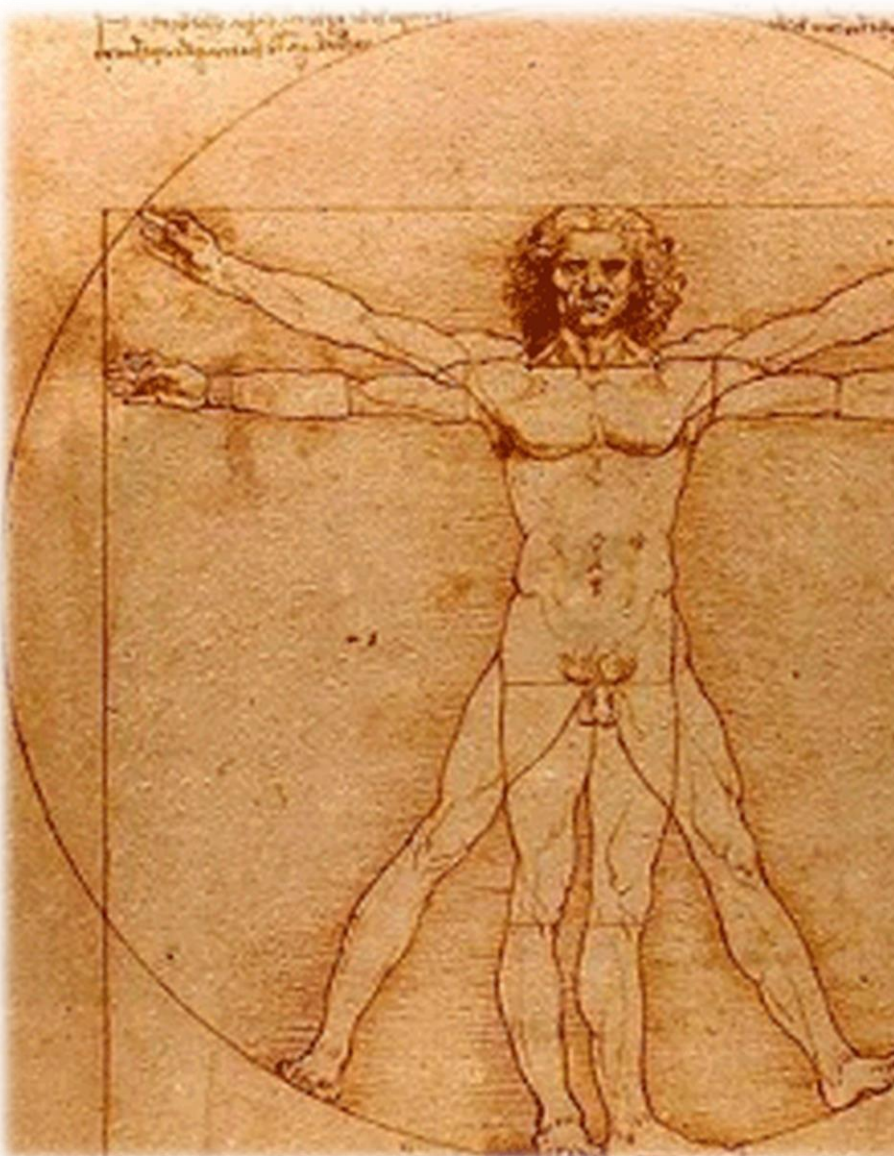




Caderno de Questões Comentadas do Teste de Progresso



Medicina

ANO: 2016

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**MANTENEDORA: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS - FESO****CONSELHO DIRETOR****Presidente**

Antonio Luiz da Silva Laginestra

Vice-Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli

Secretário

Luiz Fernando da Silva

Vogais

Jorge Farah

Kival Simão Arbex

Luiz Fernando da Silva

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro

CONSELHO CURADOR**Presidente**

Ariovaldo Antonio de Azevedo

Alexandre Fernandes de Marins

José Luiz da Rosa Ponte

Luiz Roberto Veiga Corrêa de Figueiredo

Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

DIREÇÃO GERAL

Luis Eduardo Possidente Tostes

F977 Fundação Educacional Serra dos Órgãos.
Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Caderno de questões comentadas do Teste de Progresso – Medicina / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO , 2016. 45f.

1-Fundação Educacional Serra dos Órgãos. 2- Centro Universitário Serra dos Órgãos. 3- Teste de Progresso. 4- Medicina. I. Título.

CDD 378.8153

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

MANTIDA: CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS - UNIFESO

CHANCELARIA

Antonio Luiz da Silva Laginestra

REITORIA

Verônica Santos Albuquerque

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

José Feres Abido Miranda

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCHS

Ana Maria Gomes de Almeida

Curso de Graduação em Administração

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Ciências Contábeis

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Direito

Leonardo Figueiredo Barbosa

Curso de Graduação em Pedagogia

Maria Terezinha Espinosa de Oliveira

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

Mariana Beatriz Arcuri

Curso de Graduação em Ciências Biológicas

Carlos Alfredo Franco Cardoso

Curso de Graduação em Enfermagem

Selma Vaz Vidal

Curso de Graduação em Farmácia

Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Curso de Graduação em Fisioterapia

Andréa Serra Graniço

Curso de Graduação em Medicina

Manoel Antônio Gonçalves Pombo

Curso de Graduação em Medicina Veterinária

André Vianna Martins

Curso de Graduação em Odontologia

Monique da Costa Sandin Bartole

CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA - CCT

Elaine Maria Paiva de Andrade

Curso de Graduação em Ciência da Computação

Laion Luiz Fachini Manfroi

Curso de Graduação em Engenharia Ambiental e Sanitária

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia de Produção

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia Civil

Helena da Costa Miranda

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

Edenise da Silva Antas

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO

Solange Soares Diaz Horta

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

Michele Mendes Hiath Silva

ÓRGÃOS SUPLEMENTARES

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – CESO

Roberta Franco de Moura Monteiro

CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Alba Barros Souza Fernandes

CLÍNICA-ESCOLA DE MEDICINA VETERINÁRIA

Priscila Tucunduva

CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA PROF. LAUCYR PIRES DOMINGUES

Leonardo Possidente Tostes

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO – HCTCO

Rosane Rodrigues Costa

APRESENTAÇÃO

O Teste de Progresso foi desenvolvido na década de setenta nas Escolas de Medicina da Universidade Kansas, nos EUA, e de Limburg, na Holanda. No Brasil foi aplicado em sessenta cursos de Medicina no ano de 1999, por determinação da CINAEM. No UNIFESO, o aplicamos desde o ano de 2007 para os cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia e a partir de 2008 para os demais.

É aplicado a todos os estudantes do Curso de Graduação em Medicina mantendo-se a mesma complexidade das questões para todos os períodos. São sessenta questões de múltipla escolha, sendo dez de conhecimento geral e cinquenta de conhecimento específico. Destas, dez questões de cada grande área da Medicina. Na edição de 2012, no Curso de Medicina, construíram-se questões embasadas em competências, através de situações problema - que vão além de um simples caso clínico - permitindo que uma única questão contemple conteúdos inerentes às grandes áreas de conhecimento da Medicina, descompartimentalizando e integrando o conhecimento de saúde coletiva, saúde da mulher, da criança e do adolescente, do adulto e do idoso, tanto do ponto de vista clínico e cirúrgico. Assim, o estudante usa os seus atributos cognitivos e atitudinais para traçar a sua melhor decisão na resolução do problema contextualizado na situação. Isto facilitou o raciocínio lógico do estudante ao responder os itens, possibilitando, também, a avaliação da percepção do estudante quanto a melhor decisão a ser tomada diante da situação problema.

O Teste de Progresso é um instrumento que permite avaliar o progresso do estudante, das turmas, do currículo e das ferramentas avaliativas, além disso é um instrumento fundamental para a garantia de uma **AUTO-AVALIAÇÃO DISCENTE** e do curso. Recentemente, após avaliação do desempenho dos estudantes no Teste de Progresso e nos Programas de Residência Médica, pode-se inferir ao Teste de Progresso a qualidade de um potente instrumento preditor do rendimento discente nos concursos de Residência Médica.

AUTORES

Daniel Pinheiro Hernandez

Luciana da Silva Pombo

Luis Filipe da Silva Figueiredo

Manoel Antonio G. Pombo

Maria da Glória Monteiro de Barros

Maria Tereza Menegat

Marina Moreira Freire

Mey Lie Tan Maia de Holanda Cavalcante

Paulo Cesar da Fonseca Coelho

Paulo Cesar Silva Tavares

Paulo Freire Filho

Regina Meirelles Ribeiro

Roberto Luiz Hungerbuler Pessôa

Rosalda Motta Diniz de Moura

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Sávio Silva Santos

Sônia Paredes de Oliveira

Thiago Badaró

Thiago Boechat de Abreu

Valéria Francisca do Nascimento

1. No seu primeiro dia na enfermaria de clínica médica, você examina Sra. Cleonice, 70 anos de idade, que está internada por dispnéia progressiva aos esforços, tosse e dipnéia de decúbito. Nega ser hipertensa e diabética. Não faz uso de bebida alcoólica e nem fuma. Na radiografia de tórax apresenta os seguintes achados (Fig. 1):



Figura 1

Considerando a história clínica e o achado radiológico, o que você esperaria encontrar no exame físico do precórdio:

(A) Sopros sistólico em foco aórtico, ictus propulsivo e deslocado para linha axilar anterior, ritmo cardíaco irregular e 4ª bulha.

(B) Sopro diastólico em foco mitral, irradiado para axila, ritmo cardíaco irregular e ictus sem desvio.

(C) Sopro sistólico em foco mitral, irradiado para fúrcula esternal, ritmo cardíaco regular e ictus desviado para linha axilar média.

(D) Sopro sistólico em foco tricúspide, irradiado para axila, P2 maior que A2 e ritmo cardíaco regular.

(E) Sopro diastólico em foco mitral, irradiado para fúrcula esternal, P2 maior que A2, ritmo cardíaco irregular e ictus propulsivo e desviado para linha axilar média.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Diagnosticar a síndrome de insuficiência cardíaca;
- ✓ Conhecer as etiologias da IC;
- ✓ Conhecer as alterações radiológicas nas doenças cardíacas;
- ✓ Conhecer as alterações no exame do precórdio contextualizadas na situação de saúde apresentada

JUSTIFICATIVA:

As manifestações clínicas da paciente refletem os comorbidos de IC. No nosso meio o diagnóstico etiológico desta síndrome é a doença isquêmica-hipertensiva, as cardiopatias reumáticas e doença de Chagas. Analisando a radiografia de tórax percebe-se aumento de átrio esquerdo pelo abaulamento de arco médio, o que sugere, nesta paciente valvulopatia mitral (estenose mitral) pode ser decorrente de lesão reumática. A ausculta da estenose mitral se dá pelo achado de sopro diastólico mitral, irradiado para axila, P2>A2 e ictus sem desvio, já que o ventrículo esquerdo é poupado de sobrecarga

2. Durante a sua inserção no CTI, você novamente encontra a Sra. Cleonice, meses após a sua alta hospitalar. Ela esteve na sala vermelha da UPA há 48 horas por apresentar subitamente déficit motor com hipoestesia em membro inferior direito e confusão mental. No momento a Escala de Glasgow = 14, pressão arterial (PA) = 190 x 100 mmHg, frequência cardíaca (FC) = 100 bpm e Saturação de oxigênio (SaO₂) = 98% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem alterações e a cardíaca mantendo a ausculta percebida por você lá na enfermaria. Já está monitorizada e com acesso venoso periférico. Sr. Clodoaldo, marido de Cleonice, traz consigo uma tomografia computadorizada de crânio (TCC) de sua esposa realizada na admissão da UPA, a qual não demonstrou quaisquer alterações.

Qual seria sua melhor conduta neste momento?

(A) Repetir a TCC para afastar definitivamente hemorragia em território de artéria cerebral média.

(B) Iniciar Nitroprussiato de sódio para controle pressórico e repetir a TCC, esperando encontrar área isquêmica em território de artéria cerebral anterior esquerda.

(C) Repetir TCC, esperando encontrar área hipodensa em território de artéria cerebral anterior esquerda.

(D) Realizar ressonância nuclear magnética (RNM) de coluna tóraco lombar, esperando encontrar hérnia discal com compressão do saco dural, o que explicaria a hipoestesia inferior.

(E) Iniciar Nitroprussiato de sódio para controle pressórico e repetir a TCC, esperando encontrar área hiperdensa em território de artéria cerebral anterior esquerda.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer síndrome piramidal aguda;
- ✓ Reconhecer a síndrome da artéria cerebral anterior;
- ✓ Reconhecer as funções lobares do cérebro;
- ✓ Diferenciar lesão isquêmica e hemorrágica na TCC;
- ✓ Controle da pressão arterial no AVE;

JUSTIFICATIVA:

Trata-se de uma paciente com evolução de 48 horas de evolução de um quadro súbito compatível de acidente vascular encefálico. (alteração motora e da consciência). Como a primeira TCC fora normal o diagnóstico que se cabe é de etiologia isquêmica. A realização de TCC inicial nestas suspeitas de AVE é para afastar hemorragias que se configuram por imagens hiperdensas, ao contrário das lesões isquêmicas que geralmente aparecem 48 horas após o evento e se caracterizam por lesões hipodensas. O quadro clínico de Cleonice é da síndrome da artéria cerebral média contra lateral ao lado do déficit motor, devido à decussação das pirâmides.

3. Após a sua decisão tomada acima, você raciocina qual seria o mais provável mecanismo fisiopatológico envolvido mais provável no quadro clínico apresentado por Cleonice na UPA, considerando o achado anterior na radiografia de tórax e a história prévia. Você, então, chega a seguinte hipótese:

(A) Cleonice, em consequência da sua idade apresenta um processo de arteriosclerose, o que leva à fragilidade do vaso e rompimento do mesmo durante a crise hipertensiva

(B) Cleonice, em consequência de uma lesão na placa de ateroma localizada na artéria cerebral, apresenta agregação plaquetária e formação de trombo neste local, com diminuição de fluxo sanguíneo para a área irrigada..

(C) Cleonice tem fatores de risco para formação de trombos intracavitários cardíacos por estase sanguínea, que possibilitam eventos cardioembólicos encefálicos.

(D) Cleonice, em consequência de uma lesão na placa de ateroma localizada na artéria carótida, apresenta agregação plaquetária, formação de trombo e deslocamento do mesmo para artérias centrais.

(E) Cleonice, em consequência da hérnia discal, apresenta compressão das raízes nervosas levando a um processo inflamatório local e consequente déficit motor e sensitivo.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer o mecanismo fisiopatológico envolvido no contexto clínico da paciente.
- ✓ Reconhecer que o aumento atrial é fator de risco para fibrilação atrial
- ✓ Reconhecer que fibrilação atrial é fonte de formação de trombos intracavitários

JUSTIFICATIVA:

Sra. Cleonice é vítima de acidente vascular encefálico de origem isquêmica. Dentre os processos fisiopatológicos que levam à isquemia estão os eventos aterotrombóticos e cardioembólicos. No caso temos uma paciente que apresenta na radiografia de tórax aumento de atrio esquerdo, isso propicia o aparecimento de fibrilação atrial, a qual é a principal fonte emboligênica para eventos cardioembólicos.

4. Na UBSF você atende Alice, uma criança de 8 anos de idade que, segundo a mãe, Sra. Leontina, iniciou há 30 dias enurese noturna, dor em ombro direito, baixo rendimento escolar e lesões cutâneas localizadas em dorso (Fig.2).



Figura 2.

Diante desta situação, qual a melhor conduta a ser tomada por você?

- (A)** Iniciar tratamento com Penicilina
- (B)** Realizar biopsia da lesão e iniciar antifúngico
- (C)** Iniciar sintomáticos e aciclovir
- (D)** Encaminhar ao psicólogo e ao psiquiatra, além de iniciar penicilina.
- (E)** Realizar radiografia de ombro para ratificar sua hipótese diagnóstica

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer os comemorativos de Maus tratos em crianças
- ✓ Fazer diagnóstico diferencial de lesões cutâneas

JUSTIFICATIVA:

Os sinais clínicos apresentados por Alice, faz-se suspeitar de maus tratos: enurese noturna, baixo rendimento escolar e dor em ombro (trauma esquelético). No caso da lesão trata-se de lesão exúlcero crostosa com padrão localizado e regular, configurando a suspeita de lesões provocadas por queimadura de cigarro, podendo fazer diagnóstico diferencial de impetigo e varicela. Neste caso a melhor conduta é radiografar nom intuito de investigar eventuais fraturas agudas e/ou crônicas, o que contribuiria para a configuração de maus tratos.

5. Após 1 mês inserido na equipe de saúde de família, você se depara novamente com a Sra. Leontina. Diz que as lesões do dorso de Alice melhoraram, porém apareceram outras lesões em coxas com as mesmas características. Diz também em segredo suspeitar que Alice está sendo abusada sexualmente pelo padrasto, que toma conta da menina em alguns momentos enquanto ela vai trabalhar. Alice lhe fala que brinca de “papai e mamãe” com o padrasto, sem maiores detalhes. Diante desta situação sua melhor atitude será?

(A) Manter Penicilina, realizar exame físico privilegiando o exame genital, notificar ao conselho tutelar, informando a mãe desta notificação, além de iniciar anti-retrovirais.

(B) Manter antifúngico, realizar exame físico privilegiando o exame genital, solicitar exames diagnósticos para doenças sexualmente transmissíveis e notificar ao conselho tutelar em sigilo após o final da consulta.

(C) Manter aciclovir, solicitar exames diagnósticos para doenças sexualmente transmissíveis, realizar o exame físico sem a presença da mãe, pois ela pode ser suspeita do abuso sexual, além de notificar ao conselho tutelar, informando a mãe desta notificação

(D) Confiar no relato de Alice, realizar o exame físico na presença da mãe, com atenção especial a cavidade oral, ânus, genitália e períneo; e notificar ao conselho tutelar mesmo na ausência de lesões nestas regiões, informando a mãe desta notificação.

(E) Tranquilizar a mãe, já que na maioria dos caso, o abusador não pertence a nenhum laço afetivo com a família e não notificar ao conselho tutelar, pois não há suspeita maior de abuso sexual na história.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de maus tratos na criança
- ✓ Conduzir uma criança vítima de abuso sexual

JUSTIFICATIVA:

No caso de Alice, já existiam comemorativos para suspeitar de maus tratos desde a 1ª consulta. No caso de suspeita de abuso sexual, o relato espontâneo da criança DEVE merecer toda a credibilidade, pois dificilmente ela seria capaz de elaborar uma falsa história. O exame físico neste caso deve ser completo, privilegiando áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, períneo, nádegas e ânus. Na grande maioria dos casos de abuso sexual não se constata lesões físicas evidentes. A notificação ao conselho tutelar deve ser feita mesmo na suspeita de maus tratos e também deve ser comunicada aos pais.

6. No Serviço de Emergência, vítima de acidente automobilístico (colisão traseira e dianteira auto x auto), é atendido o Sr. Casemiro, 65 anos, portador de cardiopatia isquêmica-hipertensiva e arritmia cardíaca. Faz uso de nitrato, sinvastatina, AAS e Marevan. Na sua primeira avaliação percebe-se que Casemiro está acordado, orientado, não mobiliza os membros superiores e inferiores e queixa-se de dor em região cervical. PA = 80 x 50 mm Hg, FR = 18 irpm e SaO₂ = 98% em ar ambiente. Reflexo bulbo-cavernoso ausente, pulsos filiformes e enchimento capilar lentificado. O ECG mostra o seguinte achado (Fig.3):

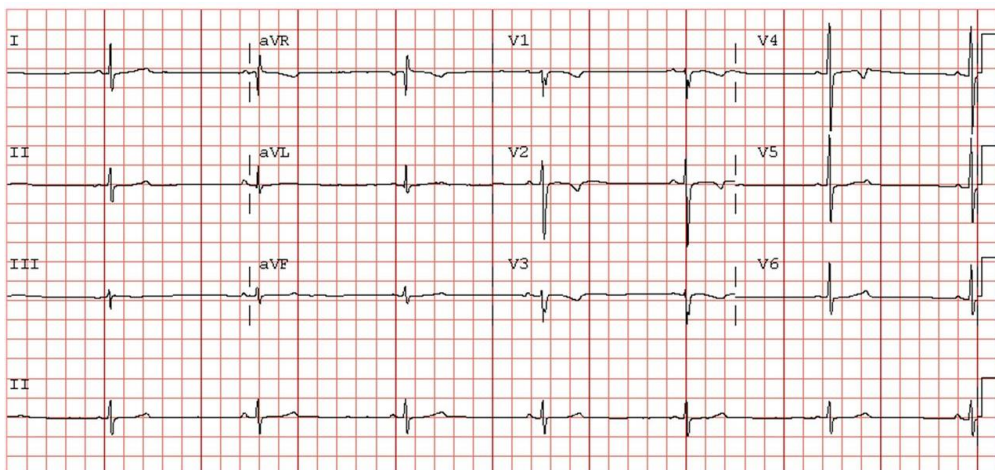


Figura 3

Considerando a fisiopatologia do choque apresentado, você a explica como:

- (A) A resistência vascular periférica encontra-se elevada na tentativa de elevar a pressão arterial
- (B) O débito cardíaco está diminuído em consequência à falência de bomba
- (C) A pós carga encontra-se elevada em consequência da diminuição da resistência vascular periférica e o volume sistólico está diminuído pelo cronotropismo negativo
- (D) O débito cardíaco encontra-se diminuído em consequência da diminuição do cronotropismo e do inotropismo
- (E) A resistência vascular periférica encontra-se diminuída e o inotropismo é normal.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer as manifestações clínicas do Choque medular
- ✓ Reconhecer os tipos de choque envolvidos no paciente traumatizado
- ✓ Reconhecer a fisiopatologia dos tipos de choque
- ✓ Reconhecer bradicardia sinusal no ECG e sua causas
- ✓ Conhecer o reflexo bulbo-cavernoso e correlacioná-lo com o caso

JUSTIFICATIVA:

Trata-se de um quadro de TRM, caracterizado pela plegia superior e inferior e, também, pela bradicardia e ausência do reflexo bulbo cavernoso. Neste caso a fisiopatologia do choque é consequência da vasodilatação periférica importante, levando a diminuição da resistência vascular. O inotropismo é normal.

7. Considerando o seu raciocínio na questão anterior, qual seria sua conduta medicamentosa mais acertada neste momento?

- (A) Iniciar noradrenalina no intuito de promover vasoconstrição arterial através da interação com os receptores alfa com consequente aumento da resistência vascular periférica.

(B) Iniciar vasodilatador arterial na tentativa de diminuir a resistência vascular periférica, diminuindo a pós carga e consequentemente melhorando o débito cardíaco.

(C) Iniciar Dobutamina no intuito de promover aumento do débito cardíaco através da interação com receptores beta 2.

(D) Iniciar Dobutamina no intuito de promover aumento do cronotropismo e inotropismo através da interação com receptores beta 1.

(E) Iniciar volume com cristalóide para melhorar a pré carga e Dobutamina para melhorar o volume sistólico através da interação com receptores beta 1.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer o choque medular e sua fisiopatologia
- ✓ Tratamento do choque medular
- ✓ Reconhecer o mecanismo de ação e os efeitos das aminas vasoativas
- ✓ Correlacionar a fisiopatologia do choque medular com o tratamento
- ✓ Reconhecer os receptores do SNA

JUSTIFICATIVA:

No choque medular há uma grande vasodilatação arterial que leva a uma queda da resistência vascular periférica e consequente hipotensão arterial. O tratamento visa a administração de noradrenalina

8. Após a sua conduta acertada e a estabilização do quadro do Sr. Casemiro, você busca novas informações sobre o ocorrido. Casemiro relata que há 3 meses apresenta episódios de perda da consciência com recuperação total do nível de consciência. “Já cai algumas vezes em casa e na rua e acordava com as pessoas ao meu redor e não lembrava de nada. E hoje aconteceu novamente quando eu dirigia meu carro” – disse ele. Considerando toda a história clínica do Sr. Casemiro, qual seria sua melhor decisão neste momento?

(A) Realizar ressonância nuclear magnética de crânio para evidenciar lesões isquêmicas lacunares

(B) Solicitar Holter de 24 horas para afastar causas arrítmicas

(C) Solicitar TC de crânio para afastar pequenas hemorragias cerebrais provocadas pelo uso crônico de maresin

(D) Implantação de marcapasso provisório, devido ao risco do paciente de morte súbita

(E) Implantação de cardioversor desfibrilador, devido ao risco do paciente de morte súbita

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir síncope
- ✓ Diferenciar síncope de outros casos de perda de consciência
- ✓ Reconhecer a abordagem diagnóstica de síncope

JUSTIFICATIVA:

O quadro relatado por Casemiro sugere síncope. Pela história clínica do paciente (Cardiopatia isquêmica hipertensiva) e por ser também a mais frequente, devemos considerar síncope de origem cardíaca por arritmia. Na abordagem inicial devemos considerar, então, a investigação desta arritmia com o uso do Holter.

9. Hoje, no ambulatório de pré-natal, você atende a adolescente Ingrid, filha de Antonio, em sua primeira consulta, com queixa de mal estar geral e astenia, atribuindo tudo isto a sua gravidez. Data da última menstruação: 06/06/2016. Você procede ao exame físico e nota: fundo de útero impalpável, colo de útero fechado e amolecido, PA = 110x60 mmHg. Na ectoscopia geral são notadas as seguintes lesões (Figura 4):



Figura 4

Ela refere que as lesões não a incomodam e que apareceram quando mudou a marca do detergente.

Neste caso sua melhor conduta será:

- (A) Iniciar teste terapêutico com corticóide tópico e encaminhar ao dermatologista.
- (B) Aconselhamento psicológico conjunto quanto aos cuidados na gravidez e encaminhar ao dermatologista para providenciar a biópsia da lesão.
- (C) Solicitar VDRL, já que é a primeira consulta pré-natal de Ingrid, e marcar retorno da paciente.
- (D) Aconselhamento quanto aos cuidados da gravidez, prescrever antibioticoterapia e fazer notificação compulsória**
- (E) Solicitar anti-HIV, HBsAg, sorologia para toxoplasmose e VDRL, marcando consulta de retorno da paciente.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Fazer o cálculo da idade gestacional
- ✓ Reconhecer a lesão da roséola sifilítica
- ✓ Reconhecer sinais de sífilis secundária e seu tratamento
- ✓ Reconhecer as doenças de notificação compulsória
- ✓ Reconhecer que a precocidade das relações sexuais entre adolescentes, esta associada ao não uso de preservativos, tornando-os vulneráveis às infecções sexuais e à gravidez precoce ou indesejada.

JUSTIFICATIVA:

A gravidez na adolescência está relacionada às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente pelo não uso de preservativos. O quadro arrastado de Ingrid como mal estar geral, astenia

e as lesões palmares é característico de sífilis secundária, tornando-se imperioso o tratamento de imediato e realizar a notificação compulsoria

10.No dia 17/02/2017, durante o plantão na obstetrícia, você atende Ingrid, que não seguiu as suas recomendações na questão anterior e não mais frequentou a consulta pré-natal. Queixa-se de dor em cólica, predominante em região sacral, com intervalos regulares e de intensidade crescente, iniciada há 2 horas. Ao toque nota-se apagamento de 1,5 cm do colo uterino. Diante desta situação sua decisão mais acertada será:

- (A) Iniciar drogas antagonistas da ocitocina.
- (B) Iniciar corticóide sistêmico
- (C) Avaliar a vitalidade fetal**
- (D) Proceder a cesareana
- (E) Analgesia regular e programar cesareana em 15 dias.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Fazer o cálculo da idade gestacional
- ✓ Reconhecer os sinais de trabalho de parto
- ✓ Conduta inicial no trabalho de parto

JUSTIFICATIVA:

11.Após a decisão correta tomada na questão anterior, nasce Edgard, filho de Ingrid com 2,530 gramas, frequência cardíaca de 120 bpm e respiratória de 50 irpm, sem quaisquer outros comemorativos clínicos de gravidade. O que você faria de mais acertado nesta situação?

- (A) Indicaria alojamento conjunto, realizar vacinas BCG e hepatite B antes da alta e proceder Credé
- (B) Solicitaria ecocardiograma de Edgard
- (C) Manteria Edgard em oxigenioterapia até realização de radiografia de tórax
- (D) Solicitaria radiografia de ossos longos, hemograma e punção liquórica em Edgard.**
- (E) Aleitamento materno de imediato.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer que Edgard é prematuro
- ✓ Reconhecer os valores normais dos sinais vitais do recém nato
- ✓ Correlacionar a conduta tomada com Edgard com o diagnóstico inicial de Ingrid (sífilis)
- ✓ Reconhecer as alterações fetais da sífilis materna

JUSTIFICATIVA:

Edgard nasceu com 37 semanas (prematuro), porém sem quaisquer manifestações de gravidade. Como Ingrid foi diagnosticada com sífilis no 1º trimestre de gravidez, isso pode levar a comprometimentos ósseos e neurológicos fetal.

12.No laboratório do hospital você é chamado pelo seu staff para verificar a seguinte imagem no microscópio. (Fig.5)

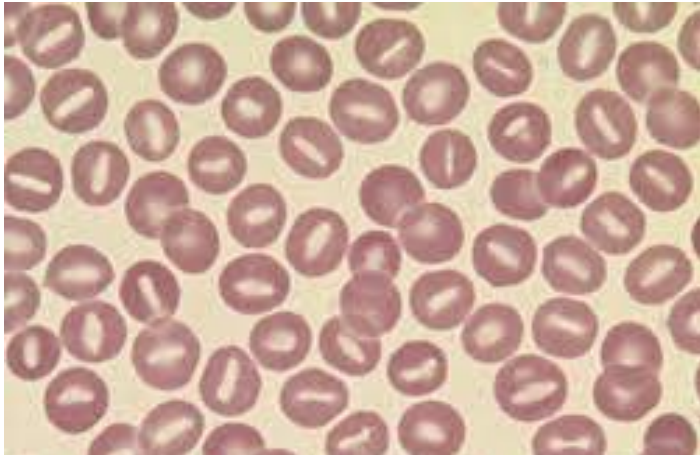


Figura 5

Após a visualização da imagem acima você se recorda dos 5 pacientes que se encontram na enfermaria de clínica médica e são acompanhados por você. Qual dos pacientes abaixo é o portador mais provável desta alteração?

- (A) Sra. Regina, 80 anos, admitida por disúria, hematúria e febre.
- (B) Sr. Tácito, 52 anos, admitido por escarros hemoptóicos, febre vespertina e tosse crônicas
- (C) Sr. Magacho, 75 anos, admitido por adenomegalia mediastinal, emagrecimento e anemia
- (D) Sr. Rodrigo, admitido por adenomegalia supraclavicular, tosse crônica, anemia e emagrecimento.
- (E) Sr. Elias, 69 anos, admitido por hemorragia digestiva alta, apresentando aumento de parótida e atrofia testicular

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer as principais alterações eritrocitárias
- ✓ Reconhecer estomatócitos e suas causas
- ✓ Interpretar as manifestações clínicas apresentadas e correlacioná-las com a alteração eritrocitária.

JUSTIFICATIVA:

A alteração eritrocitária que se apresenta é denominada estomatócitos (hemácia em forma de boca) que são comuns em algumas doenças como anemia hemolítica auto-imune, cirrose hepática, alcoolismo e esferocitose. Hemorragia digestiva alta, aumento de parótida e atrofia testicular fazem parte dos comensais clínicos da cirrose hepática.

13.Após o seu correto raciocínio elaborado na correlação entre a imagem observada no laboratório e o (a) paciente internado (a), qual seria sua melhor conduta a ser tomada?

- (A) Realizar endoscopia digestiva alta
- (B) Encaminhar ao hematologista
- (C) Solicitar BAAR de escarro
- (D) Solicitar urinocultura

(E) Biopsia de linfonodo

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer as principais alterações eritrocitárias
- ✓ Reconhecer estomatócitos e suas causas
- ✓ Interpretar as manifestações clínicas apresentadas e correlacioná-las com a alteração eritrocitária.
- ✓ Correlacionar a conduta diagnóstica com a alteração eritrocitária e as manifestações clínicas

JUSTIFICATIVA:

A alteração eritrocitária que se apresenta é denominada estomatócitos (hemácia em forma de boca) que são comuns em algumas doenças como anemia hemolítica auto-imune, cirrose hepática, alcoolismo e esferocitose. Hemorragia digestiva alta, aumento de parótida e atrofia testicular fazem parte dos achados clínicos da cirrose hepática. Portanto a realização de EDA para verificar varizes de esôfago como causa de HDA em paciente cirrótico é imperativo

14. Na UBSF, seu preceptor, Dr. Natan, lhe mostra o resultado do acompanhamento que ela fez durante um ano dos pacientes cardiopatas que utilizam a Academia da Saúde e consequente melhora na qualidade de vida. (Tabela 1).

Tabela 1: Evolução dos pacientes cardiopatas fazendo exercício físico sob supervisão

	Piora dos sintomas		Total
	Sim	Não	
Com exercício físico	8	76	84
Sem exercício físico	12	29	41
Total	20	105	125

Ao interpretar a tabela você pode afirmar que:

- (A) O Risco relativo de piora dos sintomas no grupo do exercício é de 9%.
- (B) A eficácia do exercício físico reduziu em 73% o risco de piora dos sintomas
- (C) O Risco relativo de piora dos sintomas no grupo de sem exercício é de 9%.
- (D) A eficácia do exercício físico reduziu em 69% o risco de piora dos sintomas.**
- (E) Não houve significância na piora dos sintomas entre os dois grupos.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir e diferenciar Risco relativo e Risco absoluto
- ✓ Definir eficácia

JUSTIFICATIVA:

Os dados referentes na tabela permitem estimar os riscos de agravamento dos sintomas nos dois grupos de pacientes:

No grupo exercício: $R(t) = 8/84 = 0,09$ ou 9%.

No grupo controle: $R(c) = 12/41 = 0,29$ ou 29%.

Após obtermos os riscos em cada grupo, uma maneira de compararmos as duas intervenções é através do cálculo de uma razão desses riscos, conhecida como risco relativo (RR). $RR = R(t) / R(c)$, $RR = 0,09/0,29 = 0,31$ ou 31%. Pode-se ainda calcular a redução de risco relativo, também conhecida como eficácia, através da seguinte fórmula: $Eficácia = (1-0,29) \times 100 = 69\%$. A eficácia representa a redução relativa do risco obtida com a intervenção. No exemplo da Tabela 1, conclui-se que o uso do exercício físico reduziu em 69% o risco de piora de pacientes.

15. Dr. Natan, após a discussão acima, solicita que você acompanhe uma consulta médica com Dr. Álvaro. Ao adentrar a sala você observa a seguinte cena (Fig. 6):



Figura 6

Ao lembrar-se das instrutorias de estratégias de condução da consulta e habilidades de comunicação, você tem a seguinte percepção:

(A) O Contato visual, os gestos e a proximidade com o paciente parecem adequados e podem ser tão importantes quanto o conteúdo da fala.

(B) O posicionamento da mesa e das cadeiras é incorreto, tendo em vista que expõe muito o médico frente ao paciente.

(C) A vestimenta do médico é inadequada pela ausência do jaleco, o que diminui a autoridade do profissional perante o paciente.

(D) O uso de computador e prontuário eletrônico é desaconselhado na Atenção Primária, pois dificulta a interação médico e paciente.

(E) A postura da paciente ao debruçar-se à mesa está errada, por isso antes mesmo de iniciar a anamnese o médico deveria orientá-lo a respeito.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer as habilidades de comunicação
- ✓ Reconhecer os aspectos que envolvem a consulta médica.

JUSTIFICATIVA:

16. O paciente consultado acima é o Sr. Dário, 82 anos de idade, que procura a UBSF com queixa de polaciúria, nictúria e urgência urinária há vários meses. Nega quaisquer outras manifestações clínicas e doenças crônico degenerativas. Você acompanha toda consulta e ao final Dr. Álvaro lhe questiona qual seria sua melhor decisão frente ao caso.

(A) Realizar toque retal e o IPSS, além de solicitar PSA

(B) Solicitar EAS e iniciar Sulfametoxazol/Trimetropim empiricamente, já que a cepa mais comum de infecção urinária é a E. coli

- (C) Realizar toque retal, solicitar PSA e biópsia prostática
 (D) Solicitar GRAM de urina e urinocultura e iniciar empiricamente ciprofloxacina
 (E) Realizar toque retal, solicitar PSA e controlar os sintomas iniciando alfa bloqueadores.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer o diagnóstico de hiperplasia prostática
- ✓ Reconhecer o diagnóstico diferencial de hiperplasia prostática
- ✓ Utilizar o IPSS nos pacientes com sintomas de HPB
- ✓ Conduzir um paciente com HPB

JUSTIFICATIVA:

O Paciente apresenta sintomas classicamente reconhecidos como relacionados ao armazenamento ou esvaziamento. Polaciúria pode ser definida como mais de oito micções ao dia, enquanto a noctúria é o aumento do número de micções à noite. Urgência urinária decorre da presença de contrações involuntárias do detrusor, podendo refletir a resposta da musculatura vesical à obstrução crônica.

Com a intenção de uniformizar a avaliação do paciente portador ou não de sintomas relacionados à HBP, questionários foram desenvolvidos. Entre estes cabe destacar o I-PSS (International Prostate Symptom Score). É hoje o método mais difundido e aceito internacionalmente com esse propósito.

É composto por 7 questões com escores que, quando somados, refletem acuradamente a intensidade dos STUI no último mês, além de uma oitava questão, que avalia qualidade de vida relacionada aos sintomas. Quando somadas as primeiras 7 questões, escores de 0 a 7 indicam sintomas leves, 8 a 19 moderados, e 20 a 35 graves. A determinação do antígeno prostático específico (PSA) é recomendada, haja vista que a HBP ocorre em faixas etárias semelhantes à da neoplasia prostática, aspecto relevante cujo diagnóstico diferencial se faz necessário pelo impacto na conduta terapêutica a ser instituída

TABELA 1 – Escore internacional de sintomas prostáticos

	Escore internacional de sintomas prostáticos (IPSS)	Nenhuma vez	Menos que 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
1	No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
2	No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3	No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4	No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5	No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6	No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
7	No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes
8	Qualidade de vida	1 (excelente)	2	3	4	5	6 (péssima)

17. Durante o seu plantão de internato na sala de trauma você admite, juntamente com Dr. Ian – staff da emergência, um paciente vítima de lesão por arma de fogo localizada no tórax. No exame você encontra as seguintes lesões (Fig. 7 e Fig. 8):

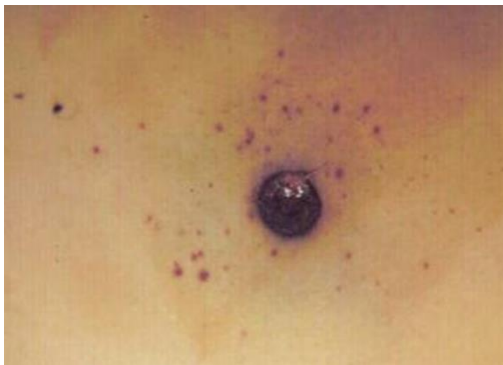


Figura 7



Figura 8

Ao analisar as lesões qual seria sua interpretação

(A) As lesões configuram dois disparos, pois existem dois orifícios de entrada. Na figura 7 o projétil apresenta a lesão por esfumaçamento, enquanto na figura 8 o projétil atingiu o indivíduo obliquamente dando o aspecto de tecido dilacerado.

(B) São dois tipos de lesão. Na figura 7 a lesão foi provocada por arma de fogo configurando o orifício de entrada, enquanto a lesão da figura 8 foi provocada por arma branca (punhal) devido aos bordos bem definidos e limpos.

(C) Trata-se de lesões provocadas por arma de fogo. Na figura 7 configura o orifício de entrada e o disparo foi feito a curta distância devido a presença da zona de tatuagem. A figura 8 é o orifício de saída, pois os bordos estão evertidos e não há a presença de zonas

(D) Na figura 7 configura o orifício de entrada e o disparo foi feito encostado à vítima devido a presença da zona de tatuagem e pequenas lesões ao redor provocadas pela pólvora após o disparo. A figura 8 é o orifício de saída, pois os bordos estão evertidos e não há a presença de zonas.

(E) Na figura 7 configura o orifício de entrada e o disparo foi feito encostado à vítima devido a presença da zona de tatuagem e pequenas lesões ao redor provocadas pela pólvora após o disparo. A figura 8 é o orifício de saída. Situação típica do suicídio

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer lesões por arma de fogo
- ✓ Diferenciar as lesões quanto à distância e aos orifícios de entrada e saída.

JUSTIFICATIVA:

18. Após a sua observação das lesões, Dr. Ian, o questiona quais as estruturas lesadas mais prováveis, considerando a localização e o trajeto? Observe a localização das lesões na figura 9 e 10

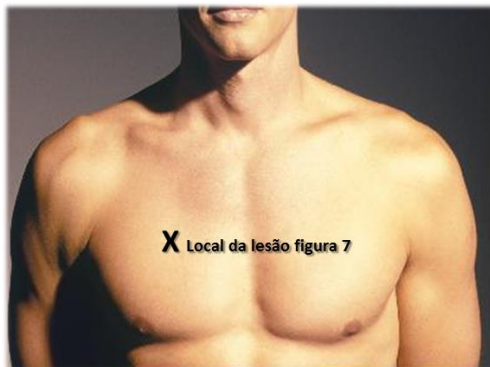


Figura 9

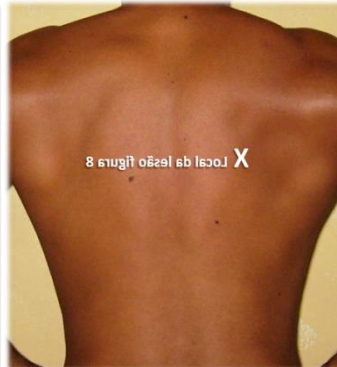


Figura 10

(A) Na figura 9: Pele > subcutâneo > m. grande peitoral > m. pequeno peitoral > m. intercostal > pleura parietal > pleura visceral > pulmão. Na figura 10: pele > subcutâneo > m. trapézio

(B) Pele > subcutâneo > m. trapézio > escápula > m. subescapular > m. intercostal > pleura parietal > pleura visceral > pulmão > pleura visceral > pleura parietal > m. intercostal > m. pequeno peitoral > m. grande peitoral > subcutâneo > pele

(C) Pele > subcutâneo > m. grande dorsal > escápula > m. subescapular > m. intercostal > pleura parietal > pleura visceral > pulmão > pleura visceral > pleura parietal > m. intercostal > m. pequeno peitoral > m. grande peitoral > subcutâneo > pele

(D) Pele > subcutâneo > m. grande peitoral > m. pequeno peitoral > m. intercostal > pleura parietal > pleura visceral > pulmão > pleura visceral > pleura parietal > m. intercostal > m. grande dorsal > escápula > m. trapézio > subcutâneo > pele

(E) Pele > subcutâneo > m. grande peitoral > m. pequeno peitoral > m. intercostal > pleura parietal > pleura visceral > pulmão > pleura visceral > pleura parietal > m. intercostal > m. subescapular > escápula > m. trapézio > subcutâneo > pele

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

✓ Reconhecer o trajeto anatômico da lesão provocada por PAF, considerando o orifício de entrada e saída

JUSTIFICATIVA:

19. Você atende na UBSF Sra. Luzia, 24 anos, primigesta, na 12ª semana de gestação, apresentando exantema máculo papular, febre, mialgia, hiperemia conjuntival e adinamia, iniciados há 24 horas. Nega quaisquer outras manifestações. PA=110 x 70 mmHg, FC=90 bpm, SaO2=99% (ar ambiente) e temperatura axilar de 38,3 C. Neste caso sua melhor tomada de decisão será:

(A) Hidratação oral, solicitar hemograma e tranquilizar Luzia quanto ao risco de microcefalia, já que o quadro é bem sugestivo de Chikungunya devido a presença de conjuntivite associada

(B) Hidratação oral, notificar ao SINAN, coletar sorologia, ainda na fase aguda, para Dengue, Chikungunya, Parvovírus B19 e TORCH, além de PCR para Dengue, Chikungunya e Zyka antes do 3º dia de doença

(C) Hidratação venosa, notificar ao SINAN, solicitar sorologias para Dengue, Chycongunya e Zyka após o 3º dia de evolução da doença.

(D) Hidratação oral, notificar a Secretaria Municipal de saúde e solicitar sorologias para Dengue, Chycongunya e Zyka antes do 3º dia de doença

(E) Hidratação oral, notificar o SINAN, realizar ultrassonografia de imediato para avaliação do perímetro cefálico fetal, e solicitar sorologias para Dengue, Chycongunya e Zyka após o 3º dia de evolução da doença

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir a gestante com doença exantemática febril
- ✓ Solicitar os exames fundamentais na investigação diagnóstica da gestante com doença exantemática febril
- ✓ Conhecer as indicações de hidratação oral e venosa nos casos suspeitos de arboviroses

JUSTIFICATIVA:

Sra. Luzia apresenta sinais clínicos sugestivos de arboviroses (dengue, chycongunya e zika), devendo-se também fazer o diagnóstico diferencial com outras doenças exantemáticas que merecem cuidado na gestante (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes – TORCH). A conjuntivite está presente em cerca de 90% dos casos de Zyka, 30% na chycongunya e é rara na dengue. Não existe sorologia para Zyka sendo o diagnóstico realizado através de PCR nos dias 0 a 3 de doença. Para que se conheça a real magnitude e se dimensione a estrutura necessária para atender aos recém nascidos com quadro compatível com microcefalia, se faz necessário o registro de todos os casos suspeitos de arbovirose em gestantes. A notificação deve ser realizada via SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). No caso não há nenhum indício de gravidade clínica, portanto se indicação de hidratação venosa.

20. Antes de terminar a consulta, Sra. Luzia lhe entrega alguns exames realizados na última consulta pré natal. Hemograma apresenta hemácias de 3.100.000; Hb=10 g/dL; Ht=33%; leucócitos = 10.000 sem desvio para esquerda. Glicose=83 mg%, anti-HIV negativo, VDRL negativo e Sorologia para toxoplasmose = IgM reagente e IgG reagente com teste de avidéz de IgG maior que 60%. Mostra-lhe também uma receita de espiramicina 3 g por dia. A partir daí você toma qual conduta?

(A) Solicitar ultrassonografia de urgência e Informar a Luzia sobre a possibilidade do seu filho nascer com complicações como microcefalia e alterações oculares.

(B) Tranquilizar Luiza, pois a infecção demonstrada nos exames ocorreu fora do período de risco para o feto, além de suspender a espiramicina.

(C) Solicitar novas sorologias no 3º trimestre de gestação e manter a espiramicina até o final da gestação

(D) Solicitar ultrassonografia mensal até o final da gestação além de manter a espiomicina no mesmo prazo.

(E) Suspender a espiramicina e realizar a busca ativa da infecção fetal através da amniocentese para pesquisa da PCR no líquido amniótico.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Interpretar os exames fundamentais realizados no pré natal
- ✓ Conduzir a gestante no pré natal

JUSTIFICATIVA:

As sorologias foram colhidas antes da 12ª semana e apesar da IgM para toxoplasmose estar presente, trata-se provavelmente de IgM residual, uma vez que a avidéz dos anticorpos IgG mostra-se superior a 60%, indica infecção ocorrida há mais de 12 semanas. Portanto a infecção ocorreu fora do período de risco para o feto, não havendo necessidade de tratamento da gestante com espiromicina.

21. Meses após, você acompanha o trabalho de parto de Luzia, que está na 39ª semana de gestação e que havia sumido das consultas pré-natais subsequentes. Na sala de parto você discute o caso com Dr. Pessoa, obstetra do plantão e logo após decidem:

- (A) É mais prudente realizar cesariana pelo risco de microcefalia
- (B) Suspender a amamentação na primeira hora de vida
- (C) Indicar cesariana por diminuir o risco da transmissão vertical
- (D) Seguir os procedimentos de rotina específicos para recém-natos com microcefalia após a primeira hora de vida
- (E) Indicar o parto normal

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir um parto
- ✓ Conhecer as indicações e contra indicações da cesariana e do parto normal
- ✓ Conceituar transmissão vertical

JUSTIFICATIVA:

Zika vírus ou microcefalia em si, NÃO são indicações de cesariana. Não existem procedimentos específicos para recém natos com microcefalia na primeira hora de vida. A cesariana diminui o risco de transmissão vertical de algumas infecções, como por exemplo, HIV, mas não no caso apresentado

22. Na sala do berçário você observa a pediatra, Dra. Ana Cláudia, medindo o perímetro cefálico de Roberto, filho de Luzia, e constata microcefalia, fazendo uma hipótese diagnóstica para tal alteração. O critério que Dra. Ana Cláudia se embasou e a sua hipótese diagnóstica foram:

- (A) O perímetro cefálico deve ser menor que 32 centímetros nos casos de nascidos a termo. A microcefalia é consequente a infecção por toxoplasmose.
- (B) O perímetro cefálico deve ser menor que 32 centímetros nos casos de nascidos a termo. A microcefalia é consequente a infecção por toxoplasmose.
- (C) O perímetro cefálico deve ser menor que 30 centímetros nos casos de nascidos a termo e deve ser tomada nova medida após 48 horas de nascimento. A causa provável é o Zika vírus.
- (D) Deve ser realizada outra medida do perímetro cefálico após 24 horas do nascimento para confirmar o diagnóstico de microcefalia. Caso confirmada é devido ao Zika vírus.
- (E) O perímetro cefálico deve estar abaixo de 33 centímetros, sendo que o diagnóstico causal da microcefalia é feito após a realização de ressonância nuclear magnética

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de

- ✓ Reconhecer os novos critérios para diagnóstico de microcefalia
- ✓ Reconhecer as causas de microcefalia contextualizadas com o caso

JUSTIFICATIVA:

23. Afim de vigilância epidemiológica, após as medidas tomadas na questão anterior, qual a sua atitude mais acertada no caso neste momento

(A) Realizar a notificação do caso e solicitar exames de imagem e sorologia para classificar o caso

(B) Não notificar o caso, pois ainda não há confirmação da causa de microcefalia.

(C) Notificar o caso e classificá-lo como caso provável, já que ainda não há exames confirmatórios da causa da microcefalia

(D) Não notificar o caso e classificá-lo como caso descartado

(E) Notificar o caso e classificá-lo como caso confirmado clinicamente

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ FFFF

JUSTIFICATIVA:

24. No caso de Luzia qual seria a medida de prevenção primária mais adequada para que se evitasse a microcefalia?

(A) Manter o acompanhamento pré-natal

(B) Realizar ultrassonografia seriada no período gestacional

(C) Evitar contacto com gatos e comer a carne sempre bem passada.

(D) Realizar amniocentese com solicitação de sorologias

(E) Uso de repelentes apropriados e de mosquiteiros.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir medidas preventivas primárias
- ✓ Conhecer as medidas preventivas primárias para zika e toxoplasmose

JUSTIFICATIVA:

25. Você discute, junto com 4 amigos - Rodrigo, Botino, Pedro e Lais - o caso de uma paciente, Sra. Leonora, de 32 anos de idade, atendida no ambulatório para investigar um nódulo de tireóide.

Você diz que deve ser solicitado ultrassonografia de tireóide e cintilografia de tireoide;

Rodrigo diz que deve ser solicitado ultrassonografia de tireóide e PAAF de tireóide;

Botino diz que deve ser solicitada ultrassonografia e dosagem de anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO);

Lais diz que deve solicitar ultrassonografia e dosagem de de TSH;

Pedro diz que deve ser solicitada a ultrassonografia e programar a cirurgia;

Quem tomou a decisão inicial mais acertada para Leonora neste momento?

- (A) Você
- (B) Rodrigo
- (C) Botino
- (D) Lais**
- (E) Pedro

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir um paciente com nódulo tireoidiano

JUSTIFICATIVA:

26. Sra. Leonora realiza a ultrassonografia com o seguinte laudo: nódulo com hipoecogenicidade acentuada e vascularização exclusivamente central no Doppler, diâmetro anteroposterior de 12 mm e transversal de 10 mm. Após a discussão todos mantêm suas condutas acima.

Agora, quem tomou a decisão mais acertada?

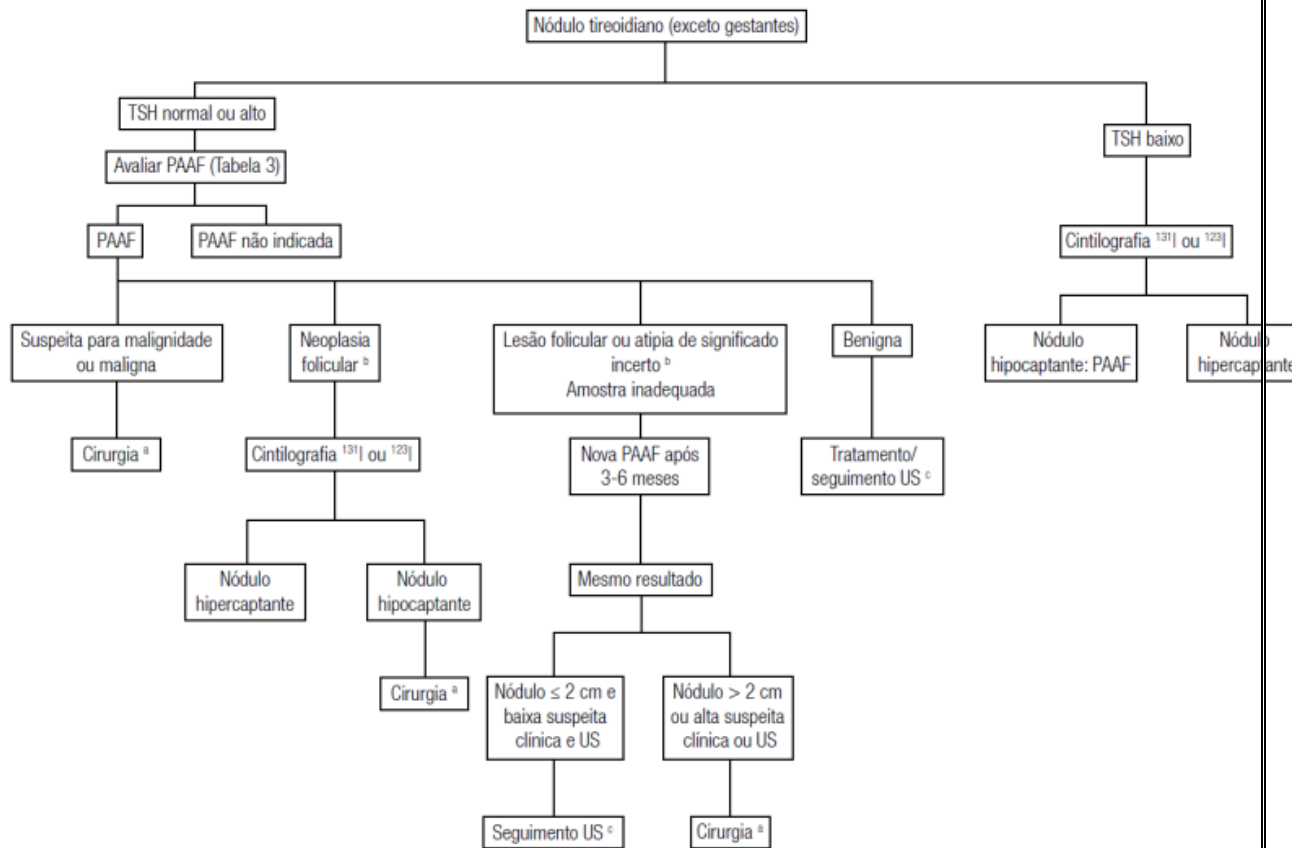
- (A) Rodrigo
- (B) Lais**
- (C) Pedro
- (D) Botino
- (E) Você

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir um paciente com nódulo tireoidiano

JUSTIFICATIVA:



27. Na semana seguinte, após os exames solicitados, Sra. Leonora é submetida à tireoidectomia total. Você e seus amigos são os responsáveis por acompanhá-la no pós-operatório. Duas horas após a realização da cirurgia vocês são chamados pela enfermeira, pois Leonora queixa-se de disfonia e dispnéia discreta. No exame físico nota-se a presença de estridor. Novamente há uma discussão do caso quanto a causa destas manifestações suas respectivas condutas.

Você diz é devido a edema de cordas vocais em consequência ao tubo orotraqueal usado durante a cirurgia e a conduta é expectante;

Rodrigo diz que é devido à lesão do nervo laringeo recorrente durante o ato cirúrgico. A conduta deve ser expectante com acompanhamento fonoaudiológico;

Botino diz que é devido ao laringoespasma provocado pela hipocalcemia decorrente da ressecção das paratireóides e a conduta será a reposição de gluconato de cálcio parenteral;

Lais diz que é devido a um hematoma por lesão da artéria tireoidea inferior, devendo o paciente ser submetido a cervicotomia exploradora;

Pedro diz que é devido ao hipotireoidismo provocado pela ressecção da glândula, tendo como conduta a reposição de hormônio tireoidiano;

Após a discussão, Dr. Manoel, chefe da enfermaria, toma o seguinte posicionamento:

(A) Concorda com todos, pois todas as hipóteses causais podem ser decorrentes da tireoidectomia, porém, quem está mais certo neste momento é Rodrigo.

(B) Discorda somente de Botino, pois a complicação mais comum é hipercalcemia. Porém quem está mais certo neste momento é a Lais.

(C) Discorda somente de Pedro, pois a conduta no hipotireoidismo é fazer corticoterapia, além de reposição hormonal. Porém quem está mais certo neste momento Rodrigo.

(D) Concorda com todos, pois todas as hipóteses causais podem ser decorrentes da tireoidectomia, porém, quem está mais certo neste momento é Lais.

(E) Concorda com todos, pois todas as hipóteses causais podem ser decorrentes da tireoidectomia, porém, quem está mais certo neste momento é você.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conhecer as complicações imediatas, mediatas e tardias no pós-operatório de tireoidectomia
- ✓ Conduta nas complicações pós-tireoidectomia

JUSTIFICATIVA:

28. Na UPA você atende Gisele, de 4 anos de idade, que segundo a mãe iniciou quadro de coriza, febre (37,9°C) e congestão nasal há 3 dias. Ao exame físico bom estado geral, não apresentava adenopatias, lesões cutâneas, visceromegalias ou febre. Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações. Diante desta situação qual será sua melhor conduta.

(A) Solicitar hemograma, PCR, radiografia de tórax e de seios da face.

(B) Alta com prescrição de medicações sintomáticas.

(C) Etapa de hidratação venosa e solicitar radiografia de tórax e de seios da face.

(D) Alta com prescrição de medicações sintomáticas e antibioticoterapia.

(E) Etapa de hidratação venosa e solicitar hemograma.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir uma criança com IVAS
- ✓ Reconhecer sinais clínicos de risco na criança

JUSTIFICATIVA:

Paciente com quadro característico e IVAS. Neste caso o agente causal mais comum são os vírus. Não há neste caso nenhum sinal de alarme de comprometimento orgânico agudo. Portanto a conduta mais acertada é de liberar a criança com orientações à mãe e prescrição de sintomáticos

29. Dois dias após você reencontra Gisele internada na UPA, pois no dia anterior iniciou lesões purpúricas não palpáveis em membros inferiores. Não há história de trauma. Gisele mantém o quadro clínico inicial. Está sem febre e o restante do exame físico inalterado. Hemograma evidencia 60.000 plaquetas. Foi prescrito na UPA ceftriaxone parenteral e está aguardando a realização de punção lombar e tomografia de crânio. Dra. Liz, pediatra, está assumindo o plantão. Você toma, então, o seguinte posicionamento quanto ao caso:

(A) Discute com Dra. Liz sobre a possibilidade de suspender o ceftriaxone, a tomografia e a punção lombar e dar alta na paciente com prescrição de corticosteróide.

(B) Discute com Dra. Liz sobre a possibilidade de suspender a punção lombar devido ao risco de sangramento pela plaquetopenia.

(C) Discute com Dra. Liz sobre a possibilidade de iniciar o ceftriaxone somente após a realização da punção lombar, caso esta não demore para ser realizada.

(D) Discute com Dra. Liz sobre a possibilidade de associar corticosteróide ao uso do ceftriaxone e suspender a punção lombar devido ao risco de sangramento pela plaquetopenia

(E) Discute com Dra. Liz sobre a possibilidade de realizar a punção lombar somente após a realização da tomografia para afastar hipertensão intracraniana

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer as manifestações clínicas de púrpura trombocitopênica idiopática
- ✓ Fazer o diagnóstico diferencial da PTI
- ✓ Conduzir uma criança com PTI
- ✓ Reconhecer a correlação de infecções virais e PTI

JUSTIFICATIVA:

A PTI frequentemente ocorre em crianças após viroses ou infecções bacterianas, o que sugere reação cruzada entre antígenos virais e plaquetários. No exame físico se destacam o bom estado geral, petéquias e púrpuras não palpáveis. A hospitalização deve ser indicada para crianças com sangramentos graves independentemente da contagem de plaquetas. É INAPROPRIADA a hospitalização crianças assintomáticas com > 20.000 plaq/ μ L. Tratamento é feito com Corticoterapia, pois reduz a produção de Ac antiplaquetas, diminui o clearance de plaquetas opsonizadas e as anormalidades endoteliais associadas a trombocitopenia e aumenta a estabilidade vascular. Estudos clínicos randomizados demonstram sua eficácia em elevar rapidamente a contagem de plaquetas.

30.No ambulatório de ginecologia, você atende Sra. Joana, 34 anos, tabagista, casada e empresária, com queixas de corrimento de odor forte, amarelado e com um pouco de sangue, dor em baixo ventre e disúria que se iniciaram após ter uma relação sexual sem uso de preservativo. Diz que está com muita vergonha por ter sido uma relação extraconjugal e que gostaria de tomar um antibiótico para infecção. Dra. Thaisa deixa que Joana expresse suas angústias sem interrompê-la e explica oportunamente que apesar de entender seu desconforto, é necessário examiná-la para que planejem e decidam juntos como lidar com a situação. A partir da concordância de Joana, Dra. Thaisa posiciona a paciente em litotomia e solicita que você, sob supervisão, realize o exame ginecológico. A melhor técnica a ser utilizada por você é:

(A) Realizar a introdução do espécuro na vagina, em sentido longitudinal oblíquo até o fundo da cavidade vaginal de maneira delicada, e introduzir o swab endocervical se não houver secreção purulenta aparente no colo.

(B) Proceder a introdução do espécuro na vagina, em sentido transversal até o fundo da cavidade vaginal de maneira delicada, sempre alertando antes a mulher quanto ao desconforto.

(C) Após o toque bimanual, proceder diretamente ao exame especular para coleta de swab endocervical com cotonete e observação de muco em papel branco sendo necessária a coleta de material para cultura.

(D) Deve-se utilizar lubrificante para que a paciente sinta menos desconforto durante o exame físico, iniciando a inserção do espécuro em um ângulo transversal oblíquo em relação à vagina no sentido de baixo para cima.

(E) Para realizar o toque vaginal você deve posicionar-se com ambos os pés no chão, afastar os pequenos e grandes lábios com os dedos polegar e mínimo e introduzir os dedos médio e indicador.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer a técnica do exame especular
- ✓ Reconhecer a técnica do toque vaginal

JUSTIFICATIVA:

A técnica do toque vaginal é a seguinte:

O examinador deve apoiar o pé ipsilateral à mão que realiza o exame em um no segundo degrau da escadinha, e o braço deve ficar apoiado sobre o joelho para não transferir seu peso para a vagina. O polegar, o 4º e 5º dedos da mão examinadora farão o afastamento dos grandes e pequenos lábios da vulva, dando a abertura suficiente para que o 2º e 3º dedos entrem na vagina sem carregar contaminação (em algumas situações, por questão de conforto da paciente utiliza-se só o indicador), os quais devem dirigir-se ao fundo de saco e identificar o colo. O espéculo é introduzido fechado. Apóia-se o espéculo sobre a fúrcula, ligeiramente oblíquo (para evitar lesão uretral), e faz-se sua

introdução lentamente; antes de ser completamente colocado na

vagina deve ser rodado, ficando as valvas paralelas às paredes anterior e posterior; posição que ocupará no exame. Após o exame especular é realizado o exame de toque vaginal.

31. Após o exame da questão anterior ser realizado de maneira correta, qual será sua melhor conduta?

- (A) Orientação quanto ao uso de preservativo e iniciar ceftriaxone em dose única para Joana. Não tratar o marido para evitar o constrangimento no casamento.
- (B) Orientação quanto ao uso de preservativo e iniciar azitromicina por sete dias para Joana. Não tratar o marido, pois ele não foi o infectante.
- (C) Orientação quanto ao uso de preservativo e iniciar amoxicilina por sete dias para Joana e seu marido.
- (D) Orientação quanto ao uso de preservativo e iniciar amoxicilina dose única para Joana e seu marido.
- (E) Orientação quanto ao uso de preservativo e iniciar eritromicina dose única para Joana e seu marido.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer o quadro clínico das infecções do trato genital inferior mais comuns.
- ✓ Reconhecer o quadro de Gonorréia
- ✓ Reconhecer a relação de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.
- ✓ Tratar *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Os parceiros de pacientes infectadas por gonococo ou clamídia devem ser SEMPRE tratados.

JUSTIFICATIVA:

A etiologia infecciosa é na maior parte das vezes causadas por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia*

trachomatis. As manifestações clínicas se traduzem como leucorréia, dor em baixo ventre, disúria e dispaurenia. Quando diagnóstico concomitante de clamídia, o tratamento deve ser realizado com: Azitromicina, 1g VO, em dose única ou amoxicilina 500 mg VO de 8/8hs por 7 dias

32.Dra. Ethel encaminha à você a Sra. Dirce, 30 anos de idade, tercigesta, com gestação de 35 semanas, provinda do ambulatório de obstetrícia, para ser admitida no serviço de emergência. Queixa-se de cefaléia, escotomas, dor abdominal, náuseas e vômitos. Apresenta nos exames laboratoriais: LDH = 700 U/L; Bilirrubina = 3,6 mg/dL; AST = 120 UI/L; ALT = 125 UI/L. Hemograma revela Ht = 29% e plaquetas de 65.000 / mm³. A pressão arterial de é de 190x120 mmHg. Neste momento, qual seria sua decisão mais acertada?

(A) Internação hospitalar, prevenir crise convulsiva com sulfato de magnésio, controle da pressão arterial com hidralazina e interromper a gravidez por via baixa dentro de 24 horas.

(B) Internação hospitalar, prevenir crise convulsiva com sulfato de magnésio, controle da pressão arterial com metildopa, interromper a gravidez via cesárea dentro de 24 horas.

(C) Internação hospitalar, prevenir crise convulsiva com sulfato de magnésio, controle da pressão arterial com metildopa, iniciar corticoterapia e aguardar 48 horas

(D) Internação hospitalar, prevenir crise convulsiva com sulfato de magnésio, controle da pressão arterial com metildopa, interromper a gravidez via cesárea após 48 horas

(E) Internação hospitalar, prevenir crise convulsiva com sulfato de magnésio, controle da pressão arterial com nifedipina, iniciar corticoterapia e avaliação materno-fetal contínua por 48 horas.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer pré eclampsia grave
- ✓ Reconhecer a síndrome HELLP
- ✓ Reconhecer a condução da gestante com Síndrome HELLP

JUSTIFICATIVA:

A síndrome HELLP é caracterizada por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP = low platelets count “”). Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia. Classificação:

Síndrome HELLP COMPLETA 1,2mg/dL e/ou esquizócitos TGO \geq 70UI/L.

Síndrome HELLP INCOMPLETA Apenas um ou dois dos critérios anteriores.

Tratamento

Tratar a pressão sistólica \geq 150mmHg e manter a pressão diastólica entre 80 e 90mmHg. Prevenção das convulsões com sulfato de magnésio

Quadro 5. Tratamento da Hipertensão Aguda Grave na Pré-eclâmpsia**PA =160mmHg sistólica e/ou =105mmHg diastólica se persistente****Nifedipina:** Comece com 10mg oral e repita em 30 minutos se necessário. **OU****Hidralazina:** Comece com 5mg (IV) ou 10mg (IM). Se a pressão não controlar (queda de 20% nos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100mmHg), repita a intervalos de 20 minutos (5 a 10mg dependendo da resposta). Assim que a pressão estiver controlada, repita se necessário (geralmente em 3 horas). Se não houver controle após 20mg IV ou 30mg IM, considerar outra droga.O **Nitroprussiato de Sódio** às vezes é necessário para a hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Comece a uma taxa de 0,25 microgramas/kg/min até uma dose máxima de 5 microgramas/kg/min. O envenenamento cianídrico fetal pode ocorrer se usado por mais de 4 horas. O seu uso está restrito às **unidades de terapia intensiva**.**Precauções:** Hipotensão rápida e grave pode resultar da administração de qualquer uma das drogas acima, especialmente a nifedipina de ação rápida. O objetivo do controle da pressão em situações de emergência é o controle gradual da hipertensão até os níveis normais (130/80mmHg a 150/100mmHg). Na presença de hipotensão grave manejar com a infusão rápida de cristaloides.

33. Após as medidas tomadas na questão anterior, você acompanha o parto de Sra. Dirce. Durante o procedimento, ela evolui com sangramento difuso, hipertensão arterial (170 x 100 mmHg), crise convulsiva, decorticação e anisocoria. Neste momento qual sua decisão mais acertada?

- (A) Refazer dose de sulfato de magnésio, iniciar nitroprussiato de sódio, administrar plasma fresco e encaminhar ao CTI.
- (B) Entubação orotraqueal, acoplar à ventilação mecânica, realizar tomografia de crânio e encaminhar ao CTI.
- (C) Hemotransfundir, repor plaquetas, realizar tomografia de crânio
- (D) Entubação orotraqueal, acoplar à ventilação mecânica, iniciar nifedipina e repor crioprecipitado
- (E) Fazer hidantal, refazer sulfato de magnésio, controlar hipertensão arterial com nifedipina e encaminhar ao CTI

INTENÇÃO:**Perceber se o estudante é capaz de:**

- ✓ Reconhecer as complicações da síndrome HELLP
- ✓ Reconhecer a CIVD como complicação da síndrome HELLP
- ✓ Reconhecer os sinais clínicos de deterioração neurológica
- ✓ Reconhecer o tratamento inicial de pacientes com deterioração neurológica
- ✓ Diferenciar as possíveis causas da crise convulsiva para o caso (eclâmpsia / sangramento neurológico central como complicação da CIVD)

JUSTIFICATIVA:

Trata-se de uma paciente portadora de síndrome HELLP que evolui com sangramento difuso no per operatório, o que sugere CIVD como complicação da Síndrome HELLP. Isto pode complicar com sangramento neurológico central que é manifestado com os sinais apresentados por Dirce (decorticação e anisocoria – sinais de dano estrutural encefálico), ficando, portanto, este sangramento como causa da crise convulsiva, fazendo diagnóstico diferencial de eclâmpsia. Para este quadro de deterioração neurológica a conduta inicial é de salvaguardar as vias aéreas, através da entubação orotraqueal, realizar TC crânio para fazer diagnóstico diferencial.

Como a suspeita de sangramento central é evidente deve-se ter cautela no tratamento da hipertensão arterial, pois esta pode ser reflexo de hipertensão intracraniana.

34. Mesmo após as medidas adotadas na questão anterior, Dirce teve seu óbito constatado após 65 dias do ocorrido. Como você classifica este tipo de morte?

- (A) Materna obstétrica direta, pois a causa mortis foi consequência direta da gravidez
- (B) Materna não obstétrica, pois não teve relação com o procedimento obstétrico
- (C) Não materna, pois ocorreu fora de um período longo do término da gestação**
- (D) Pós-materna relacionada, pois a causa mortis foi relacionada ao período gestacional
- (E) Materna obstétrica tardia, pois o óbito ocorreu após um longo período do término da gravidez, mas a causa mortis foi consequência à uma complicação obstétrica.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer a o conceito de morte materna

JUSTIFICATIVA:

A Organização Mundial de Saúde – OMS define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10)¹, como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

35. Afim de notificar o óbito da Sra. Dirce, você toma a seguinte decisão:

- (A) Preencher a declaração de óbito e a ficha de notificação de óbito materno.
- (B) Preencher a declaração de óbito para ser emitida a certidão de óbito**
- (C) Preencher a certidão de óbito sem a necessidade de fazer a notificação de óbito materno
- (D) Preencher a certidão de óbito e a ficha de vigilância hospitalar de óbito materno
- (E) Preencher a declaração de óbito, fazendo a notificação da morte materna à comissão de óbito hospitalar.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Diferenciar morte materna de morte não materna
- ✓ Diferenciar certidão de óbito e declaração de óbito.
- ✓ Reconhecer o fluxo de notificação de óbito materno

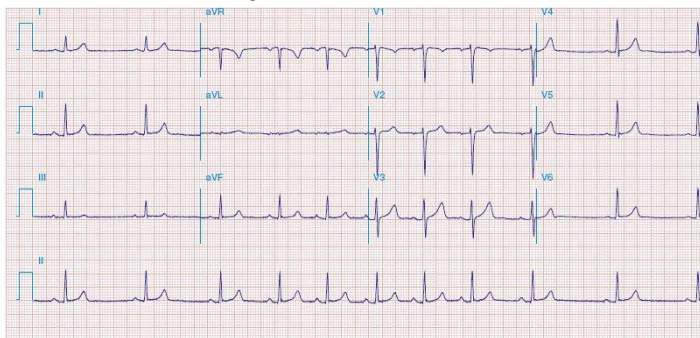
JUSTIFICATIVA:

O óbito de Dirce NÃO é considerado morte materna, pois ocorreu após um período superior de 42 dias após o término da gestação, portanto não há necessidade de notificação de morte materna.

A declaração de óbito é feita por um médico, ainda que a morte não tenha ocorrido dentro de um hospital. Além de declarar o fim da vida de um indivíduo, também deverá inserir quais foram as causas daquela morte.

Já a certidão de óbito é um documento emitido pelo cartório de registro civil das pessoas naturais e só pode ser obtida com a declaração de óbito. Na certidão, entre outras informações, deve constar a hora e a data do falecimento, se a pessoa era casada e deixa filhos, com nome e idade de cada um, se deixa bens e herdeiros, se era eleitor, se a morte foi natural ou violenta e a causa conhecida.

36. Na intenção de começar a praticar atividades físicas, Vilma, de 25 anos de idade, procurou uma academia esportiva. Foi informada que para se matricular precisaria de um eletrocardiograma (ECG) e de laudo médico. Vilma se adiantou e realizou o ECG. Assim, chega à sua consulta já trazendo o seguinte exame (Fig 11.). Nega quaisquer sintomatologias. Qual sua conduta frente a realização do laudo médico?



(A) Caso você não identifique nenhuma outra condição de saúde que impeça Joana de praticar atividades físicas, cabe a você fornecer um atestado dizendo que ela está apta.

(B) Nota-se bloqueio de ramo esquerdo de 2º grau, devendo ser solicitada uma cintilografia do miocárdio para descartar doença isquêmica antes de fornecer o laudo médico.

(C) Nota-se fibrilação atrial devendo ser solicitado holter de 24 horas, ecocardiograma e iniciar anticoagulação oral para evitar eventos cardioembólico, antes de fornecer o laudo médico

(D) Nota-se extrasístolia supra ventricular, devendo ser solicitado holter de ECG e fornecer o laudo médico, pois se trata de arritmia benigna.

(E) Nota-se extrasístolia atrial, devendo ser solicitado teste ergométrico e holter de 24 horas antes de liberar o laudo médico.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer arritmia sinusal no ECG
- ✓ Fazer o diagnóstico diferencial das arritmias

JUSTIFICATIVA:

A arritmia presente no ECLÍNICA MÉDICA se trata de arritmia sinusal, em que a onda P tem orientação normal e mantida, porém, o ritmo cardíaco é irregular. Embora ocorra certa variabilidade fisiológica do intervalo R-R, considera-se arritmia sinusal quando a variabilidade é maior que 20% (ou quando o maior ciclo é mais de 120 ms mais longo que o menor ciclo). Paciente está assintomática, é jovem, a arritmia não apresenta risco e não tem comorbidades, portanto deve-se fornecer o laudo médico

37. Considerando a história clínica e o ECG de Vilma, qual seria sua conduta terapêutica mais acertada?

- (A) Iniciar propafenona, pois é a droga indicada para arritmias supraventriculares
- (B) Iniciar AAS, estatina e betabloqueador para diminuir risco de doença coronariana.
- (C) Iniciar anticoagulação plena com marevan para evitar eventos cardioembólicos
- (D) Iniciar anticoagulação plena com dabigatran para evitar eventos cardioembólicos, porém com menor risco de sangramento.
- (E) Não tratar, pois é uma alteração fisiológica

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer arritmia sinusal no ECG
- ✓ Fazer o diagnóstico diferencial das arritmias
- ✓ Tratar arritmia sinusal

JUSTIFICATIVA:

A arritmia presente no ECG CLÍNICA MÉDICA se trata de arritmia sinusal, em que a onda P tem orientação normal e mantida, porém, o ritmo cardíaco é irregular. Embora ocorra certa variabilidade fisiológica do intervalo R-R, considera-se arritmia sinusal quando a variabilidade é maior que 20% (ou quando o maior ciclo é mais de 120 ms mais longo que o menor ciclo). Raramente provoca sintomas e o tratamento não é necessário. O aumento da frequência cardíaca suprime a arritmia sinusal.

38. Augusto, 5 anos de idade é encaminhado ao ambulatório de pediatria para avaliação de risco por ausculta de sopro cardíaco na unidade básica de saúde. Dra. Ana Clara faz a ausculta e nota sopro localizado em borda esternal esquerda baixa de 2+/6+, suave, vibrátil. Há uma mudança da intensidade do sopro com a compressão do diafragma do estetoscópio e desaparece quando a criança é colocada em pé. Segunda bulha com desdobramento variável, sem sons (estalidos, cliques) patológicos. Pressão arterial de 90/60 mmHg. Pulsos de membros superiores e inferiores de intensidade, característica e tempo normais. Ao término, Dra. Ana Clara solicita que você tome a melhor conduta.

- (A) Encaminhar ao cardiologista pediátrico para investigação do quadro clínico.
- (B) Solicitar ecocardiograma bidimensional com doppler para diagnóstico confirmatório
- (C) Retornar em 30 dias para reavaliação, pela necessidade de elucidação diagnóstica.
- (D) Encaminhar à emergência, pela possibilidade de causa de risco de morte para o sopro.
- (E) Orientar a família e emitir contrarreferência à UBS como normal, sem exames complementares.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ DDDD

JUSTIFICATIVA:

Uma das causas comuns de atelectasia em pacientes entubados é a entubação seletiva. Neste caso o tratamento é reposicionamento do tubo orotraqueal e fisioterapia respiratória

39.Dr. Lucas, neurocirurgião da emergência, admite Sr. Teobaldo, 72 anos, com um quadro, segundo familiares, de diminuição do nível de consciência nas últimas 48 horas, após sofrer queda de uma altura de 2 metros. “Meu pai não sentiu nada antes e depois que caiu” – diz Magda. E continuou: “ ... ele vive tropeçando nas coisas. Tem uns 10 dias que ele caiu da cama de noite.” Dr. Lucas procede o exame clínico e observa: não há abertura ocular aos estímulos, não há resposta verbal e faz flexão inespecífica à dor. Sem sinais de irritação meníngea. Você fica observando todo o atendimento e imagina qual seria a melhor decisão do Dr. Lucas neste momento.

(A) Puncionar acesso venoso profundo, monitorizar o paciente, realizar TC de crânio de imediato e internar no CTI para proceder a entubação orotraqueal.

(B) Proceder a entubação orotraqueal e acoplar na ventilação mecânica, monitorizar o paciente, acesso venoso periférico e realizar a TC de crânio e de cervical logo após

(C) Proceder a entubação orotraqueal, suporte de oxigênio por peça “T”, monitorizar o paciente, acesso venoso periférico e realizar a TC de crânio logo após

(D) Monitorizar o paciente, puncionar veia periférica, realizar de imediato a TC de crânio e proceder a entubação orotraqueal e acoplar na ventilação mecânica, dependendo do resultado tomográfico.

(E) Proceder a entubação orotraqueal e acoplar na ventilação mecânica, após o resultado da gasometria arterial, monitorizar o paciente, acesso venoso periférico e realizar a TC de crânio

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Proceder o ABCDE no trauma
- ✓ Reconhecer as indicações de entubação orotraqueal.

JUSTIFICATIVA:

Dentre

40. Após as medidas adotadas na questão anterior, você visualiza a tomografia de crânio do Sr. Teobaldo e nota o seguinte (Fig. 12).

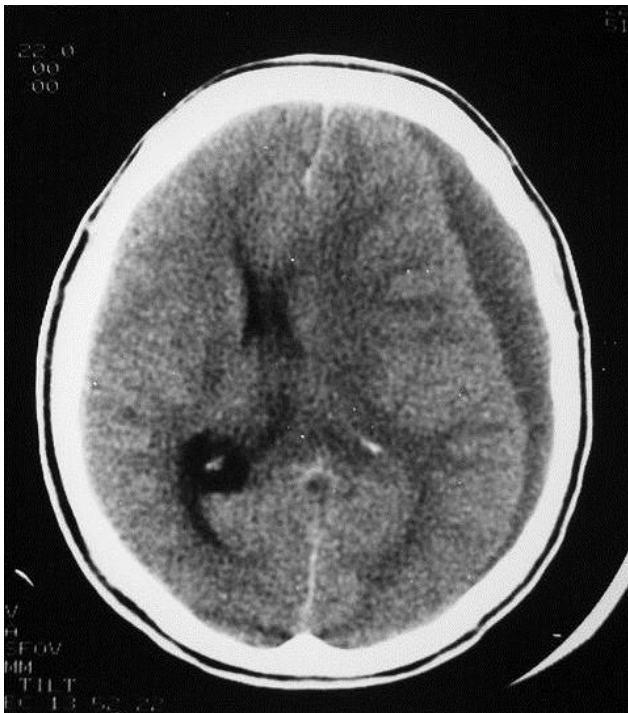


Figura 12

Considerando esta tomografia, você pode afirmar que:

- (A) Trata-se de hematoma epidural agudo, relacionado à queda atual do Sr. Teobaldo.
- (B) Trata-se de hematoma extradural crônico, relacionado à queda de Teobaldo há dez dias.
- (C) Trata-se de um hematoma crônico, localizado entre o cérebro e a duramáter, relacionado à queda de Teobaldo há dez dias.
- (D) Trata-se de um hematoma crônico, localizado entre a calota craniana e a duramáter, relacionado à queda de Teobaldo há dez dias.
- (E) Trata-se de um hematoma sudural agudo, relacionado à queda atual do Sr. Teobaldo.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Interpretar as alterações tomográficas no TCE
- ✓ Diferenciar os hematomas subdural e epidural

JUSTIFICATIVA:

41. Teobaldo evolui no 4º dia de internação, com quadro de secreção purulenta à aspiração do tubo orotraqueal, febre, leucocitose com desvio para esquerda e gasometria arterial mostrando: pH=7,34 / PaO₂=89 mmHg (com FiO₂ de 40%) / pCO₂=35 mmHg e HCO₃ = 16. Estável hemodinamicamente. Diante desta situação, qual sua melhor conduta neste momento?

- (A) Iniciar Imipenem, solicitar radiografia de tórax, repor bicarbonato para corrigir a acidose metabólica e aumentar a fração inspirada de oxigênio.
- (B) Solicitar radiografia de tórax, apesar de sua baixa sensibilidade e especificidade e, logo após o resultado, iniciar Ceftriaxone.

(C) Solicitar cultura de secreção traqueal e radiografia de tórax, iniciando a antibioticoterapia após o resultado da cultura, já que o paciente está estável hemodinamicamente

(D) Adequar os parâmetros ventilatórios e iniciar piperacilina-tazobactam

(E) Intensificar os cuidados de fisioterapia respiratória, solicitar cultura de secreção traqueal e iniciar Imipenem associado à vancomicina.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Diagnosticar pneumonia associada à ventilação mecânica
- ✓ Reconhecer as complicações da ventilação mecânica
- ✓ Conhecer a classificação das PAV
- ✓ Conhecer os agentes etiológicos mais comuns da PAV
- ✓ Tratar as PAV

JUSTIFICATIVA:

Para finalidade de diagnóstico clínico visando iniciar tratamento, critérios clínicos e radiológicos devem ser utilizados nas pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV)

Como critérios clínicos: aumento do número de leucócitos totais, aumento e mudança de aspecto de secreção traqueal, piora ventilatória usando principalmente como referência a relação PaO₂/FiO₂, febre ou hipotermia e ausculta compatível com consolidação, sempre usando como referência o período anterior à suspeita de PAV.

O RX de tórax à beira do leito, em que pese sua baixa especificidade e sensibilidade, deve ser usado, mostrando novo infiltrado sugestivo de pneumonia, sempre em relação ao período anterior à suspeita.

A opção pelo início do tratamento antimicrobiano não deve aguardar os resultados de cultura e deve ser baseada nos dados clínico-laboratoriais e radiológicos.

As PAV podem ser classificadas de acordo com o tempo após internação hospitalar em que ocorrem. Nas pneumonias precoces (≤ 4 dias de internação), a etiologia se assemelha àquela da pneumonia adquirida na comunidade (*S. pneumoniae* e *H. influenzae*). As pneumonias tardias constituem grupo heterogêneo de infecções. A etiologia pode variar de acordo com vários fatores, entre eles quatro variáveis que devem fazer parte da avaliação do paciente

QUADRO 1. ESPECTRO DA COBERTURA INICIAL EMPÍRICA

Pneumonia	Espectro	Esquemas	
Precoce	Ampla	Beta-lactâmico (ceftriaxona ou cefotaxima ou cefepima ou ertapenem)	ou quinolona respiratória (levofloxacina ou moxifloxacina)
Tardia, sem fatores de risco	Ampla	Cobertura para bacilos Gram-negativos: ceftazidima ou cefepima ou piperacilina-tazobactam ou ciprofloxacina	Cobertura para MRSA: Vancomicina ou teicoplanina ou linezolida
Tardia, com fatores de risco	Máximo	Cobertura para bacilos Gram-negativos: um dos acima ou imipenem ou meropenem ou polimixina	Cobertura para MRSA: Vancomicina ou teicoplanina ou linezolida

42. Considerando o que foi dito na questão anterior sobre a radiografia de tórax que é considerada um exame com baixa sensibilidade e especificidade é correto afirmar que:

(A) Sensibilidade é a capacidade de um teste diagnóstico identificar os verdadeiros negativos nos indivíduos não doentes.

(B) Especificidade é o número de resultados negativos em pessoas que têm a doença.

(C) Sensibilidade é a capacidade de um teste diagnóstico identificar os verdadeiros positivos nos indivíduos doentes.

(D) Especificidade é o número de resultados negativos em pessoas que não têm a doença.

(E) Especificidade é o número de resultados positivos em pessoas que não têm a doença.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

✓ SSSS

JUSTIFICATIVA:

Sensibilidade é a capacidade de um teste diagnóstico identificar os verdadeiros positivos nos indivíduos verdadeiramente doentes. Especificidade é a capacidade de um teste diagnóstico identificar os verdadeiros negativos nos indivíduos verdadeiramente sadios

43. Apesar de toda a conduta correta, Teobaldo evolui a óbito no 35º dia de internação, no seu primeiro plantão após suas férias. A família está lhe solicitando a confecção do atestado de óbito de imediato para poder agilizar a cremação do corpo. Você se nega a confeccionar o atestado. Esta sua atitude é considerada:

(A) Correta, pois para cremação é necessária a assinatura de dois médicos no atestado de óbito.

(B) Incorreta, pois a confecção do atestado médico é dever do médico.

(C) Correta, pois você não acompanhou a evolução do quadro clínico de Teobaldo, portanto a confecção do atestado deve ser feita pelo médico da rotina.

(D) Correta, pois quem deve confeccionar o atestado de óbito é o médico legista.

(E) Incorreta, pois apesar de você não acompanhar toda a evolução do quadro há indícios suficientes para atestar a causa do óbito.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

✓ Confeccionar o atestado de óbito

✓ Reconhecer as características desta confecção.

JUSTIFICATIVA:

Em caso de morte violenta o atestado de óbito SÓ deve ser preenchido pelo médico legista. Portanto o corpo deve ser encaminhado ao IML. No caso de Teobaldo o que deflagrou toda as complicações que o acometeu foi o TCE provocado por queda

44. Você atende Fred, uma criança de 13 anos de idade, morador de Venda Nova, trazido pela mãe, Sra. Nilza, dizendo que foi "picado por um bicho" no pé, quando estava capinando a horta junto ao seu pai. A mãe, desesperada, diz a você que já viu no quintal de sua casa cobra e escorpião. Ao examinar Fred você identifica edema e equimose local com dor moderada no local. Não há nenhuma outra manifestação clínica. Neste momento qual sua melhor conduta?

(A) Lavar o local com água e sabão abundantes e solicitar tempo de coagulação para iniciar o soro anti-botrópico.

(B) Lavar o local com água e sabão abundantes, iniciar prontamente o soro anti-escorpiônico e solicitar tempo de coagulação para avaliar a evolução do quadro .

(C) Iniciar prontamente o soro anti-laquétrico e solicitar tempo de coagulação para avaliar a evolução do quadro.

(D) Iniciar prontamente o soro anti-escorpiônico e solicitar tempo de coagulação para adequar a dose do soro

(E) Iniciar prontamente o soro anti-botrópico e solicitar tempo de coagulação para avaliar a evolução do quadro.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer e diferenciar ofidismo e escorpionismo, correlacionando com a situação apresentada
- ✓ Diferenciar os tipos de ofidismo e correlacionar com a situação apresentada
- ✓ Prescrever o soro anti ofídico adequado para a situação apresentada
- ✓ Conhecer os efeitos da peçonha e correlacioná-los com a situação apresentada

JUSTIFICATIVA:

As características da lesão são de acidente por cobra do gênero Bothrops. Sua peçonha promove ações proteolíticas e produz coagulopatias por consumo de fibrinogênio. Portanto devemos iniciar o soro antiofídico adequado, além de controlado tempo de coagulação

45. Após 15 dias de evolução, Nilza retorna com Fred, pois está muito preocupada com ele. Iniciou há 24 horas um quadro de atralgia, linfadenomegalia, febre, urticária e urina muito espumosa. Qual sua conduta agora?

(A) Contactar nefrologia, pois se trata de lesão tardia provocada pela peçonha.

(B) Iniciar pulsoterapia com corticóide, pois se trata de lesão tardia provocada pelo soro administrado previamente.

(C) Fazer nova dose do soro anteriormente escolhido por você, pois se trata de recirculação da peçonha.

(D) Iniciar corticóide, pois se trata reação alérgica ao soro anti-peçonha.

(E) Iniciar antibioticoterapia, pois se trata de infecção secundária no local de inoculação, complicação mais comum após acidente por animal peçonhento.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer a reação imune tipo 3
- ✓ Reconhecer os efeitos adversos dos imunobiológicos
- ✓ Reconhecer a clínica da doença do soro
- ✓ Reconhecer o tratamento da doença do soro
- ✓ Reconhecer os efeitos da peçonha e correlacioná-los com a situação apresentada

JUSTIFICATIVA:

A doença do soro (DS) é definida como uma reação de hipersensibilidade tipo 3 mediada por imunocomplexos, com subsequente ativação de complementos. Pode ser causada por exposição a soro heterólogo, ou certa droga. A deposição desses complexos imunes no tecido, por sua vez, pode resultar em uma lesão tissular decorrente da ativação do complemento. A urina espumosa traduz a proteinúria que faz parte dos comemorativos clínicos da doença do soro.

46. Dr. Antônio atende na UBSF o Sr. Epitácio, 60 anos de idade, queixando-se de uma lesão em antebraço direito que “não fica boa nunca”. Inicialmente queimava e coçava, mas agora não mais. Dr. Antônio examina a lesão com o seguinte aspecto: bordas elevadas e eritematosas (Fig.12)



Figura 12

Após examinar, Dr. Antônio pergunta a você qual seria seu próximo passo diante desta situação.

- (A) Prescrever antifúngico tópico e solicitar glicemia de jejum
- (B) Realizar biópsia da lesão e iniciar antifúngico tópico
- (C) Realizar o teste do monofilamento e acuidade visual com a tabela de Snellen**
- (D) Encaminhar ao dermatologista e iniciar teste terapêutico com corticóide tópico.
- (E) Prescrever antifúngico oral por 4 semanas, caso não melhore, biopsiar a lesão

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar lesão hanseníase
- ✓ Conduzir um caso suspeito de hanseníase
- ✓ Realizar o diagnóstico diferencial das lesões provocadas por hanseníase

JUSTIFICATIVA:

Trata-se de um caso suspeito de Hanseníase. Os principais sinais e sintomas da doença são:

- Manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade (a pessoa sente formigamentos, choques e câimbras que evoluem para dormência - se queima ou machuca sem perceber);
- Pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas ;
- Diminuição ou queda de pêlos, localizada ou difusa, especialmente sobranceiras;
- Falta ou ausência de sudorese no local - pele seca.

As lesões da hanseníase geralmente iniciam com hiperestesia - sensação de queimação, formigamento e/ou coceira - no local, que evoluem para ausência de sensibilidade e, a partir daí, não coçam e o paciente refere dormência - diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor e/ou

ao tato - em qualquer parte do corpo. O diagnóstico de caso de hanseníase na atenção básica de saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele

com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Para realizar ações de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e alta na hanseníase são importantes alguns materiais, tais como:

- Materiais para testar a sensibilidade, tais como o conjunto de monofilamentos de náilon de Semmes – Weinstein (estesiômetros), chumaços de algodão, tubos com água quente e fria, caneta esferográfica e tabela de Snellen

47. Após a consulta Dr. Antônio lhe informa que a doença que acomete o Sr. Epitácio tem uma alta prevalência no Brasil. Você discute esta informação e diz que isto pode ser consequência de:

- (A) Melhoria dos níveis de condições de vida e de desenvolvimento socioeconômico.
- (B) Diminuição dos números de novos casos pelo avanço de recursos de novos exames complementares
- (C) Aumento do número de casos tratados, impactando na progressão da doença.
- (D) Novos medicamentos mais eficazes no tratamento e com menos efeitos colaterais, diminuindo o abandono do tratamento.
- (E) Deficiências operacionais dos serviços de saúde para diagnosticar, tratar e curar os casos ocorridos anualmente.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Interpretar o significado de prevalência e correlacionar este conceito com a situação de saúde apresentada.

JUSTIFICATIVA:

Taxas elevadas de prevalência de hanseníase refletem, em geral, baixos níveis de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde.

Indicam deficiências operacionais dos serviços de saúde para diagnosticar, tratar e curar os casos ocorridos anualmente.

48. Você atende durante a atividade “Consultório na Rua”, promovida pela UBSF, Aldo, 15 anos de idade, usuário de crack, com quadro de síndrome desintérica crônica intermitente, associada a dor abdominal e tenesmo. Ele concorda em acompanhar você até à UBSF, a fim de ser examinado. Lá você constata a seguinte alteração (Fig. 13):



Figura 13

Considerando a situação de saúde acima qual o diagnóstico etiológico mais provável

- (A) Infestação por *Trichuris trichiura*, solicitar exame parasitológico de fezes e iniciar albendazol
- (B) Linfoma associado ao HIV. Solicitar anti-hiv e biopsia da lesão
- (C) Infestação por *Enterobius vermicularis*. Solicitar exame parasitológico de fezes e iniciar itraconazol
- (D) Trauma esfinteriano. Indicar cirurgia para confecção de colostomia
- (E) Tumor de ampola retal. Solicitar colonoscopia

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer prolapso retal
- ✓ Reconhecer a associação de prolapso retal com infestação de *T. trichiuria*
- ✓ Conhecer as causas de prolapso retal

JUSTIFICATIVA:

Trata-se de um caso de infestação de *T. trichiuria*, caracterizado por síndrome desintérica crônica, tenesmo e dor abdominal, associado a prolapso retal.

49. Ainda considerando a situação de saúde da questão anterior, qual seria a medida de prevenção primária mais eficaz?

- (A) Profilaxia com antihelmíntico
- (B) Uso de preservativos e não compartilhar seringas
- (C) Abster-se do crack

- (D) Reconstrução do assoalho pélvico
- (E) Cuidados com a higiene pessoal

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conceituar prevenção primária e contextualizar com a situação de saúde descrita.

JUSTIFICATIVA:

50. Na semana seguinte, você atende na mesma UBSF Shirlei, 16 anos, namorada de Aldo e também usuária de crack. Apresenta amenorréia e lhe entrega uma ultrassonografia realizada há duas semanas revelando gravidez compatível com quatro semanas. A partir daí qual sua melhor atitude?

- (A) Programar ultrassonografia mensal por se tratar gravidez passível de complicação.
- (B) Realizar normalmente o prenatal de baixo risco
- (C) Encaminhar Shirlei para o profissional da área de saúde bucal, já que se trata de gestação de alto risco**
- (D) Realizar amniocentese na 30ª semana, pois há risco de mal formação fetal
- (E) Realizar ecocardiograma feta na 12ª semana de gestação, pois há risco de cardiopatia fetal

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conceituar conceituar gravidez de alto risco
- ✓ Conduzir o pré natal de alto risco
- ✓ Conhecer os fatores para gestação de alto risco

JUSTIFICATIVA:
