

Mentoria de Estudos

**Pós- Edital
REVALIDA INEP
2023.1**

Mentoria
Estratégia MED



Meta 3

Sumário da Meta Regular

Tarefa Regulares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Pediatria	Imunizações Neonatologia Pneumonias na Infância Asma	Revisão
Tarefa 2	Medicina Preventiva	Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação em Saúde	Teoria + Exercícios
Tarefa 3	Cirurgia	ATLS - Atendimento Inicial e Via Aérea Temas Gerais em Cirurgia Abdome Agudo Obstrutivo Trauma Abdominal e Pélvico Complicações Pós-Operatórias	Revisão
Tarefa 4	Ginecologia	Amenorreia	Teoria + Exercícios
Tarefa 5	Obstetrícia	Assistência ao Parto	Teoria + Exercícios
Tarefa 6	Infectologia	Tuberculose Arboviroses Infecções do Sistema Nervoso Central Mordedura, Raiva e Tétano	Revisão
Tarefa 7	Pediatria	Distúrbios Gastrointestinais	Teoria + Exercícios
Tarefa 8	Medicina Preventiva	SUS Parte 2 - Princípios e Diretrizes do SUS	Teoria + Exercícios
Tarefa 9	Cirurgia	Colelitíase e Coledocolitíase	Teoria + Exercícios
Tarefa 10	Ginecologia	Planejamento Familiar	Teoria + Exercícios
Tarefa 11	Obstetrícia	Partograma e Distocia	Teoria + Exercícios
Tarefa 12	Infectologia	Animais Peçonhentos	Teoria + Exercícios
Tarefa 13	Endocrinologia	Diabetes Mellitus - Insulinoterapia	Teoria + Exercícios
Tarefa 14	Gastroenterologia	Distúrbios Disabsortivos e Síndrome do Intestino Irritável	Teoria + Exercícios
Tarefa 15	Psiquiatria	Transtornos de Humor Dependência Química	Revisão
Tarefa 16	Cardiologia	Hipertensão Arterial Sistêmica Arritmias	Revisão
Tarefa 17	Nefrologia	Doenças Glomerulares	Teoria + Exercícios
Tarefa 18	Hematologia	Anemias Hemolíticas	Teoria + Exercícios

Tarefa 19	Pneumologia	Asma	Teoria + Exercícios
Tarefa 20	Hepatologia	Hepatites virais	Teoria + Exercícios

Tarefas Complementares

Tarefas Complementares	Disciplina	Assunto	Tipo de Tarefa
Tarefa 1	Pediatria	Puericultura e Hebiatria	Exercícios
Tarefa 2	Ginecologia	Câncer do Endométrio e Pólipos	Exercícios
Tarefa 3	Gastroenterologia	Doenças do Refluxo Gastroesofágico, Barret e Outras Doenças do Esôfago	Exercícios

Tarefa 1 (Simplificada)

Disciplina: Pediatria

Assunto: Imunizações; Neonatologia; Pneumonias na Infância e Asma

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Pediatria. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Imunizações; Neonatologia; Pneumonias na Infância e Asma**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

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

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

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Revise os principais tópicos referentes aos assuntos **Imunizações; Neonatologia; Pneumonias na Infância e Asma**.

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

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

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

- ➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.
- ➔ **Caderno de Erros:** ao errar ou acertar com dúvida (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou**

outro aplicativo de notas, no caderno que você criou para a disciplina, **informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva).

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d6c64aa1-a86f-4301-9981-e98e52db32d3>

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

Tarefa 1 (Avançada)

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d6c64aa1-a86f-4301-9981-e98e52db32d3>

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: Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação em Saúde

Incidência: 14,03% das questões de Medicina Preventiva (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina Medicina Preventiva. Ela é a **3ª disciplina mais cobrada** nas provas do Revalida. Representa aproximadamente **11,16%** das questões cobradas pelo INEP de 2011 a 2022.

- ➔ **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 Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação em Saúde (Medicina Preventiva).

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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e0b3ff13-38f8-4fbb-b16f-6fcbf6a8cb6b>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Medicina Preventiva:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Sistemas de Informação em Saúde; 2.0 Telessaúde

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um tema importante dentro da Medicina Preventiva, com questões em praticamente todas as edições da prova do INEP.

Pontos de atenção dessa tarefa: Preenchimento da Declaração de Óbito e Doenças de Notificação Compulsória.

❖ A **Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)** e a **Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA)** são as responsáveis pela vigilância em saúde e pela implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

❖ **Vigilância em saúde** – divide-se da seguinte forma:



❖ **Vigilância epidemiológica** – Quais são os papéis que desempenha?

➤ Identifica condições referentes à saúde

- Coleta e analisa dados
- Propõe e realiza intervenções
- Analisa os resultados das intervenções e divulga-os

Atente que: a vigilância epidemiológica não apenas “observa” (coletando dados), ela “coloca a mão na massa” (adota medidas, como a vacinação).

Exemplos de **ações da vigilância epidemiológica:**

- Investigação de epidemias e endemias
- Notificação de doença
- Vacinação
- Formulação de dados de indicadores

❖ Sobre a **Vigilância Sanitária:**

- Coordenação nacional pela **ANVISA** (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).
- Atenção: No contexto da pandemia de Covid-19, a ANVISA ganhou destaque na mídia. Ela, por regulamentar as normas dos imunobiológicos, exerce funções como autorizar testes clínicos de vacinas e até mesmo definir modo de acondicionamento dos produtos e forma de descarte de resíduos.
- Tem suas **ações predominantemente executadas em âmbito municipal** (exemplo: vigilância sanitária local fiscalizando um restaurante ou uma fábrica de repelentes)
- **Exceção:** há uma ação de vigilância sanitária que é de responsabilidade da União: a **fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras**, podendo ser compartilhada com estados e municípios.
- **Atente:** A vigilância sanitária exerce **função de orientação** aos estabelecimentos que exercem atividades por ela fiscalizadas, mas também **tem prerrogativa de interditar e multar** serviços que não estejam em condições sanitárias adequadas.

❖ De acordo com a Portaria 1378/2013 (define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária), entenda as **atribuições de cada esfera:**

- Provisão de seringas e agulhas: responsabilidade dos estados, sendo facultado solicitar para a União;
- Garantia da realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância: responsabilidade dos estados;
- Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações: responsabilidade dos municípios.

❖ Sobre a **Vigilância ambiental: (INEP 2021)**

- É de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
- Se preocupa com os **fatores ambientais que podem interferir na saúde**. Exemplos: qualidade da água para insumos; contaminantes químicos; desastres ambientais; poluentes atmosféricos; agrotóxicos...
- Componentes estratégicos da Vigilância Ambiental:
 - Vigiaqua (Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano);
 - Vigiar (Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica);
 - Vigipeq (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos);
 - Vigidesastres (Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Relacionados a Desastres);
 - Vigifis (Vigilância em Saúde Associada aos Fatores Físicos).

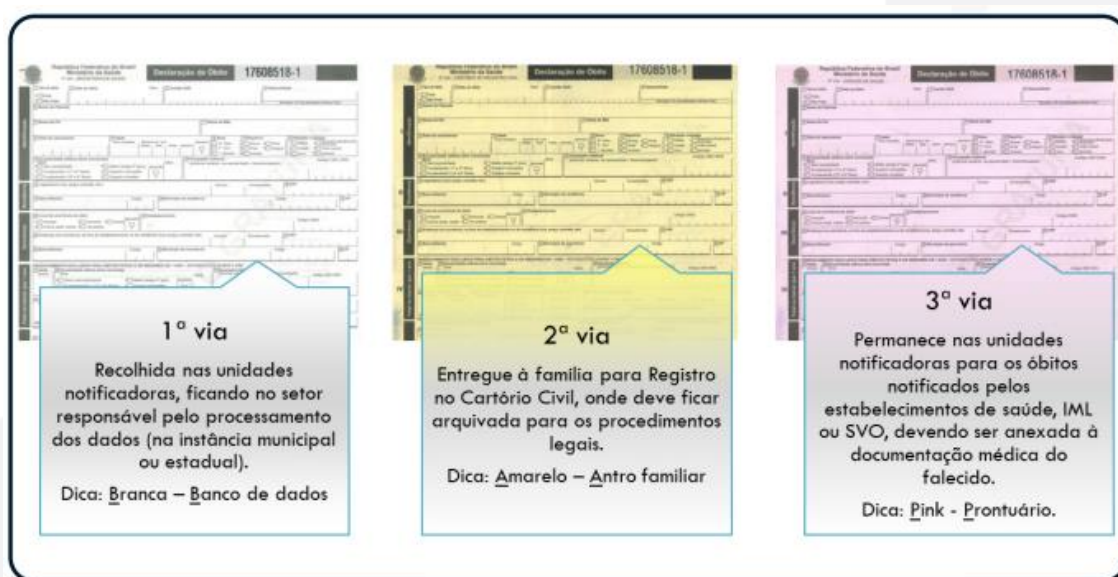
❖ Sobre a **Vigilância em saúde do trabalhador (VISAT): (INEP 2020)**

- É de **responsabilidade e financiamento de todos os níveis de governo** (União, estados, municípios e Distrito Federal), sendo suas ações executadas a nível municipal e estadual.
- Objetivos: Promoção da saúde, prevenção de adoecimento e redução de risco na população de trabalhadores. Exemplo: caracteriza o perfil de riscos relacionados ao trabalho, intervém, avalia as medidas propostas e pode utilizar sistemas de informação para obter informações.

- ❖ O **Sistema de informação de mortalidade (SIM)** é o que gera todos os indicadores relacionados a mortalidade e se baseia na declaração de óbito (DO).

❖ **Sobre a Declaração de Óbito:**

- O médico é o único profissional que pode preencher a declaração de óbito. Ele não pode cobrar para emitir uma declaração de óbito. Ele pode cobrar para examinar e constatar um óbito, caso se trate de um paciente particular a quem não prestava assistência.
- **É vedado ao médico atestar um óbito sem que o tenha verificado pessoalmente!**
- Ela é distribuída pelas secretarias estaduais e municipais de saúde em estabelecimentos de saúde, sendo constituída por três vias que são autocopiativas e pré-numeradas sequencialmente:



- **Atenção:** Revalidando, lembre-se de que existe diferença entre declaração de óbito e certidão de óbito! A declaração de óbito (atestado de óbito) é o documento que nós, médicos, preenchemos quando há um óbito. Já a certidão de óbito é um documento emitido pelo cartório de registro civil e que é imprescindível para o sepultamento, seja em cemitério particular ou público. Para que o cartório de registro civil emita a certidão de óbito, é necessário que um familiar do indivíduo que faleceu leve a declaração de óbito!
- A DO deve ser emitida em qualquer uma das três situações seguintes:

Emissão de DO
Em todo óbito por causa natural ou por causa acidental e/ou violenta.
No óbito fetal, se a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou se o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.
No óbito não fetal, quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.

Observe a ilustração abaixo, que resume quando devemos emitir uma DO nas situações de óbito ao nascer:



- Atenção para cuidados no preenchimento da DO:
 - Preenchimento legível. Rasuras: assinar ao lado ou substituir a DO. Quando anulada, deve ser encaminhada para a secretaria municipal de saúde.
 - Não deixar campos em branco – assinalar ignorado ou colocar um traço.
 - CID: pode ser preenchido pelos codificadores da secretaria de saúde.
 - Nunca assinar DO em branco.
- Revalidando, **sobre o preenchimento da DO**, observe abaixo: *(INEP 2015, 2014, 2013)*

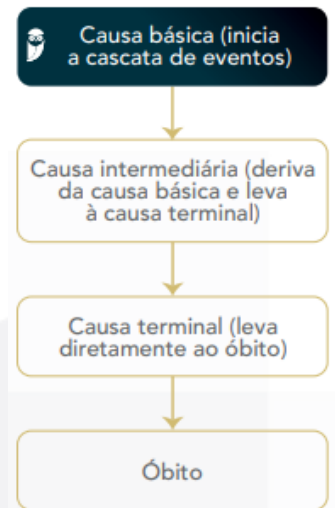
“Causas de morte: as causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

3.1 Causa básica de morte: a causa básica de morte é definida como:

3.1.1 a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte

3.1.2 as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal”

Assim, a **causa básica da morte é a doença ou o evento que deu início a toda a cascata de eventos que levou ao óbito!** Portanto, os eventos que derivam da causa básica da morte são chamados de causas intermediárias. As **causas intermediárias**, por sua vez, levam a uma **causa terminal (imediate)**, que é a responsável direta pelo óbito!

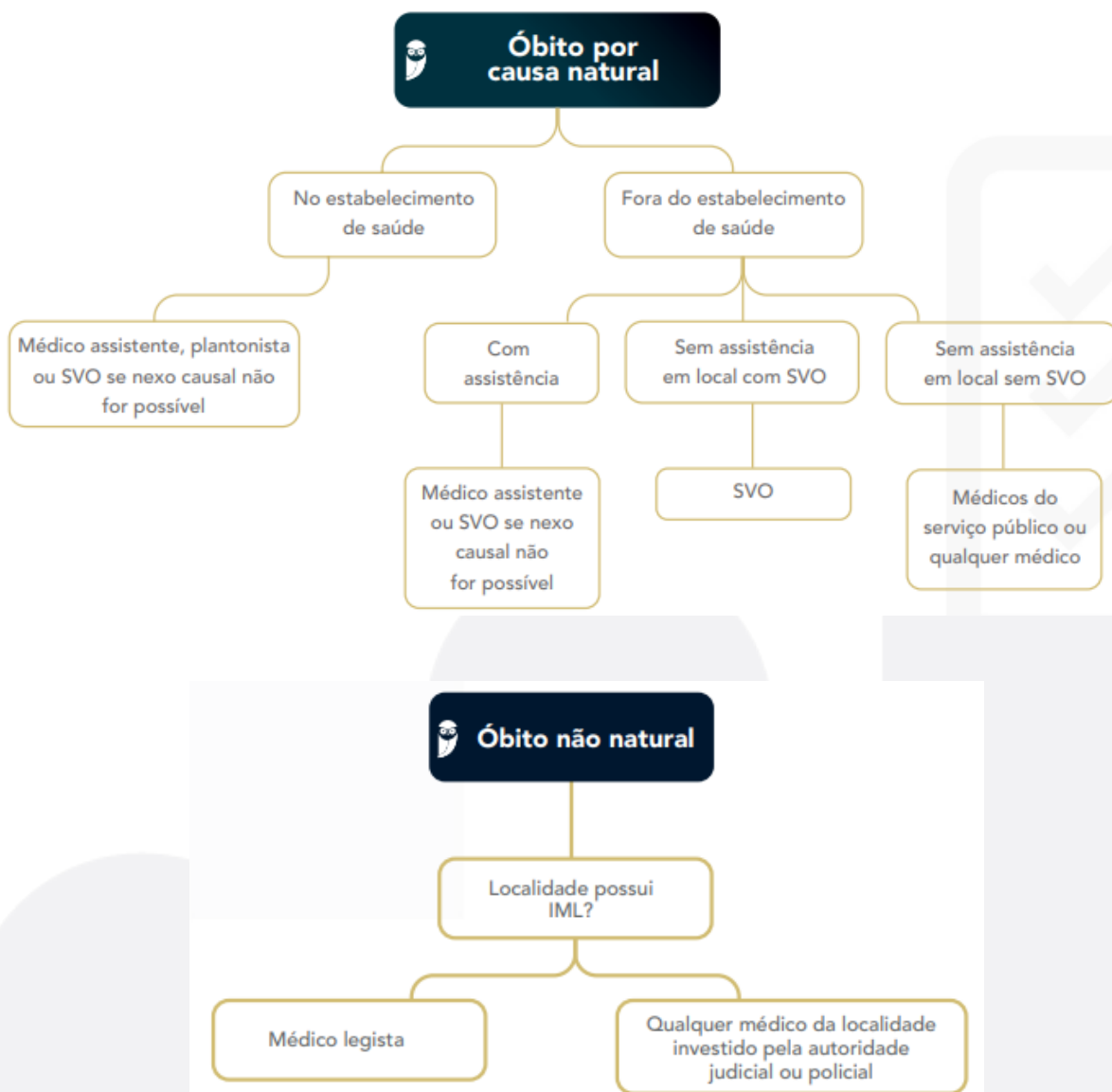


As **causas da morte** devem ser preenchidas na **Parte I**. Devemos preencher a causa imediata na “linha a”; abaixo dela, as causas intermediárias e, por último, a causa básica. Já na **Parte II**, nós vamos escrever as **comorbidades que o paciente possuía**, mas **que não influenciaram diretamente no óbito!** Observe a ilustração abaixo:

40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	Causa imediata ou terminal			
	b	Causa intermediária			
	c	Causa intermediária			
	d	Causa básica da morte			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	Doenças associadas (comorbidades)				

Atenção: Não utilizar termos vagos como: parada cardíaca e suas variações ou falência de múltiplos órgãos, já que isso indica o modo da morte, mas não a causa propriamente dita.

- Memorize **quem deve preencher a declaração de óbito:** (INEP 2016, 2015, 2014 e 2013)



Atenção: Quando houver óbito em uma localidade sem médico, o Cartório de Registro Civil pode emitir a DO na presença de duas testemunhas!

- ❖ **SINAN (Sistema de Informação de agravos de notificação):** sistema por meio do qual notificamos doenças e agravos de notificação compulsória, que são essenciais para a análise da situação de saúde e sua intervenção.
 - Atente-se para conceitos importantes: o SINAN armazena e processa dados da **vigilância epidemiológica** e abrange o controle de **agravos transmissíveis e não transmissíveis**.
 - **Critérios para doença ou agravo ser de notificação compulsória:** magnitude; potencial de disseminação; transcendência; vulnerabilidade; compromissos internacionais; ocorrência de emergências de saúde pública; epidemias; e surtos. Veja o mnemônico abaixo:

V	Vulnerabilidade	Fragilidade da população a um determinado agravo.
C	Compromissos internacionais	Acordos internacionais (OMS).
T	Transcendência	Severidade, relevância social e relevância econômica.
E	Epidemias	Ocorrência de emergências de saúde pública, epidemias e surtos.
M	Magnitudes	Dimensão do problema.
Po	Potencial de disseminação	Facilidade de transmissão da doença.

- Quem deve/pode notificar?

Notificação	
Obrigatória	Médicos; outros profissionais de saúde; estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa
Possível	Qualquer cidadão

Atenção: é considerado crime o médico deixar de comunicar à autoridade pública competente os casos contemplados na Lista Nacional de Notificação Compulsória.

- Quando e com qual frequência notificar?

Tipos de notificação	Definição
Notificação compulsória imediata	Deve ser realizada em até 24 horas , a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, por meio do meio de comunicação mais rápido disponível.
Notificação compulsória semanal (ou mediata)	Realizada em até 7 (sete) dias , a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo.
Notificação compulsória negativa	É uma comunicação, realizada semanalmente, que o responsável pelo estabelecimento de saúde faz à autoridade de saúde, informando que, na semana epidemiológica, não foi identificada nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória.

- **Quais doenças notificar? (INEP 2022 e 2016)**

Revalidando, aqui não tem jeito, é decorar! Montamos um mnemônico para que você consiga memorizar de forma mais fácil:

V	 Violência	Violências: doméstica; sexual e tentativa de suicídio; terrorismo (antraz pneumônico, tularemia, varíola); óbito infantil e materno.
Á	Acidente	Acidente de trabalho (com material biológico, grave, fatal, e em crianças e adolescentes); intoxicação exógena.
F	Febre	(NEM A TIA escapa)– <u>N</u> ilo, <u>E</u> bola, <u>M</u> aculosa, <u>A</u> renavírus, <u>T</u> ifoide, <u>A</u> rboviroses. (<u>MaL</u> com <u>Purpurina</u>): <u>M</u> arburg, <u>L</u> assa, <u>Purpúrica</u> brasileira.
É	Epidemias	Grandes epidemias da humanidade. Pandemias - (CPF) <u>C</u> ólera, <u>P</u> este e <u>F</u> ebre amarela, além do coronavírus e eventos de saúde pública que constituam ameaça.
S	Sexo só a 2	Só duas doenças: sífilis e HIV. Sífilis (adquirida, congênita e em gestante). HIV/AIDS (todas as formas - gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta). Obs: hepatites virais está em "I".
A	Animal	Peçonhentos, raiva, cão (leishmaniose), gato (toxoplasmose congênita e em gestante), rato (hantavirose e leptospirose), caramujo (esquistossomose grave ou área não endêmica), barbeiro (Chagas), vaca louca (doença de Creutzfeldt-Jakob) e conserva (botulismo).
I	Imunização	Regra geral: notifica as doenças para as quais há vacinas e os eventos adversos delas. Obs. 1: BCG (lembre-se de tuberculose e hanseníase). Obs. 2: incluir todas as hepatites virais (mesmo sem vacina contra hepatite C). Obs. 3: varicela - só se notifica óbito e caso grave. Obs.4: caxumba e rotavírus (<u>CAi</u> fora da <u>ROTA</u>) - há vacina, mas não se notifica.

Agora que já sabemos as doenças e agravos de notificação compulsória, precisamos gravar quais destes são de **notificação imediata (em até 24 h)**. Quando você suspeita de alguma dessas doenças, você pensa: **notIFICA VAI!**

F	 Febre	(NEM A TIA escapa)– <u>N</u> ilo, <u>E</u> bola, <u>M</u> aculosa, <u>A</u> renavírus, <u>T</u> ifoide, <u>A</u> rboviroses. (<u>MaL</u> com <u>Purpurina</u>): <u>M</u> arburg, <u>L</u> assa, <u>Purpúrica</u> brasileira; febre maculosa, febre tifoide, febre do Nilo ocidental, hantavirose, leptospirose, malária (extra-amazônica), doença de Chagas aguda.
I	Internacionais	Terrorismo (antraz pneumônico, tularemia, varíola); paralisia flácida aguda (lembrar de poliomielite e botulismo), influenza por novo tipo e SARS-CoV/MeRS-CoV.
C	CPF	(CPF) <u>C</u> ólera, <u>P</u> este e <u>F</u> ebre amarela
A	Acidentes	Acidentes de trabalho graves, fatais ou em crianças e adolescentes. Acidente por animal peçonhento e potencial transmissor de raiva. Obs.: a raiva também é de notificação imediata.
V	Violência	Apenas violência sexual e tentativa de suicídio
A	Arboviroses	Notificar imediatamente óbitos por dengue, Zika e chikungunya. Zika em gestantes e chikungunya em área sem transmissão também são de notificação imediata.
I	Imunização	Tetraviral - sarampo, rubéola e varicela (Obs. 1: varicela - só se notifica óbito e caso grave). (Obs. 2: Caxumba - é a única doença da tetraviral que não é de notificação compulsória!). DPT - Difteria, tétano e coqueluche. Meningites, H. influenzae. Evento adverso grave ou óbito.

Dica: Muitas vezes você não terá certeza ou esquecerá de uma ou outra doença. Portanto, terá que tentar acertar a questão pela intuição. De modo geral, você deve raciocinar que as doenças de notificação imediata são condições mais graves do ponto de vista epidemiológico, por isso temos que ser mais céleres no processo de notificação, para que as medidas de vigilância epidemiológica sejam tomadas.

❖ SOAP (INEP 2022 e 2021)

Revalidando, o SOAP é um dos pontos do registro médico orientado por problemas, sendo uma forma de registrar a consulta na mesma sequência do raciocínio clínico. Veja abaixo:

SOAP	EQUIVALENTE
SUBJETIVO	ANAMNESE
OBJETIVO	EXAME FÍSICO E EXAMES COMPLEMENTARES
AValiação	DIAGNÓSTICO E LISTA DE PROBLEMAS
PLANO	CONDUTA E SEGUIMENTO

Tarefa 2 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e0b3ff13-38f8-4fbb-b16f-6fcbf6a8cb6b>


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: ATLS - Atendimento Inicial e Via Aérea; Temas Gerais em Cirurgia; Abdome Agudo Obstrutivo; Trauma Abdominal e Pélvico; Complicações Pós-Operatórias

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Cirurgia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **ATLS - Atendimento Inicial e Via Aérea; Temas Gerais em Cirurgia; Abdome Agudo Obstrutivo; Trauma Abdominal e Pélvico; Complicações Pós-Operatórias**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

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

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

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Revise** os principais tópicos referentes aos assuntos **ATLS - Atendimento Inicial e Via Aérea; Temas Gerais em Cirurgia; Abdome Agudo Obstrutivo; Trauma Abdominal e Pélvico; Complicações Pós-Operatórias.**

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

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

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

➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.

➔ **Caderno de Erros:** ao errar ou acertar com dúvida (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou outro aplicativo de notas**, no caderno que você criou para a disciplina, **informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva).

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/a2d2984c-01fd-4467-8d65-4c743ff0ed84>

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

Tarefa 3 (Avançada)

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/a2d2984c-01fd-4467-8d65-4c743ff0ed84>

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: Amenorreia

Incidência: 6,34% das questões de Ginecologia (2011-2022)

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

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

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de **Amenorreia (Ginecologia)**.

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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d93d2d70-3b50-4477-a85f-b9f07b031def>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Ginecologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Conceitos iniciais; 2.0 Amenorreia primária; 3.0 Amenorreia secundária

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um assunto bastante denso, com muita informação e de difícil memorização. Foque seu estudo nas dicas abaixo, que resumem o que você realmente precisa saber para a prova do INEP. Mas, não se preocupe, teremos tarefas de revisão acerca desse assunto!

❖ **Amenorréia Primária: (INEP 2014)**

- Definição: ausência de menstruação (menarca) aos 14 anos associada à falha no desenvolvimento de caracteres sexuais ou aos 16 anos, mesmo com desenvolvimento de caracteres sexuais (mamas e pelos);
- Pode ser resultante de anormalidade genética ou anatômica;
- Para a prova: 50% dos casos são de origem ovariana (compartimento II) e, aproximadamente 15%, tem origem uterovaginal (compartimento I).

1. Amenorréia primária de causa uterovaginal:

1.1 Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (ou agenesia mülleriana) (INEP 2021)

Principais características:

- Segunda principal causa de amenorreia primária;
- Cariótipo: **46XX**;
- Agenesia dos ductos de Müller → **ausência de útero, trompas e 2/3 superiores da vagina** → amenorreia primária;
- Pacientes apresentam vagina curta e a genitália externa é feminina;
- Ovários são normais (caracteres sexuais secundários normais);
- Malformações renais e esqueléticas podem estar presentes;
- Diagnóstico diferencial: insensibilidade androgênica (principal para as provas), septo vaginal transversal e hímen imperfurado;
- Tratamento: criação de neovagina, seja com o uso de dilatadores vaginais (técnica preferível atualmente) ou através de cirurgia (cirurgia de McIndoe);
- Orientações caso a paciente deseje ter filhos: utilização de útero substitutivo com espermatozoides de parceiro ou terceiros, podendo ser utilizados óvulos da própria paciente.



1.2 Síndrome de Morris, Síndrome de Insensibilidade Androgênica, Síndrome dos testículos feminilizantes ou pseudo-hermafroditismo masculino (INEP 2016)

Principais características:

- Distúrbio recessivo ligado ao X, em que há um defeito no receptor de androgênios;
- Sexo genético é masculino (**cariótipo 46XY**), mas o **fenótipo é feminino**;
- Tudo que depender da testosterona não se desenvolve: genitália externa e ductos de Wolf;
- **Pelos pubianos e axilares são ausentes ou escassos, mamas são pequenas e testículo está presente**;
- Tratamento: reposição hormonal; criação de neovagina e gonadectomia após a puberdade
- Atenção: a testosterona está aumentada para o sexo feminino, porém os valores estão normais considerando os valores-padrão para o sexo masculino!

1.3 Deficiência de 5-alfa-redutase:

Principais características:

- A deficiência dessa enzima impede a conversão de testosterona em di-hidrotestosterona (DHT), responsável pelo desenvolvimento da genitália externa masculina;
- Cariótipo: XY;
- Genitália interna: masculina → testículo, epidídimo, ducto deferente, vesícula seminal;
- Genitália externa: feminina ou ambígua;
- Sinais de virilização na puberdade.

1.4 Obstrução distal do trato genital (INEP 2015)

- Principais causas: hímen imperfurado e septo vaginal transversal
- Sexo genético é feminino (cariótipo 46XX), função ovariana e caracteres sexuais secundários femininos estão normais;
- Paciente pode apresentar dor pélvica crônica e massa pélvica.

2. Amenorréia primária de causa ovariana:

- Ovário não produz esteroides e o Sistema Nervoso Central está funcionando normalmente → **hipogonadismo hipergonadotrófico**.
- **Atenção:** obrigatória a realização de cariótipo, pois é necessário descartar a presença do cromossomo Y!
- As disgenesias gonadais são a principal causa de amenorreia primária!

2.1 Síndrome de Turner:

- Atente: **Mais cobrada em provas!**
- Cariótipo: **45X0**
- Genitália externa e interna feminina (pré-púbere) + ovários em “fita”
- Atresia folicular acelerada → amenorreia primária sem caracteres sexuais secundários;
- Estigmas da doença: baixa estatura, mamas pouco desenvolvidas, metacarpo curto, unhas pequenas, nevos pigmentados;
- Anormalidades cardiovasculares (maior causa de óbito), renais, autoimunes;
- Tratamento: reposição hormonal para o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.
- Gravidez: alto risco. Maioria FIV com doação de óvulos.

2.2 Síndrome de Swyer:

- Cariótipo: **46XY**
- Testículos disgenéticos → não produzem HAM (hormônio antimülleriano) nem testosterona;
- Genitália interna feminina pré-púbere e presença de genitália externa feminina;
- Estatura normal ou elevada e desenvolvimento mamário escasso ou ausente.
- Tratamento: semelhante ao da síndrome de Turner + retirada da gônada disgenética (risco de malignização).

3. Amenorréia primária de causa hipotalâmica:

O SNC não está liberando gonadotrofinas para estimular o ovário → **hipogonadismo hipogonadotrófico**.

1.1 Atraso Fisiológico da puberdade:

- Principal causa de amenorreia primária hipotalâmica;
- Amenorreia é causada pela ativação tardia do gerador de pulsos do GnRH;
- O desenvolvimento puberal é normal, porém acontece mais tardiamente;
- Dosagem de gonadotrofinas está baixa para a idade cronológica, mas os níveis estão normais para a infância;
- Não é necessário tratamento, apenas tranquilização dos pais.

1.2 Deficiência congênita do GnRH:

- Causa rara de amenorreia hipotalâmica;
- A principal representante nas provas é a **Síndrome de Kallmann**: deficiência do GnRH + anosmia; amenorreia primária sem desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários; tratamento consiste na reposição hormonal.

Atenção, Revalidando:



Durante a investigação da amenorreia, a primeira pergunta deve ser: **houve desenvolvimento dos outros caracteres sexuais secundários (mamas e pelos)?**

→ **SIM:** significa que o eixo HHO está funcionando e a investigação deve ser direcionada para causas anatômicas. Se o útero é ausente, os diagnósticos mais prováveis são agenesia mülleriana e insensibilidade androgênica; se o útero está presente, as etiologias devem ser as mesmas das amenorreias secundárias.

→ **NÃO:** há deficiência de estradiol e a investigação deve ser direcionada para defeitos no eixo HHO. As etiologias mais prováveis são atraso funcional do desenvolvimento puberal (FSH baixo ou normal) e disgenesia gonadal (FSH elevado).

Com relação aos **exames complementares** realizados na investigação da amenorreia primária, **o que você deve memorizar? IMPORTANTE!**

Exames laboratoriais:

a) **FSH e prolactina:** sempre devem ser solicitados!

- FSH alto → hipogonadismo hipergonadotrófico → Disgenesia gonadal
- FSH baixo → hipogonadismo hipogonadotrófico → Causas centrais
- FSH normal → eugonadismo → pesquisar causas anatômicas e outras endocrinopatias

b) **Teste do GnRH:** ajuda a diferenciar as amenorreias hipotalâmicas das hipofisárias. Administra-se 100 mg de GnRH intravenoso.

- Teste positivo: após administração de GnRH, a hipófise responde produzindo gonadotrofinas, caracterizando uma **amenorreia hipotalâmica**;
- Teste negativo: a hipófise não responde, caracterizando uma **amenorreia hipofisária**.

Cariótipo: indicado em todas as amenorreias hipergonadotróficas (FSH elevado) e em pacientes sem útero;

Ressonância magnética (RM) de crânio ou sela túrcica: deve ser realizada em todos os casos de hipogonadismo hipogonadotrófico e em pacientes com queixas que sugerem alterações no SNC.

Atente para alguns tratamentos específicos em casos de amenorreia:

- Se cariótipo XY, remover testículos, pelo risco de malignização;
- Tanto na síndrome de Rokitansky como na síndrome de Morris, o tratamento consiste na criação cirúrgica de neovagina ou no uso clínico de dilatadores vaginais (técnica de Frank).

❖ **Amenorréia secundária** – O que você precisa saber para a prova:

- **Definição:** ausência de menstruação por um período equivalente a três ciclos menstruais (se regulares) ou pelo menos seis meses (se ciclos irregulares), em mulheres em que a menarca já ocorreu.
- **Atenção:** sempre excluir gravidez, sendo a principal causa de amenorreia secundária;
- Etiologias da amenorreia secundária: ovarianas (40%), hipotalâmicas (35%), hipofisárias (17%) e uterinas (7%).

1. Amenorreia secundária de causa uterina/vaginal:

- **Síndrome de Asherman:** corresponde à quase totalidade dos casos
- Cariótipo **46XX**
- Causa: aderências (sinéquias) intrauterinas secundárias a procedimentos intrauterinos;
- História clássica: amenorreia após um procedimento intrauterino, especialmente após abortamento seguido de curetagem
- Sintomas: amenorreia, infertilidade, dor pélvica cíclica ou dismenorreia e perda gestacional recorrente
- Diagnóstico definitivo: histeroscopia (exame diagnóstico e terapêutico);
- Tome nota: todas as dosagens hormonais estão normais.

2. Amenorreia secundária de causa ovariana:

É a principal causa de amenorreia secundária!

Principais etiologias: Síndrome dos ovários policísticos (SOP) e Insuficiência ovariana prematura.

2.1 Síndrome dos ovários policísticos (SOP):

- Distúrbio associado à disfunção ovulatória, hiperandrogenismo, resistência insulínica e ovários com aspecto policístico.
- Ocorre o aumento da secreção do LH e diminuição da secreção do FSH. O aumento do LH causa aumento da produção de androgênios, mas o FSH deficiente não possibilita o desenvolvimento folicular adequado.

2.2 Insuficiência/falência ovariana prematura:

- Definição: perda de oócitos antes dos 40 anos de idade;
- É uma causa de hipogonadismo hipergonadotrófico;
- Geralmente a causa é desconhecida!
- Diagnóstico: duas dosagens de FSH acima de 25 mUI/mL, obtidas com o intervalo mínimo de um mês;
- Quando desconfiar desse diagnóstico nas provas? Amenorreia + Mulher < 40 anos + FSH elevado + associação com doenças autoimunes;
- Tratamento: realização de terapia hormonal

2.3 Síndrome de Savage (ou Síndrome dos Ovários resistentes):

- Resistência à ação das gonadotrofinas ou ausência de seus receptores ovarianos;
- Por mecanismo de feedback, ocorre aumento de FSH/LH - hipogonadismo hipergonadotrófico
- Os sintomas são os mesmos da falência ovariana prematura e a diferenciação só é possível por meio da biópsia de ovário (não indicada, pois o tratamento é o mesmo).

3. Amenorreia secundária de causa hipofisária:

- É causa de hipogonadismo hipogonadotrófico;
- Cursa com níveis de FSH e LH < 5 mUI/mL;
- Principal etiologia: **adenomas produtores de prolactina** (prolactinomas) → por efeito de massa, comprimem os gonadotrofos, destruindo-os e resultando em amenorreia. Além disso, o crescimento tumoral pode danificar o pedículo hipofisário, levando à hiperprolactinemia pela perda da inibição dopaminérgica, que também leva à amenorreia, por inibir os pulsos de GnRH.
- Outras etiologias:
 - ✓ **Síndrome de Sheehan:** necrose hipofisária relacionada à hemorragia pós-parto. Há perda da atividade gonadotrófica, resultando em anovulação e amenorreia. A paciente também pode apresentar: agalactia (não produzir leite, devido à queda da produção de prolactina), perda de pelos pubianos e axilares, pele fria e ganho de peso. (INEP 2012)
 - ✓ **Síndrome da sela vazia:** herniação do espaço subaracnoide para o interior da sela túrcica, causando compressão do tecido hipofisário e hipopituitarismo (perda parcial ou total da função da hipófise).

4. Amenorreia secundária de causa hipotalâmica: (INEP 2012)

- É causa de hipogonadismo hipogonadotrófico;
- Cursa com níveis de FSH e LH < 5 mUI/mL;
- As etiologias mais comuns em provas são as funcionais. Veja abaixo:
- **Transtornos alimentares:** anorexia e bulimia podem evoluir com amenorreia;
- **Exercícios:** mais encontrada nas atividades que necessitam de maior perda de peso e gordura.
- Fique atento (a) à “Tríade do atleta”: amenorreia, osteopenia/osteoporose (devido ao hipoestrogenismo) e distúrbios alimentares (comuns nessas pacientes);
- **Estresse:** eventos traumáticos podem causar amenorreia.

5. Outras causas endócrinas de amenorreia:

Os níveis de gonadotrofinas estão normais (eugonadismo).

O que está alterado são os eixos de retroalimentação, que impedem a maturação normal dos oócitos e a ovulação.

Principais etiologias:

- **Doença tireoidiana:** alterações menstruais são comuns em pacientes portadoras de tireoidopatias. Todas as pacientes com amenorreia secundária devem dosar TSH!
- **Hiperplasia adrenal congênita de manifestação tardia:** manifesta-se com sinais de hiperandrogenismo (ex: pubarca precoce), aceleração do crescimento, acne resistente à terapêutica, oligomenorreia e/ou amenorreia e hirsutismo. O quadro clínico é muito parecido com o da SOP, portanto, toda paciente com suspeita clínica de ovários policísticos deve ter dosagem de 17-OH progesterona para exclusão da hiperplasia adrenal congênita;
- **Tumores produtores de androgênios:** os androgênios em altas doses atrofiam o endométrio e reduzem os pulsos de GnRH. Os mais comuns são os tumores ovarianos e tumores suprarrenais.

Resumo do roteiro diagnóstico das amenorreias secundárias (INEP 2015)

ESCLARECENDO!



- Primeiro passo: Descartar gestação! A principal causa de amenorreia secundária é a gravidez e deve ser logo descartada;
- Segundo passo: realização de TSH (valores de referência 0,5-5 mUI/mL) e prolactina (valor de referência: < 20 ng/mL);
- Outros testes que podem ser solicitados:

- ✓ **FSH:** útil na diferenciação entre amenorreias hipergonadotróficas e amenorreias hipogonadotróficas
 - FSH alto = hipogonadismo hipergonadotrófico → pensar principalmente em falência ovariana prematura
 - FSH baixo = hipogonadismo hipogonadotrófico → causas centrais
 - FSH normal = eugonadismo → pesquisar causas anatômicas e outras endocrinopatias
- ✓ **Teste da progesterona:** sua finalidade é avaliar o status do estrogênio da paciente e a patência do trato genital. Administra-se acetato de medroxiprogesterona via oral 10 mg/dia, por 10-14 dias. O teste é positivo se ocorrer sangramento em 7-10 dias após o término da medicação. Podemos concluir que o trato de saída está pérvio e o que faltava para a paciente sangrar era a progesterona, ou seja, a paciente não ovulou (anovulação). Na ausência de sangramento (teste negativo), a investigação deve continuar.
- ✓ **Teste do estrogênio (ou teste do estrogênio + progesterona):** mimetiza um ciclo menstrual normal, com a finalidade de avaliar a patência do trato genital. Na ausência de sangramento (teste negativo), estamos diante de causas uterovaginais. Caso o teste seja positivo, deve-se prosseguir a investigação avaliando causas do SNC.
- ✓ **Teste do GnRH:** Útil na diferenciação de amenorreias hipotalâmicas e hipofisárias
 - Teste positivo = Amenorreia Hipotalâmica
 - Teste negativo = Amenorreia Hipofisária
- ✓ **Evidência clínica de hiperandrogenismo:** geralmente será resultado da síndrome dos ovários policísticos. Entretanto, são necessárias dosagens de testosterona, de SDHEA e 17-OHprogesterona.
 - 17-OH-progesterona > 200 pg/mL = pensar em hiperplasia adrenal congênita de início tardio.
 - SDHEA > 700 mcg/dL = pensar em tumores de adrenal → solicitar exames de imagem.
 - Testosterona total > 200 ng/dL = pensar em tumores ovarianos secretores de androgênios → solicitar exames de imagem.

Tarefa 4 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/d93d2d70-3b50-4477-a85f-b9f07b031def>

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

Tarefa 5 (Simplificada)

Disciplina: Obstetrícia

Assunto: Assistência ao Parto

Incidência: 5,52% das questões de Obstetrícia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Obstetrícia, a **4ª mais cobrada** nas provas do INEP e representa aproximadamente **10,05%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **sexto assunto mais cobrado dentro de Obstetrícia.**

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Leia as Dicas da Tarefa de Assistência ao parto (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.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2d5fa6a1-dd23-43a0-b15c-abc88d961bce>

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

Complementação:

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

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

Link da Aula de Obstetrícia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Assistência ao Parto Normal; 2.0 Assistência ao Parto Cesáreo; 3.0 Indução do Trabalho de Parto; 4.0 Gestação Pós-Termo ou Prolongada; 5.0 Parto Vaginal Operatório.

Dicas da Tarefa:

Revalidando, geralmente aparece uma questão por prova desse tema, embora em 2022 a banca não tenha colocado nenhuma. Dê uma atenção especial ao tópico “Distopia de Ombro”.

❖ Revalidando, **decore as contraindicações absolutas ao parto normal:**

- Inserção baixa de placenta (placenta prévia);
- Descolamento prematuro de placenta com feto vivo;
- Iminência de rotura uterina;
- Sofrimento fetal agudo no início do trabalho de parto;
- Infecção ativa por herpes genital;
- Miomectomia prévia;
- Cicatriz de cesárea longitudinal prévia;
- Vasa prévia;
- Prolapso de cordão umbilical;
- Tumor prévio que obstrui o canal cervical;
- HIV com carga viral > 1.000 cópias.



❖ **Diagnóstico do trabalho de parto – Importante saber para a prova!**

Contrações rítmicas (**3-4 em 10 min**) + Dilatação e esvaecimento cervical (**3-4 cm, fino e medianizado**).

➤ Na admissão da parturiente, o que deve ser avaliado:

- Batimentos cardíacos fetais;
- Contrações uterinas;
- Dilatação cervical;
- Descida da apresentação fetal;
- Presença ou não de rotura de membranas;
- Exames laboratoriais (caso não tenha realizado no pré-natal): tipagem sanguínea com Coombs indireto, teste rápido de HIV e VDRL;
- Amnioscopia: alguns serviços orientam de rotina a sua realização, quando as membranas fetais estão íntegras e o colo está começando a dilatar. Possíveis complicações desse procedimento: sangramento do colo uterino, rotura artificial das membranas fetais e trauma fetal.

Atenção: Não há necessidade do uso de **acesso venoso** e nem **ocitocina de rotina**. Além disso, o uso de enemas e tricotomia não é mais indicado!

- ❖ Revalidando, é importante saber os períodos clínicos do trabalho de parto, suas características e como identificá-los na hora da prova!

Trabalho de parto – Dividido em 4 períodos clínicos:

- 1) **Dilatação**
- 2) **Expulsão**
- 3) **Dequitação**
- 4) **Greenberg**



1. Dilatação:

- Primeiro período (fase ativa) do trabalho de parto: 3 contrações em 10 min e dilatação > 5cm
- Duração da fase ativa: aproximadamente 12h para primíparas
- **Ausculata intermitente a cada 15-30min** com sonar doppler
- Monitorização cardíaca fetal contínua com cardiotocografia: somente se gestação de alto risco ou alterações dos batimentos cardíacos fetais pela ausculata intermitente
- **Toque vaginal:** o mínimo possível, de preferência **a cada 4h**
- Atenção: **não está indicado administrar ocitocina de rotina** para acelerar a fase ativa do trabalho de parto
- Gestante deve ser estimulada a **andar e adotar posições verticais, se alimentar e beber líquidos** (o jejum não é indicado).

2. Período expulsivo: (INEP 2020)

- Representa o segundo período do trabalho de parto: dilatação do colo uterino está completa e a parturiente tem vontade de empurrar.
- Duração: até 3 horas na primigesta sem analgesia e até 4 horas quando a parturiente está sob efeito da analgesia;
- **Batimentos cardíacos fetais** devem ser avaliados a **cada 5-10 min**
- **Posição de nascimento** do conceito deve ser de **livre escolha da gestante**
- Desprendimento do polo cefálico precisa ser lento e gradual
- **Episiotomia: não deve ser feita de forma rotineira!**

→ **Quando está indicada?** Sofrimento fetal, parto operatório, distócias de biacromial e nos casos em que exista risco de lacerações perineais graves (terceiro e quarto grau).

→ **Qual a técnica indicada?** Técnica mediolateral, com secção dos seguintes planos: pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e músculos bulboesponjoso e transversos superficiais do períneo. Deve ser feita em um ângulo de 60° com a linha média, quando o polo cefálico estiver distendendo o períneo.

- **Atenção:** Manobra de Kristeller está proscrita na obstetrícia!
- Recém-nascido deve ser colocado no ventre materno e receber os cuidados do pediatra, de preferência no colo da mãe. O clameamento do cordão deve ser adiado por pelo menos 1 minuto.

3. Terceiro período (dequitação):

- Corresponde ao período após o nascimento do feto até a expulsão da placenta e das membranas fetais.
- Existem dois tipos de dequitação placentária:
 - ✓ **Baudelocque-Schultze (central):** a primeira face a ser visualizada é a face fetal, com formação de um hematoma retroplacentário.
 - ✓ **Baudelocque-Duncan (marginal):** face materna é a primeira a exteriorizar-se e o sangramento ocorre antes da total expulsão da placenta.
- Dequitação placentária fisiológica: ocorre em até 30 min após o nascimento. A partir disso, caracteriza-se retenção placentária, devendo ser feita a extração manual da placenta, seguida de

curagem uterina.

- Principal medida na assistência ao terceiro período (**Importante**): prevenção da hemorragia pós-parto → Conduta: uso universal da **ocitocina** na dose de 10UI IM **após o nascimento do feto**, em todos os partos + **tração controlada do cordão**.
- Contato pele a pele precoce deve ser estimulado, beneficiando a amamentação na primeira hora de vida

4. Período de Greenberg:

- Representa o quarto período do trabalho de parto, correspondendo à primeira hora após a dequitação da placenta.
- É nesse período que ocorrem a maioria das hemorragias pós-parto → **Avaliar tônus uterino, frequência cardíaca e pressão materna a cada 15 min.**
- **Útero não deve ultrapassar a cicatriz umbilical e deve estar contraído na primeira hora** depois da dequitação. Se isso não ocorrer, deve-se suspeitar de atonia uterina, a principal causa de hemorragia pós-parto.
- Mecanismos que fazem parte desse período: miotamponamento → trombotamponamento → indiferenciação uterina → contração uterina fixa.

❖ Métodos de alívio da dor no parto: (INEP 2011)

- Não farmacológicos: educação perinatal; técnicas de respiração; hipnose e relaxamento; apoio contínuo durante o parto; movimentação e mudança de posição; bola de parto; hidroterapia; massagem; acupuntura; musicoterapia e aromaterapia.
- Farmacológicos:
 - ✓ **Bloqueio regional (raquianestesia, peridural ou duplo bloqueio):** técnica de analgesia mais efetiva, representando o padrão-ouro;
 - ✓ Opioides (meperidina, remifentanil, cetamina) - utilizados quando há contraindicação ao bloqueios regionais ou quando estes não estão disponíveis;
 - ✓ Inalatória (óxido nítrico);
 - ✓ Bloqueio nervo pudendo: usa como ponto de referência a espinha isquiática para sua aplicação; utilizado no período expulsivo para alívio da dor e na necessidade de incisões perineais ou após o parto para sutura de lacerações;
 - ✓ Anestesia local.



❖ Modificações do puerpério fisiológico:

A) Involução uterina e do canal de parto:

- Após o parto, útero encontra-se na cicatriz umbilical, diminuindo 1cm/dia. Retorna às dimensões normais 4 semanas pós-parto.
- Presença de secreção vaginal decorrente do desprendimento dos tecidos da decídua (lóquios). Inicialmente lóquios rubros → lóquios fuscos (acastanhados) → lóquios flavos (amarelados) → lóquios albos (claros).

B) Modificações gerais:

- Pós-parto: puérpera encontra-se em um estado de hipercoagulação e os riscos de eventos tromboembólicos são maiores nessa fase;
- Queda exponencial dos esteroides sexuais e do BhCG
- Perda de peso importante, principalmente nas primeiras 2 a 3 semanas de pós-parto.

❖ Complicações associadas ao parto normal cefálico:

1. Prolapso de cordão:

- Quando o cordão umbilical está à frente da apresentação e as membranas estão rotas;

- Fatores de risco: apresentações não cefálicas, gestações múltiplas, prematuridade e polidrâmnio. Relacionada também a procedimentos obstétricos, como amniotomia, amnioinfusão e aplicação de fórceps;
- Manifestações clínicas: **desacelerações variáveis repetidas, bradicardia, cordão umbilical à frente da apresentação ao toque vaginal**;
- Conduta: **cesárea de emergência**! Antes disso, deve-se realizar toque vaginal e fazer a subida da apresentação e diminuição da compressão do cordão umbilical. Para facilitar a subida da apresentação, pode-se colocar a paciente em posição genitopeitoral (quatro apoios).

2. Distocia Biacromial (ou distocia de ombro): (INEP 2021 e 2017)

- Ocorre durante o período expulsivo do parto cefálico, quando o polo cefálico já se desprendeu, mas os ombros não se soltam;
- Fatores de risco: diabetes, pós-datismo, macrosomia, anomalias anatômicas da pelve materna
- Complicações maternas: lacerações do canal de parto; atonia uterina; rotura uterina; disjunção da sínfise púbica
- Complicações fetais: lesão de plexo braquial, fratura de clavícula e úmero, hipóxia fetal, óbito intraparto e neonatal
- Conduta (**DECORE**):
 - ✓ **A**: Alerta, chamar ajuda
 - ✓ **L**: Levantar as pernas (Manobra de McRoberts)
 - ✓ **E**: Externa – pressão subapúbica (Rubin I)
 - ✓ **E**: Episiotomia (considerar)
 - ✓ **R**: Retirada do braço posterior (manobra de Jacquemier)
 - ✓ **T**: Toque (realização das manobras internas)
 - ✓ **A**: Alterar a posição da paciente (posição de Gaskin ou 4 apoios)



- **Manobra de McRoberts**: Flexão da perna da mulher, posicionando as coxas sobre o abdome, simulando a posição de cócoras, o que aumenta o diâmetro de saída da pelve. Geralmente, é a primeira manobra a ser realizada.
- **Manobra de Rubin I**: Pressão suprapúbica sobre o ombro anterior do feto
- **Manobra de Jacquemier**: Retirada do braço posterior fetal do canal de parto

Atente: Se todas as manobras descritas acima não surtirem efeito, utilizam-se as manobras de último recurso, que são:

- Fratura proposital da clavícula (clidotomia)
- Sinfisiotomia
- Manobra de Zavanelli (reposicionamento da cabeça fetal na pelve),
- Cesárea

❖ Apresentação Pélvica – **Revalidando, esse tema nunca caiu na prova do INEP!**

- Fatores de risco:
 - ✓ Prematuridade;
 - ✓ Volume anormal do líquido amniótico;
 - ✓ Gestação múltipla;
 - ✓ Malformações fetais (hidrocefalia, anencefalia);
 - ✓ Malformações e anomalias uterinas;
 - ✓ Restrição de crescimento fetal;
 - ✓ Implantação anômala da placenta (placenta prévia ou cornual);
 - ✓ Tumores pélvicos;
 - ✓ Multiparidade;

✓ Parto pélvico no passado (recorrência de 10%)

- Vias de parto: Atualmente, a **maioria dos fetos que persiste em apresentação pélvica nasce por cesárea.**
- **Versão cefálica externa:** alternativa que pode ser oferecida à gestante. A rotação fetal é realizada modificando a apresentação pélvica para cefálica por meio de manipulação do abdome materno. **Atenção:** só é **indicada a partir de 37 semanas em ambiente hospitalar**, permitindo a realização de cesárea de emergência, caso haja alguma complicação durante o procedimento.
- Complicação mais temida do parto vaginal pélvico: **cabeça derradeira.**
- Manobras utilizadas para auxiliar no parto pélvico vaginal:
 - **MANOBRA DE BRACHT:** consiste em colocar o feto sob o abdome da mãe após a saída do polo pélvico, sem tracioná-lo, para que ocorra o desprendimento das espáduas e da cabeça fetal de forma espontânea.
- **Manobras para cabeça derradeira:**
 - **MANOBRA DE MAURICEAU:** Apoiar o feto sobre o antebraço do obstetra que introduz os dedos médio e indicador na mandíbula do feto, fletindo o polo cefálico.
 - **MANOBRA DE MCROBERTS:** Hiperflexão da coxa materna para aumentar a amplitude dos estreitos médio e inferior da bacia.
 - **MANOBRA DE LIVERPOOL:** Manter pendente o corpo fetal por 20 segundos, até que o polo cefálico desça e seja possível visualizar a raiz da nuca. Segurando o feto pelos pés, eleva-se e traciona-se o corpo fetal para o ventre materno, com consequente desprendimento cefálico

❖ Assistência ao parto cesáreo:

- Decore as indicações absolutas e relativas do parto cesáreo;
Atenção → Inserção baixa de placenta (placenta prévia) e **descolamento prematuro da placenta com feto vivo** são indicações absolutas de cesárea!
- **Lembre-se:** A cesárea a pedido é indicação prevista no Conselho Federal de Medicina (CFM), mas, sem justificativa médica, deverá ser feita apenas com **39 semanas ou mais.**
- Sobre o preparo pré-operatório:
 - ✓ Limpeza do campo cirúrgico;
 - ✓ Antibioticoprofilaxia: **Cefazolina 1 a 2g endovenosa 30 a 60min antes do início da cesárea.** Alergia a penicilina: clindamicina 600mg endovenoso;
 - ✓ Profilaxia para trombose;
 - ✓ Cateter vesical de demora.
- Técnica cirúrgica: **Incisão transversal suprapúbica** (incisão à Pfannenstiel) ou **vertical infraumbilical.** A primeira apresenta menores taxas de dor no pós-operatório, deiscência de fáscia e hérnia incisional, além de apresentar melhores resultados estéticos. **Ordem dos planos que são seccionados na cesárea:** 1) Pele ; 2) Tecido celular subcutâneo; 3) Aponeurose; 4) Músculo reto abdominal ; 5) Peritônio parietal ; 6) Peritônio visceral; 7) Miométrio
- **Principais complicações maternas da cesárea:** hemorragia pós-parto e a infecção puerperal.

Observe o quadro abaixo: (INEP 2014)

#FICAADICA



COMPLICAÇÕES DA CESÁREA	
PRECOCES	TARDIAS
Hemorragia pós-parto/ transfusão sanguínea	Inserção baixa de placenta e acretismo placentário na gestação subsequente
Infecção puerperal	Rotura uterina na gestação subsequente
Lesões urológicas	Gestação ectópica subsequente
hematomas	Hérnia incisional
Seromas	Dor pélvica crônica
Deiscência de cicatriz	

❖ Assistência ao parto normal após cesariana:

- Atenção: Parto normal após cesárea traz mais benefícios à saúde da mulher do que uma segunda cesárea;
- **Monitorização fetal contínua** durante o trabalho de parto está indicada;
- Deve-se evitar o uso exagerado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto (aumenta o risco de rotura uterina);
- **Revisão do segmento uterino não deve ser feita de rotina**, pois os estudos não mostram melhoras dos resultados maternos.

Tarefa 5 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/2d5fa6a1-dd23-43a0-b15c-abc88d961bce>

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

Tarefa 6 (Simplificada)

Disciplina: Infectologia

Assunto: Tuberculose; Arboviroses; Infecções do Sistema Nervoso Central; Mordedura, Raiva e Tétano

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Infectologia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Tuberculose; Arboviroses; Infecções do Sistema Nervoso Central; Mordedura, Raiva e Tétano**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

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

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

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Revise** os principais tópicos referentes aos assuntos ***Tuberculose; Arboviroses; Infecções do Sistema Nervoso Central; Mordedura, Raiva e Tétano.***

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

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

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

➔ A lista contém exercícios relacionados aos principais tópicos dos assuntos acima, com questões do Revalida e de outras bancas de residência médica para complementar e reforçar o seu estudo.

➔ **Caderno de Erros:** ao **errar** ou **acertar com dúvida** (“no chute”) **cada questão, anote no Evernote ou outro aplicativo de notas**, no caderno que você criou para a disciplina, **informações que ache útil para elucidar a questão e não mais errá-la** (escreva em forma de tópicos, de maneira objetiva).

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/1677211c-d1c5-489b-ae26-ef56ab22a7d2>

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

Tarefa 6 (Avançada)

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/1677211c-d1c5-489b-ae26-ef56ab22a7d2>

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

Tarefa 7 (Simplificada)

Disciplina: Pediatria

Assunto: Distúrbios Gastrointestinais

Incidência: 5,06% das questões de Pediatria (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Pediatria**, a **1ª mais cobrada** nas provas do INEP, representando aproximadamente **14,56%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **quinto assunto mais cobrado dentro de Pediatria**.

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

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

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Distúrbios Gastrointestinais (Pediatria).

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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8108986e-6941-4b69-8a3e-aa8e3b56aec3>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Pediatria:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução; 2.0 Doença Diarreica Aguda; 3.0 Diarreia Persistente; 4.0 Diarreia Crônica; 5.0 Distúrbios Gastrointestinais Funcionais

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um assunto importante para a prova do INEP. Na maioria das questões cobradas pela banca sobre o tema “Diarreia Aguda”, o examinador coloca um quadro clínico e pede a conduta. Você precisa saber identificar as diferenças entre uma criança sem desidratação, desidratada e com desidratação grave. A partir daí, você terá que memorizar qual plano terapêutico deve usar em cada uma das situações. (INEP 2022, 2017, 2014, 2013, 2012 e 2011)

- ❖ Cartilha do Ministério da Saúde com orientações quanto ao **manejo do paciente com diarreia aguda:**
 - Divide os pacientes em **hidratados**, com **algum grau de desidratação** ou **desidratados graves**;
 - O tratamento é dividido em três planos: **PLANOS A, B e C**;
 - Observe abaixo:

ETAPAS	Sem Desidratação	Desidratação (se tiver 2 ou mais dos abaixo)	Desidratação Grave (se tiver pelo 2 ou mais dos abaixo ou pelo menos 1 dos com *)
OBSERVE:			
Estado Geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, letárgico, hipotônico *
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber *
EXPLORE:			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece em mais de 2 segundos
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente *
TRATE:	Use o PLANO A	Use o PLANO B	Use o PLANO C

Revalidando, para não precisar decorar tudo do quadro acima, segue um **resumo**:



Agora, observe em que consiste cada um dos planos de tratamento (**DECORE**):

PLANO A:

- Tratamento com **terapia de reidratação oral (TRO) em AMBIENTE DOMICILIAR**;
- Manter a alimentação habitual da criança e oferecer o soro de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica:
 - ✓ < 1 ano: 50-100 ml de líquidos após cada evacuação,
 - ✓ 1 a 10 anos: 100-200 ml, e
 - ✓ > 10 anos: a quantidade que aceitarem.

PLANO B:

- Administrar **solução de reidratação oral (SRO) na UNIDADE DE ATENDIMENTO**;
- Orienta-se (Ministério da Saúde) que o paciente tome no mínimo de **50 a 100 ml/kg de SRO em um período de 4 a 6 horas**;
- Alimentação deve ser suspensa durante a terapia de reidratação oral, EXCETO o aleitamento materno!
- Vômitos ocasionais não contraindicam o plano B, e vômitos persistentes indicam a gastróclise (hidratação por sonda nasogástrica);
- Ao final de 4 a 6 horas:
 - Se criança hidratada: liberar para casa com o Plano A de hidratação.
 - Se desidratação persistir: iniciar a gastróclise. A qualquer momento,



- Se evoluir para desidratação grave, passar para o plano C.
- Manter a alimentação habitual para evitar desnutrição, inclusive a lactose. Deve ser orientado a correção da mamadeira, utilizando apenas leite de vaca, não há necessidade do uso de farinha;
- Zinco uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias.

PLANO C:

- Tratamento é baseado em **expansão volêmica endovenosa com soro fisiológico 0,9% em AMBIENTE HOSPITALAR**;
- O volume será, segundo o Ministério da Saúde, será de:
 - 10ml/kg para neonatos e cardiopatas.
 - 20ml/kg para < 5 anos.
 - 30ml/kg para > 5 anos.
 (Essa fase deve durar 30 minutos)

❖ Revalidando, para nortear o raciocínio diagnóstico nas questões, é importante saber classificar as diarreias:

- Diarreia infecciosa x não infecciosa
- Diarreia aguda x persistente x crônica

Observe abaixo:



Classificação	Duração	
Diarreia aguda	Até 14 dias de evolução	SEM CONTROVÉRSIAS!
Diarreia persistente	Mais de 14 dias de evolução	ATENÇÃO CONTROVÉRSIA! Alguns livros definem como persistente apenas se houver origem infecciosa.
Diarreia crônica	Mais de 30 ou 14 dias de evolução	ATENÇÃO CONTROVÉRSIA! Alguns livros definem como crônica: <ul style="list-style-type: none"> • Mais de 14 dias, se origem não infecciosa. • Mais de 14 dias, independente da origem. • Mais de 30 dias, independente da origem.

❖ **Causas de diarreia aguda não infecciosa na pediatria (vale a pena saber para a prova):**

1. Alergia alimentar (alergia à proteína do leite de vaca):

- Geralmente em lactentes jovens, alimentados ao seio materno;
- Raias de sangue, irritabilidade, aumento de gases, perda ponderoestatural e sintomas sistêmicos de alergia, como anafilaxia, broncoespasmo, urticária e angioedema;
- Tratamento: exclusão do alimento da dieta materna

2. Pseudodiarreia:

- Lactentes amamentados exclusivamente ao seio materno apresentam fezes amareladas a esverdeadas, semilíquidas e um reflexo chamado de gastrocólico (aumentam sua motilidade intestinal ao serem alimentados)
- Algumas crianças tem esse reflexo exacerbado e elas podem evacuar mais de 8 vezes ao dia fezes explosivas;
- Conduta: orientação apenas

3. Galactosemia:

- Doença genética em que o organismo não consegue metabolizar o açúcar, provocando diarreia osmótica, vômito, icterícia e dificuldade de ganho ponderal.
- Tratamento: restrição da galactose e da lactose da dieta.

❖ Intolerância transitória à lactose (INEP 2013)

- Principal causa de diarreia persistente em crianças, aquela que você deverá lembrar SEMPRE;
- Quadro clínico: diarreia infecciosa aguda que, após uma melhora inicial, passa a apresentar novamente **fezes amolecidas, de caráter explosivo**, que podem levar à **dermatite perianal**;
- Conduta: **restringir a lactose da dieta** até a melhora do quadro;
- Outras causas de diarreia crônica disabsortiva incluem: doença celíaca e síndrome de supercrescimento bacteriano.

❖ Constipação intestinal crônica: (INEP 2020)

- Na infância e na adolescência, mais de 90% dos casos de constipação são de **natureza funcional**, ou seja, não há uma causa orgânica;
- Quadro clínico (memorize):

- **evacuação pouco frequente (< 3x por semana);**
- **evacuação endurecida ou dolorosa;**
- **fezes grandes e calibrosas, que entopem o vaso sanitário (parece de “gente grande”);**
- **a criança tem medo de evacuar e contrai-se (comportamento de retenção);**
- **se maior do que 4 anos, pode ter incontinência fecal retentiva (escapes fecais);**
- **exame físico demonstrando fezes impactadas (massa fecal no reto, palpação de fecaloma).**

- Diagnóstico: **clínico**, bastando que estejam presentes dois dos critérios acima.

Atente que: **exames complementares** são resguardados para **suspeita de etiologia orgânica**, quando há algum **sinal de alarme** → constipação de início muito precoce (no primeiro mês de vida); fezes em fita; **eliminação explosiva de fezes logo após o toque retal**; distensão abdominal acentuada; ampola retal vazia, hipertônica e com calibre diminuído...

Memorize: **Doença de Hirschsprung** → causa orgânica mais comum!!! Ela é causada pela ausência dos plexos murais autônomos no cólon, causando disfunção contrátil intestinal. Os **sintomas** iniciam precocemente, inclusive já no **período neonatal**. Pode ocorrer **retardo na eliminação de mecônio**, causando íleo meconial, **fecaloma abdominal com ampola retal vazia** e **fezes em fita**, pela passagem em um cólon estenosado. O diagnóstico utiliza a combinação de exames de imagem, como o **enema contrastado** e **biópsia retal** e o tratamento é cirúrgico, com ressecção do segmento afetado e rebaixamento do cólon normal. (INEP 2022)

- Conduta na constipação funcional: (INEP 2021)

TRÍADE: Mudança alimentar + Treinamento de toalete + Uso de medicamentos laxativos

Sobre os medicamentos laxativos:

Passo 1: **desimpactação fecal** → solução fosfatada ou glicerina, por via retal, ou **polietilenoglicol**

(PEG), por via oral (via preferível).

Passo 2: **manutenção** → utilizar medicamentos laxativos osmóticos para manutenção das fezes amolecidas por via oral. O **medicamento de escolha será o polietilenoglicol (PEG)**, sendo a lactulose uma alternativa. Atenção: óleo mineral não é indicado para crianças pequenas (menores de 2-3 anos, dependendo da literatura) com distúrbios da deglutição ou neuropatias crônicas, em razão do risco de pneumonia lipóidica.

- Diagnóstico diferencial da constipação funcional: **(INEP 2013)**
Revalidando, atente para a **pseudoconstipação do lactente**, que já foi cobrada pela banca do Inep. Ocorre em **lactentes que recebem aleitamento natural exclusivo ou predominante**. Caracteriza-se pela **eliminação de fezes amolecidas em intervalos superiores a três dias** e que, às vezes, podem atingir duas a três semanas. Esse lactente não tem nenhum sinal de alarme! Conduta: apenas **observação**.

❖ Refluxo gastroesofágico fisiológico x patológico:

- **RGE fisiológico:** presente no período pós-prandial, podendo exteriorizar-se (regurgitação, vômito) ou não, causa pouco ou nenhum incômodo ao lactente, ocorrendo várias vezes ao dia em lactentes saudáveis, sem ausência de sinais de alarme.

Critérios de Roma IV para o diagnóstico:

- ✓ lactente com idade entre 3 semanas e 12 meses;
- ✓ dois ou mais episódios diários de regurgitação por pelo menos 3 semanas;
- ✓ ausência de sinais de alarme: **náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de ganho de peso, dificuldade para alimentação ou deglutição, postura anormal.**

- **RGE patológico:**

A presença dos seguintes **sinais de alarme** sugere **refluxo patológico**:

- ✓ Sangramento digestivo
- ✓ Vômitos em jato
- ✓ Vômitos de início após 6 meses
- ✓ Postural anormal (Sandifer)
- ✓ Baixo ganho ponderal
- ✓ Irritabilidade mantida
- ✓ Sinais sugestivos de obstrução intestinal (vômitos biliosos e abdome distendido ou tenso à palpação)
- ✓ Complicações respiratórias (pneumonias recorrentes, apneia)
- ✓ Sintomas ou sinais de doenças sistêmicas ou neurológicas (fontanela abaulada, micro ou macrocefalia, convulsões, hipotonia ou hipertonía, estigma de desordens genéticas)

Tratamento do RGE patológico:

1) Medidas gerais:

- Medidas posturais;
- Espessamento e fracionamento da dieta;
- Indicação de fórmula extensamente hidrolisada em casos selecionados;
- Evitar exposição ao fumo passivo.

**2) Medidas farmacológicas: (INEP 2017 e 2013)**

- Considerar **teste medicamentoso com inibidor de bomba de prótons (IBP)**, como omeprazol, esomeprazol ou pantoprazol, **ou bloqueador de receptor H2 de histamina** (ex.: **ranitidina**); se houver boa resposta, manter o tratamento por 4 a 8 semanas.
- Atente: o **uso de procinéticos**, como domperidona, bromoprida e metoclopramida, **não é recomendado**. O risco dessas medicações (sonolência, efeitos extrapiramidais, intervalo QT no eletrocardiograma) é maior do que seu potencial benefício na DRGE do lactente.

3) Considerar manejo cirúrgico nas seguintes situações:

- Complicações da DRGE ameaçadoras à vida (falência cardiorrespiratória) após falha do tratamento clínico;
- Sintomas refratários ao tratamento otimizado, após exclusão de outras doenças;
- Condições crônicas (déficit neurológico, fibrose cística) com alto risco de complicações em razão da DRGE;
- Necessidade de uso crônico de farmacoterapia para controlar os sinais e sintomas da DRGE.

Funduplicatura de Nissen por videolaparoscopia é considerada o tratamento cirúrgico padrão-ouro para a DRGE grave!

Tarefa 7 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/8108986e-6941-4b69-8a3e-aa8e3b56aec3>

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

Tarefa 8 (Simplificada)

Disciplina: Medicina Preventiva

Assunto: SUS Parte 2 - Princípios e Diretrizes do SUS

Incidência: 7,02% das questões cobradas em Medicina Preventiva (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Medicina Preventiva**. Ela é a **3ª disciplina mais cobrada** nas provas do Revalida. Representa aproximadamente **11,16%** das questões cobradas pelo INEP de 2011 a 2022.

- ➔ **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 SUS Parte 2 - Princípios e Diretrizes do SUS (Medicina Preventiva).

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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/bf5c9e88-846c-4b5a-8131-6c598f70b3cd>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Medicina Preventiva:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Princípios e Diretrizes do SUS; 2.0 Discussão sobre Princípios e Diretrizes do SUS

Dicas da Tarefa:

❖ Não confundir princípios com diretrizes! (INEP 2021, 2017, 2016 e 2012)

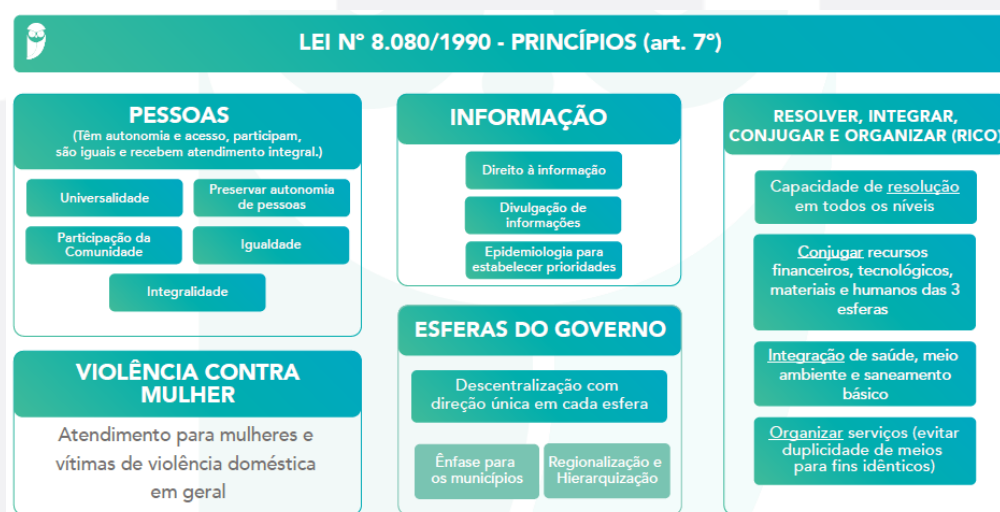
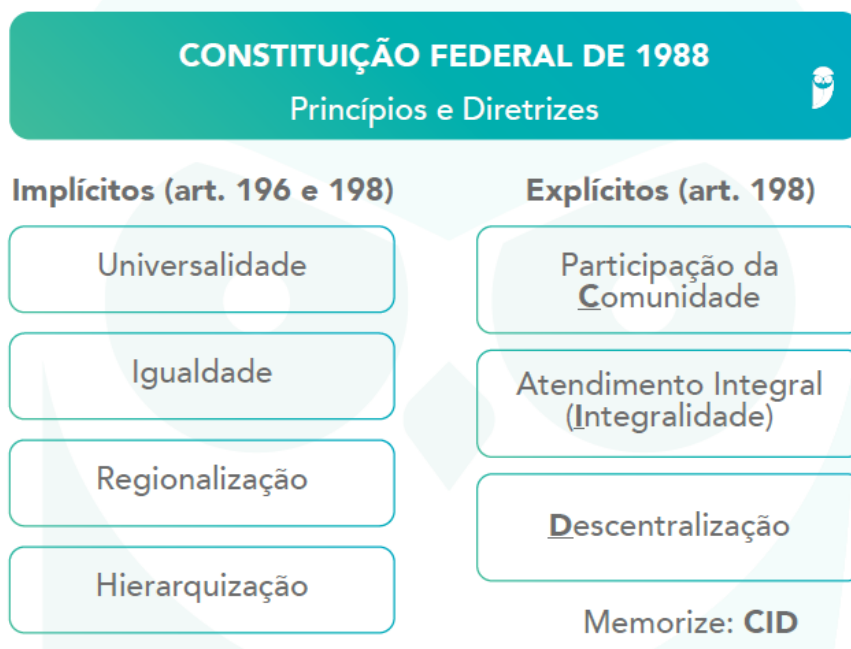
Princípios são a base do SUS, a sua essência.

Diretrizes, por outro lado, são normas para atingir os objetivos do SUS, articuladas com seus princípios. Para evitar o uso de diretrizes, pode-se pensar também em princípios doutrinários (valores de base) e organizativos (operacionais).

Observe abaixo:



- Os princípios e diretrizes aparecem tanto na Constituição, como na lei 8.080 de 1990. Aproveite para relembrar por figuras:



- Lembre-se que o princípio da Equidade não faz parte nem da Constituição Federal, nem da Lei 8.080; ele só aparece na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):



- Perceba que a **PNAB** mantém os princípios que já existiam na constituição federal e inclui as diretrizes que têm relação especial com a atenção básica, como **territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolatividade, longitudinalidade, coordenação de cuidado, ordenação da rede**. Ou seja: a Constituição e a Lei 8.080 mostram as diretrizes fundamentais para o funcionamento do SUS como um todo; a PNAB, por outro lado, traz diretrizes essenciais para a atenção básica.

- Revalidando, **conheça bem cada um dos princípios e diretrizes do SUS:**

- **Universalidade:** todos têm direito de acesso ao SUS, mesmo se estrangeiros no Brasil.
- **Equidade:** ofertar as ações e os serviços de saúde de acordo com as peculiaridades exigidas por cada caso.
- **Igualdade:** os usuários do SUS devem ser vistos de fora igualitária, sem privilégios ou preconceitos.
- **Integralidade:** abarca as noções de um ser humano como um todo (incluindo aspectos biopsicossociais) e do sistema de saúde como um todo (todos os níveis de complexidade).
- **Descentralização** e comando único: descentralização presume a redistribuição dos poderes e responsabilidades do sistema de saúde entre as três esferas do governo, com ênfase para o município. O comando único diz que cada esfera de governo tem autonomia e soberania em suas decisões e atividades. Vimos muito isso durante a pandemia de Covid-19.
- **Regionalização:** os serviços devem ser organizados e circunscritos considerando uma área geográfica delimitada para atender às características de determinada região.
- **Hierarquização:** os serviços prestados no SUS devem ser organizados em níveis crescentes de densidade tecnológica, considerando ainda a complexidade exigida para o caso. As portas de entrada são: a atenção básica, os serviços de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e outros serviços especiais de acesso aberto.
- **Participação da comunidade:** a população participa da formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em todos os níveis.



❖ Importante conhecer os termos da PNAB:

- **Territorialização:** organização dos conhecimentos de saúde considerando o conhecimento do território específico. Considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (**Atenção, a banca do Inep adora cobrar esse tópico na prova!**) (*INEP 2021, 2017, 2013 e 2011*)
- **População adscrita:** população que está presente no território da UBS;
- **Resolutividade:** capacidade da atenção básica de resolver a maioria dos problemas (80-90%).
- **Ordenação das redes:** organização dos recursos conforme as necessidades das pessoas.



- **Cuidado centrado na pessoa:** de forma resumida, é o direcionamento do cuidado não para a doença, mas para a pessoa de forma integral.

❖ **Memorize os atributos da Atenção Primária à Saúde:**

Atributos Essenciais:

- **Acesso de primeiro contato:** a APS deve ser o primeiro serviço procurado em serviço de saúde e deve ser de fácil acesso.
- **Integralidade.**
- **Longitudinalidade:** pressupõe que a atenção à saúde seja regular e continuada, com seguimento de cuidado ao longo do tempo e fortalecimento do vínculo.
- **Coordenação da atenção:** articulação do fluxo entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Usam-se as ferramentas de referência e contrarreferência.

Atributos derivados: (INEP 2021)

- **Orientação familiar:** levar em consideração o contexto da família, interagir com essa unidade social para mapear possíveis fatores de origem dos problemas de saúde e fortalecer fontes de suporte para auxiliar nos cuidados à saúde.
- **Orientação comunitária:** reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade, além de suas potencialidades, influenciando na relação da equipe de saúde com a comunidade, no planejamento de ações e na avaliação conjunta com os usuários do funcionamento dos serviços.
- **Competência cultural:** processo adaptativo que os profissionais de saúde devem passar para se adequarem às características culturais específicas da população.

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.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/bf5c9e88-846c-4b5a-8131-6c598f70b3cd>

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

Tarefa 9 (Simplificada)

Disciplina: Cirurgia

Assunto: Colelitíase e Coledocolitíase

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

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

- ➔ **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 **Colelitíase e Coledocolitíase (Cirurgia)**.

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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ebdd6847-a180-4cbf-b9e4-0e0c692ff070>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Cirurgia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Anatomia da vesícula e vias biliares; 2.0 Fisiologia; 3.0 Colelitíase; 4.0 Coledocolitíase; 5.0 Pólipos da vesícula biliar; 6.0 Lesão da via biliar

Dicas da Tarefa:

Revalidando, nas edições de 2022 da prova do Inep, esse tema não foi abordado. Contudo, em provas antigas a banca cobrava bastante. **Ponto de atenção dessa tarefa: tratamento da Colelitíase.**

Colelitíase:

❖ Os cálculos podem ser divididos em:

- **Cálculos de colesterol:** cálculos de colesterol e cálcio → 70% do total.
- **Cálculos pigmentares**
- **Cálculo preto:** doenças hemolíticas e cirróticos.
- **Cálculo marrom:** secundários à dismotilidade biliar e associados à infecção bacteriana.

❖ **Indicações de colecistectomia profilática – DECORE!**

- Pacientes com anemia falciforme;
- Vesícula em porcelana;
- Cálculo > 25 mm (2,5 cm);
- Microcálculos (pelo risco aumentado de pancreatite biliar);
- Pacientes que serão submetidos a by-pass gástrico ou gastrectomias (Billroth II ou Y-de-Roux, em que a via biliar fica na alça exclusiva);
- Paciente que será submetido a transplante.

❖ Fatores de risco:

- Sexo feminino, caucasiano, obesidade, gestações prévias, idade maior ou igual a 40 anos. (5F)
- Outros fatores: predisposição genética, gestação, dislipidemia, obesidade, rápida perda ponderal, uso de fibratos, ceftriaxone, análogos da somatostatina, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal, nutrição parenteral e jejum prolongado, lesão de medula espinhal, cirrose, doença de Crohn e ressecção ileal.

❖ Colelitíase sintomática:

- **Dor:** cólica biliar, ocorre quando há obstrução ao fluxo da bile pelo ducto cístico. Ocorre após as refeições gordurosas e costuma durar 6 horas. Ela se localiza no epigástrio ou hipocôndrio direito.
- Se **sinal de Murphy positivo e associado à febre**, devemos **pensar em colecistite**.



❖ Diagnóstico: **(INEP 2022)**

- Exames laboratoriais: geralmente encontram-se normais, mas hemograma infeccioso pode indicar colecistite. Aumento de transaminases pode indicar coledocolitíase. Se bilirrubina aumentada, levantar a possibilidade de obstrução ao fluxo da bile.
- Imagem:
 - Radiografia de abdome tem papel limitado.
 - **Ultrassonografia transabdominal (USG) é o exame mais útil para o diagnóstico.** Alterações mais encontradas:
 - ✓ Os cálculos são acusticamente densos, refletindo as ondas do ultrassom;
 - ✓ Por não permitirem a passagem das ondas, eles projetam uma **sombra acústica**;
 - ✓ Por não estarem fixas à parede da vesícula, elas se movem com a mudança de decúbito;
 - ✓ Lama biliar, que é uma combinação de muco e microlitíase, é ecogênica, porém, não produz sombra acústica.
 - Tomografia computadorizada: papel limitado
 - USG endoscópica: útil para avaliar a presença de microcálculos ou em pacientes obesos.

❖ Tratamento – Questão de prova **(INEP 2013, 2012 e 2011)**

- **Atenção:** Crises de cólica biliar tendem a ser recorrentes e podem evoluir com complicações, portanto, **toda colelitíase sintomática tem indicação cirúrgica.** A **colecistectomia videolaparoscópica** é o tratamento preconizado.
- **Tratamento não cirúrgico:** é raramente indicado, apenas para pacientes que não têm condições cirúrgicas ou pacientes que terminantemente recusem tratamento cirúrgico. Utiliza-se a **litotripsia extracorpórea** ou **uso do ácido ursodexacólico** (solubiliza o colesterol presente no cálculo e diminui a absorção intestinal de colesterol, melhorando o esvaziamento da vesícula biliar). **(INEP 2021)**



❖ Atente: **Icterícia no pós-operatório de colecistectomia** → pensar nas duas hipóteses diagnósticas a seguir: **Lesão da via biliar ou coledocolitíase residual (INEP 2012)**

Observe o quadro abaixo:

COLEDOLITÍASE RESIDUAL	LESÃO DA VIA BILIAR
Costuma apresentar sinais e sintomas mais tardiamente	Costuma apresentar sinais e sintomas mais precocemente
Icterícia de padrão flutuante (apresente períodos de icterícia com melhora espontânea)	Icterícia progressiva
Não costuma apresentar sinais de sepse abdominal	Pode apresentar-se com sinais de sepse abdominal quando há coleção biliosa intra-abdominal (coleperitônio)
Pode ser tratada com CPRE	Na maioria dos casos, uma cirurgia derivativa (biliodigestiva) será necessária.

Coledocolitíase (INEP 2016)

❖ Quando suspeitar? **ICTERÍCIA + COLÚRIA + ACOLIA FECAL**

❖ Exame inicial para investigação: **Ultrassonografia abdominal** → visualização do cálculo (Foco ecogênico arredondado) + dilatação do colédoco

❖ **Atenção:** Coledocolitíase na ultrassonografia = **Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)** → os cálculos de colédoco são identificados pela FALHA DE ENCHIMENTO da via biliar

- A **CPRE é um exame diagnóstico e terapêutico!** Ela trata a coledocolitíase com a extração dos cálculos e realizando uma esfínterotomia/papilotomia (consiste na abertura das camadas musculares profundas do esfíncter de Oddi, permitindo a livre passagem da bile);
- Complicações da CPRE: pancreatite, colangite e perfuração (A perfuração da parede posterior do duodeno, Stapfer tipo II, é o tipo de perfuração mais comum;
- Não se esqueça: Após a CPRE, está **indicada a colecistectomia** (na mesma internação) pelo risco de recorrência da coledocolitíase.

❖ O método diagnóstico aplicado no intraoperatório para a avaliação da presença de cálculos na via biliar principal é colangiografia, feita através da instilação de contraste iodado pelo ducto cístico. Dessa forma, o contraste desce e contrasta o colédoco e o duodeno. Além disso, o contraste sobe e contrasta o ducto hepático comum e os ductos hepáticos direito e esquerdo.

Pólipos da vesícula biliar:

Principal pergunta de prova → Quando indicar a colecistectomia frente a um pólio de vesícula biliar?

ATENÇÃO
DECORE!



INDICAÇÃO DE COLECISTECTOMIA NO PÓLIO DE VESÍCULA BILIAR

Pacientes com pólio de vesícula biliar **associado a litíase biliar**

Pacientes com **adenomiomatose** de vesícula biliar associada.

Pacientes **sintomáticos** (cólica biliar e/ ou pancreatite aguda)

Pólipos **maiores que 10 mm** em paciente assintomático

Pólio **em crescimento** (aumento > 2 mm)

Tarefa 9 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/ebdd6847-a180-4cbf-b9e4-0e0c692ff070>

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

Tarefa 10 (Simplificada)

Disciplina: Ginecologia

Assunto: Planejamento Familiar

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

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

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Leia as Dicas da Tarefa de Planejamento familiar (Ginecologia).**

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

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/98e37c9f-d564-4216-9eab-18c5e7286d75>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Ginecologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Conceitos iniciais; 2.0 Métodos comportamentais; 3.0 Métodos de Barreira; 4.0 Métodos hormonais combinados; 5.0 Anticoncepção hormonal apenas com progesterona; 6.0 Dispositivos intrauterinos; 7.0 Contracepção de emergência; 8.0 Métodos contraceptivos irreversíveis.

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse é um tema importante para a prova do INEP, com quatro questões somente nas provas de 2022. Por ser um tema extenso, foque nos conceitos que já foram cobrados pela banca.

Pontos de atenção:

- **Prescrição de métodos para adolescentes;**
 - **Métodos hormonais combinados;**
 - **Contraindicações aos métodos contraceptivos combinados.**
- ❖ **Índice de Pearl:** utilizado para avaliar a eficácia do método contraceptivo.
- Quanto **menor esse índice, mais eficaz** é o método!
 - Métodos muito efetivos: implante, dispositivos intrauterinos e esterilizações (laqueadura e vasectomia).
 - Métodos efetivos: demais métodos hormonais e amenorreia lactacional.
 - Métodos moderadamente efetivos: métodos comportamentais e de barreira (condom, tabelinha, diafragma com espermicida).
 - Métodos pouco efetivos: coito interrompido e espermicida isolado.
- ❖ **Critérios de elegibilidade da OMS:**
- Categorias 1 e 2: prescrever o método
 - Categorias 3 e 4: não prescrever o método
- ❖ **Atenção - Prescrição de métodos para adolescentes: (INEP 2012 e 2014)**
- A adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendida sozinha, em espaço privado de consulta;
 - A quebra do sigilo só é permitida quando: a adolescente tem pensamentos suicidas; há história de abuso físico ou sexual;
 - Deve ser estimulado o uso de métodos de barreira para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
 - A prescrição de anticoncepcional deve considerar os critérios de elegibilidade da OMS e, não havendo contraindicação, pode ser prescrito "normalmente" para as adolescentes.
- ❖ **Métodos Comportamentais** – conceitos importantes:
- Vantagens: ausência de efeitos colaterais; possibilidade de ser utilizado por pacientes cujos princípios religiosos e socioculturais não permitem a utilização de outros métodos;
 - Desvantagens: alta taxa de falhas;
 - Lembre-se: métodos comportamentais não protegem contra infecções sexualmente transmissíveis!
- a) Método de Ogino-Knaus (tabelinha):**
- Abstinência sexual entre o primeiro e o último dia fértil calculado pelo método de probabilidade de Ogino-Knaus
 - **Como calcular o período fértil?**
PERÍODO FÉRTIL = (Nº DE DIAS DO CICLO MAIS CURTO – 18) ATÉ (Nº DE DIAS DO CICLO MAIS LONGO – 11)



b) Temperatura Basal:

- Ocorre alteração da temperatura basal durante a fase lútea do ciclo menstrual: a progesterona eleva a temperatura em aproximadamente 1°C, o que na prática confere 0,5°C de diferença da temperatura basal;
- Método limitado, pois não é possível identificar o início do período fértil.

c) Muco cervical ou Método de Billings:

- Estrogênio produzido na primeira fase do ciclo faz com que o muco cervical, quando se aproxima do período ovulatório, se torne abundante, aquoso e filante. A atividade sexual deve ser evitada nesse período.

d) Amenorreia Lactacional:

- Aleitamento materno → aumenta os níveis de prolactina → supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano → anovulação e amenorreia.
- A amamentação exclusiva, como método contraceptivo, para ser eficaz, precisa preencher todos os pré-requisitos abaixo:
 - Período de até seis meses após o parto;
 - Amamentação sem suplementação e sem grande intervalo entre as mamadas;
 - Ausência de menstruação.

e) Coito interrompido:

- Nesse método, o homem retira o pênis da vagina na hora da ejaculação;
- Tem alto índice de falha, por necessitar de grande autocontrole masculino.

❖ Métodos de Barreira - conceitos importantes para as provas:

- **Atenção:** Além de evitar a gravidez, os preservativos conferem proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

a) Preservativo masculino:

- A única contraindicação ao uso dos preservativos masculinos é a alergia ao látex;
- Vantagens: reversível, baixo custo, distribuído no SUS, não afeta a fertilidade, oferece proteção contra ISTs;
- Desvantagens: não pode ser utilizado em pessoas com alergia ao látex, alguns homens podem ter dificuldade de encontrar o modelo ideal e reclamar de redução de sensibilidade.

b) Preservativo feminino:

- A única contraindicação ao uso do preservativo feminino é a alergia ao látex;
- Vantagens: reversível, distribuído no SUS, não afeta a fertilidade, oferece proteção contra ISTs, o anel externo pode estimular o clitóris, aumentando a excitação;
- Desvantagens: maior custo, pode ser difícil a inserção (para algumas mulheres), pode causar ruídos na relação sexual.

c) Diafragma:

- Dispositivo contraceptivo reutilizável em formato de capuz, côncavo e com borda flexível, feito de silicone;
- Deve ser colocado 15 minutos antes da atividade sexual e retirado após seis horas, e o uso de espermicida deve ser associado;
- Vantagens: reversível, distribuído no SUS, não afeta a fertilidade, reutilizável;
- Desvantagens: não protege contra ISTs, alto índice de falha.
- **Alerta:** Contraindicação absoluta para esse método (categoria 4): Risco elevado de HIV, já que o diafragma não protege contra ISTs e o espermicida geralmente utilizado (nonoxynol-9) pode elevar o risco de lesões genitais e aquisição de HIV.

- **Detalhes importantes:**

- ✓ Não deve ser indicado em pacientes com grandes roturas perineais e prolapso genital;
- ✓ Pacientes que tiveram grande variação de peso (10 kg ou mais), parto vaginal ou cirurgia vaginal devem ter medida do anel reavaliada.

❖ **Métodos hormonais combinados:** Associação entre o componente estrogênico e um componente progestagênico;

a) Anticoncepcionais combinados injetáveis:

- Compostos de estradiol, um estrogênio natural, e devem ser aplicados mensalmente;
- Aplicação é intramuscular profunda;
- Primeira dose deve ser realizada no primeiro dia do ciclo menstrual (preferencialmente) e repetida a cada 30 dias (aceitável de 27-33 dias);
- Vantagens: posologia mais cômoda, evitando a primeira passagem hepática (via não-oral);
- Desvantagens: não protegem contra as ISTs, podem provocar irregularidades menstruais, não podem ser suspensos antes da próxima injeção, dependem de profissional de saúde para uso.

b) Anel vaginal contraceptivo:

- Feito de silicone inerte, libera hormônios quando em contato com a vagina;
- Deve ser inserido no primeiro dia da menstruação e mantido por 3 semanas;
- Deve ser retirado no 21º dia e um novo anel deve ser inserido no 28º dia;
- Vantagens: posologia mais cômoda, evitando a primeira passagem hepática;
- Desvantagens: não protege contra as ISTs, algumas mulheres podem apresentar aumento de corrimento vaginal;
- Atenção: contraindicação absoluta nas primeiras 6 semanas após o parto e contraindicação relativa entre 6 semanas e 6 meses pós-parto → Além do risco tromboembólico associado ao estrogênio, esse hormônio altera a produção e a qualidade de leite materno.

c) Adesivo Transdérmico:

- Libera diariamente norelgestromina 60 mg e etinilestradiol 20 mcg;
- Deve ser colocado no primeiro dia do ciclo menstrual, sendo trocado semanalmente, por três semanas= consecutivas, sendo a quarta semana de pausa, quando a menstruação ocorre.
- Atenção: seu uso não é indicado para pacientes com peso acima de 90 kg ou IMC ≥ 30 kg/m²
- Vantagens: posologia mais cômoda, evitando a primeira passagem hepática (menor intolerância gástrica);
- Desvantagens: não protege contra as ISTs, preço, eficácia reduzida em obesas; podem soltar-se, a localização dos adesivos pode ser visível a outras pessoas, o que pode ser desconfortável para as pacientes.

d) Anticoncepcionais orais combinados:

- A maioria apresenta o mesmo componente estrogênico, o etinilestradiol, um estrogênio sintético;
- Os ACO podem ser divididos em gerações, de acordo com o tipo de progesterona presente. E o que é **importante você saber?**
 - Anticoncepcionais de segunda geração: são os **menos trombogênicos**;
 - Anticoncepcionais de terceira e quarta geração: são os mais trombogênicos;
 - Com relação aos **progestágenos isolados:** levonorgestrel é a menos trombogênica e a ciproterona é a mais trombogênica.



❖ **Benefícios e efeitos adversos dos métodos hormonais combinados:**

Atenção especial para:

- i. Podem estar associados à redução da libido, já que aumentam a globulina carreadora de hormônios sexuais (SHBG) e reduzem a testosterona livre.
- ii. Reduzem o risco de câncer de ovário (devido à anovulação), de endométrio (devido à atrofia endometrial) e colorretal.
- iii. Reduzem o risco de doença inflamatória pélvica.
- iv. **Aumentam o risco de trombose venosa profunda (TVP)** em duas a seis vezes em comparação às mulheres não usuárias de métodos hormonais. O efeito pró-coagulante do estrogênio é maior quanto maior a dosagem utilizada. Apesar disso, não se justifica o custo de exames de triagem para trombofilia antes da prescrição de métodos combinados.
- v. **Antes da prescrição de qualquer método combinado, é necessária avaliação da pressão arterial!** Nos casos de pacientes hipertensas descontroladas, o uso de métodos combinados está proibido.
- vi. **Aumentam o risco do câncer de colo uterino em pacientes portadoras do vírus HPV**, pois os esteroides provocariam estímulos à carcinogênese.
- vii. **Ligeiro aumento do risco de câncer de mama em usuárias de métodos hormonais em geral.** Levonorgestrel é o progestágeno mais relacionado ao aumento do risco.



❖ **Interações Medicamentosas: (INEP 2022 e 2015)**

- Na escolha do método contraceptivo em pacientes em uso de terapia antirretroviral, é preferível uso de métodos sem estrogênio. Explicar para a paciente que os **antirretrovirais diminuem a eficácia dos anticoncepcionais**;
- Antibióticos e **anticonvulsivantes** são categoria 3 nos critérios de elegibilidade para uso combinado com os métodos contraceptivos combinados.

❖ Revalidando, **MUITA ATENÇÃO** às **contraindicações aos métodos contraceptivos combinados**; dentro dessa aula, é um dos tópicos mais recorrentes. **(INEP 2022, 2020 e 2016)**



As condições clínicas, que são categoria 4 da OMS (contraindicações absolutas) para os anticoncepcionais combinados, estão ligadas aos riscos trombogênico, oncogênico e de insuficiência hepática.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS
< 6 semanas pós-parto em lactantes
< 21 dias pós-parto em não lactantes, mas com fatores de risco para TVP
TVP/TEP atual ou pregressa, independentemente do uso de anticoagulante
Trombofilia conhecida
Cirurgia maior com imobilização prolongada
Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpos antifosfolípidos positivos ou desconhecidos
Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA ou endocardite
Tabagismo (≥ 15 cigarros/dia + idade ≥ 35 anos)
Enxaqueca com aura
Doença cardíaca isquêmica atual ou pregressa
Hipertensão arterial sistêmica descompensada (sistólica > 160 ou diastólica > 100 mmHg)
Hipertensão arterial sistêmica associada à doença vascular
Múltiplos fatores de risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)

❖ **Contraceptivos que contêm apenas progestágenos: (*Pouco importante para o Revalida*)**

- Lembrando...Progestágenos inibem o pico pré-ovulatório do LH, evitando, assim, a ovulação.
- Benefícios:
 - ✓ Possibilidade de utilização em pacientes com contraindicação ao estrogênio;
 - ✓ Redução da dor pélvica, dismenorreia e redução do volume de sangramento;
 - ✓ Redução do risco de câncer de ovário e de endométrio;
 - ✓ Redução do risco de DIP;
 - ✓ Método hormonal de escolha durante a amamentação.
- Principal efeito adverso: **padrão de sangramento irregular.**

1. Minipílulas – O que você deve saber?

- Uso contínuo, sem interrupção entre as cartelas;
- Pacientes devem ser informadas da possibilidade de sangramento irregular e frequente nos primeiros meses de uso;
- Vantagens: regime de uso fixo, menor risco de complicações (por não conter estrogênio), melhora da dismenorreia, retorno rápido da fertilidade;
- Desvantagens: necessidade de aderência cuidadosa, mudança do padrão menstrual, podem associar-se a cistos ovarianos funcionais (por não inibir o FSH).
- **Tome nota:** métodos contendo apenas progestágeno podem ser utilizados em pacientes com passado de trombose venosa profunda (TVP), só não devem ser prescritos na fase aguda da TVP.

2. Injetável trimestral (Acetato de medroxiprogesterona) – Características mais importantes:

- Administrado: intramuscular ou subcutânea, a cada três meses;
- Uma única dose consegue suprimir a ovulação por um período de 14 semanas;
- Vantagens: redução de sangramento menstrual, redução da dismenorreia, aplicação a cada três meses;
- Desvantagens: retorno demorado da fertilidade, necessita de profissional para aplicação, não protege contra ISTs, redução da densidade mineral óssea.

3. Implante subdérmico de etonogestrel

- Duração de 3 anos;
- Inserido preferencialmente do 1-5º dia do ciclo menstrual;
- Vantagens: redução de sangramento menstrual, redução da dismenorreia, longa duração, boa aceitabilidade;
- Desvantagens: possibilidade de sangramento irregular e frequente, alto custo (porém boa relação custo-benefício).
- Conceito LARC (*Long Acting Reversible Contraceptives*): métodos reversíveis, muito eficazes, com duração igual ou superior a 3 anos. Exemplos: DIU de cobre; DIU liberador de levonorgestrel; Implante subdérmico de etonogestrel.

❖ **Dispositivos Intrauterinos (DIU):** métodos altamente efetivos, com eficácia semelhante à laqueadura tubária!

DIU de cobre:

- Indicado para mulheres que não podem ou não querem utilizar hormônios;
- Pode ser utilizado em nulíparas, inclusive adolescentes;
- Principal efeito adverso: **aumento do sangramento menstrual e das cólicas**;
- Contraindicações absolutas: gravidez; distorções na cavidade; infecções e alergia ao cobre e doença de Wilson.

DIU de levonorgestrel:

- Benefícios (pela presença do progestágeno): redução da duração e da intensidade do sangramento, melhora da dismenorreia primária, melhora da dor relacionada à endometriose e à adenomiose.
- Efeitos adversos: **modificação do padrão de sangramento é o principal**. Outras queixas comuns: acne, dores nas mamas, cefaleia e alterações de humor.
- Contraindicações: todas as condições que impedem a inserção do dispositivo na cavidade uterina (as mesmas do DIU de cobre) somadas às contraindicações dos progestágenos!

Sobre a inserção dos dispositivos intrauterinos: (INEP 2012)

- Pode ser a qualquer momento do ciclo, desde que descartada gestação;
- Antes da inserção, é **essencial o exame pélvico/genital**, para descartar processos infecciosos que contraindiquem o método;
- Posicionamento ideal do DIU na cavidade uterina: acima do orifício interno do colo uterino;
- **Atenção:** Não há necessidade de controle periódico do posicionamento dos DIUs em pacientes assintomáticas.



O **risco de DIP em usuária de DIU** é baixo e semelhante ao risco nas usuárias de métodos hormonais:

- Usuária de DIU que evolui com DIP: deve ser tratada da mesma forma das não usuárias do método. **Não há necessidade de remoção do DIU** antes do início da antibioticoterapia.
- Paciente que teve DIP e deseja inserir o DIU: deve ser inserido, no mínimo, 3 meses após o tratamento de DIP.

❖ **Contracepção de emergência**

Quando está indicada?

- Pacientes que não usam método contraceptivo e tiveram relação desprotegida, na suspeita de falha do método contraceptivo e nos casos de violência sexual;
- Impede ou atrasa a ovulação. Também altera os níveis hormonais, interferindo no desenvolvimento folicular e na maturação do corpo lúteo e inibindo a fertilização;
- Posologia: **Levonorgestrel 1,5 mg, dose única**, preferencialmente até 72 horas da atividade sexual desprotegida; (**Questão de prova!**)

❖ **Métodos contraceptivos irreversíveis – (INEP 2014)**

(ATENÇÃO → Atualização recente!)

Quem pode utilizar esses métodos?

- **Idade igual ou superior a 21 anos ou dois filhos vivos.**
- **Risco de vida à mulher ou ao futuro concepto → assinado por 2 médicos**

Detalhes importantes:

- Permitida a realização de laqueadura no parto se for observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento;
- Não há mais necessidade de consentimento do marido ou parceiro;
- A nova lei entra em vigor no primeiro semestre de 2023!



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.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/98e37c9f-d564-4216-9eab-18c5e7286d75>

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

Tarefa 11 (Simplificada)

Disciplina: Obstetrícia

Assunto: Partograma e Distocia

Incidência: 5,52% das questões cobradas em Obstetrícia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de Obstetrícia, a **4ª mais cobrada** nas provas do INEP e representa aproximadamente **10,05%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **sétimo assunto mais cobrado dentro de Obstetrícia**.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Partograma e Distocia (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.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/43115646-a908-4df3-871a-bec905608de0>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Obstetrícia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Estática fetal; 2.0 Partograma; 3.0 Distocias

Dicas da Tarefa:

Revalidando, é fundamental que você vá para a prova sabendo interpretar um Partograma! Leia as dicas abaixo e treine bastante com as questões.

❖ **Conceito de distocia:** toda evolução do trabalho de parto que ocorre de forma diferente da esperada.

➤ **Distocia de Trajeto:**

- Conceito: alterações das partes moles ou da bacia óssea que impeçam a passagem do feto.
- Atente para a relação entre o tipo de bacia e a evolução do trabalho de parto:
 - Bacia androide: estreito médio mais estreito, com espinhas isquiáticas mais proeminentes → relaciona-se com **distocia por parada de progressão da descida**.
 - Bacia platipeloide: diâmetro transversal do estreito superior maior do que o anteroposterior, conferindo formato ovalado → relaciona-se à **insinuação fetal em variedades de posição transversa**.
 - Bacia ginecoide: a que possui características mais favoráveis ao parto vaginal, com **chances menores de distocia**.

➤ **Distocia de Objeto:**

- Conceito: ocorre devido a características fetais que impedem a progressão do feto pelo trajeto de parto ou seu desprendimento do corpo materno. Entre essas características, podemos citar:

- **Tamanho fetal:** fetos grandes (macrossômicos) podem acarretar partos distocicos.
- **Apresentação fetal:** apresentações córicas, bem como cefálicas defletidas de segundo grau ou fronte, podem ser incompatíveis com parto vaginal.
- **Variedade da apresentação fetal:** quando a rotação interna não ocorre completamente (feto não se encontra em variedade occipitopúbica), a variedade de posição fetal pode impedir que o desprendimento cefálico aconteça, recebendo o nome de distocia de rotação. Deve ser realizada a rotação do polo cefálico, a fim de posicionar o occipício fetal sob a pube materna, o que pode ser feito manualmente ou pela aplicação do fórcepe de Kielland.

➤ **Distocia de Motor (ou Distocia Funcional): (IMPORTANTE)**

- Conceito: relacionada a alterações na contratilidade uterina, seja por excesso ou por falta/incoordenação de contrações.

- **Distocia funcional por hipoatividade:** contrações uterinas são insuficientes em número ou intensidade para promover a dilatação cervical esperada de um centímetro por hora. Conduta: medidas que estimulem a atividade uterina, desde medidas mecânicas como estimular a deambulação da parturiente até intervenções como amniotomia ou prescrição de ocitocina endovenosa.
- **Distocia funcional por hiperatividade:** atividade uterina maior do que a esperada para fase do trabalho de parto, isto é, por **taquissístolia** (cinco contrações uterinas ou mais durante o intervalo de dez minutos – Decore!). Pode ocorrer com ou sem obstrução. Distocia associada a parto obstruído pode ocorrer por feto grande ou presença de tumores cervicais.
- **Distocia por hipertonía:** aumento do tônus uterino, seja por contrações uterinas frequentes ou por superdistensão uterina (ex: gestações múltiplas, polidrâmnio ou descolamento prematuro da placenta).
- **Distocia de dilatação:** apesar da dinâmica uterina adequada ao primeiro período do parto, a dilatação cervical deixa de evoluir ou passa a ocorrer lentamente.

❖ **PEGA A DICA: (INEP 2017 e 2016)**

Primeira passo para acertar as questões → Seguir os triângulos (dilatação) no partograma!



o vão da coruja

- **Situação 1:** Triângulos não atingiram os dez centímetros, ou seja, dilatação cervical NÃO é total = **distocia de dilatação** (distocia no primeiro período do parto ou fase de dilatação);
- **Situação 2:** Triângulos atingiram os dez centímetros, ou seja, dilatação cervical é total = **distocia de descida** (distocia no segundo período do parto ou período expulsivo).

1. Distocia de Dilatação:

- Existem **contrações uterinas adequadas em número e intensidade**, mas não há progressão da dilatação cervical.
- Pode ser classificada em: fase ativa prolongada ou em parada secundária da dilatação.

1.1 Fase Ativa prolongada: (INEP 2013)

- Dilatação cervical < 1cm/hora, associada à hipoatividade uterina.
- Como reconhecer no partograma? **Horizontalização da linha de triângulos, que ultrapassa a linha de alerta + contrações uterinas fracas na última hora de avaliação** (discinesia uterina).

1.2 Parada secundária da dilatação: (INEP 2013)

- Dilatação cervical, que não evolui em pelo menos dois toques vaginais consecutivos, com intervalo de ao menos duas horas entre eles, com dinâmica uterina adequada.

- Como reconhecer no partograma? **Horizontalização da linha de triângulos + contrações uterinas adequadas.**

2. Distocia de Descida:

- Relacionada ao período expulsivo;
- Apesar da dilatação cervical ser total, de dez centímetros, o parto não evolui como esperado;
- Pode ser classificada em: parada secundária da descida ou período expulsivo prolongado.



2.1 Parada Secundária da descida: (INEP 2015 e 2014)

- Parada da progressão da apresentação fetal pelo canal vaginal por mais de 2h, quando a dilatação cervical é total;
- Principal causa: **desproporção cefalopélvica**;
- Sinais clínicos que podem estar associados a essa condição: edema vulvar e bossa serossanguínea exacerbados.
- Tratamento: sempre parto cesárea

2.2 Período Expulsivo prolongado: (INEP 2012 e 2011)

- Dilatação cervical total de dez centímetros e apresentação fetal que desce pelo canal de parto de forma mais lenta do que o esperado;
- **Hipoatividade uterina** pode estar associada ao quadro. Lembre que: espera-se de 4-5 contrações fortes a cada 10 minutos durante o período expulsivo.
- Condições fetais que podem contribuir: fetos macrossômicos, apresentação cefálica defletida de terceiro grau, variedades de posição posteriores.
- Conduta mais comum: aplicação do fórceps.

3. Parto Precipitado ou Taquitéico:

- Intensa atividade uterina acarretando parto que evolui muito mais rápido do que o esperado → Dilatação cervical, descida do feto pelo canal de parto e o parto ocorrem em < 4h
- Mais comum em múltiparas.
- Relacionado a complicações como hipotonia uterina, lesão de trajeto do canal de parto e hemorragia ventricular no recém-nascido.
- Como suspeitar no partograma? Linha dos triângulos (dilatação) está muito verticalizada à esquerda de linha de alerta! Além disso, parto ocorre em até 4h.
- Conduta:
 - Evitar amniotomia precoce, para não intensificar ainda mais a dinâmica uterina;
 - **Analgesia de parto precocemente**, para tentar regularizar as contrações uterinas;
 - **Revisão do canal de parto**, para reparar eventuais traumas do trajeto;
 - Monitorar o recém-nascido, para diagnosticar e tratar precocemente se houver lesões.

❖ Revalidando, não custa lembrar das condições de aplicabilidade do fórceps:

- Dilatação cervical total
- Altura da apresentação ao menos no plano +2 de DeLee
- Bolsa rota
- Variedade de posição conhecida
- Feto vivo
- Ausência de sinais de desproporção cefalopélvica

TIPOS DE FÓRCIPES	UTILIDADE
Simpson-Braun 	Variedades oblíquas e pegas diretas (púbica e sacra).
Kielland 	Todas as variedades de posição, inclusive as variedades transversas. Permite a rotação da cabeça fetal
Luikart 	Não tem colheres fenestradas, conseguindo distribuir melhor a pressão exercida por ele. Mesma utilidade do Kielland
Piper 	Apresentações pélvicas com cabeça derradeira.

Tarefa 11 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/43115646-a908-4df3-871a-bec905608de0>

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

Tarefa 12 (Simplificada)

Disciplina: Infectologia

Assunto: Animais Peçonhentos

Incidência: 3,20% das questões de Infectologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo de Infectologia, **5ª disciplina mais cobrada na prova do Revalida INEP**, representando aproximadamente **9,61%** das questões de 2011 a 2022.

- ➔ **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 Animais Peçonhentos (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 – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/78d66da3-c4a2-46a3-be61-4109d515586d>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Infectologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Ofidismo; 2.0 Escorpionismo; 3.0 Araneísmo; 4.0 Outros

Dicas da Tarefa:

Revalidando, historicamente, só existem 4 questões da banca do INEP sobre “Animais Peçonhentos”. A última questão caiu na edição de 2021. Fique atento(a) ao resumo que fizemos sobre esse tema, pois ele contém todos os conceitos que você precisa saber para a prova.

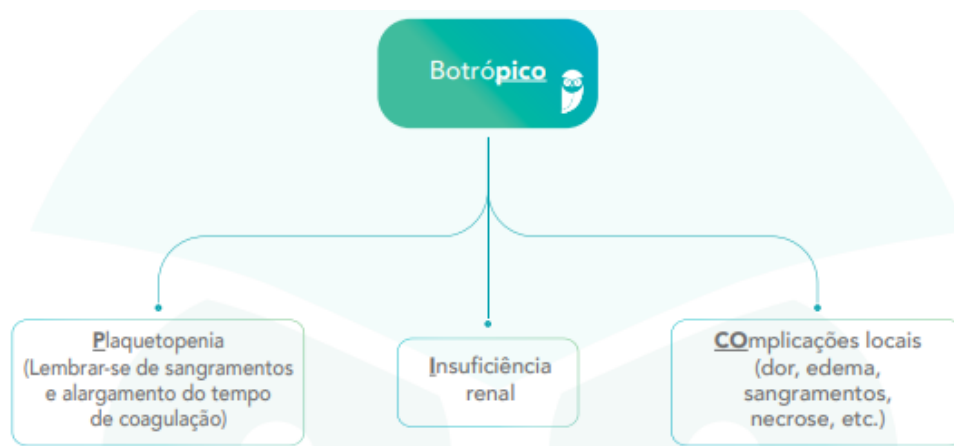
❖ **Acidentes ofídicos:**

- Causados por serpentes peçonhentas;
- Se divide em: **botrópico; crotálico; laquétrico e elapídico.**

1. Acidente botrópico (INEP 2011)

- Causado por espécies como a *Bothrops jararaca* e *jararacussu* (**jararaca**);
- Seu veneno tem três ações principais: coagulante, hemorrágica e proteolítica;
- Clínica: manifestações importantes no local da picada, como dor, edema, bolhas e sangramentos. Pode levar a complicações locais, como o aparecimento de um quadro de síndrome compartimental, formação de abscessos e necrose com risco de amputação do membro;
- Tratamento: medidas gerais (hidratação venosa, antibióticos se infecção secundária e analgesia) e soroterapia (soro antibotrópico, soro antibotrópico-crotálico ou antibotrópico-laquétrico).

Observe o fluxograma abaixo:



2. Acidente crotálico (INEP 2021)

- Causado pelas serpentes da espécie *Crotalus durissus* (**cascavel**);
- Seu veneno tem ação neurotóxica, miotóxica e coagulante. Detalhe: o veneno não tem ação importante no local da picada;
- Pela ação miotóxica, o paciente pode apresentar mialgia, rabdomiólise, mioglobínúria (**DICA: urina cor de “CRoca-Cola”**) com consequente insuficiência renal
- Tratamento: **soro anticrotálico ou antibotrópico-crotálico**. Além disso, hidratação venosa é fundamental para prevenir a insuficiência renal, assim como o uso de diuréticos osmóticos (manitol ou furosemda).

Observe o fluxograma abaixo:



3. Acidente laquétrico - (Ainda não caiu no Revalida INEP)

- Causado por serpentes do gênero *Lachesis* (**surucucu**);
- Seu veneno tem quatro ações: coagulante, hemorrágica, proteolítica e neurotóxica, por estimulação vagal;
- Tratamento: soro antilaquétrico ou antibotrópico-laquétrico.

Observe o fluxograma abaixo:



4. Acidente Elapídico *(Ainda não caiu no Revalida INEP)*

- Causado por serpentes do gênero *Micrurus* (**cobras corais**);
- Seu veneno só tem ação neurotóxica e o paciente pode evoluir clinicamente com fraqueza muscular progressiva;
- Tratamento: soro antielapídico; caso o paciente evolua para insuficiência respiratória, a neostigmina (um anticolinesterásico) e atropina podem ser utilizadas.

Observe o fluxograma abaixo:



Revalidando, o **quadro abaixo mostra um resumo dos acidentes ofídicos**, te ajudando no diagnóstico diferencial na hora da prova:



Características	Botrópico	Crotálico	Laquéutico	Elapídico
Nome popular	Jararaca	Cascavel	Surucucu	Coral
Habitat	Zonas rurais e periféricas de grandes cidades. Essas serpentes preferem ambientes úmidos, como matas, e com roedores.	São encontradas em campos abertos, áreas secas, arenosas e pedregosas.	São encontradas em florestas úmidas, como a Amazônia e a Mata Atlântica.	Podem ser encontradas em todo o território nacional.
Ações do veneno	Proteolítica. Hemorrágica. Coagulante.	Neurotóxica. Miotóxica. Coagulante.	Proteolítica. Hemorrágica. Coagulante. Neurotóxica (estimulação vagal).	Neurotóxica.
Manifestações locais	Dor, edema, eritema, bolhas, equimose, sangramentos, abscesso e necrose.	Discretas ou ausentes.	Dor, edema, eritema, bolhas, equimose, sangramentos, abscesso e necrose.	Discreta dor local.
Manifestações sistêmicas	Insuficiência renal aguda.	Fácies miastênica, ptose palpebral, flacidez da musculatura facial, turvação visual, diplopia, mialgia, rabdomiólise, mioglobínúria e insuficiência renal.	Hipotensão, tontura, escurecimento visual, bradicardia, cólica abdominal e diarreia.	Fraqueza muscular progressiva, ptose palpebral, oftalmoplegia, fácies miastênica, insuficiência respiratória e apneia.
Tratamento	Hidratação. Antibióticos, se infecção secundária. Soro antibotrópico.	Hidratação. Bicarbonato de sódio se pH urinário < 6,5. Soro anticrotálico.	Hidratação. Antibióticos, se infecção secundária. Soro antilaquéutico.	Manter paciente adequadamente ventilado. Neostigmina e atropina, se insuficiência respiratória. Soro antielapídico.

❖ Escorpionismo (INEP 2020)

- Crianças e adolescentes são os mais acometidos;
- Veneno do escorpião: tem ação neurotóxica e pode levar a quadros de disautonomia (efeitos simpáticos ou parassimpáticos);
- Clínica: dor intensa no local da picada, sudorese, náuseas, vômitos, taquicardia e taquipneia...

- Tratamento: soroterapia é recomendada somente nos casos moderados a graves e é feita com a administração do soro antiescorpiônico ou antiaracnídico da forma mais rápida possível. Casos leves devem ser manejados com analgesia e observação clínica por 6 a 12 horas.
- Observe o quadro abaixo, que classifica os acidentes quanto à gravidade:

Classificação	Manifestações clínicas	Soroterapia (no de ampolas) SAEs ou SAAR**
Leve	Dor e parestesia locais	Não está indicada
Moderado	Dor local intensa associada a uma ou mais manifestações, como náuseas, vômitos, sudorese, sialorreia discretos, agitação, taquipneia e taquicardia.	2 a 3 IV
Grave	Além das citadas na forma moderada, presença de uma ou mais das seguintes manifestações: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, sialorreia intensa, prostração, convulsão, coma, bradicardia, insuficiência cardíaca, edema pulmonar agudo e choque.	4 a 6 IV

❖ Araneísmo (INEP 2020)

Revalidando, memorize o quadro abaixo, que contém um resumo sobre esse tema. Se é preciso decorar isso? Sim, infelizmente!



Características	Phoneutria	Loxosceles	Latrodectus
Nome popular	Aranha armadeira	Aranha-marrom	Viúva-negra
Habitat	Ficam em residências e proximidades, em sapatos, materiais de construção, entulhos e lenha.	Ficam em tijolos, barrancos, cascas de árvores, atrás de quadro e móveis, em cantos de parede. Sempre ficam ao abrigo da luz solar.	Encontradas em vegetações arbustivas e gramíneas, mas também podem ter hábitos domiciliares e peridomiciliares.
Ações do veneno	Neurotóxica (sistema nervoso autônomo).	Coagulante, hemolítica e proteolítica.	Neurotóxica (sistema nervoso autônomo).
Manifestações locais	Dor, edema, eritema, sudorese e parestesia.	Dor, edema, eritema, equimose, bolha e necrose. Hemorragias focais mescladas com áreas pálidas de isquemia (placa marmórea).	Dor, edema, eritema, sudorese e parestesia.
Manifestações sistêmicas	Taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, agitação, priapismo, hipertonia muscular, diarreia, choque e edema agudo de pulmão.	Consequências da hemólise: anemia, icterícia, hemoglobinúria, petéquias, equimoses e CIVD.	Tremores e contraturas, parestesia em membros, sudorese, mialgia, cefaleia, tontura, priapismo, dificuldade para deambular.
Tratamento	Casos leves: sintomáticos. Casos moderados/graves: soro antiaracnídico.	Casos leves: sintomáticos. Casos moderados/graves: prednisona e soro antiaracnídico.	Casos leves: sintomáticos. Casos moderados/graves: analgésico, sedativos e soro antilatrodrético.

Para gravar!

- Mais comum: **Phoneutria** ("aranha armadeira");
Mais grave: **Loxosceles** ("aranha marrom").

Tarefa 12 (Avançada)

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

Link – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/78d66da3-c4a2-46a3-be61-4109d515586d>

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

Tarefa 13 (Simplificada)

Disciplina: Endocrinologia

Assunto: Diabetes Mellitus - Insulinoterapia

Incidência: 10,53% das questões de Endocrinologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Endocrinologia**, a **8ª mais cobrada** nas provas do INEP, representando aproximadamente **4,36%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esse é o **sexto assunto mais cobrado dentro de Endocrinologia**.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Leia as Dicas da Tarefa** de **Diabetes Mellitus - Insulinoterapia (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 – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/af0873aa-35cf-4599-84f9-3e249ddb53b>

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

Complementação:

4) Caso queira aprofundar o estudo, abra o Livro Digital do assunto indicado na tarefa (utilize o link abaixo)

e leia os pontos que tenha ficado em dúvida **somente após a leitura das Dicas e a Resolução das Questões**. Mas tenha cuidado para não perder muito tempo com leitura, pois estamos na reta final para a prova!

Link da Aula de Endocrinologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução; 2.0 Farmacocinética das insulinas; 3.0 Insulinoterapia no Diabetes Mellitus Tipo 2; 4.0 Insulinoterapia no Diabetes Mellitus Tipo 1

Dicas da Tarefa:

Revalidando, a última questão que caiu sobre esse assunto foi na edição de 2017 da prova. Mas, questões sobre Diabetes são comuns dentro da disciplina de Endocrinologia. Portanto, fique atento(a) ao resumo que preparamos abaixo para você.

❖ Memorize as características dos principais tipos de insulina:

- **Insulinas basais:** controlam a glicemia de jejum e as glicemias pré-prandiais
 - NPH: ação intermediária
 - Glargina U100: ação longa
 - Detemir: ação longa
 - Glargina U300: ação ultralonga
 - Degludeca: ação ultralonga
- **Insulinas prandiais:** controlam a glicemia pós-prandial
 - Regular: Insulina humana de ação rápida
 - Lispro, Asparte, Glulisina, Faster aspart, Inalável tecnosfera: Análogos de ação ultrarrápida
- **Formulações bifásicas:** congregam, em um só produto, uma insulina basal e uma insulina prandial
 - Humulin® 70/30 (70% NPH + 30% regular).
 - Humalog® Mix 25 (25% lispro + 75% lispro protaminada).
 - Humalog® Mix 50 (50% lispro + 50% lispro protaminada).
 - NovoMix® 70/30 (30% asparte + 70% asparte protaminada).

❖ **Quando introduzir a insulinoterapia no DM2?**

Em qualquer tempo, na vigência de um dos seguintes requisitos:

- Sinais de catabolismo (cetose, perda de peso e hipertrigliceridemia).
- Sinais e sintomas de hiperglicemia descompensada (poliúria, polidipsia, noctúria, perda de peso).
- Glicemias muito elevadas: Glicemia plasmática ≥ 300 mg/dL ou HbA1c $\geq 10\%$

Como terceiro antidiabético:

- Pacientes com doenças cardiovasculares;
- Pacientes com doença renal crônica;
- Pacientes de baixo poder aquisitivo.

❖ **Como iniciar o esquema de insulina?**

- 1) A insulinização é iniciada com uma insulina basal, que deve ser administrada quando o paciente vai se deitar (devido ao fenômeno do alvorecer).

Esquema Basal Inicial ou Bed Time (INEP 2014)

- Introduzir insulina basal: **NPH ao deitar-se** (geralmente, às 22 horas) ou **análogos de ação longa e ultralonga** podem ser aplicados em jejum ou ao deitar-se.
- Dose inicial sugerida: 10 UI ou 0,1 – 0,2 UI/kg

Os horários de aplicação da insulina NPH dependerão da quantidade de vezes que a insulina será aplicada:

Esquema com 1 dose de insulina NPH	<ul style="list-style-type: none"> • Ao deitar-se
Esquema com 2 doses de insulina NPH	<ul style="list-style-type: none"> • Antes do café da manhã • Ao deitar-se
Esquema com 3 doses de insulina NPH	<ul style="list-style-type: none"> • Antes do café da manhã • Antes do almoço • Ao deitar-se

ACORDE!



Atente que: NPH começa a agir após 2 – 4 horas de aplicação (INEP 2013)

- Glicemia de jejum: está sob influência da NPH noturna
- Glicemia de antes do almoço: está sob influência da NPH da manhã

- 2) Caso o paciente se apresente com as glicemias pré-prandiais normais, mas evolua com hiperglicemia pós-prandial, é hora de avançarmos para o segundo passo: a **introdução de insulina prandial**. (INEP 2011)

Esquema Basal-Plus:

- Introduzir insulina prandial antes da refeição mais copiosa do dia ou daquela após a qual a glicemia esteja fora da meta.
- Dose inicial sugerida: 4 U/dia ou 10% da dose basal.
- Titulação da insulina prandial: Pela glicemia 2 horas após a refeição em que a insulina foi aplicada.

- 3) Quando, para manter a euglicemia, precisarmos prescrever insulina basal em dose plena e insulina prandial nas três principais refeições, dizemos que o paciente está em uso do Esquema Basal-Bolus (ou insulinização plena). Seria o último passo no processo de insulinização:

Esquema Basal-Bolus ou insulinização plena:

- Insulina basal em dose plena (suficiente para cobrir as 24 horas do dia) associada à insulina prandial antes das três refeições principais.
- Atentar-se para a quantidade de aplicações de cada tipo de insulina basal:
 - NPH: 2-3 vezes ao dia;
 - Detemir: 1-2 vezes ao dia;
 - Demais insulinas basais: 1 vez ao dia

❖ Memorize as regras para o ajuste insulínico (Questão de prova!)

- ✓ **Para ajustar a insulina basal:** Verifique as glicemias pré-prandiais dos horários cobertos pela insulina basal
- ✓ **Para ajustar a insulina prandial:** Verifique a glicemia pós-prandial e compare-a com a glicemia pré-prandial.



- ❖ Relembre as metas de glicemia:

Metas no tratamento do Diabetes Mellitus	
Glicemia plasmática capilar pré-prandial	80 – 130 mg/dL
Glicemia plasmática capilar pós-prandial (1 – 2 horas após o início da refeição)	< 180 mg/dL
HbA1c	< 7%

❖ Insulinoterapia no DM1 (INEP 2014)

- Em um paciente com DM1, ou seja, com deficiência absoluta de insulina, devemos ofertar o **esquema Basal-Bolus** (insulinização plena).
 - Insulina NPH em 2 - 3 doses ao dia;
 - Insulina prandial antes das três principais refeições.
- Pacientes recém-diagnosticados: **dose diária total inicial de insulina que varia de 0,5 a 1 UI/kg** → Entre 40% a 50% desse valor deverá ser ofertado na forma de insulina basal, o restante será dividido entre as três aplicações pré-prandiais.
Caso o paciente faça uso de NPH, uma opção é dividir a dose total de NPH em duas aplicações: 2/3 antes do café da manhã e 1/3 ao deitar-se.

Tarefa 13 (Avançada)

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

Link – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/af0873aa-35cf-4599-84f9-3e249ddbb53b>

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

Tarefa 14 (Simplificada)

Disciplina: Gastroenterologia

Assunto: Distúrbios Disabsortivos e Síndrome do Intestino Irritável

Incidência: 13,63% das questões de Gastroenterologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina de **Gastroenterologia**, a **7ª mais cobrada** nas provas do INEP, representando aproximadamente **4,43%** das questões cobradas 2011 a 2022. Além disso, esses dois assuntos, juntos, possuem um peso importante dentro dessa disciplina.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de **Distúrbios Disabsortivos e Síndrome do Intestino Irritável (Gastroenterologia)**.

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

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

Link – 21 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/41d2b1d7-2587-4418-9275-e529ba78ffef>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Gastroenterologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Distúrbios disabsortivos; 2.0 Síndrome do Intestino Irritável

Dicas da Tarefa:

Revalidando, esse assunto não apareceu em edições recentes da prova do INEP. Utilize as dicas para balizar seu conhecimento teórico e faça a lista de exercícios para treinar.

Distúrbios Disabsortivos

❖ Investigação diagnóstica nos distúrbios disabsortivos:

1. Avaliação fecal:

- Pesquisa de elementos anormais nas fezes (EAF): avalia cor e aspecto das fezes, pH fecal, presença de substâncias redutoras (açúcares), pesquisa de leucócitos, hemácias e glóbulos de gordura. No contexto das doenças disabsortivas, é importante assinalar que a presença de pH < 5,5 sugere má absorção de carboidratos;
- Pesquisa qualitativa da gordura fecal (coloração pelo Sudan III): exame qualitativo, que visa a detecção da presença de gordura em uma amostra fecal única;
- Excreção fecal de gordura em 72 horas: exame padrão-ouro na avaliação diagnóstica da esteatorreia.

2. Exames respiratórios:

- Teste respiratório com C14-xilose: útil no contexto da investigação de supercrescimento bacteriano → as bactérias intestinais catabolizam xilose com liberação de CO₂, o qual é absorvido e excretado pela via respiratória.
- Teste do hidrogênio expirado: teste útil na avaliação da intolerância à lactose ou do supercrescimento bacteriano.

3. **Exames endoscópicos:** Caso sejam visualizadas alterações na mucosa durante esses exames,

devemos prosseguir com a realização da biópsia.

❖ **Doença Celíaca – (INEP 2014 e 2013)**

- Definição: afecção sistêmica autoimune provocada e perpetuada pelo consumo de glúten em indivíduos geneticamente predispostos.
- Quando desconfiar na prova? Paciente **jovem** com quadro de **diarreia crônica** (> 4 semanas) **sem sangue ou muco** associada a **perda ponderal**.
- Apresentação clínica típica:
 - **Diarreia crônica, intermitente, com fezes volumosas e fétidas;**
 - **Esteatorreia;**
 - **Distensão abdominal e flatulência;**
 - **Perda de peso;**
 - **Constipação**
- Condições associadas: **dermatite herpetiforme (a que mais aparece em provas), diabetes mellitus tipo 1, síndrome de Down, deficiência de IgA, doenças autoimunes da tireoide, etc**
- Diagnóstico: **(Atenção: questão de prova!)**
 - Pesquisa do **antitransglutaminase tecidual IgA** é o exame de triagem preferido no contexto da doença celíaca;
 - Uma vez que o paciente apresenta positividade para o antitransglutaminase tecidual IgA, devemos proceder com o método padrão ouro para diagnóstico da doença celíaca: **biópsia de intestino delgado (duodeno)**, realizada por meio de endoscopia digestiva alta → visualização de **mucosa atrófica com perda das vilosidades**, presença de **fissuras, nodosidades e vascularização submucosa** proeminente.
- Tratamento: o tratamento único da doença celíaca é a dieta isenta de glúten.

❖ **Intolerância à lactose – (INEP 2013 e 2011)**

- Ocorre devido à perda total ou parcial da enzima chamada lactase, que hidrolisa o carboidrato lactose em glicose e galactose, passíveis de absorção intestinal;
- Quando desconfiar na prova? Os sintomas variam desde um leve **desconforto gastrointestinal ao consumir leite e derivados** até quadro clássico de **diarreia volumosa**, por vezes aquosa, **fezes pastosas e fétidas, dor e distensão abdominal e flatulência**. Perda ponderal significativa é incomum;
- Diagnóstico:
 - Pode ser sugerido por meio da melhora da sintomatologia com adequação da dieta, evitando-se o consumo de leite e derivados;
 - Teste do hidrogênio expirado com a ingestão de lactose: administra-se lactose por via oral e mensura-se a concentração de hidrogênio exalada periodicamente até 2 horas após a ingestão. Incremento do H₂ exalado com o passar do tempo é indicativo de intolerância à lactose.
 - Teste da curva glicêmica: Após jejum de 8 h, verifica-se a glicemia sérica do paciente. Ele ingere, então, líquido contendo lactose pura. Amostras de sangue são coletadas após 30, 60 e 90 minutos. O paciente será considerado intolerante à lactose se o incremento da glicemia sérica for inferior a 20 mg/dl.
- Tratamento:

- **Adequação da dieta, evitando-se o consumo de leite e derivados.** Alguns derivados do leite, como os queijos, têm uma concentração de lactose menor e podem ser tolerados;
- Outra opção é associar o uso de lactase exógena antes do consumo de dieta rica em lactose.

Síndrome do Intestino Irritável (SII)

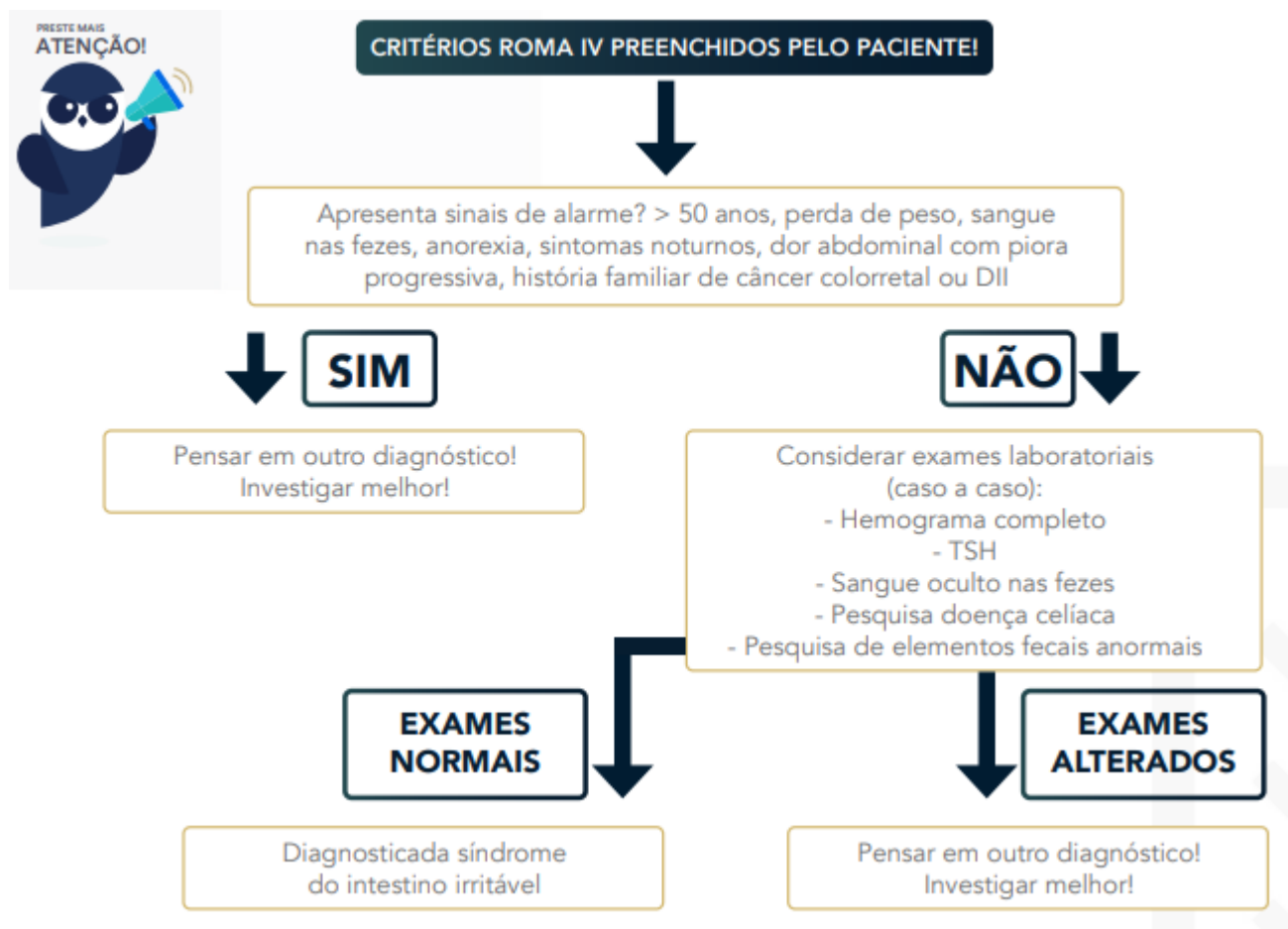
Revalidando, esse tema só foi cobrado pela banca do INEP uma vez, no ano de 2014. Desde então, a banca nunca mais colocou nenhuma questão sobre o assunto.

- ❖ SII = distúrbio funcional do trato gastrointestinal que se caracteriza por **dor abdominal crônica** de variável intensidade e **alteração do hábito intestinal (diarreia e/ou constipação)**. Mais comum em mulheres entre 20-30 anos, portadoras de algumas condições, como depressão, ansiedade, dispepsia funcional, fibromialgia e somatização.
- ❖ Diagnóstico: baseado nos **critérios de ROMA IV**

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ROMA IV PARA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL		
Dor abdominal recidivante, pelo menos 1x por semana nos últimos 3 meses		
Associada a dois ou mais dos seguintes critérios:		
1. Relação com evacuação		
2. Mudança na frequência das evacuações		
3. Mudança no aspecto das fezes		



- ❖ **Atenção!** Por ser um distúrbio funcional, a SII **não leva a nenhuma alteração nos exames**, sejam eles laboratoriais, endoscópicos ou exames de imagem. Também o **exame físico não costuma exibir alterações significativas**, embora alguma dor abdominal possa existir à palpação.
- ❖ Para melhor balizar seu raciocínio clínico, observe o fluxograma abaixo:



❖ **Tratamento:**

MANEJO DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL	
Dieta	Evitar FODMAPs (leite de vaca, sorvete, iogurte, pães, bolos, mel, maçã etc.) Suplementação de psyllium
Atividade Física	
Dor abdominal:	Antiespasmódicos: escopolamina e hioscina Antidepressivos: tricíclicos e ISRS Antibióticos: rifamixina Probióticos
Diarreia:	Antidiarreicos: ioperamida, colestiramina Antagonista do receptor de serotonina: alosetrona, ondansetrona
Constipação:	Laxativos osmóticos: polietilenoglicol Ativadores dos canais de cloreto: lubiproston Agonista da guanilato-ciclase C: linaclotida

Tarefa 14 (Avançada)

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

Link – 21 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/41d2b1d7-2587-4418-9275-e529ba78ffef>

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: Psiquiatria

Assunto: Transtornos de Humor e Dependência Química

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Psiquiatria. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Transtornos de Humor e Dependência Química**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

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

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

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Revise os principais tópicos referentes aos assuntos **Transtornos de Humor e Dependência Química**.

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

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

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

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/00f21c5d-0fda-4a5d-80f6-0a6c0e03ed6c>

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

Tarefa 15 (Avançada)

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/00f21c5d-0fda-4a5d-80f6-0a6c0e03ed6c>

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: Cardiologia

Livro Digital: Hipertensão Arterial Sistêmica e Arritmias

Estrategista, vamos dar continuidade ao estudo de Cardiologia. Essa é uma **tarefa de revisão** referente aos assuntos **Hipertensão Arterial Sistêmica e Arritmias**. A revisão é fundamental para consolidar o conhecimento sobre esse assunto. Assim, não a negligencie!

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

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

Vamos iniciar!

Passo a Passo da Tarefa:

1) **Revise** os principais tópicos referentes aos assuntos **Hipertensão Arterial Sistêmica e Arritmias**.

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

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

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

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/cc120b24-1483-476e-bc57-74da813b0770>

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

Tarefa 16 (Avançada)

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

Link – 36 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/cc120b24-1483-476e-bc57-74da813b0770>

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: Nefrologia

Assunto: Doenças Glomerulares

Incidência: 26,83% das questões de Nefrologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo de Nefrologia, **11ª disciplina mais cobrada na prova do Revalida INEP**, representando aproximadamente **2,81%** das questões de 2011 a 2022. Além disso, esse é o **segundo assunto mais cobrado** dentro dessa disciplina.

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de **Doenças Glomerulares (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 – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/3a66f455-d220-4067-9e86-aa171bdc806d>

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.estrategia.com/meus-cursos/nefrologia-revalida-exclusive>

Tópicos da Aula:

1.0 Introdução às doenças glomerulares; 2.0 Síndrome Nefrítica; 3.0 Síndrome Nefrótica; 4.0 Glomerulonefrite rapidamente progressiva

Dicas da Tarefa:

Revalidando, dentro da disciplina de Nefrologia, esse é o segundo tema mais cobrado, ficando atrás somente da ITU. Nas últimas três edições da prova caíram questões sobre esse assunto. Portanto, tenha atenção!

Síndrome Nefrítica (INEP 2022, 2020, 2017, 2012 e 2011)

- Conceito: resultado de doenças que causam inflamação no glomérulo;
- Quadro clínico: **EDEMA + HIPERTENSÃO ARTERIAL + HEMATÚRIA GLOMERULAR**
Também podem estar presentes: leucocitúria, proteinúria subnefrótica, piora da creatinina e redução do débito urinário.

• **Glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE)**

- ❖ Atenção: esse é o tópico queridinho pela banca do Inep!
- ❖ Causa mais comum de síndrome nefrítica na infância, consequência imunológica de uma infecção bacteriana (faringoamigdalite ou infecção cutânea) causada por cepas ditas “nefritogênicas” do estreptococo beta-hemolítico do grupo A;
- ❖ Fisiopatologia: a reação imune a um antígeno estreptocócico que leva à deposição de imunocomplexos (união entre antígeno e anticorpo) no glomérulo e tem a ativação do complemento como mecanismo formador de lesão;
- ❖ Cursa com **queda dos níveis séricos de C3** → alteração laboratorial mais importante da doença! Os níveis séricos ficam reduzidos por volta de 8 semanas, até se normalizarem, sendo importantes, portanto, no seguimento do paciente.
- ❖ Apresentação clássica da GNPE: **criança com síndrome nefrítica, história de infecção estreptocócica nas últimas semanas, consumo de C3 e algum anticorpo antiestreptocócico positivo** (ASLO ou Anti-DNAse B).
- ❖ Tratamento: **SUPORTE** → **internação hospitalar, avaliação da função renal, restrição de sal, restrição hídrica e uso de diuréticos de alça** (furosemida). Em casos mais graves (emergências hipertensivas), antihipertensivos são necessários.
- ❖ Prognóstico muito bom, com baixíssima mortalidade.



Síndrome Nefrótica (INEP 2022, 2013 e 2012)

- É definida pela **tríade: PROTEINÚRIA NEFRÓTICA + HIPOALBUMINEMIA + EDEMA**
- Memorize os valores:
Proteinúria nefrótica: > 3,5 g/dia em adultos ou > 50 mg/kg/dia em crianças.
Hipoalbuminemia: < 3,5 g/dL em adultos e < 3,0 (ou 2,5 g/dL) em crianças.

Doença de lesões mínimas: (INEP 2022)

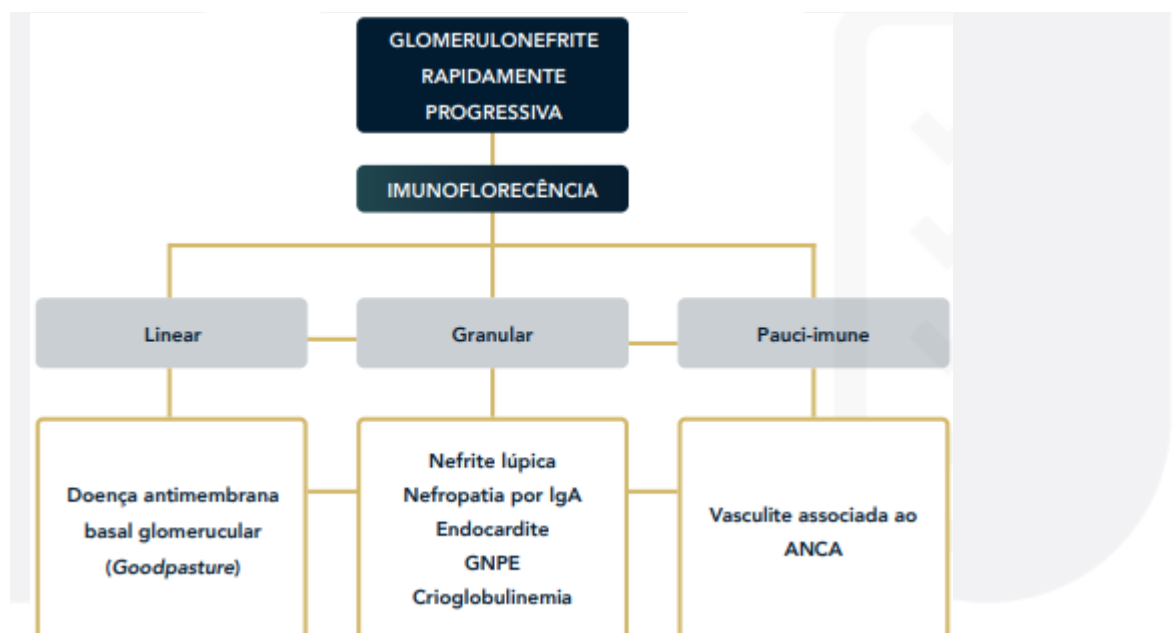
- ❖ Principal causa de síndrome nefrótica primária na infância;
- ❖ Sua denominação vem do fato de que, na microscopia óptica, os **glomérulos apresentam-se inalterados ou com mínimas alterações**;
- ❖ Quadro clínico:
 - Manifesta-se como uma síndrome nefrótica pura, com edema de início insidioso, ascendente e acompanhado de derrames cavitários, como ascite ou derrame pleural.
 - Pressão arterial e função renal são, via de regra, normais.
- ❖ Tratamento: excelente resposta ao uso de **corticoides sistêmicos** (prednisona ou prednisolona);
- ❖ Episódios de recidiva são comuns, tendo como principais gatilhos: infecções virais de vias aéreas superiores e vacinação.

Glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF):

- ❖ A GESF primária é a **principal causa de síndrome nefrótica em adultos jovens**, com predominância em indivíduos de raça negra;
- ❖ A biópsia renal é fundamental para o diagnóstico! Na microscopia óptica, temos áreas de esclerose (resultado da lesão nos podócitos) em parte do glomérulo (segmentar) e em menos de 50% dos glomérulos analisados (focal);
- ❖ Quadro clínico:
 - Síndrome nefrótica, habitualmente com semanas de evolução, que vem acompanhada de hipertensão arterial em metade dos casos e pode ter piora de função renal ao diagnóstico;
 - Hematúria glomerular é um achado comum na GESF.
- ❖ Tratamento: as formas primárias são tratadas inicialmente com corticoides (prednisona oral);
- ❖ É considerada uma glomerulopatia de mal prognóstico, com menor taxa de resposta terapêutica que a DLM.

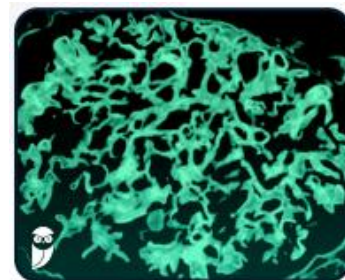
Glomerulonefrite rapidamente progressiva:

- ❖ Síndrome glomerular caracterizada por: **HEMATÚRIA GLOMERULAR + PIORA RÁPIDA DA FUNÇÃO RENAL**;
- ❖ Presença de crescentes em mais de 50% dos glomérulos analisados na amostra.



Doença de Goodpasture (INEP 2011)

- ❖ Patogênese: formação de **anticorpo IgG contra o colágeno tipo IV presente na membrana basal glomerular** e nos alvéolos pulmonares. A deposição desse anticorpo gera uma reação inflamatória que leva às manifestações clínicas da doença.
- ❖ Diagnóstico: Biópsia renal → glomerulonefrite crescêntica com um **padrão linear na imunofluorescência** (imagem ao lado).
- ❖ Tratamento: imunossupressão (corticoide associado à ciclofosfamida)



Tarefa 17 (Avançada)

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

Link – 26 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/3a66f455-d220-4067-9e86-aa171bdc806d>

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: Hematologia

Assunto: Anemias Hemolíticas

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

Revalidando, essa tarefa dá continuidade ao estudo da disciplina Hematologia, **13ª disciplina mais cobrada** no Revalida e representa aproximadamente **2,29%** das questões do INEP de 2011 a 2022. Além disso, **o assunto estudado nessa tarefa é o mais cobrado de Hematologia** no Revalida. Assim, tenha muita atenção ao estudá-lo!

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de Anemias Hemolíticas (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 – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/1232991d-1c3c-4431-abb7-4b47478c194d>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Hematologia:

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

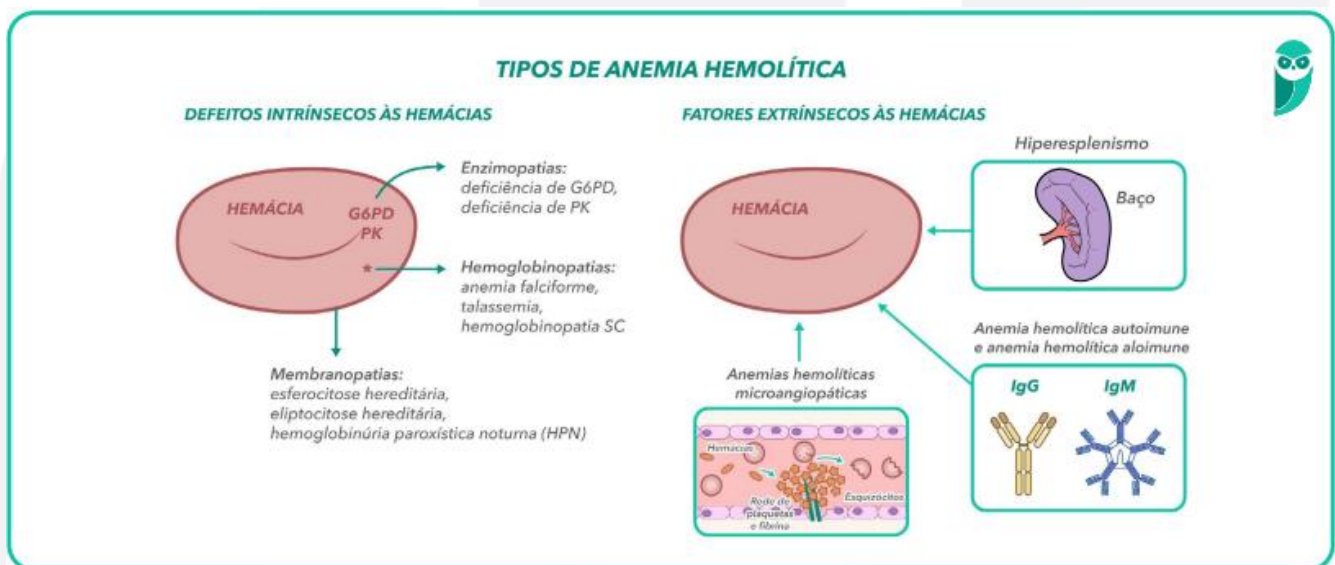
Tópicos da Aula:

1.0 Hemólise; 2.0 Classificação das anemias hemolíticas; 3.0 Anemia Falciforme

Dicas da Tarefa:

Revalidando, dentro do tema Anemias Hemolíticas, o assunto *Anemia Falciforme* é disparado o mais cobrado pela banca do Revalida, com duas questões, inclusive, na edição da prova de 2022.1.

❖ **Classificação** das anemias hemolíticas de acordo com sua relação com as hemácias:

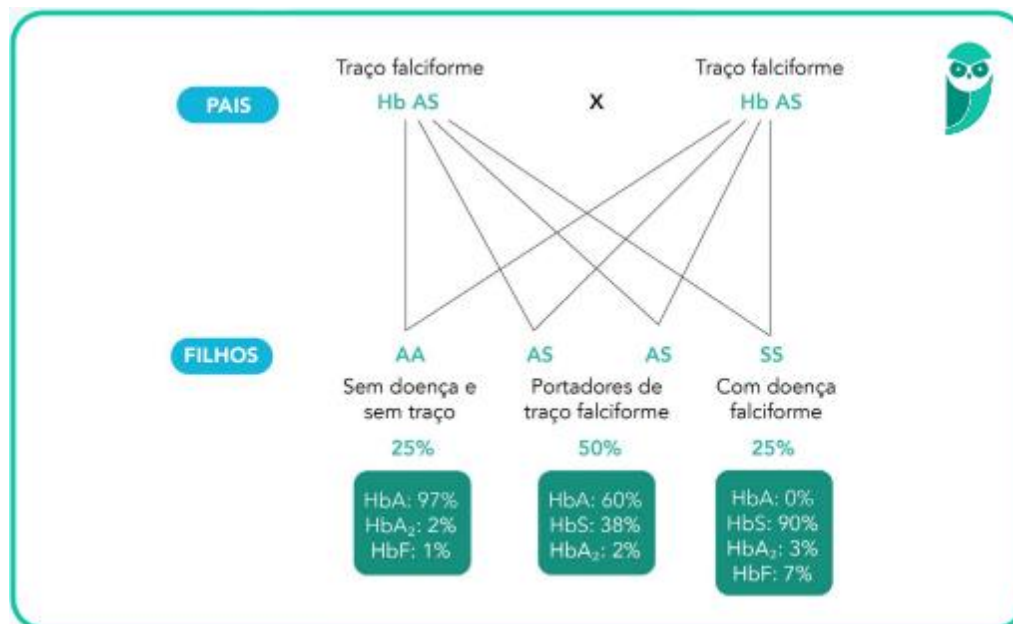


❖ **Anemia Falciforme: (INEP 2015)**

- Mutação pontual substitui o ácido glutâmico pela valina como sexto aminoácido na beta-globina, alterando a HbA e gerando a **HbS**, hemoglobina anômala que, quando não ligada ao oxigênio, perde solubilidade e forma longas fibras no interior das hemácias.
- Essa capacidade de se polimerizar quando desoxigenada faz com que a HbS altere o formato bicôncavo habitual da membrana eritrocitária, dando-lhe uma característica aparência de foice (também chamadas de drepanócitos).
- Drepanócitos sofrem destruição precoce (hemólise) → acarretam episódios repetidos de vaso-

oclusões → anemia hemolítica acompanhada de inúmeros eventos vaso-oclusivos agudos e crônicos.

- Herança da anemia falciforme: **autossômica recessiva** → apenas pacientes homozigotos apresentam o quadro franco da doença! Os **heterozigotos apresentam o chamado traço falcêmico**: terão baixa concentração da hemoglobina anômala em suas hemácias, fazendo com que não sofram falcizações e, portanto, sejam assintomáticos! Observe o esquema abaixo, para entender melhor:



- Triagem neonatal da anemia falciforme: é feita através do **teste do pezinho**, que identifica precocemente as crianças portadoras da doença, bem como outras hemoglobinopatias (exemplo: talassemias e a hemoglobinopatia C, D e E).

- Quadro clínico-laboratorial (**INEP 2022**)

Quadro clínico-laboratorial da anemia falciforme
Quadros agudos e crônicos de vaso-oclusão
Anemia normocítica e normocrômica
Sinais de hemólise: elevação de bilirrubina indireta e de desidrogenase láctica, consumo de haptoglobina, reticulocitose
Esfregaço de sangue periférico: drepanócitos (hemácias em foice), leptócitos (hemácias em alvo)
Presença de grande quantidade de HbS na eletroforese de hemoglobina ou na cromatografia líquida de alta performance

- Diagnóstico (**INEP 2015**)
 - ✓ **Eletroforese de hemoglobinas**: mais utilizada na prática, por ser menos custosa e mais acessível
 - ✓ **Cromatografia líquida de alta performance**: é o **exame padrão-ouro** para o diagnóstico da anemia falciforme





• **Complicações agudas da anemia falciforme: (IMPORTANTE)**

A) Crises álgicas:

- Complicação mais comum da anemia falciforme, além de principal causa de internação nessa população;
- Causa: obstrução do fluxo sanguíneo pelas hemácias falcizadas no território de ossos e músculos, levando a quadro de dor de intensidade e duração variáveis;
- Principais fatores desencadeantes: hipóxia, desidratação, estresse físico, estresse emocional, exposição ao frio;
- Manejo da crise:
 - **Hidratação vigorosa com soluções hipotônicas** (combinação de soro fisiológico e de soro glicosado). Atenção: evitar a hiper-hidratação!
 - **Analgesia adequada à dor do paciente**
 - **Não há indicação de transfusão de hemácias em crises álgicas simples!**
- **Dactilite falcêmica (INEP 2014):** forma particular de crise dolorosa que costuma ser a primeira manifestação da anemia falciforme, acometendo crianças de seis meses a dois anos de idade. Decorre de vaso-oclusão nas articulações e nos ossos de mãos e pés, provocando dor intensa, edema e eritema local.

B) Autoesplenectomia: (INEP 2011)

- A fibrose progressiva do baço e a perda de sua função (asplenismo funcional) diminuem a proteção do paciente contra bactérias encapsuladas, explicando os quadros de sepse por *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae tipo b* nesses pacientes, com elevada mortalidade.
- Medidas que evitam o óbito precoce dessas crianças: vacinação antipneumocócica, uso profilático de penicilina V oral (eritromicina em alérgicos) para todos os falcêmicos de três meses a cinco anos de idade, internação precoce na suspeita de quadro infeccioso, para realização de antibioticoterapia empírica endovenosa.

C) Sequestro esplênico, crise aplásica e crise-hiperhemolítica:

O quadro abaixo mostra as principais diferenças entre essas 3 complicações:

	Sequestro esplênico	Crise aplásica	Crise hiper-hemolítica
Fisiopatologia	Aprisionamento de hemácias no baço	Parada temporária na produção de hemácias por infecção pelo parvovírus B19	Aumento das taxas de hemólise precipitado por diversas condições
Apresentação clínico-laboratorial	Piora da anemia basal	Piora da anemia basal	Piora da anemia basal
	Com esplenomegalia	Sem esplenomegalia	Sem esplenomegalia
	Reticulocitose	Reticulocitopenia	Reticulocitose
Tratamento	Hidratação e transfusão de hemácias	Suporte clínico	Suporte clínico

D) Síndrome torácica aguda: (INEP 2017)

- Principal causa de morte nessa população;
- Quando suspeitar? **Paciente falcêmico com sintomas respiratórios**, como tosse e dispneia, **geralmente precedidos por uma crise álgica**.
- Como proceder? Solicitar gasometria arterial, afim de verificar a presença de **hipoxemia** (alteração mais precoce) e também radiografia de tórax, que mostrará uma **opacidade pulmonar nova**.

- Tratamento:
 - Internação;
 - Hidratação venosa e analgesia;
 - Oxigenioterapia;
 - Antibioticoterapia empírica (cefalosporinas de terceira ou quarta geração);
 - Suporte transfusional (transusão simples se Ht < 30%; exsanguíneo transusão se Ht > 30%).

• **Tratamento da anemia falciforme:**

- Além do tratamento específico de cada complicação, seu tratamento baseia-se em suporte transfusional, quelação de ferro para evitar a sobrecarga transfusional e uso da hidroxiureia.
- Mecanismo de ação da hidroxiureia: bloqueia a síntese de DNA pela inibição da ribonucleotídeo redutase, enzima envolvida na produção de nucleotídeos, promovendo diversos efeitos benéficos ao paciente falcêmico. O principal deles é o aumento da síntese de hemoglobina fetal (HbF), o que reduz a concentração de HbS e, assim, diminui a falcização.

❖ **Deficiência de G6PD: (INEP 2022)**

- Condição de herança ligada ao sexo (relacionada ao cromossomo X), afetando, principalmente, homens (heterozigotos);
- Nesse quadro, há níveis reduzidos dessa enzima, que protege as hemácias do estresse oxidativo, com consequente acúmulo de agentes oxidantes.
- **Situações de estresse oxidativo aumentado levam ao acúmulo de oxidantes** com deposição de hemoglobina oxidada no citoplasma das hemácias, formando os característicos **corpos de Heinz** e lesão da membrana celular, o que precipita **hemólise intravascular**. Por isso, a deficiência de G6PD expressase, habitualmente, em surtos hemolíticos autolimitados.
- Principais fatores desencadeantes cobrados em provas: **medicações**, especialmente **primaquina**, **dapsona**, **quinolonas** (ácido nalidíxico) e **sulfas**.
- Tratamento: afastar o fator precipitante, suporte clínico, transusão de concentrados de hemácias, se necessário. A orientação do paciente sobre o diagnóstico é, certamente, a parte mais importante do tratamento, devendo ser longamente orientado sobre os possíveis desencadeantes dos surtos hemolíticos, especialmente quanto à grande lista de medicações que deve evitar.

Revalidando, este tópico ainda não foi cobrado pela banca do INEP. Faça uma leitura dinâmica e não perca tanto tempo aqui.

❖ **Anemias hemolíticas microangiopáticas:**

- Grupo de anemias hemolíticas marcadas pela fragmentação das hemácias na microcirculação, levando à formação dos característicos **esquizócitos**.
- Principais causas: **PTT** (púrpura trombocitopênica trombótica), **SHU** (síndrome hemolítico-urêmica) e **CIVD** (coagulação vascular disseminada).

a) Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT):

- Acomete mulheres jovens de 30-50 anos;
- Deficiência de uma enzima (ADAMTS13) que culmina com a formação de trombos plaquetários na microcirculação de diversos órgãos, provocando a fragmentação mecânica das hemácias que por ali passarem;
- Pêntade clínica clássica: **febre, sintomas neurológicos, insuficiência renal leve, anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia**;
- **Atenção**: não costuma cursar com alterações no coagulograma, sendo a principal forma de diferenciar a PTT da CIVD.
- **Tratamento** – emergência médica!
 - **Plasmaférese** (primeira linha);

- Corticoterapia - medida adjuvante à plasmaférese, capaz de diminuir a produção de autoanticorpos e, assim, reduzir a inibição sobre a ADAMTS13;
- Caplacizumabe (anticorpo anti-FVW que inibe sua ligação às plaquetas, impedindo, dessa maneira, a formação dos trombos plaquetários) – pode ser usado em conjunto com a plasmaférese.

b) Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU):

- Acomete principalmente crianças de até 5 anos de idade;
- Quando suspeitar? **Pródromo de diarreia sangüinolenta**, precipitada por uma infecção intestinal pela ***E. coli* O157:H7**, microorganismo que produz uma toxina capaz de adentrar a mucosa intestinal e ganhar a circulação. Depois de **3-12 dias** a criança passa a apresentar a **triade clássica: anemia microangiopática, plaquetopenia e insuficiência renal aguda**.
- Assim como na PTT, os exames da coagulação (TP e TTPA) costumam estar inalterados;
- Tratamento:
 - Suporte clínico, feito com transfusão de hemácias, controle hidroeletrólítico e diálise, se necessário;
 - Transfusão de plaquetas deve ser evitada;
 - Não há indicação de antibioticoterapia.

c) Coagulação intravascular disseminada (CIVD):

- Estado paradoxalmente trombótico e hemorrágico ao mesmo tempo;
- Condições precipitantes: **sepsse, neoplasias, trauma** ou qualquer situação em que o dano endotelial promova a liberação de substâncias ativadoras do sistema de coagulação, levando à ativação da cascata de coagulação;
- Assim como as demais microangiopatias trombóticas, também é marcada por anemia hemolítica intravascular, plaquetopenia e esquizócitos à hematoscopia;
- Coagulograma: importante **alargamento do TP** (tempo de trombina), **TTPA** (tempo parcial de trombina ativado) e **TT** (tempo de trombina), além de **consumo de fibrinogênio** e do **aumento dos níveis de D-dímero**.
- Tratamento: controle da condição desencadeante.

Tarefa 18 (Avançada)

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

Link – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/1232991d-1c3c-4431-abb7-4b47478c194d>

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

Tarefa 19 (Simplificada)

Disciplina: Pneumologia

Assunto: Asma

Incidência: 32,14% das questões de Pneumologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá início ao estudo da disciplina Pneumologia, **14ª disciplina mais cobrada** no Revalida e representa aproximadamente **2,14%** das questões do INEP de 2011 a 2022. Além disso, **esse é o assunto mais cobrado dentro da disciplina**. Assim, tenha muita atenção ao estudá-lo!

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

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

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

Vamos iniciar a tarefa!

Passo a Passo da Tarefa:

1) Leia as Dicas da Tarefa de **Asma (Pneumologia).**

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

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

Link – 18 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/86066aa6-8488-41a1-8cc6-e0399329544c>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Pneumologia:

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

Tópicos da Aula:

1.0 Definição até 9.0 Situações especiais

Dicas da Tarefa:

Revalidando, praticamente todas as questões que a banca do INEP já cobrou sobre o assunto “Asma” foram sobre “Manejo da exacerbação da asma”. Portanto, foque seu estudo e atenção principalmente para esse tópico!

❖ **Quadro clínico da asma:**

- Episódios recorrentes de sibilância;
- Dispneia;
- Opressão torácica e tosse, principalmente no período noturno ou pela manhã, ao despertar;
- A maioria dos pacientes apresenta outras manifestações atópicas, sobretudo rinite alérgica.

❖ **Principais fatores desencadeantes dos sintomas:**

- Alérgenos ambientais ou ocupacionais: pólenes, fungos, ácaros, pelos de animais...
- Exposição a irritantes: fumo, poluição do ar, aerossóis;
- Drogas: aspirina, anti-inflamatórios não hormonais, betabloqueadores;
- Alterações climáticas, exposição ao ar frio, alterações emocionais e exercícios.

❖ **Exames complementares:**

A avaliação funcional da asma é realizada, principalmente, por meio da **espirometria**, que confirma o diagnóstico, documenta a gravidade da doença e monitora seu curso.

Achados na espirometria clássica de um paciente com asma:

1. **Limitação do fluxo de ar das vias respiratórias:** relação **VEF1/CVF < 0,7**.
2. Presença de **resposta broncodilatadora positiva:** **aumento de VEF1 ≥ 200 mL e ≥ 12%.**



Atente que: a obstrução ao fluxo aéreo pode estar ausente em pacientes nos períodos intercríticos. Por isso, nunca se esqueça de que espirometria normal não exclui o diagnóstico de asma.

Vale ressaltar que o **parâmetro utilizado para a classificação da gravidade** da obstrução é o **VEF1**, conforme mostra a tabela abaixo:

Classificação da gravidade do DVO na asma conforme o VEF1 (% do previsto)	
Leve	≥ 60%
Moderado	41-59%
Grave	≤ 40%

❖ **Manejo da asma brônquica:**

- O manejo da asma é dividido em não farmacológico e farmacológico. Com relação ao manejo não farmacológico, devemos orientar medidas específicas de controle ambiental para reduzir a exposição domiciliar e ocupacional a gatilhos desencadeadores de sintomas da asma.
- Antes de entrarmos no manejo farmacológico, observe abaixo a escala GINA, a mais utilizada atualmente para **classificar o controle da asma**, dividida em três níveis: **asma controlada**, **asma parcialmente controlada** e **asma não controlada**.

Parâmetros	Controlada (todos abaixo)	Parcialmente controlada (1 ou 2 destes)	Não controlada (3 ou mais destes)
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2/semana	3 ou mais/semana	3 ou mais/semana
Limitações de atividades	Nenhuma	Qualquer	Qualquer
Despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	Qualquer
Medicação de alívio	Nenhum ou ≤ 2/semana	3 ou mais/semana	3 ou mais/semana

• **Tratamento farmacológico:** (INEP 2014, 2013 e 2012)

Observe abaixo quais são os fármacos disponíveis para o tratamento de manutenção da asma. Lembrando que, o **pilar do tratamento é o corticoide inalatório**, que deve ser iniciado precocemente logo após o diagnóstico.

- 1) **Medicações de controle:** corticosteroides inalatórios (**CI**) associados a beta2-agonistas de longa duração ou long-acting beta2-agonist (**LABA**), como formoterol, montelucaste, tiotrópio e teofilina (cada vez menos utilizada).
- 2) **Medicações de alívio ou resgate:** CI + formoterol sob demanda, beta2-agonista de curta ação ou short-acting beta2-agonist (**SABA**), como salbutamol e fenoterol.
- 3) **Medicações adicionais:** omalizumabe (anticorpo monoclonal anti-IgE indicado para asma alérgica grave), mepolizumabe (anticorpo monoclonal anti-IL-5 indicado na asma grave eosinofílica), corticoide oral em baixas doses e azitromicina (controverso).

ATENÇÃO
DECORE!



O tratamento medicamentoso é dividido em cinco etapas (ou *steps*), sendo o paciente alocado em uma dessas etapas de acordo com o tratamento atual e o seu nível de controle. Observe abaixo:



Memorize que: atualmente, a **preferência é por esquemas que envolvam CI e formoterol**, já que seu uso reduz o risco de exacerbações quando comparado aos SABAs.

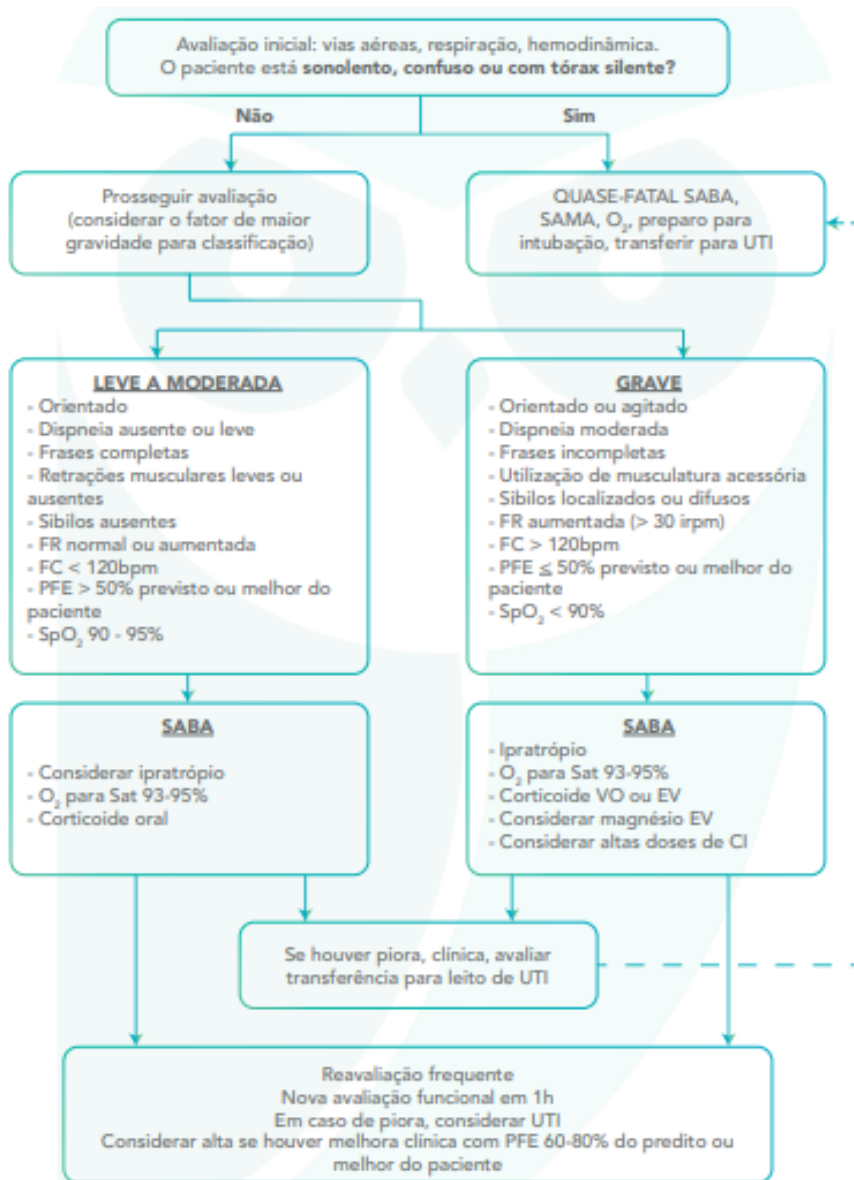
❖ **Manejo da exacerbação da asma: (INEP 2022, 2021, 2016, 2015, 2014)**

- A exacerbação/crise de asma pode ser tratada em três níveis de assistência:
 - Em ambiente domiciliar, o que requer engajamento e instrução;
 - Em âmbito ambulatorial e/ou na atenção primária à saúde;
 - No departamento de urgência e emergência, no contexto intra-hospitalar.
- **Sinais de alarme** que indicam a necessidade de transferência do paciente para um serviço de urgência/emergência:

Indicações de transferência para serviço de urgência/emergência	
Dispneia ao repouso	Sonolência, confusão ou agitação
Incapacidade de completar frases	Frequência respiratória maior que 30 incursões por minuto
Frequência cardíaca maior que 120 batimentos por minuto	Oximetria de pulso com saturação periférica de oxigênio < 90%
Pico de fluxo expiratório menor ou igual a 50% do predito ou do melhor resultado pessoal, ou paciente incapaz de realizar o pico de fluxo expiratório.	

- O fluxograma abaixo resume o **tratamento da crise**, de acordo com sua gravidade:

Estrategista, para acertar as questões da banca do INEP, praticamente você precisa saber o fluxograma abaixo:



Memorize que: o pilar do tratamento farmacológico da exacerbação da asma brônquica é o **broncodilatador**.

Atente: Para exacerbação leve e moderada, devemos administrar repetidamente **SABA inalatório (4-10 puffs a cada 20 minutos na primeira hora)**. Após a primeira hora, a dose varia de 4-10 puffs a cada 3-4 horas até 6-10 puffs a cada 1-2 horas. **Corticoterapia sistêmica** deve ser iniciada e a droga de escolha é a **prednisolona 1 mg/kg dia** ou dose equivalente a 50 mg/dia por 5 a 7 dias.

Tarefa 19 (Avançada)

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

Link – 18 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/86066aa6-8488-41a1-8cc6-e0399329544c>

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

Tarefa 20 (Simplificada)

Disciplina: Hepatologia

Assunto: Hepatites Virais

Incidência: 59,09% das questões cobradas em Hepatologia (2011-2022)

Revalidando, essa tarefa dá **início ao estudo da disciplina Hepatologia**. O assunto que será estudado aqui foi cobrado em todas as edições do Revalida, havendo grande probabilidade de aparecer na sua prova. É **disparado o assunto mais cobrado da disciplina**. Fique atento(a) às Dicas e utilize-as para balizar seu estudo.

- ➔ **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 **Hepatites Virais (Hepatologia)**.

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

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

Link – 24 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e54b5387-73af-4bcd-8c1c-e9885c27ec2e>

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

Complementação:

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

Link da Aula de Hepatologia:

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

Tópicos da Aula:

2.0 Hepatite B; 3.0 Hepatite C

Dicas da Tarefa:

Atenção, Revalidando: as questões sobre “Hepatites”, que já caíram no Revalida, cobraram, em sua maioria, os tópicos “Hepatite B” e “Hepatite C”. Portanto, foque seu estudo nesses assuntos e utilize as Dicas para memorizar os pontos mais importantes!

❖ **Hepatite B:**

- Grupos de risco: remanescentes de quilombos, povos indígenas, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua, usuários de drogas e pessoas privadas de liberdade.
- Atenção: o vírus da hepatite B é fator de risco importante para o desenvolvimento do carcinoma hepatocelular.
- Conceito: o risco de cronificar tem relação com a idade em que ocorre a infecção, e não com a via de transmissão. Em recém-nascidos, 90-95% vão cronificar, enquanto em adultos, apenas 5-10% vão evoluir com doença crônica. Além disso, a coinfeção HIV/HBV aumenta o risco de cronificar a hepatite B e evoluir para cirrose!
- **Formas de transmissão:**
 - Transmitido por via parenteral: contato com sangue ou fluidos corporais contaminados;
 - Via sexual: considerada a principal forma de contaminação do HBV no Brasil e no mundo;
 - Atente: quando todas as recomendações profiláticas forem adequadamente realizadas, o aleitamento materno não está contraindicado e deve ser incentivado;
 - A doação de sangue está proibida em indivíduo anti-HBc positivo, demonstrando que o paciente teve contato com o vírus selvagem, mesmo que tenha HBsAg negativo e/ou anti-HBs positivo.
- **Manifestações clínicas:**

Pode cursar com infecção assintomática, infecção aguda benigna, icterícia ou anictérica, hepatite fulminante ou evoluir para a forma crônica;

 - **Hepatite B aguda benigna: (INEP 2022)**
 - ✓ **Assintomática:** diagnóstico é feito ao acaso, com dosagem das transaminases evidenciando sua elevação;
 - ✓ **Anictérica:** apenas sintomas da fase prodrômica, inespecíficos, como febre baixa, mialgias, anorexia, náuseas e vômitos, podendo assemelhar-se a um quadro gripal. Transaminases geralmente estão elevadas.
 - ✓ **Ictérica:** Após a fase prodrômica, o paciente evolui para a fase icterícia, com diagnóstico fácil após a suspeição e avaliação laboratorial.
 - ✓ **Recorrente:** caracterizada pelo aumento recorrente de transaminases após períodos de normalização. Pode ocorrer em até 6 meses do início da infecção
 - **Hepatite B aguda grave:**
 - ✓ Além da presença de icterícia e encefalopatia, é marcada pelo aumento importante das transaminases e redução dos fatores de coagulação, como a protrombina e o fator V;
 - ✓ Apresenta alta mortalidade, sendo a presença da encefalopatia um marcador de mau prognóstico, com indicação de início de terapia antiviral e, muitas vezes, transplante hepático
 - **Hepatite B crônica:**
 - ✓ Persistência da infecção e HBsAg positivo por mais de 6 meses ou 24 semanas.
 - ✓ Possíveis apresentações: hepatite crônica ativa (replicativa); portador crônico inativo e mutante pré-core.

Lembre-se que: as principais manifestações extra-hepáticas relacionadas à hepatite B são a **poliarterite nodosa (PAN)** e a **glomerulonefrite**.

• **Marcadores sorológicos (Importante!)**

HbsAg: proteína de superfície, presente em **altos títulos na infecção aguda**. É considerado o **primeiro marcador a aparecer**. Se estiver positivo por mais de 6 meses, é indicativo de cronificação da hepatite B.

anti-HBs: anticorpo produzido contra o HBsAg, **indica imunidade contra o vírus**. É produzido a partir da exposição ao vírus (infecção) ou **após vacinação** com vírus inativo.

HbeAg: sua detecção **representa presença de replicação viral**. Quando positivo, está associado a uma elevada carga viral circulante.

Anti-Hbe: anticorpo produzido contra o HBeAg. É capaz de controlar de maneira limitada a replicação do vírus por muitos anos, mas não de curar a infecção.

anti-HbclgM: anticorpo contra o HBcAg, **surge precocemente (primeiro anticorpo)** e é **indicativo de infecção aguda** pelo HBV.

anti-HbclgG: anticorpo contra o HBcAg. Surge durante a fase aguda da infecção e **persiste por toda a vida da pessoa que foi infectada**. Sua presença indica que a pessoa está ou esteve infectada pelo HBV. O vírus inativo da vacina não induz a sua produção.

ACORDE!



• **Interpretação dos marcadores sorológicos: (INEP 2022, 2020, 2017 e 2011)**

ESCLARECENDO!



Marcador	Aguda	Crônica ativa	Crônica inativa	Passado	Vacinação
HBsAg	+	+	+	-	-
HBeAg	+/-	+	-	-	-
Anti-HBc IgG	-/+	+	+	+	-
Anti-HBc IgM	+	-	-	-	-
Anti-HBs	-	-	-	+	+

• **Exceção à regra: os vírus mutantes**

- Existem 2 tipos de mutações possíveis, sendo a mais comum a que ocorre na região do pré-core do HBV-DNA, com falha na expressão do HbeAg;
- A **sorologia do portador crônico inativo e do mutante pré-core é exatamente a mesma**. O que vai diferenciar é a **carga viral (HBV-DNA)**, que estará baixa (< 2.000 UI/mL) no portador crônico inativo e alta no mutante pré-core (2.000 UI/mL).
- Quando suspeitar? Paciente com **HBsAg positivo, HBeAg negativo e anti-HBe positivo**, em geral, com aumento das transaminases, indicando inflamação ativa.

• **Diagnóstico:**

- Aumento de transaminases (ALT e AST), geralmente acima de 500 UI/L;
- Aumento da bilirrubina: acontece especialmente nas formas ictérica, colestática e fulminante e

representa lesão hepatocelular e/ou colestase.

- Com a cronificação em estágios iniciais, em portadores inativos e nos imunotolerantes, os exames estão normais.

- **Vacinação: (INEP 2020)**

- Indicações de vacinação para hepatite B:

- Recém-nascidos (4 doses: 0-2-4-6 meses)**

- Adultos e idosos não imunizados, independentemente de idade ou situação de vulnerabilidade (3 doses: 0-1-6 meses)**

- **Revacinação:** indicada se não há produção de anti-HBs após o esquema completo em algumas situações específicas, como em imunodeprimidos, profissionais de saúde e pacientes em hemodiálise.

- **Tratamento:**

- Hepatite B aguda benigna:

- Tratamento deve ser direcionado apenas aos sintomas;

- Pode-se indicar tratamento específico em casos de hepatite aguda grave com evolução ruim, com o objetivo de redução da carga viral e diminuição do processo inflamatório;

- Drogas disponíveis: tenofovir e o entecavir.

❖ **Hepatite C:**

- É pouco comum se manifestar como hepatite aguda sintomática. Geralmente o vírus é identificado já em sua fase crônica, sendo essa a hepatite viral que mais cronifica.

- **Formas de transmissão:**

- Predominantemente parenteral, por meio de sangue e fluidos corporais contaminados;

- A principal forma de contaminação nos últimos 20 anos é a partir do uso de drogas injetáveis e inalatórias, pelo compartilhamento dos instrumentos contaminados.

- **Manifestações clínicas:**

- A hepatite C aguda é, na maioria das vezes, subclínica e é mais comum fazermos o diagnóstico já na fase crônica da doença;

- Em um quadro de hepatite C crônica, quando há fibrose avançada e cirrose hepática instalada, há risco de surgimento do carcinoma hepatocelular, neoplasia maligna primária do fígado mais comum;

- Manifestações extra-hepáticas: crioglobulinemia mista, glomerulonefrite e doenças autoimunes (síndrome de Sjögren e tireoidite de Hashimoto).

- **Marcadores sorológicos (Importante!)**

- anti-HCV:** esse anticorpo **surge quando o indivíduo entra em contato com o vírus** da hepatite C. Contudo, ele **não confere imunidade** contra a hepatite C; ou seja, uma vez curado da hepatite C, após tratamento ou espontaneamente, o **paciente pode ser novamente contaminado, mesmo com anti-HCV positivo**. Atenção: É um erro comum acreditar que anti-HCV positivo é igual ao diagnóstico de hepatite C. Porém, ele marca “apenas” o contato com o vírus.

HCV-RNA: é o **primeiro marcador a positivar** após o contato com o vírus da hepatite C, sendo um **dosador de carga viral** (mostra que há vírus circulantes).

• **Interpretação dos marcadores sorológicos:** (INEP 2016, 2012)



Anti-HCV negativo/HCV-RNA negativo	Nunca teve contato com o HCV
Anti-HCV negativo/HCV-RNA positivo	Hepatite C aguda ou incapacidade de produzir anticorpos
Anti-HCV positivo/HCV-RNA positivo	Hepatite C aguda ou crônica
Anti-HCV positivo/HCV-RNA negativo	Hepatite C curada ou falso positivo

• **Genotipagem:**

- Após a confirmação da infecção ativa pelo HCV, a genotipagem deve ser realizada com o **objetivo principal de definir o esquema terapêutico**;
- Para tipar o genótipo, é necessário ter carga viral circulante, com HCV-RNA > 500 UI/mL;
- O **genótipo 1 é o mais prevalente no Brasil** e no mundo, seguido pelo genótipo 3.

• **Tratamento (foco principal da banca do Revalida!)** (INEP 2016, 2015, 2014, 2013)

Revalidando, a maioria das questões do Revalida sobre este tópico estão desatualizadas, uma vez que o tratamento da hepatite C passou por muitas mudanças recentes.

- Atualmente, a partir do PCDT (“Plano de Eliminação da Hepatite C no Brasil”) publicado em 2019, está indicado o tratamento para TODOS os pacientes com diagnóstico de hepatite C, independentemente do grau de fibrose ou inflamação.
- Objetivo primário do tratamento: erradicação do vírus, com negatificação do HCV-RNA, alcançando a resposta virológica sustentada (RVS) e cura. A RVS é definida pela ausência de HCV-RNA (carga viral negativa) 12 ou 24 semanas após o término do tratamento.
- Esquemas de tratamento:
 - ✓ As medicações previstas são os antivirais de ação direta (DAA), utilizados por 8-24 semanas.
 - ✓ De um modo geral, o tratamento deve ser estendido para 24 semanas em situações com menor chance de resposta, como em indivíduos com cirrose descompensada, Child-Pugh B e C, e naqueles que não responderam a tratamento prévio com DAA. Importante: todas as medicações previstas para o tratamento da hepatite C são potencialmente teratogênicas e proscritas durante a gestação!
 - ✓ O quadro abaixo resume os possíveis esquemas de tratamento:



NOVIDADE!



Esquemas de tratamento da hepatite C	
Interferon peguilado + ribavirina *apenas para a população pediátrica entre 3 e 11 anos	
Daclatasvir com sofosbuvir	
Ledipasvir/sofosbuvir	
Elbasvir/grazoprevir *indicado para pacientes com disfunção renal	
Glecaprevir/pibrentasvir *indicado para pacientes com disfunção renal	
Velpatasvir/sofosbuvir	

Tarefa 20 (Avançada)

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

Link – 24 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/e54b5387-73af-4bcd-8c1c-e9885c27ec2e>

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: Puericultura e Hebiatria (Pediatria)

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

Link – 20 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/cddfcc2c-e101-452a-b902-bdc0f1de3fa2>

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: Câncer do Endométrio e Pólipos (Ginecologia)

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

Link – 21 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/32342871-142c-42c3-a07f-c1a79126a049>

2) **Anote na sua Planilha de Estudo virtual o cumprimento da Tarefa, o número de questões realizadas e os seus acertos.**

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

Tarefa 3 (Complementar)

Assunto: Doenças do Refluxo Gastroesofágico, Barret e Outras Doenças do Esôfago (Gastroenterologia)

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

Link – 22 questões:

<https://med.estrategia.com/cadernos-e-simulados/cadernos/1a178b0f-f24c-4207-bc24-e2e3b0cdfec8>

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 3ª Meta de estudo, rumo à aprovação no Revalida!



Nos vemos na próxima Meta!



o vôo da coruja

