito, palpitação, tontura, sudorese, dispneia, entre outras queixas. Geralmente os ataques duram entre 5-30 min e muitos pacientes acreditam que estão infartando.



- **Bizu para a prova:** geralmente se trata de um paciente jovem, que ao procurar a emergência descreverá como uma “sensação de morte iminente”. Seus exames provavelmente estarão normais ou inconclusivos.
- Tratamento:
 - Terapia cognitivo-comportamental e a terapia psicofarmacológica;
 - Tratamento medicamentoso: baseado no uso de antidepressivos, preferencialmente ISRS, associados, se necessário, ao uso de benzodiazepínicos, por até 3 meses, retirando-os gradualmente do esquema após esse período.

❖ Agorafobia: (INEP 2022)

- Conceito: medo ou ansiedade se exposto a lugares ou situações de que considera difícil conseguir escapar ou conseguir socorro (ex: estádios, shoppings, ruas movimentadas...);
- Geralmente se inicia no final da adolescência e pode estar associada ao transtorno do pânico;
- Tratamento: ISRS são considerados drogas de primeira linha, assim como a clomipramina. Os benzodiazepínicos são medicamentos com rápido início de ação, que melhoram os sintomas fóbicos e que podem ser usados antes de situações que tipicamente geram desconforto no paciente

Tarefa 14 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e69e1144-ebcd-486f-8f84-d83f5654ab25>

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: Cardiologia

Assunto: Insuficiência Cardíaca

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Cardiologia com o assunto Insuficiência Cardíaca.

- ➔ **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 Insuficiência Cardíaca (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 – 22 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/776e36d2-fdbd-4598-bcde-5330fa21dec3>

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.estategia.com/meus-cursos/cardiologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Definição; 2.0 Epidemiologia; 3.0 Classificação; 4.0 Etiologia; 5.0 Fisiopatologia; 6.0 Manifestações clínicas; 7.0 Diagnóstico; 8.0 Exames complementares; 9.0 Tratamento; 10.0 Insuficiência cardíaca aguda

Dicas da Tarefa:

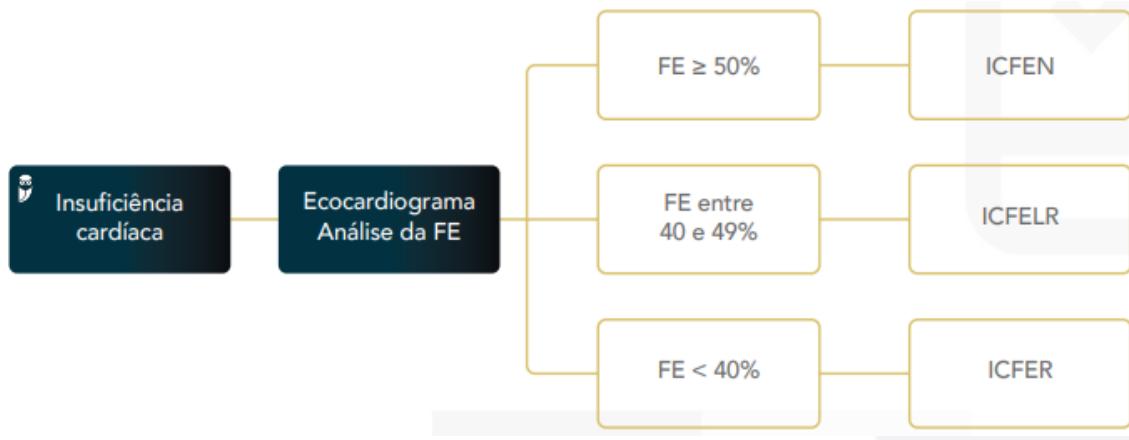
Revalidando, geralmente quando a banca do Inep aborda o tema “Insuficiência cardíaca”, o tópico solicitado nas questões é o Tratamento dessa patologia. A última questão sobre esse tema caiu na edição de 2015 da prova.

❖ **Classificação da IC:**

- De acordo com os sintomas do paciente (NYHA):

Classificação de IC baseada em sintomas – <i>New York Heart Association (NYHA)</i>	
NYHA I	Sem sintomas aos esforços. Tolera bem as atividades cotidianas
NYHA II	Cansaço ou dispneia aos esforços cotidianos
NYHA III	Cansaço ou dispneia aos pequenos esforços
NYHA IV	Não consegue fazer nenhuma atividade sem cansaço ou dispneia. Sintomas podem surgir em repouso

- De acordo com a fração de ejeção:



- De acordo com o estágio da doença:

Classificação de IC baseada no estágio da doença		
ESTÁGIO A	RISCO	Alto risco de IC, mas sem danos cardíacos estruturais definidos ou sem sintomas de IC (exemplo: paciente com hipertensão arterial, diabetes, uso de drogas cardiotóxicas, história familiar...)
ESTÁGIO B	DANO	Doença estrutural cardíaca, mas sem sintomas de IC (exemplo: infarto agudo do miocárdio, valvopatia, hipertrofia ventricular)
ESTÁGIO C	SINTOMAS	Doença estrutural cardíaca com sintomas de IC (exemplo: disfunção sistólica e/ou diastólica gerando congestão pulmonar/sistêmica responsável pelos sintomas)
ESTÁGIO D	FALÊNCIA	IC refratária com necessidade de intervenções especializadas (exemplo: estágio avançado de disfunção ventricular que demanda uso de drogas vasoativas ou dispositivos mecânicos de suporte circulatório ou estimulação ventricular)

❖ Etiologia da Insuficiência cardíaca:

- Principal causa de IC sistólica: cardiopatia isquêmica
- Principal causa de IC diastólica: cardiopatia hipertensiva

❖ Fisiopatologia: (INEP 2015)

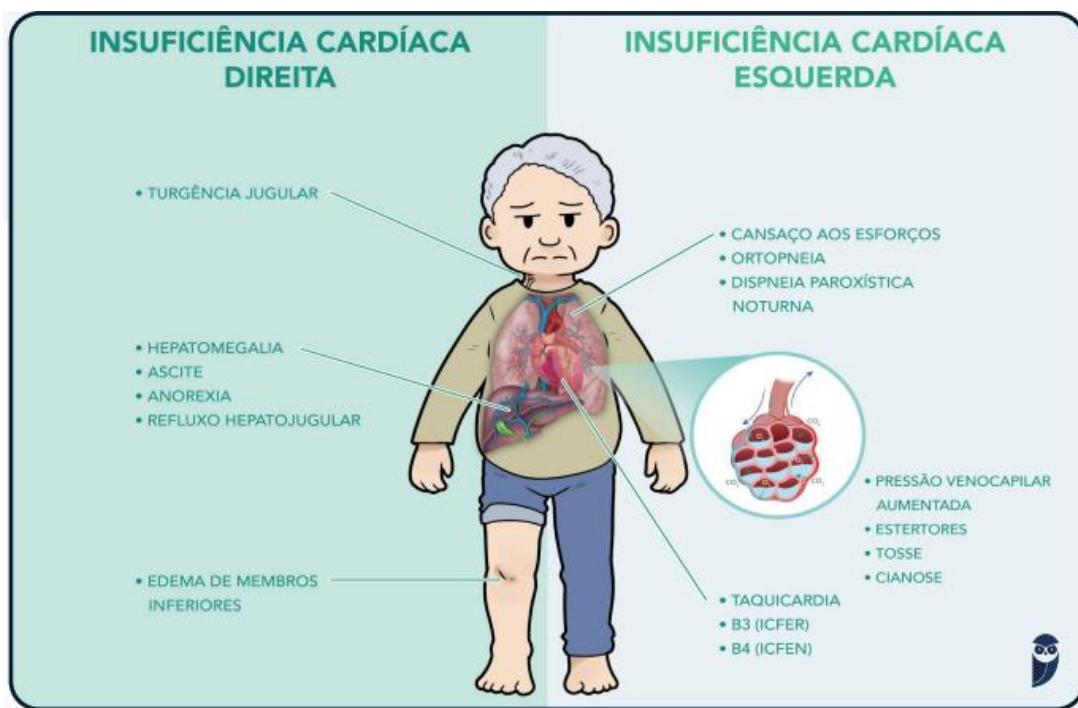
a) IC sistólica:

- Associada a um remodelamento excêntrico das fibras cardíacas, com dilatação das cavidades e fração de ejeção reduzida.
- Principais achados histológicos associados ao remodelamento cardíaco: perda de miócitos por apoptose, hipertrofia dos miócitos remanescentes, proliferação de fibroblastos e fibrose

b) IC diastólica:

- Associada ao remodelamento concêntrico das fibras cardíacas, com hipertrofia das cavidades e fração de ejeção preservada/normal.
- Observaremos aumento das pressões de enchimento e redução no débito cardíaco.

❖ Manifestações clínicas:



Memorize o quadro abaixo, que correlaciona os achados clínicos com os mecanismos fisiopatológicos da doença:

CORRELAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DOS SINAIS/SINTOMAS DE IC	
Congestão pulmonar	Ortopneia, dispneia paroxística noturna, tosse noturna, crepitações pulmonares, derrame pleural
Congestão sistêmica	Turgência jugular patológica, refluxo hepatojugular, ascite, hepatomegalia, ganho de peso, edema de membros inferiores
Baixo débito cardíaco	Extremidades frias, baixo débito urinário, sonolência, prostração, cansaço, anorexia, pulsos reduzidos, pulso <i>alternans</i>
Aumento do tônus simpático	Taquicardia, palpitações, síncope
Sobrecarga de câmaras cardíacas	B4 (sobrecarga de pressão), B3 (sobrecarga de volume), desvio de <i>ictus cordis</i> , sopro mitral (dilatação anel), <i>ictus VD</i> palpável

❖ **Diagnóstico:** é clínico!

Utilizamos os critérios de Framingham: devemos ter **2 critérios maiores SIMULTÂNEOS** ou **1 critério maior e 2 menores**.



CRITÉRIOS DE FRAMINGHAM PARA DIAGNÓSTICO DE IC	
Critérios maiores	Critérios menores
Dispneia paroxística noturna	Edema de tornozelos bilateral
Turgência jugular	Tosse noturna
Crepitações pulmonares	Dispneia aos esforços
Cardiomegalia à radiografia de tórax	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Terceira bulha (B3)	Diminuição da capacidade funcional em 1/3 da máxima registrada previamente
Aumento da PVC ($> 16 \text{ cmH}_2\text{O}$)	Taquicardia (FC $> 120 \text{ bpm}$)
Perda de peso $> 4,5 \text{ kg}$ em 5 dias em resposta ao tratamento	

❖ Tratamento:

1. Medidas não farmacológicas recomendadas na IC:

Medidas não farmacológicas recomendadas na IC		
Medida	Recomendação	Classe de indicação
Programa multidisciplinar de cuidado	Visa melhorar a adesão, o autocuidado e, dessa forma, reduzir morbidade, hospitalizações e mortalidade por IC.	IA
Reabilitação ICFER	Exercício aeróbico regular para ICFER NYHA II a III para melhorar qualidade de vida e capacidade funcional - aumenta o consumo pico de oxigênio (VO ₂).	IA
Vacinação	Imunização para influenza anualmente e pneumococo a cada 5 anos para prevenção de fatores agravantes de IC.	IB/IC
Reabilitação ICFEP	Exercício aeróbico regular para ICFEP NYHA II a III para melhorar capacidade funcional e função diastólica.	IIA
Ácidos graxos poli-insaturados n-3 (ômega 3)	Suplementação alimentar com ácidos graxos poli-insaturados n-3 para redução de mortalidade e internações.	IIA
Restrição salina	Evitar ingesta de sal superior a 7 gramas/dia (equivalente a 2,8 gramas de sódio).	IIA

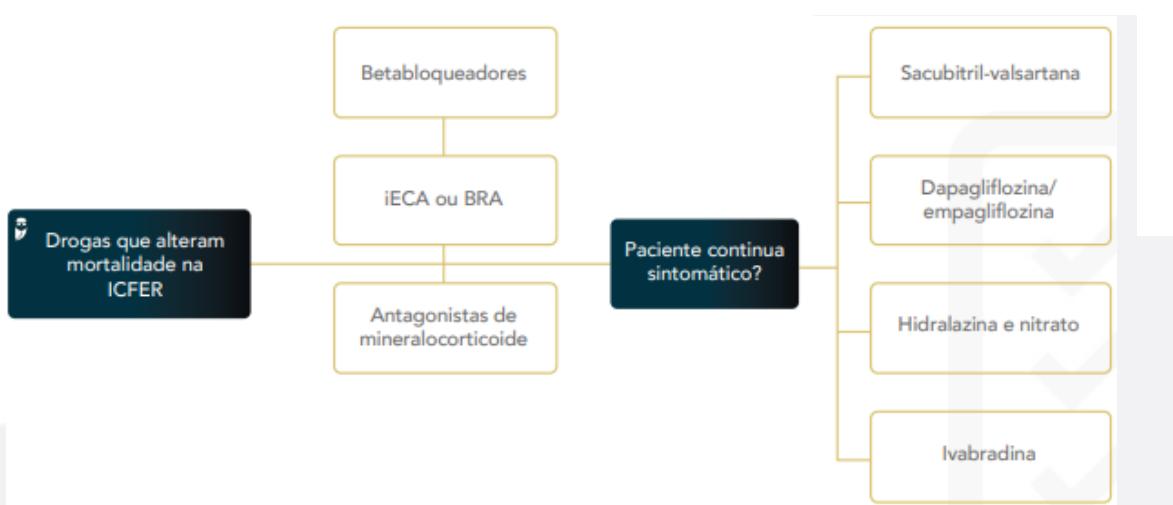
2. Tratamento farmacológico da IC com fração de ejeção reduzida (ICFER): (INEP 2011)

- Tripé clássico que modifica a mortalidade nesse tipo de IC:
iECA/BRA + betabloqueadores + antagonistas de mineralocorticoide (espironolactona)



- Dentre os betabloqueadores, os que modificam a mortalidade são: **carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol.**
- Dica: o benefício será maior quanto maior for a dose. Sendo assim, buscaremos sempre a dose máxima, desde que tolerada.
- Recentemente, outras drogas também foram aprovadas como sendo capazes de reduzir a mortalidade nesse grupo de pacientes:
 - **Complexo sacubitril-valsartana** (inibidor da neprilisina);
 - **Inibidores da SGLT2** (dapaglifozina ou empaglifozina).
- Atenção: para **melhor controle de sintomas, sem alterar, no entanto, a mortalidade**, podemos prescrever **diuréticos e digitálicos** (principalmente se a fração de ejeção for $\leq 45\%$).

ESCLARECENDO!



- **Importante:** contraindicações ao uso de iECA/BRA

Contraindicações ao uso de iECA/BRA
Potássio sérico $> 5,5 \text{ mEq/L}$
Estenose de artéria renal bilateral ou estenose de artéria renal em rim único
História de angioedema documentado com uso prévio de iECA (contraindicação a iECA)
Hipotensão sintomática
Considerar não usar em pacientes com Cr $> 3 \text{ mg/dL}$
Gestação

3. Tratamento farmacológico da IC com fração de ejeção preservada (ICFEP): (INEP 2011)

- Não existem drogas capazes de reduzir mortalidade, apenas sintomas e hospitalizações. Portanto, recomenda-se tratar as comorbidades!
- Não devemos usar drogas que melhorem a contratilidade cardíaca, já que o mecanismo da doença não é a disfunção sistólica. Sendo assim, devemos **evitar usar os digitálicos!**

4. Drogas contraindicadas na IC:



Drogas contraindicadas na IC	
AINES	Corticoides
Glitazonas	BCC não di-hidropiridínicos
Propafenona	Antidepressivos tricíclicos
Quimioterápicos cardiotóxicos	Cilostazol
Sotalol	Quinidina

Tarefa 15 (Avançada)

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

Link – 22 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/776e36d2-fdbd-4598-bcde-5330fa21dec3>

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: Nefrologia

Livro Digital: Doença Renal Crônica

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Nefrologia, a décima primeira em ordem de importância no Revalida.** Dentro de Nefrologia esse é um assunto importante, sendo o 4º mais cobrado.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Doença Renal Crônica (Nefrologia).

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.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/34721631-cc52-40bb-8dcf-64be0cd21538>

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 Nefrologia:

<https://med.estategia.com/meus-cursos/nefrologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Definição; 2.0 Epidemiologia; 3.0 Alterações Estruturais Renais; 4.0 Etiologia; 5.0 Complicações da Doença Renal Crônica; 6.0 Tratamento Conservador; 7.0 Terapias de Substituição Renal; 8.0 DRC x LRA: Como Diferenciar?

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse tema não é tão cobrado pela banca do Inep. Das últimas vezes em que foi abordado, o assunto das questões foi “Indicações de hemodiálise”. Foque nesse tópico!

- ❖ **Memorize as principais etiologias da doença renal crônica:**
 - **Hipertensão arterial:** 34%
 - **Diabetes mellitus:** 31%
 - Glomerulonefrite crônica: 9%
 - Doença renal policística: 4%
- ❖ **Fatores associados à progressão da DRC:** **proteinúria (principal)**, tabagismo, dislipidemia e descontroles pressórico e glicêmico. É essencial o reconhecimento desses fatores, pois é neles que podemos atuar com estratégias de prevenção!
Atente: a **proteinúria é sempre um marcador de doença renal**, pois reflete a integridade da barreira de filtração glomerular. A principal proteína avaliada é a **albumina**!
- ❖ **Nefropatia Hipertensiva:** (**INEP 2014**)
 - **Dica para a prova:** geralmente o paciente com DRC de causa hipertensiva vai apresentar HAS de longa data (acima de 10 anos) e de difícil controle, muitas vezes usando diversos anti-hipertensivos.
 - Manifestações renais que sugerem nefropatia hipertensiva:
 - Redução da taxa de filtração glomerular;
 - Proteinúria ausente ou subnefrótica (na faixa de 0,5-2 g/24 horas);
 - Restante do exame de urina sem leucocitúria ou hematúria.
 - USG: rins de tamanho reduzido (devido à isquemia prolongada) com sinais de cronicidade.
- ❖ **Nefropatia diabética:** (**INEP 2011**)
 - Cascata de alterações que ocorrem:



Hiperfiltração glomerular (primeiro evento fisiopatológico) → **aumento do tamanho renal** → **albuminúria** (primeira manifestação clínico-laboratorial) → **disfunção renal** (aumento da creatinina) → **proteinúria** (pode chegar a níveis nefróticos, >3,5g/24h)

- Lembre-se: a DM é uma doença sistêmica, que não acomete apenas os rins. Portanto, o paciente também pode apresentar retinopatia diabética e neuropatia diabética.
- Rastreio do acometimento renal no DM:
 - Quando? Ao diagnóstico no DM tipo 2 e após 5 anos de doença no DM tipo 1.
 - Como? Realizar **anualmente** exame de urina com **dosagem de albuminúria** (em amostra isolada é o suficiente) e **exame sérico com dosagem de creatinina**, a fim de se **calcular a taxa de filtração glomerular**.
 - Diagnóstico: **taxa de filtração glomerular < 60 mL/min/1,73m²** por mais de 3 meses ou **albuminúria ≥ 30 mg/24h** em duas de três amostras em um período de 3 a 6 meses.

Observe o quadro-resumo abaixo:

Etiologia	Hipertensão arterial	Diabetes mellitus
Tempo de doença	≥ 10 anos	≥ 10 anos
Ultrassom	Rins de tamanho reduzido	Rim de tamanho normal ou aumentado
Proteinúria	Subnefrótica ou ausente	Subnefrótica ou nefrótica
Hematúria	Ausente	Pode estar presente em pequena monta
Lesão de órgão-alvo	Sim	Sim
Outras características	Descontrole pressórico ou controle com ≥ 3 medicações	Hemoglobina glicada alterada Retinopatia diabética

- ❖ Tratamento conservador da doença renal crônica:



Tratamento conservador da DRC	
Medidas não farmacológicas	Ingestão de sódio < 2 g/dia + ingestão de proteínas < 0,8 g/kg/dia + cessar tabagismo + perda de peso + realizar atividade física regularmente + evitar drogas nefrotóxicas
Hipertensão	Alvo: PAS < 120 mmHg Medida: restrição de salina + uso de iECA ou BRA
DM	Alvo: hemoglobina glicada ≤ 7% Medida: corrigir doses de antidiabéticos de acordo com a função renal
Proteinúria	Alvo: < 1 g/24 horas Medida: uso de iECA ou BRA
Hipervolemia	Restrição hidrossalina + uso de diuréticos de alça
Distúrbios eletrolíticos	Alvo: bicarbonato ≥ 22 mmol/L, atentar potássio sérico Medida: restrição de proteínas na dieta + reposição de bicarbonato de sódio + uso de diuréticos de alça
Anemia	Alvo: ferritina > 100-200 ng/mL + índice de saturação de transferrina > 20% + hemoglobina 10-12 g/dL Medida: repor estoques de ferro + utilizar eritropoetina
Doença mineral e óssea	Alvo: vitamina D > 30 ng/mL Medida: limitar consumo de fósforo + utilizar quelantes de fósforo + repor vitamina D + drogas específicas
Vacinação	Influenza + pneumocócica + hepatite B

- **Pontos importantes:**

- Na nefropatia diabética, **sempre devemos lembrar de ajustar ou suspender os antidiabéticos orais segundo a taxa de filtração glomerular.** Exemplo: metformina → deve ter a dose máxima limitada a 1 g/dia com TFG entre 45-30 mL/min/1,73 m² e suspensa se TFG < 30 mL/min/1,73 m² pelo risco de acidose láctica
- **Inibidores do SGLT-2** são recomendados, junto ao **iECA ou BRA**, para o manejo da nefropatia diabética. Eles têm **mecanismo de ação nefroprotetora semelhante**, com redução da pressão intraglomerular.
- **Diuréticos tiazídicos** (ex: hidroclorotiazida), amplamente utilizados no tratamento da hipertensão arterial, tendem a ser **menos eficazes a partir do estágio IV da DRC**. Logo, optamos por outras classes nas fases mais avançadas da doença.

❖ Indicações de terapia dialítica em pacientes com DRC: **(INEP 2020 e 2022)**

- **Hipercalemia;**
- **Acidose metabólica;**
- **Sintomas urêmicos graves** (principalmente pericardite urêmica);
- **Hipervolemia.**

Existem duas modalidades de terapia dialítica: **hemodiálise e diálise peritoneal**



	HEMODIÁLISE	DIÁLISE PERITONEAL
Princípio	Remoção de fluidos e solutos por convecção e difusão	
Método	Passagem do sangue pela máquina de hemodiálise	Troca através da membrana peritoneal
Acesso	Venoso (fístula arteriovenosa - principal opção - ou cateter)	Cateter peritoneal
Local	Clínica de diálise	Domiciliar (requer manuseio pelo paciente ou familiar além de condições de moradia e higiene satisfatórias)
Periodicidade	3 vezes por semana	Diária
Representatividade	90% dos pacientes	10% dos pacientes
Especificidades	Volume ultrafiltração (retirada de volume) preciso Remoção mais rápida de solutos Menos dependente do paciente	Menor ocorrência de hipotensão Remoção mais lenta de solutos Falência do peritônio é mais comum

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.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/34721631-cc52-40bb-8dcf-64be0cd21538>

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: Neurologia

Assunto: Cefaleias

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Neurologia** e aqui abordaremos o **quarto tema mais importante dentro dessa disciplina**. Faz alguns anos que a banca não cobra esse assunto! Mas nem por isso vamos negligenciá-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 Cefaleias (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 – 24 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/9c8b73e5-3576-4bfc-b03c-6bfbe22e6eb8>

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.estategia.com/meus-cursos/neurologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Abordagem inicial; 2.0 Cefaleias primárias; 3.0 Cefaleias secundárias; 4.0 Neuralgia do trigêmeo; 5.0 Investigando as cefaleias secundárias

Dicas da Tarefa:

Revalidando, a maioria das questões que caíram na prova do INEP sobre esse tema foram sobre “cefaleias primárias”. Vale ressaltar que esse tópico não é cobrado pela banca desde 2016!

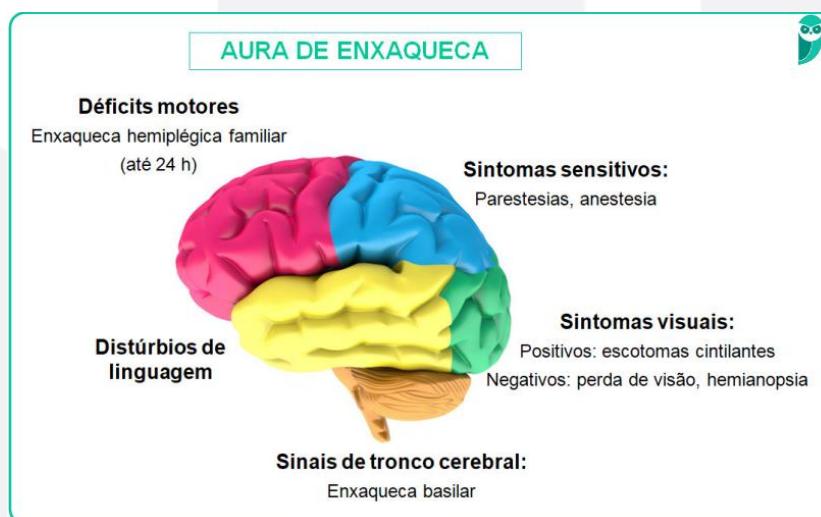
❖ **Enxaqueca (ou migrânea) (INEP 2016 e 2012)**

- Existem dois tipos de enxaqueca: **clássica (com aura)** e **comum (sem aura)**;
- Para a prova, é importante saber os critérios diagnósticos da enxaqueca, reconhecendo a patologia diante de um quadro clínico:



Critérios diagnósticos de migrânea	
A. Número de crises	Pelo menos 5 crises preenchendo os critérios B a D
B. Duração	Cefaleia dura 4-72h sem tratamento eficaz
C. Pelo menos 2 dos seguintes:	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral • Pulsátil • Intensidade moderada ou grave • Piora com atividade física ou aversão a ela
D. Durante a cefaleia, pelo menos um dos seguintes:	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas E/OU vômitos • Foto E fonofobia
E. Diagnóstico diferencial	Sem outra explicação melhor para a dor

- **Aura de enxaqueca:** manifestação neurológica não dolorosa que pode ocorrer antes da crise de dor, podendo durar de 5 a 60 minutos. Pode manifestar-se de diferentes formas, como mostrado abaixo:



- Tratamento:
 1. **Sintomático:**
 - Classes de drogas que podem ser usadas:
 - ✓ **Analgésicos simples:** dipirona e paracetamol;
 - ✓ **Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs):** cetoprofeno, naproxeno, diclofenaco...
 - ✓ **Ergotamínicos:** di-hidroergotamina;
 - ✓ **Triptanos:** sumatriptano, eletriptano, naratriptano, zolmitriptano, frovatriptano, rizatriptano;
 - ✓ Agonista 1F de serotonina: lasmiditan (indisponível no Brasil);
 - ✓ Antagonista do CGRP: ubrogepant e rimegepant (indisponíveis no Brasil);
 - ✓ Antipsicóticos: clorpromazina e haloperidol.

Atenção: Em **casos leves**, escolhemos os **analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)**. Quando a **dor é mais intensa**, as melhores opções são os **triptanos**, medicações desenvolvidas especificamente para o tratamento da migrânea.



2. Profilático: (Questão de prova!)

- Indicações:

- ✓ Crises com impacto significativo na qualidade de vida apesar de uso adequado de medicamentos analgésicos e mudanças no estilo de vida.
- ✓ Número mensal de crises exigindo uso frequente de analgésicos.
- ✓ Frequência de crises maior do que três vezes ao mês, sem melhora adequada com sintomáticos.
- ✓ Mais de 8 dias por mês com cefaleia, mesmo que os sintomáticos tenham eficácia (risco de uso excessivo).
- ✓ Crises infreqüentes, porém limitantes, de acordo com a preferência do médico ou do paciente (p.ex.: duração > 12h, enxaqueca hemiplégica).
- ✓ Dor esporádica, mas com contraindicação/intolerância ao uso de sintomáticos específicos.

- Opções com maior evidência de eficácia no tratamento profilático da enxaqueca:

- **Betabloqueadores:** metoprolol, propranolol ou timolol;
- **Antidepressivos:** amitriptilina ou venlafaxina;
- **Anticonvulsivantes:** valproato ou topiramato;
- **Antagonistas do CGRP:** erenumabe, fremanezumabe e galcanezumabe



- Para o tratamento da migrânea crônica (mais de 15 dias por mês de dor, durante pelo menos 3 meses seguidos), os medicamentos de primeira linha são:

- Propranolol;
- Amitriptilina;
- Topiramato;
- Valproato.

❖ Cefaleia em salvas (INEP 2014)

- Mais comum em **homens** entre **20-50 anos**;
- Quadro clínico: **dor intensa unilateral (orbitária, suborbitária ou temporal)** que **se repete várias vezes durante um curto espaço de tempo** (6-12 semanas). **Sintomas autonômicos** podem estar presentes durante as crises de dor, como **rinorreia** ou **hiperemia conjuntival**. Alguns casos podem cursar com a **Síndrome de Horner**: miose, semiptose palpebral e anidrose ipsilaterais a dor.
- Critérios diagnósticos:



Critérios diagnósticos de cefaleia em salvas		
A. Número de crises	Pelo menos 5 crises preenchendo os critérios B a D	
B.	Intensidade	Dor forte e muito forte
	Localização	Orbitária, supraorbitária e/ou temporal unilateral
	Duração	15 a 180 minutos, se não tratada
C. Pelo menos 1 dos seguintes:	1. Pelo menos um destes sinais ou sintomas: hiperemia conjuntival e/ou lacrimejamento ipsilaterais congestão nasal e/ou rinorreia ipsilaterais edema palpebral ipsilateral sudorese frontal e facial ipsilateral miose e/ou ptose ipsilateral	
	2. Sensação de inquietude ou agitação	
	D. Frequência	
E. Diagnóstico diferencial	Uma a cada dois dias a oito por dia	
	Sem outra explicação melhor para a dor	

- **Tratamento:**

1. Sintomático:

- **Oxigenoterapia a 100%:** tratamento mais eficaz para o alívio das crises de cefaleia em salvas.
O oxigênio deve ser fornecido a 10-12 litros/minuto durante 20 minutos;
- **Sumatriptano subcutâneo.**

2. Profilático:

- Drogas de escolha: **Verapamil;**
- Corticoides também podem ser usados.

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.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/9c8b73e5-3576-4bfc-b03c-6bfbe22e6eb8>

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: Endocrinologia

Assunto: Obesidade e Síndrome Metabólica

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Endocrinologia com o assunto Obesidade e Síndrome Metabólica.



- **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 Obesidade e Síndrome Metabólica (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.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/858aadf0-1d65-4334-9db4-1dce5e7e4413>

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.estategia.com/meus-cursos/endocrinologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Conceitos e Epidemiologia da Obesidade; 2.0 Classificação Nutricional; 3.0 Etiologia; 4.0 Fisiopatologia da Obesidade; 5.0 Comorbidades Associadas; 6.0 Tratamento da Obesidade; 7.0 Tratamento Medicamentoso; 8.0 Tratamento Cirúrgico

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse assunto é mais recorrente nas questões discursivas do que nas objetivas da primeira fase do INEP. Ressaltamos que a última vez que a banca cobrou o tema foi em 2017.

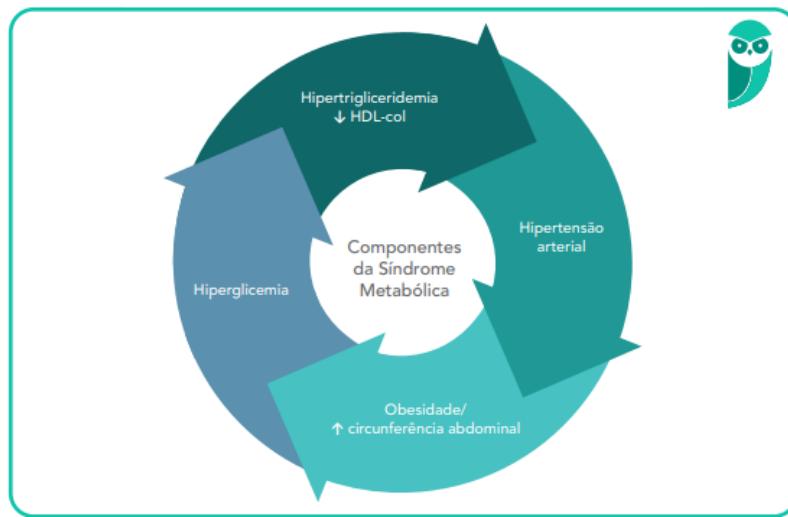
Síndrome Metabólica:

❖ **Conceito:** é um distúrbio multifatorial que leva ao aumento de doenças cardiovasculares e de estados pró-trombóticos e maior progressão para diabetes mellitus tipo 2. É associada à obesidade, principalmente àquela com adiposidade visceral, sendo uma das principais características a presença de



resistência à insulina.

❖ **Memorize** os componentes da Síndrome Metabólica:



❖ **Diagnóstico da Síndrome Metabólica:** (*INEP 2017 e 2016 – Discursivas*)

- O diagnóstico da Síndrome Metabólica é determinado por 3 entidades (OMS, IDF e NCEP/ATP III), sendo a entidade utilizada pelo INEP a **NCEP/ATP III**:

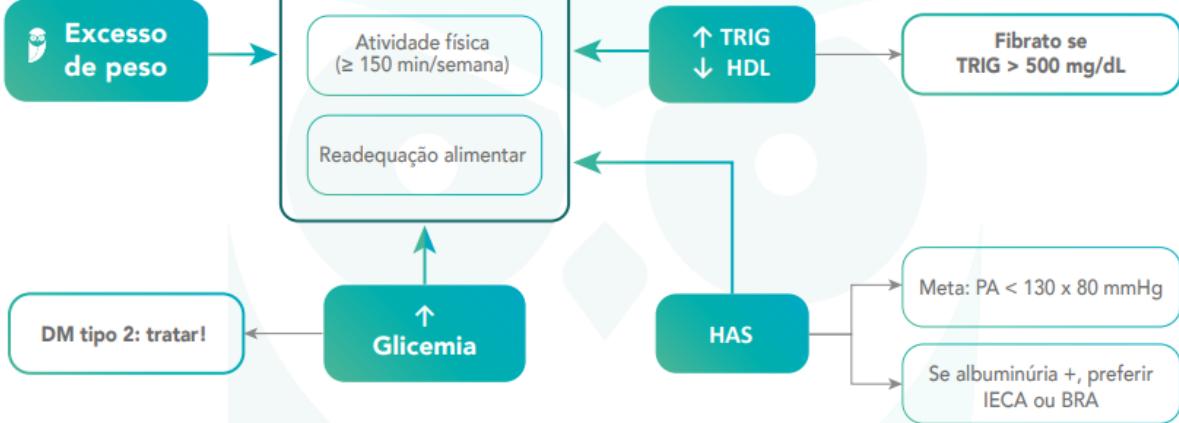
Síndrome Metabólica		
Critérios diagnósticos- NCEP ATP III		
Pelo menos 3!		
Circunferência abdominal	> 102 cm (homens)	> 88 cm (mulheres)
Glicemia	$\geq 100 \text{ mg/dL}$	
Triglicérides	$\geq 150 \text{ mg/dL}$	
HDL-col	$< 40 \text{ mg/dL} (\text{homens})$	$< 50 \text{ mg/dL} (\text{mulheres})$
Pressão arterial	$\text{PAS} \geq 130 \text{ mg/dL}$	$\text{PAD} \geq 85 \text{ mg/dL}$

❖ Comorbidades que são frequentemente encontradas associadas à síndrome metabólica:

- **Síndrome dos ovários policísticos** e/ou acantose nigricans: refletem a resistência à ação da insulina;
- **Doença hepática não alcoólica gordurosa**: resultante da resistência à insulina combinada com a maior deposição de ácidos graxos no fígado;
- **Hiperuricemia**: o excesso de ácido úrico pode ocasionar nefropatia, nefrolitíase e gota.

❖ **Tratamento da Síndrome Metabólica:** (*INEP 2016 – Discursiva*)

- Tem o objetivo de reduzir o risco cardiovascular e a progressão para diabetes mellitus tipo 2. Assim, os pontos fundamentais consistem em:



- Atenção: Pelo fato de a síndrome metabólica ser uma condição muito aterogênica, é recomendada a **meta de LDL-colesterol < 70 mg/dL**. Assim, muitas vezes, será necessária a introdução de estatina!

Obesidade:



❖ Classificação do status nutricional: (INEP 2014)

- A ferramenta mais utilizada para classificação do status nutricional é o índice de massa corporal, calculado através da fórmula: **IMC = Peso (kg)/Altura (m)²**
- Memorize a tabela abaixo:

Classificação nutricional pelo IMC (OMS)	
Baixo peso	< 18,5 kg/m ²
Peso normal	18,5 a 24,9 kg/m ²
Sobrepeso	25 a 29,9 kg/m ²
Obesidade grau 1 (obesidade leve)	≥ 30 a 34,9 kg/m ²
Obesidade grau 2 (obesidade moderada)	35 a 39,9 kg/m ²
Obesidade grau 3 (obesidade grave ou mórbida)	≥ 40 kg/m ²

- Não se esqueça: o IMC se correlaciona com o aumento do risco de morte, tornando-se exponencial a partir de 25 kg/ m² . É por esse motivo que devemos promover perda ponderal em pacientes com sobrepeso e obesidade!

❖ Tratamento do excesso ponderal:

- Tratamento não medicamentoso:
 - Inclui mudanças de estilo de vida, com readequação alimentar (dieta hipocalórica) e atividade física frequente;
 - Acompanhamento por profissionais de saúde, como médico, nutricionista, psicoterapeuta e educador físico, diminui as chances de reganho de peso ao longo do tempo.

➤ **Tratamento medicamentoso:**

- **Indicado quando há falha em perder peso com o tratamento não farmacológico por 3-6 meses e:**
 - IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$;
 - IMC $\geq 27 \text{ kg/m}^2$, na presença de comorbidades modificáveis pela perda de peso;
 - IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$, porém com aumento de circunferência abdominal e presença de comorbidades associadas à obesidade ou à síndrome metabólica (obesos viscerais).
- As drogas disponíveis no Brasil para tratamento, com indicação em bula, são: sibutramina, orlistate e liraglutida.

Tarefa 18 (Avançada)

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

Link – 21 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/858aadf0-1d65-4334-9db4-1dce5e7e4413>

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: Hemostasia e Medicina Transfusional

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Hematologia**, trazendo o **quarto e o oitavo temas mais cobrados dentro dessa disciplina**.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Hemostasia e Medicina Transfusional (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 – 24 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ef3f99b7-12d7-4db1-8717-3466bffe31a0>



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.estategia.com/meus-cursos/hematologia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Hemostasia; 2.0 Avaliação clínico-laboratorial da hemostasia; 3.0 Doenças hemostáticas; 4.0 Trombofilias; 5.0 Medicina Transfusional

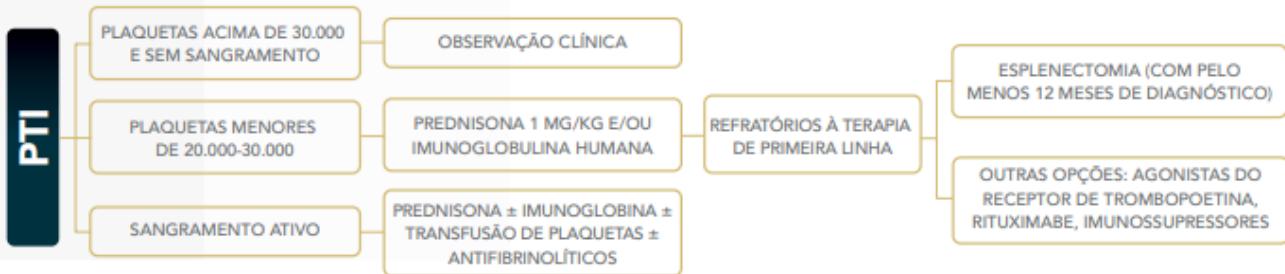
Dicas da Tarefa:

Revalidando, das quatro questões que já caíram sobre esse tema, duas foram sobre PTI (púrpura trombocitopênica imune). Dê atenção especial a esse tópico da aula!

❖ **Púrpura trombocitopênica imune: (INEP 2022 e 2020)**

Para a prova, você precisa saber reconhecer um paciente com PTI e como conduzir o caso!

- Definição: formação de autoanticorpos contra antígenos das plaquetas, podendo ocorrer de forma idiopática (primária) ou secundária a diversas condições.
- Atenção:** Em crianças, geralmente ocorre entre os **2 a 6 anos de idade, precedida por um episódio de infecção viral aguda** algumas semanas antes. Em adultos, a maioria dos casos será **idiopática**, acometendo principalmente **mujeres** em torno dos 40 anos.
- Quadro clínico: paciente apresenta **plaquetopenia, normalmente em torno de 30.000 ao diagnóstico**, e nada mais! O restante do hemograma costuma ser normal, sem anemia ou leucopenia.
- Note que: é um diagnóstico de exclusão! Diante de um quadro de trombocitopenia isolada, devemos buscar sinais clínicos e laboratoriais que indiquem outras causas.



- Dica: **decore o mnemônico → PTI é PPP: plaquetopenia, petéquias e prednisona!**

❖ **Resumo sobre hemostasia (INEP 2020)**

A hemostasia é formada por diversos mecanismos interligados entre si, com potencial de acelerar ou reduzir parâmetros que levam em última análise a situações trombóticas ou de sangramento.

Didaticamente, pode ser dividida em três partes:

- Hemostasia primária:** relacionada ao número de plaquetas e sua interação entre si, com o endotélio

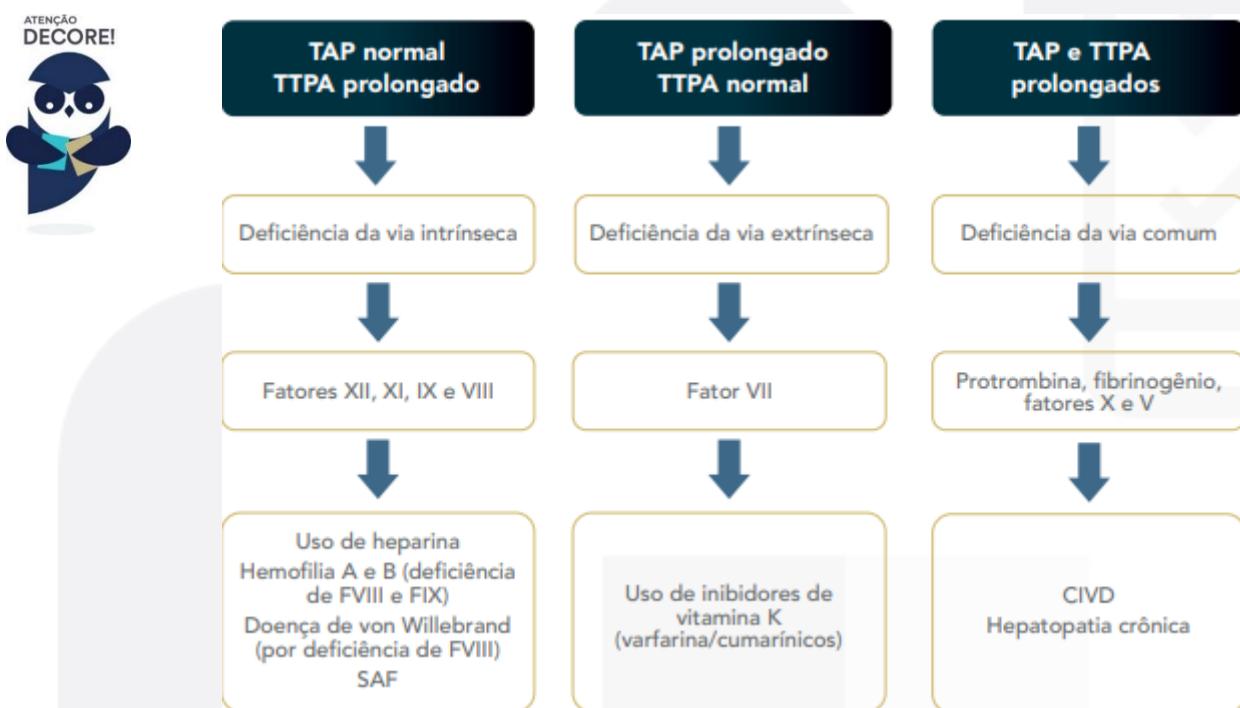


ou com os fatores da coagulação. Em geral alterações na hemostasia primária geram sangramento em pele e mucosas. Exemplo de exames que analisam a hemostasia primária: contagem de plaquetas, curva de agregação plaquetária, antígeno de Von Willebrand e co-fator da ristocitina.

- **Hemostasia secundária:** relacionada aos fatores da coagulação, divididos em vias.
 - **Via Extrínseca:** estuda basicamente o **fator VII** da coagulação e agentes envolvidos com este, como **fator tecidual**. Avaliado pelo exame de **tempo de protrombina (TP ou TAP)**.
 - **Via Comum:** estuda basicamente os seguintes fatores da coagulação **I (fibrinogênio), II, V e X**. Produz alterações nos exames de **tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa)** e no **TP**. Alguns casos envolvendo o fibrinogênio podem repercutir ainda no valor sérico deste e no tempo de trombina (TT).
 - **Via Intrínseca:** estuda os **demais fatores** da coagulação. Avaliado pelo exame **TTPa**.

Independentemente da via, o sangramento da hemostasia secundária é em tecidos profundos, como músculos e articulações.

Decore o esquema abaixo, com as principais condições que levam a essas alterações:



- **Hemostasia terciária:** relacionada ao controle das ações da hemostasia primária e secundária, como a estabilização e destruição do coágulo. Produz alterações nos exames alfa2 antiplasmina, PAI 1 e D dímero.

❖ Medicina Transfusional:

Memorizar a indicação de uso de cada hemocomponente:

1) **Concentrado de hemácias:** (**INEP 2013**)

- **Anemia muito sintomática com qualquer nível de hemoglobina (Hb)**, especialmente se houver instabilidade hemodinâmica;
- Pacientes críticos: Hb < 7 g/dL;
- Pacientes críticos coronariopatas: Hb < 8 g/dL;



- Pré-operatório de cirurgia de grande porte: Hb < 10 g/dL.

2) Concentrado de plaquetas:

- Portador de **plaquetopatia quantitativa ou qualitativa com sangramento ativo** : < 50 mil
- **Assintomático**: < 10 mil
- Febril, manifestações hemorrágicas menores (petéquias, equimoses, gengivorragia) ou presença de outras alterações da hemostasia: < 20 mil
- Cirurgias de médio e grande porte: < 50 mil
- Cirurgias oftalmológicas ou neurológicas: < 100 mil
- Biópsia de medula óssea: < 20 mil
- Endoscopia digestiva alta com biópsia: < 50 mil
- Controversos:
 - Punção lombar: < 30-50 mil
 - Cateter venoso central: < 20-50 mil
 - Paracentese: < 50 mil ou nunca transfundir

3) Plasma fresco congelado:

- Correção de coagulopatias por deficiência de múltiplos fatores em pacientes com sangramento ativo (CIVD, coagulopatia da hepatopatia crônica)
- Plasmaférese terapêutica: tratamento da PTT (púrpura trombocitopênica trombótica)
- Protocolos de transfusão maciça: em conjunto com o CH e CP na proporção 1:1:1

4) Crioprecipitado:

- Deficiência de fibrinogênio e/ou fator XIII, em caso de sangramento ativo.

Tarefa 19 (Avançada)

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

Link – 24 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ef3f99b7-12d7-4db1-8717-3466bffe31a0>

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

Tarefa 20 (Simplificada)

Disciplina: Ortopedia

Assunto: Ortopedia e Traumatologia Pt. II

Revalidando, essa tarefa dá **continuidade ao estudo da disciplina de Ortopedia**.

- ➔ **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 Ortopedia e Traumatologia Pt. II (Ortopedia).

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

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

Link – 28 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/b5e53180-62ab-4312-99c3-df4a6ef2eafe>

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 Ortopedia:

<https://med.estategia.com/meus-cursos/ortopedia-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

4.0 Acondroplasia; 6.0 Lombalgia e hérnia discal; 7.0 Oncologia pediátrica; 8.0 Doenças do ombro e cotovelo; 10.0 Trauma raquimedular; 11.0 Fraturas da bacia; 12.0 Complicações do trauma ortopédico; 13.0 Outras fraturas e luxações

Dicas da Tarefa:

Fraturas e Luxações:

➤ **Entorse de tornozelo: (INEP 2022 e 2015)**

Critérios de Ottawa: foram definidos para se evitar a solicitação desnecessária de exames radiográficos em entorses de tornozelo. Desta forma, devem ser solicitados exames apenas se o paciente apresentar:

Dor maleolar (dor à palpação do maléolo, indicando provável lesão óssea) + **Idade acima de 55 anos ou dor retromaleolar ou incapacidade de apoiar o pé.**

Tratamento:

Método PRICE: Proteção, Repouso, Gelo (Ice), Compressão e Elevação.

É utilizado para a maior parte de entorses e distensões e especialmente útil no tornozelo. A reabilitação após a entorse é essencial, com fortalecimento muscular e cinesioterapia para reabilitação.

➤ **Fratura de escafóide: (INEP 2021)**

- É uma fratura de pacientes jovens, que ocorre com a queda com o braço estendido e o punho estendido acima de 90 graus;
- Achados clínicos que levantam a suspeita de fratura de escafóide:
 - ✓ Dor à palpação da tabaqueira anatômica: permite avaliar o corpo do escafóide.
 - ✓ Dor à palpação da tuberosidade do escafóide: na região volar do punho.



- ✓ Dor à pistonagem do polegar: estabiliza-se o primeiro metacarpo e se faz uma pressão axial, que deve levar a dor no escafoide.
- ✓ A combinação destes três achados leva a uma sensibilidade de 100% para fratura do escafoide.
- A fratura frequentemente é sem desvio, e fica a dúvida diagnóstica. Neste caso, há duas opções: **imobilizar e reavaliar em 10 dias com radiografia**, tempo no qual já houve necrose óssea e é possível avaliar o traço de fratura; ou fazer uma ressonância.

❖ Amputação e reimplante de dedos: (INEP 2017)

Cuidados com o transporte e o acondicionamento:

O membro amputado deve ser transportado junto ao paciente, devendo-se tomar os seguintes cuidados:

- ✓ Envolver em uma gaze úmida;
- ✓ Colocar em um saco plástico (preferencialmente com água, como um peixinho dourado);
- ✓ Acondicionar o saco plástico em um recipiente (se possível, geladeira térmica) com água e gelo.
- ✓ O membro não pode ficar em contato direto com o gelo (provoca uma queimadura e estraga a estrutura a ser reimplantada).

Com relação ao coto de amputação:

- ✓ **Nada de garrotear** (só se o paciente realmente correr risco de morte pelo sangramento), somente fazer um curativo estéril compressivo, preferencialmente com gaze úmida;
- ✓ Uma vez no hospital, temos uma **janela de seis a doze horas de isquemia** para o reimplante.

❖ Síndrome compartimental aguda: (INEP 2011)

- Conceito: causada por uma lesão importante às partes moles, levando a um edema muscular intracompartimental. Pode ocorrer como sequela de trauma direto ao membro, choque elétrico, queimadura ou, mais raramente, por atividade física excessiva.
- Círculo vicioso: a lesão muscular leva a um edema associado ou não à necrose; o edema aumenta a pressão intracompartimental, o que compromete a perfusão, causando hipoperfusão. Esta, por sua vez, gera isquemia, provocando ainda mais lesão muscular e subsequente necrose.
- Quadro clínico: **Golden P: Pain, Parestesia e Paralisia.**
 - A dor é o mais importante, o primeiro a surgir e é o que fará você suspeitar dessa doença: é uma dor intratável, progressivamente pior, com piora ao se distender o compartimento acometido.
- Conduta:
 - ✓ Tirar ou afrouxar qualquer coisa que possa estar comprimindo o membro;
 - ✓ Nunca elevar o membro (piora a perfusão);
 - ✓ **Fasciotomia.**

Doenças da coluna vertebral:

❖ Doença degenerativa discal e hérnia discal:

- Doença degenerativa discal: processo de envelhecimento natural do disco intervertebral.
Hérnia discal: saída do núcleo pulposo através de um anel fibroso rompido.
- Quadro clínico: A maioria dos abaulamentos, protusões e hérnias será assintomática. Quando o paciente é sintomático, apresenta dor axial associada a uma dor neuropática em irradiação pelo dermatomo da raiz acometida.
- A hérnia discal lombar é mais frequente em níveis baixos: 95% dos casos ocorrem em L4-L5 e/ou L5-S1.
- Diagnóstico: clínico, por meio dos testes de Lasègue (para coluna lombar) ou Spurling (para coluna cervical).



cervical, feito por meio da compressão axial da coluna, que deve causar dor neuropática, seguida pela distração, que deve melhorar o sintoma).

- Tratamento:

- **Predominantemente conservador:** analgésicos, relaxantes musculares, cursos de anti-inflamatórios não esteroidais, outras medicações analgésicas, se necessário (opioides, anticonvulsivantes, antidepressivos) e, principalmente, técnicas não farmacológicas, como fortalecimento isométrico do core abdominal (que é o que, em última análise, mais ajudará no tratamento e prevenção de crises), pilates e atividades aeróbicas.

- Importante saber as **indicações cirúrgicas** → **doença refratária ao tratamento conservador** (persistência após 6 meses); **défices neurológicos progressivos ou estáveis**, mas persistentes por mais de 3 meses; e **síndrome da cauda equina**. Atente: a cirurgia melhora apenas a dor radicular, mas não a dor lombar.

- **Lesão da causa equina:**

- Urgência ortopédica, caracterizada pela compressão das raízes na cauda equina;
- Anestesia em sela e perda do controle dos esfíncteres;
- Sintomas mais frequentes: lombalgia; dores nas pernas; parestesia perianal; disfunção da bexiga (bexiga neurogênica e incontinência por transbordamento); impotência; perda sensoriomotora dos membros inferiores.
- Na **suspeita, realizar ressonância e encaminhar a um serviço de cirurgia de coluna imediatamente.**

❖ **Lombalgia: (INEP 2020 e 2013)**

- Etiologia: dividida em dois tipos: primária (inespecífica, 90% dos casos) e secundária. A principal causa de lombalgia é musculoligamentar (75% dos casos);
- Clínica: lombalgia inespecífica aguda → dor lombar, com irradiação pela região sacral (mas não por dermatomos ou pernas), de início após um movimento súbito ou esforço físico. Há dor à flexão e extensão e melhora com repouso. O quadro é autolimitado e tende a resolver-se em 4 a 7 semanas.
Atente: a dor é axial, sem irradiação apendicular, com Lasègue negativo.
Memorize: lombalgia mecânica é aquela sem compressão radicular, sem características inflamatórias e, nas questões, em um paciente jovem.
- Exame de imagem: serve para excluir causas secundárias e deve ser pedido a partir de **sinais de alarme**.
P – Persistência (mais de uma visita ao médico no período de 30 dias)
I – Idade (menor que 20 anos, maior que 50 anos)
T – Trauma
T – Tumor
I – Infecção
D – Déficit neurológico
O – Osteoporose
C – Cauda equina
- Tratamento: sempre conservador, por meio de analgésicos e anti-inflamatórios, relaxante muscular, fortalecimento do core abdominal, atividade aeróbica, controle de peso e repouso por, no máximo, 2 a 3 dias.

Tarefa 20 (Avançada)

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

Link – 28 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/b5e53180-62ab-4312-99c3-df4a6ef2eafe>

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

Tarefa 21 (Simplificada)

Disciplina: Otorrinolaringologia

Assunto: IVAS Pt. 2 - Otites, Corpo Estranho de Ouvido, Laringites, Linfadenites

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Otorrinolaringologia, a décima oitava em ordem de importância para o INEP**. Esse é o **terceiro assunto mais cobrado** dentro dessa disciplina.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de IVAS Pt. 2 - Otites, Corpo Estranho de Ouvido, Laringites, Linfadenites (Otorrinolaringologia).

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.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/01ad5daa-7b98-4a9f-8b72-b45469f19c14>

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 Otorrinolaringologia:

<https://med.estategia.com/meus-cursos/otorrinolaringologia-e-cirurgia-de-cabeca-e-pescoco-revalida-exclusive-2023>

Tópicos da Aula:

1.0 Otites; 2.0 Laringites; 3.0 Linfadenites cervicais

Dicas da Tarefa:

Revalidando, a maior parte das questões que já caíram sobre o tema abordaram o assunto “Otites”. Portanto, foque seu estudo nesse tópico e utilize as dicas para memorizar o que é mais importante!

❖ Cerume: (INEP 2021 e 2016)

- Principal fator predisponente: uso de cotonete;
- Clínica: hipoacusia na ausência de otalgia;
- Tratamento: a **aplicação de soluções emolientes** e, após verificação da fluidez do cerume dentro de 15 minutos ou após alguns dias de uso, **lavagem otológica**.

Atenção, Revalidando: detalhes sobre essa lavagem otológica foram cobrados no Revalida 2021:

Com relação à técnica do procedimento, devemos utilizar a seguinte sequência de acordo com o caderno de Procedimentos do MS (2011):

1. Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento.
2. Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento.
3. **Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 4cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa.** Descartar a extremidade da agulha em local apropriado.
4. **Aquecer a solução fisiológica isotônica a 0,9% (soro fisiológico),** ainda com o frasco fechado, até a temperatura corporal 37° C. Para evitar nistagmos e desconforto, **pode-se utilizar "banho-maria" ou aquecimento em microondas.**
5. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e papação.
6. **Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.**
7. Despejar o soro aquecido na cubra redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não está excessivamente alta, podendo pedir também ao paciente para verificar-a.
8. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa.
9. Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp.
10. Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente.
11. **Sob leve pressão, posicionar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha.** Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento.
12. Usar luva de procedimentos.
13. **Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima.** Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento.
14. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim.
15. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la repetir as etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.
16. Verificar esporadicamente, por meio da otoscopia, se há mais cerume a ser removido.
17. O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:
 - Se não houver mais cerume a ser removido;
 - Insucesso apesar de várias tentativas de remoção do cerume;
 - Desistência do paciente;
 - Dor ou outra intercorrência.

❖ Otite Média Aguda (OMA) (INEP 2017 e 2011)

- 35% das infecções respiratórias agudas (ex: rinites e rinossinusites infecciosas) evoluem com otite média aguda. É comum, nos enunciados, o relato de sintomas nasais associados a ou antecedendo



OMA.

- Mais prevalente no sexo masculino e entre 6 e 24 meses;
- Principais etiologias: *hemophilus influenzae*; *streptococcus pneumoniae*; *moraxella catarrhalis*
- Quadro clínico: **RINORREIA + OBSTRUÇÃO NASAL + FEBRE + OTALGIA**
Lactentes e crianças pequenas, que não conseguem descrever os sintomas, podem apresentar: **recusa alimentar, prostração, irritabilidade e quadro de choro persistente.**
- Exame físico: **abaulamento da membrana timpânica à otoscopia** fala a favor de etiologia bacteriana; a presença apenas de hiperemia fala a favor de etiologia viral.
- Classificação da otite média recorrente:
 - **3 episódios em 6 meses;**
 - **4 ou mais episódios em 12 meses.**
- Tratamento:

ANTIBIÓTICOS NA OTITE MÉDIA AGUDA	
Primeira escolha:	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina; - 90 mg/kg/dia; - < 2 anos por 10 dias; - > 2 anos por 5 a 7 dias.
Primeira escolha:	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina-clavulanato; - concomitância com conjuntivite aumenta a probabilidade de infecção por <i>H. influenzae</i> não tipável; - 90 mg/kg/dia; - < 2 anos por 10 dias; - > 2 anos por 5 a 7 dias.
Alergia à penicilina	<ul style="list-style-type: none"> - Axetilcefuroxima (cefalosporina de segunda geração); - clindamicina; - ceftriaxona (reservado para complicações ou resistências).
Não utilizar/proibido	<ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina e claritromicina (resistência do <i>Streptococcus</i>); - sulfametoazol-trimetoprim (resistência do <i>Streptococcus</i>); - quinolonas em crianças.



- Complicações da OMA:
 - A principal complicação é a **mastoidite**, geralmente desencadeada por um tratamento irregular com antibiótico, ou quando este foi utilizado com uma dose insuficiente.
 - Sinais clínicos característicos:
 - **Aumento de volume/abaulamento retroauricular**
 - Presença de sinais flogísticos (hiperemia, calor)
 - Dor à palpação e à percussão
 - **Deslocamento/protrusão anterior do pavilhão auricular**
 - Tratamento: internação hospitalar e início de antibioticoterapia empírica no momento da suspeita diagnóstica

❖ **Corpo estranho de ouvido: (INEP 2016)**

- Corpos estranhos mais comuns: contas de colar, pedaços de pedra, brinquedos de plástico e grãos de pipoca. Insetos são mais comuns em pacientes com mais de 10 anos.



- A escolha da técnica para a remoção do corpo estranho depende da situação clínica, do tipo de corpo estranho suspeito e da experiência do médico. As opções incluem:
 - irrigação com água;
 - remoção de pinça;
 - curetas de cerúmen;
 - ganchos esféricos de ângulo reto;
 - cateteres de sucção.
- Atenção: **insetos vivos devem ser mortos rapidamente instilando álcool, lidocaína a 2% (xilocaina) ou óleo mineral no canal auditivo.** Isso deve ser feito antes de tentar a remoção, mas não deve ser usado quando a membrana timpânica estiver perfurada.
- Irrigação deve ser evitada em pacientes com baterias tipo botão no ouvido, pois a corrente elétrica e/ou o conteúdo da bateria podem causar necrose do tecido de liquefação.

LARINGITES

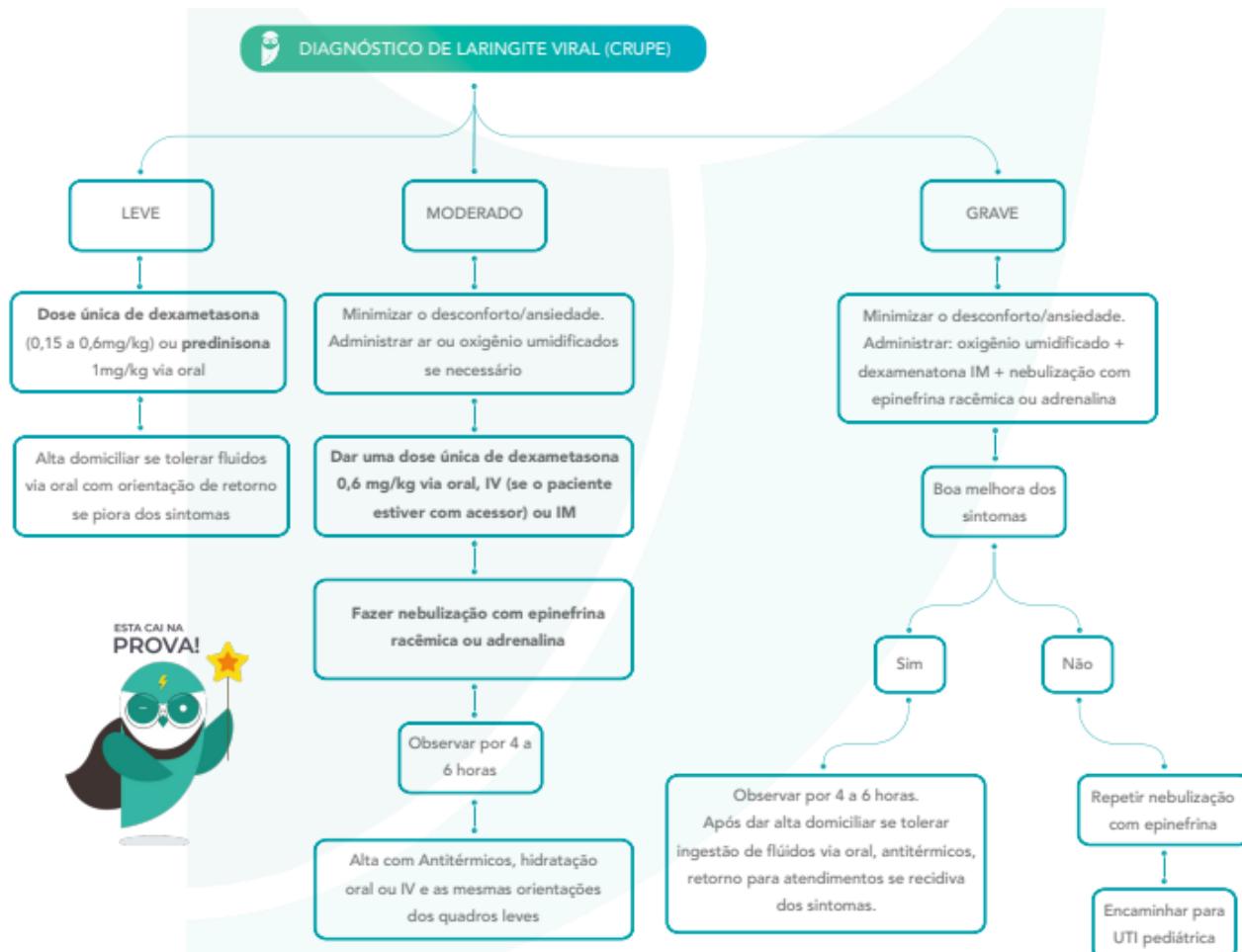
❖ Laringite/Laringotraqueíte viral (Crupe) (INEP 2014)

- Etiologia: vírus *Parainfluenzae*;
- Quadro clínico:
 - ✓ **Rouquidão/disfonia;**
 - ✓ **Tosse rouca/ladrante/“de cachorro;**
 - ✓ **Estridor/ruído inspiratório.**
- Classificação:
 - ✓ **Leve:** não apresenta estridor em repouso;
 - ✓ **Moderada:** estridor em repouso associado a retracções leves na parede torácica;
 - ✓ **Grave:** estridor significativo em repouso, retracções são graves (incluindo a retracção do esterno), aparência ansiosa, agitada, pálida e cansada.

Atente: A apresentação mais comum na prática clínica é a forma leve, sem necessidade de internação hospitalar!



- Tratamento:



❖ Epiglotite:

- Inflamação na epiglote e na supraglote adjacente;
- Etiologia: principal etiologia é a bacteriana, causada pelo *Haemophilus influenzae tipo B*
- Quadro clínico: início abrupto e rápida progressão de:
 - ✓ Disfagia;
 - ✓ Sialorreia;
 - ✓ Angústia respiratória (dispneia);
 - ✓ Febre alta;
 - ✓ Sinais de Toxemia.
- **Decore:** Os pacientes apresentam-se frequentemente sentados, com o tronco e o queixo inclinados para frente e o pescoço hiperestendido em uma posição denominada tripé.
- **Atente:** o período desde o início do desenvolvimento dos sintomas até a hospitalização é frequentemente < 12 horas pela gravidade da infecção.
- **Tratamento:** suspeita de epiglotite = **intubação orotraqueal precoce!**
Tratamento antimicrobiano de escolha é empírico, utilizando cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima).

Tarefa 21 (Avançada)

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

Link – 25 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/01ad5daa-7b98-4a9f-8b72-b45469f19c14>

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: Leptospirose + Malária (Infectologia)

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

Link – 21 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/977d4fc9-ee62-4aa2-bcd4-8af8857bd079>

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: Distúrbios do Movimento (Neurologia)

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

Link – 19 questões:

<https://med.estategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8b7dc399-6d0d-41c1-a204-e0a55d9114db>

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 6ª Meta de estudo, rumo à aprovação no Revalida!



Nos vemos na próxima Meta!



o vôo da coruja

