

Questões comentadas Revalida 2017

Questões objetivas

Prova azul (versão 1): 1

Prova vermelha (versão 2): 2

Uma mulher de 23 anos comparece à consulta com seu médico na Unidade Básica de Saúde 5 semanas após o nascimento do 1º filho. Tem história prévia de depressão maior grave no final da adolescência, com duração de cerca de 1 ano e remissão espontânea. Neste momento, relata sentir-se muito culpada, vazia e com baixa autoestima, especialmente por estar com dificuldades em lidar com o bebê. Informa que a gestação não foi planejada e que não tem apoio da família. Ao ser questionada, afirma estar triste quase todo o tempo nas últimas 3 semanas, que não consegue dormir, mesmo quando o bebê descansa, e que sente muita irritabilidade, fadiga e diminuição do apetite. Nesse caso, o diagnóstico e a conduta adequada para a paciente são, respectivamente:

- a) psicose pós-parto; prescrever antipsicóticos
- b) transtorno afetivo bipolar; indicar psicoterapia e estabilizador do humor
- c) melancolia pós-parto ou “*baby blues*”; convocar a família da paciente e dar orientações pertinentes
- d) depressão pós-parto; indicar psicoterapia e/ou prescrever inibidor seletivo da recaptação de serotonina

Comentário: A depressão pós-parto tem seu início entre a 4ª e a 6ª semanas após o parto. Geralmente se manifesta por um conjunto de sintomas como irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade e sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações. O tratamento é realizado com psicoterapia e/ou antidepressivos. Não há sintomas psicóticos (delírios, alucinações) para pensar em psicose pós-parto. Não há histórico de oscilação de humor ou fases anteriores de mania para pensar em transtorno afetivo bipolar.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 2

Prova vermelha (versão 2): 3

Um homem de 65 anos encontra-se internado no hospital no pós-operatório imediato de uma herniorrafia inguinal à direita. Seus exames pré-operatórios apresentaram-se sem alterações. Às 2 horas da madrugada, a técnica de enfermagem recorre ao médico plantonista, pois o paciente é encontrado nu, recusa-se a colocar novamente as roupas, fala coisas sem sentido e não reconhece o familiar que o acompanha. Sua cirurgia foi realizada na manhã anterior, sem intercorrências, tendo ele recebido meperidina após o procedimento cirúrgico e metoclopramida devido a náuseas. Não se alimentou o dia todo e, ao exame físico, não se apresentaram alterações. O exame do seu estado mental mostra desorientação; ele não atende pelo nome e não sabe onde está, além de estar hipotenaz e um pouco sonolento. Diante desse quadro, o médico plantonista deve:

- a) prescrever um benzodiazepínico intravenoso para a sedação do paciente e avaliar complicações pós-operatórias
- b) avaliar a necessidade das medicações em uso, colocar o paciente em um quarto com boa iluminação e prescrever um antipsicótico, se constatada agitação psicomotora
- c) conter fisicamente o paciente e iniciar sedação com midazolam intravenoso, enquanto aguarda avaliação psiquiátrica
- d) manter conduta expectante, dado que esses quadros regridem espontaneamente em poucas horas, e prescrever um benzodiazepínico, se constatada agitação psicomotora

Comentário: O paciente desenvolve quadro de *delirium* no pós-operatório, com alteração aguda, súbita do nível de consciência, agitação psicomotora. Possivelmente trata-se de um *delirium* medicamentoso. Nas situações de agitação psicomotora e *delirium*, o recomendado são os antipsicóticos, como o haloperidol, e não os benzodiazepínicos, como sugerem as outras alternativas.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 3

Prova vermelha (versão 2): 1

Uma mulher de 38 anos procurou atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar, há 4 meses, ganho de peso, fadiga, sonolência excessiva e irritabilidade. A paciente relata sentir-se muito triste, desanimada e com baixa autoestima. Ao exame físico, apresentou frequência cardíaca = 58bpm, pele seca e áspera e edema palpebral bilateral. Os demais aspectos do exame físico estavam inalterados. Os resultados dos exames solicitados indicaram dosagem sérica de hormônio tireoestimulante (TSH) = 34mUI/L (valor de referência: 0,45 a 4,5mUI/L), tendo sido repetidos e confirmado o resultado, tiroxina sérica (T4 livre) = 0,3ng/dL (valor de referência: 0,7 a 1,8ng/dL). Diante desse quadro, foi iniciado tratamento com levotiroxina 100µg/d. Após 6 semanas, foi solicitada a repetição dos exames com os seguintes resultados: TSH = 2,5mUI/L e T4 livre = 1,2ng/dL. Nessa ocasião, a paciente referiu melhora quase completa dos sintomas apresentados. Cinco meses depois, essa paciente volta à UBS para consulta expondo a suposição de que a tireoide piorou de novo. Afirma estar tomando corretamente sua medicação. Novos exames realizados nessa ocasião indicam TSH = 2,3mUI/L e T4 livre = 1,2ng/dL. Questionada, a paciente informa apresentar muita tristeza, desânimo, falta de concentração e fadiga. Ao exame físico, constata-se que não houve ganho de peso e que não há alteração na tireoide da paciente. Nessa situação, a conduta adequada é:

- a) informar à paciente que seu quadro clínico é compatível com tireotoxicose e que a dosagem do seu medicamento deverá ser reduzida; agendar retorno em 6 meses para a reavaliação de TSH
- b) informar à paciente a necessidade de aumentar a dose de levotiroxina até a resolução completa dos sintomas, independentemente dos valores de TSH e T4 livre; agendar retorno em 6 meses para reavaliação de TSH
- c) fazer a avaliação para transtorno depressivo como diagnóstico diferencial e, caso confirmado, discutir o início de tratamento para essa nova comorbidade; manter acompanhamento dos níveis séricos de TSH
- d) informar à paciente que, mediante os indícios de que a terapia com levotiroxina não está sendo efetiva, faz-se necessário estender a investigação, procedendo-se à realização de biópsia da tireoide com agulha fina

Comentário: A glândula tiroide é regulada pelo hormônio estimulador da tiroide (TSH), que é sintetizado e secretado pela glândula pituitária anterior. Hormônios tireoidianos exercem um *feedback* negativo em pacientes com um eixo hipotálamo-pituitário-tiroide intacto, assim controlam o metabolismo da glândula tiroide. A diminuição na produção de hormônios da tiroide estimula a secreção de mais TSH. No caso, temos uma paciente em que exames laboratoriais evidenciam T4 livre abaixo do valor de referência e TSH aumentado, valores explicados pelo *feedback* descrito. Em relação a clínica, podemos encontrar, nesses casos, bradicardia, reflexo aquileu lentificado, pele grossa e seca, fraqueza, letargia, fala lenta, edema de pálpebras, sensação de frio, diminuição da sudorese, pele fria, macroglossia, edema facial, cabelo seco e sem brilho, aumento da área cardíaca (ao raio x), palidez de pele, perturbações da memória, constipação, ganho de peso, perda de cabelo, dispnéia, edema periférico, rouquidão, anorexia, nervosismo, menorragia, surdez, palpitações, abafamento de bulhas cardíacas, dor precordial, e baixa acuidade visual, entre muitos outros. Porém a paciente foi tratada com medicação de escolha (levotiroxina) e seus exames laboratoriais apresentaram-se, após 6

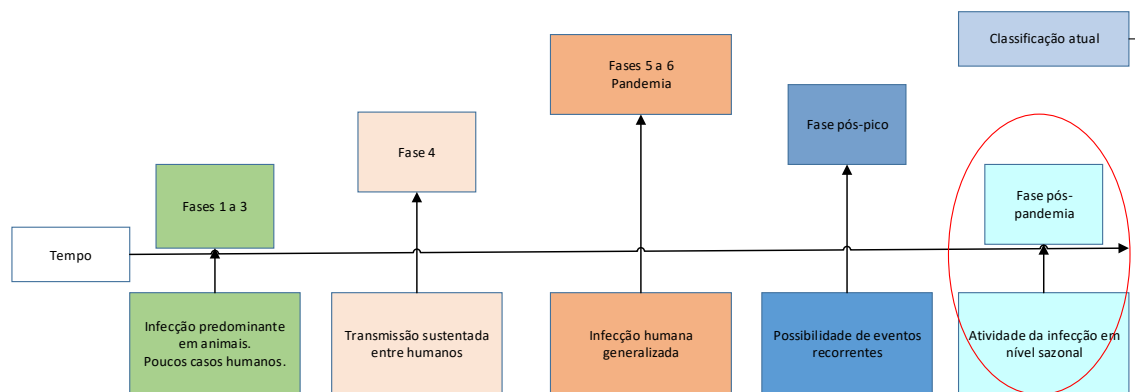
semanas de uso correto da medicação, dentro do valor de normalidade. Esse novo quadro apresentado pela paciente não configura um tratamento inadequado ou persistência dos sintomas pelo hipotireoidismo, devendo-se realizar uma investigação adicional para outra patologia para diagnóstico diferencial; no caso, o transtorno depressivo.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 4

Prova vermelha (versão 2): 5

A Figura a seguir representa as fases da *influenza* pandêmica de 2009 estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, a fase de alerta pandêmico para H1N1 é a de pós-pandemia.



Considerando a Figura e as informações apresentadas, assinale a alternativa correta sobre o estado de preparação e resposta à pandemia de H1N1:

- na fase 3, a transmissão direta de pessoa a pessoa do vírus recombinante já é suficiente, segundo a OMS, para sustentar surtos em comunidades
- na fase 4, a OMS realiza o desenvolvimento e a distribuição de insumos voltados para a produção de vacinas específicas para controle da pandemia
- na fase 5, a maioria dos países está sob risco de ocorrência dessa doença e, por essa razão, ela é considerada como pandêmica pela OMS
- na fase 6, a OMS agiliza todo o processo de revisão da disseminação do vírus, por meio de transmissão direta, para controle da pandemia

Comentário: Sobre as fases:

- Fases 1 a 3: infecções predominantemente em animais: poucas infecções humanas.
- Fase 1: não há registros de nenhum vírus de gripe animal circulando entre animais que cause infecções em animais;
- Fase 2: sabe-se que um vírus de gripe animal causou infecção em humanos e, portanto, é uma ameaça pandêmica potencial;
- Fase 3: vírus de gripe animal ou humano-animal causa casos esporádicos ou grupo de casos em pessoas, mas não há transmissão entre humanos, exceto em circunstâncias específicas.
- Fase 4: transmissões significativas entre humanos de um vírus de gripe capaz de provocar surtos em comunidades.
- Fases 5 e 6: pandemia – infecção humana em larga escala.
- Fase 5: o mesmo vírus causa surtos significativos em comunidades em 2 ou mais países em uma região.

"Enquanto a maioria dos países não será afetada por este nível, a declaração da fase 5 é um sinal forte de que uma pandemia é iminente e que o tempo para finalizar a organização, comunicação e implementação de medidas de alívio é curto".

- Fase 6: o vírus causa surtos significativos em comunidades em mais de uma região.

"A designação desta fase indicará que uma pandemia global está a caminho".

- Pós-pico: possibilidade da repetição de eventos. Níveis pandêmicos caindo abaixo dos registrados no auge, mas países precisam estar preparados para uma segunda fase.
- Pós-pandemia: registro de doenças em níveis sazonais.

Gabarito = B

Passível de recurso

Na fase 4 há uma transmissão sustentada entre humanos, quando se trabalha para desenvolvimento de vacinas, mas as vacinas não são específicas para controle da pandemia, uma vez que essa ainda não ocorreu. A questão está mal redigida: ao invés de pandemia deveria ser colocada doença na alternativa. A alternativa “c” seria melhor, mas a doença é considerada pandêmica quando ocorre em várias nações, extrapolando os limites de países (2 ou mais), e não quando a maioria dos países está sob risco de ocorrência, como diz a questão. Na fase 6 a pandemia já está controlada, então alternativa “d” não procede.

Prova azul (versão 1): 5

Prova vermelha (versão 2): 6

Uma criança de 4 anos, cujos pais são diagnosticados com tuberculose pulmonar, está em acompanhamento em Unidade Básica de Saúde. Ela apresenta cartão vacinal completo, crescimento e desenvolvimento adequados e está assintomática. Realizou radiografia de tórax, que não apresentou alteração, e o teste tuberculínico (PPD), que apresentou enduração de 5mm. Considerando-se o quadro clínico dessa criança, o tratamento da tuberculose latente (quimioprofilaxia):

- a) deverá ser realizado, pois ela apresenta enduração do PPD de 5mm e ausência de tuberculose
- b) não deverá ser realizado, pois a presença dessa enduração está relacionada à vacina BCG
- c) deverá ser realizado, pois os pais são bacilíferos e estão em tratamento para tuberculose
- d) não deverá ser realizado, pois, para isso, a enduração deveria ser de pelo menos 10mm

Comentário: De acordo com o fluxograma proposto pelo ministério da saúde para investigação e tratamento dos contatos de pacientes com tuberculose, crianças abaixo de 10 anos que estão assintomáticas devem ser submetidas a radiografia de tórax e Prova Tuberculínica (PT). A PT é considerada com critério de infecção latente (ILTB) quando é $\geq 5\text{mm}$ em criança não vacinada com BCG, em vacinadas há mais de 2 anos ou com alguma condição de imunossupressão. A criança em questão tem 4 anos e esquema vacinal completo, o que significa que recebeu a BCG logo após o nascimento. Como sua radiografia de tórax é normal, a alteração de PT indica necessidade de tratamento para ILTB e não preenche critério para tratamento da tuberculose (doença). O tratamento para ILTB deve ser feito com isoniazida por 6 meses.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 6

Prova vermelha (versão 2): 4

Uma mulher de 32 anos, no 5º dia de puerpério de parto normal, retorna à maternidade com queixa de dor intensa na panturrilha esquerda. Nega febre, e, ao exame físico, observam-se varizes em membros inferiores bilateralmente, panturrilha esquerda empastada com edema e aumento da temperatura local. Diante desse quadro, a conduta adequada é recomendar:

- a) internação, repouso no leito, manutenção dos membros inferiores elevados e calor local
- b) internação, repouso no leito, realização de exame de ultrassonografia com *Doppler* e terapia anticoagulante
- c) repouso no domicílio, uso de meia elástica e orientação para retorno, caso não haja melhora em 2 dias
- d) repouso no domicílio, tratamento com anti-inflamatórios não hormonais e controle semanal com resultados de hemograma e coagulograma

Comentário: O puerpério é uma condição pró-trombótica decorrente de modificações no organismo materno que visam a diminuir hemorragias no período periparto (atividade fibrinolítica no plasma diminuída, nível de fibrinogênio plasmático elevado, aumento dos fatores

de coagulação VII, VIII, IX e X, estase venosa pela compressão uterina e modificações hormonais). Contudo, tais modificações elevam o risco de evento tromboembólico. O quadro clínico desta paciente é característico de uma Trombose Venosa Profunda (TVP). A TVP caracteriza-se por formação aguda de trombos em veias do sistema profundo e acomete mais comumente os membros inferiores. Para o desenvolvimento da TVP é necessária a presença de pelo menos 1 das seguintes alterações: da parede vascular (lesão endotelial), do fluxo sanguíneo (estase sanguínea) e dos componentes do próprio sangue (hipercoagulabilidade), que caracterizam a tríade de Virchow. A TVP de membros inferiores cursa com dor, edema, empastamento muscular, aumento da cianose e dilatação das veias superficiais, localizada geralmente na panturrilha ou na coxa. O tratamento hospitalar é imperioso e objetiva evitar a migração do trombo para a circulação sistêmica e um tromboembolismo pulmonar. O diagnóstico de TVP envolve anamnese e exame físico, porém deve ser complementado. O ecodoppler é o método complementar mais empregado (alta sensibilidade e especificidade, pouco invasivo e baixo custo) quando comparado à dosagem do D-dímero, a flebografia e a angioressonância magnética. O tratamento da TVP de membros inferiores é clínico e consiste na elevação do membro, repouso no leito e a anticoagulação sistêmica (heparina e anticoagulantes orais).

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 7

Prova vermelha (versão 2): 8

Uma mulher de 72 anos foi atendida na sala de emergência de um hospital por apresentar quadro de dor abdominal com 24 horas de evolução. Ao exame físico, a paciente estava em bom estado geral, afebril, com frequência cardíaca = 88bpm e pressão arterial 150x95mmHg, e seu abdome apresentava-se doloroso à palpação em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizada uma tomografia de abdome, que evidenciou quadro de diverticulite aguda, com imagem sugestiva de abscesso de 1,5cm de diâmetro junto à parede do sigmoide e ausência de pneumoperitônio. Diante desse quadro, a conduta adequada é:

- a) exploração cirúrgica e antibioticoterapia
- b) jejum, hidratação e antibioticoterapia
- c) drenagem percutânea do abscesso
- d) jejum, colonoscopia e biópsia

Comentário: A questão descreve uma paciente de 72 com apresentação típica de diverticulite aguda, confirmada por tomografia, sem sinais de complicações, sem peritonite difusa, estável hemodinamicamente. O estudo tomográfico descreve um abscesso pericólico de 1,5cm, compatível com Hinchey I. As diverticulites agudas tipo Hinchey I devem ser tratadas clinicamente. Esse pequeno abscesso de 1,5cm e pericólico não tem indicação de drenagem, inclusive pode ser um procedimento difícil e arriscado, com risco de lesão de alças intestinais pois a coleção é muito pequena. As punções para drenagem percutânea podem ser realizadas para as diverticulites Hinchey II, com abscesso a distância, geralmente >5cm. Os tratamentos cirúrgicos na diverticulite são reservados para os tipos Hinchey III e IV.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 8

Prova vermelha (versão 2): 9

Uma mulher de 50 anos procura atendimento médico na Unidade Básica de Saúde, com queixa de astenia progressiva há 3 meses. Ela nega quaisquer outros sintomas e afirma não fazer uso de qualquer medicação. Está na menopausa há 2 anos, sem apresentar sangramento transvaginal. Não há relato de comorbidades ou de histórico familiar de diabetes, hipertensão ou neoplasias. No exame físico da paciente, o único achado é palidez, com mucosas hipocoradas (++)/4+. O hemograma solicitado mostrou: hemoglobina = 9g/dL (valor de referência: 12 a 14g/dL), hematócrito = 27%, (valor de referência: 36 a 42%), VCM = 65fL (valor

de referência: 80 a 100fL), HCM = 20pg (valor de referência: 27 a 32pg), RDW = 19% (valor de referência: 11,5 a 15%); leucograma e plaquetas normais. Com base nos achados, a conduta inicial para complementação da investigação diagnóstica dessa paciente é solicitar:

- a) mielograma
- b) dosagem de ácido fólico
- c) dosagem de vitamina B12
- d) pesquisa de sangue oculto nas fezes

Comentário: Diante um quadro de anemia devem-se interpretar os índices eritrocitários para nortear sua etiologia. Nesse caso, temos uma anemia hipocrômica microcítica – VCM, HCM e CHCM diminuídos e RDW aumentado. Causas: anemia por deficiência de ferro ou anemia por alterações no metabolismo do ferro (anemia sideroblástica), alterações na síntese de hemoglobina: talassemias, anemia de doença crônica. Nesse quadro clínico, deve-se pesquisar deficiência de ferro: perdas sanguíneas (gastrointestinais, menstruais), dieta deficiente, absorção diminuída, necessidade aumentada (gravidez, lactação) e hemoglobinúria, e, portanto, realizar pesquisa de sangue oculto nas fezes. Sempre pode haver perda de sangue oculto nas fezes e, nesse caso, estaria indicada endoscopia digestiva alta e colonoscopia para investigação. Como esses exames não existem no enunciado da questão, a resposta correta é pesquisa de sangue oculto nas fezes (lembrando que ela pode ser falso negativa).

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 9

Prova vermelha (versão 2): 7

Um lactente de 2 anos encontra-se em atendimento no ambulatório de Pediatria por estar apresentando, há 2 dias, dor à manipulação do ouvido direito e febre (38°C). A mãe relata que a criança frequenta creche desde os 4 meses de idade, quando deixou de ser amamentado e teve o 1º episódio de otite média aguda. Este é o 5º episódio em 1 ano, e o último ocorreu há pouco mais de 1 mês. Entre os episódios agudos, não se observou efusão. As vacinas do paciente estão em dia. Ao exame físico, apresenta membrana timpânica amarelada e opacificada, com efusão em ouvido médio direito. De acordo com o quadro clínico descrito, a principal hipótese diagnóstica é:

- a) otite média aguda com resistência bacteriana
- b) otite média crônica colesteatomatosa
- c) otite média aguda recorrente
- d) otite média crônica serosa

Comentário: Trata-se de uma criança de 2 anos que frequenta a creche desde os 4 meses, quando foi também suspenso o aleitamento materno. A partir de então apresenta diversas infecções respiratórias altas. A Otite Média Aguda (OMA) recorrente se caracteriza por 3 episódios de OMA num período de 6 meses ou por 4 episódios de OMA num período de 1 ano, sendo o último episódio ocorrido nos últimos 6 meses. O paciente se apresenta com febre, dor a manipulação da orelha e efusão em orelha média, o que sugere o quadro de infecção. Fatores como aleitamento materno inferior a 6 meses e frequentar creche aumentam a chance de infecção e de recorrência da OMA.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 10

Prova vermelha (versão 2): 11

Um homem de 45 anos, casado, procura a Unidade Básica de Saúde queixando-se de que há 6 meses tem sentido cansaço e fadiga progressivos, com cefaleia intermitente, embaçamento visual e vertigem. Relata que há 9 meses mudou de emprego e, atualmente, trabalha em posto de gasolina. No prontuário do paciente, observa-se que houve diagnóstico anterior de anemia, tendo-lhe sido prescrito sulfato ferroso por 3 meses. Com relação a esse episódio, o paciente refere ter aderido ao tratamento, sem melhora da sintomatologia. Ao exame físico não são

encontradas alterações adicionais. Foi-lhe solicitado novo hemograma e agendado retorno após uma semana, quando o paciente trouxe o exame com os seguintes resultados:

Exame	Valores absolutos	Valores relativos	Faixa normal homem
Hemoglobina (g/gL)	10	--	13-5 – 17,5
Hematócrito (%)	29	--	40 – 51
VCM (fL)	100	--	80 – 100
Leucócitos (/mm ³)	3.000	--	3.600 – 11.000
Reticulócitos (%)	1,8	--	0,5 – 1,5
Neutrófilos bastonetes (/mm)	610	2%	0 – 1.000 (0,5%)
Neutrófilos segmentados (/mm)	1.200	40%	1.200 – 2.100 (40 – 70%)
Linfócitos (/mm)	1.000	33%	1.000 – 4.500 (20 – 50%)
Monócitos (/mm)	150	5%	100 – 1.000 (3 – 14%)
Eosinófilos (/mm)	30	1%	0 – 500 (0 – 7%)
Basófilos (/mm)	10	0,3%	0 – 200 (0 – 3%)
Plaquetas (/mm)	100.000	--	150.000 – 350.000
Ferro sérico (µg/dL)	100	--	60 – 150
Ferritina sérica (ng/mL)	250	--	29 – 248
TIBC (µg/dL)	290	--	250 – 360
Saturação transferrina (%)	34	--	30 – 40

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico e o plano terapêutico adequados são:

- benzenismo; afastar o paciente do trabalho e realizar 2 hemogramas com intervalo de 15 dias
- intoxicação por organofosforados; afastar o paciente do trabalho e referenciar o caso ao neurologista
- síndrome mielodisplásica; solicitar novo hemograma em 7 dias e encaminhar o paciente ao hematologista
- anemia aplásica; encaminhar o paciente ao serviço de pronto atendimento com uma emergência médica

Comentário: O diagnóstico de benzenismo é eminentemente clínico e epidemiológico, fundamentando-se na história de exposição ocupacional e na observação de sinais e sintomas. Embora a exposição ambiental ao benzeno seja importante, a magnitude da exposição ocupacional é mais acentuada que na população em geral. Assim, trabalhadores de cadeias de extração e refino do petróleo, siderúrgicas, indústrias petroquímicas, postos de gasolina e oficinas mecânicas são considerados grupos de risco para o desenvolvimento de benzenismo, um quadro de manifestações clínicas tipicamente associado à exposição prolongada ao benzeno. O benzeno é irritante aos olhos, nariz, pele e garganta. Dependendo da quantidade absorvida, ele pode provocar dores de cabeça, tontura, tremores, sonolência, náuseas, taquicardia, falta de ar, convulsões, perda de consciência, coma e morte. Além disso, a exposição crônica ao benzeno é capaz de provocar alterações na medula óssea e no sangue, levando à anemia, hemorragias, leucopenia e outros danos no sistema imunológico. Segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), o benzeno é comprovadamente cancerígeno para seres humanos, causando linfomas e leucemias (sobretudo Leucemia Mieloide Aguda – LMA), entre outros tipos de câncer.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 11

Prova vermelha (versão 2): 10

Uma mulher de 34 anos, gesta 3, para 2, cesáreas 2, com idade gestacional de 37 semanas e diagnóstico de placenta prévia centroparcial, chega à maternidade com queixa de

sangramento vaginal vermelho-vivo, em moderada quantidade. Ao exame físico, apresenta PA = 110x70mmHg, FC = 80bpm, batimentos cardíacos = 132bpm e dinâmica uterina de 2 contrações de 30 segundos em 10 minutos de observação. Nesse caso, a principal complicação e o exame indicado são:

- a) coagulopatia; coagulograma
- b) prematuridade, amnioscopia
- c) acretismo placentário; ultrassonografia com *Doppler*
- d) deslocamento prematuro de placenta; ultrassonografia do ventre

Comentário: A placenta prévia é aquela que se insere parcial ou totalmente no segmento inferior do útero após a 28ª semana de gestação. É assim classificada: placenta centrototal (oclui totalmente o orifício interno do colo uterino), placenta centroparcial (recobre parcialmente o orifício interno), placenta marginal (atinge a borda do orifício interno) e placenta lateral (atinge o segmento inferior, porém distal). Frequentemente, a placenta prévia se apresenta como hemorragia genital sem causa aparente, indolor, de coloração vermelho-viva, com início e cessar súbitos em episódios que se repetem e se agravam. A associação ao acretismo placentário é usualmente encontrada: de 1 a 5% dos casos de placenta prévia estão associados ao acretismo placentário. Em gestações abaixo de 37 semanas, deve-se internar a gestante sintomática na tentativa de controlar o sangramento. Nesse período, deverá ser realizado controle dos sinais vitais maternos e avaliação da vitalidade fetal, assim como da possibilidade de acretismo placentário associado. A ultrassonografia obstétrica com *Doppler* é o método de escolha para a avaliação inicial da placenta (pode ser complementada com ressonância magnética da pelve, nos casos de suspeita de incretismo ou percretismo) e avaliação fetal.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 12

Prova vermelha (versão 2): 13

Um homem de 28 anos deu entrada em um pronto-socorro hospitalar, queixando-se de dor no quadrante inferior direito do abdome, com irradiação para região lombar ipsilateral, com tempo de evolução de 2 dias, acompanhada de febre (38,2°C), disúria e diarreia. Ao exame físico, apresenta sinais de Blumberg e Rovsing positivos. Foram solicitados alguns exames complementares, cujos resultados são: leucócitos = 15.000/mm³ (valor de referência 4.000 a 11.000/mm³) com 22% de bastonetes (valor de referência 0 a 4%); radiografia abdominal sem alterações significativas; ultrassonografia abdominal cujo laudo indicou apêndice cecal de 8mm de diâmetro e observação para considerar a hipótese de apendicite, de acordo com os critérios clínicos. O cirurgião de plantão, suspeitando de apendicite aguda, indicou cirurgia com incisão em quadrante inferior direito. Durante o inventário cirúrgico, identificou-se um apêndice cecal de aspecto normal, sem alterações macroscópicas e sem exsudações periapendiculares. Considerando essa situação, a conduta cirúrgica adequada no período intraoperatório é:

- a) realizar a inspeção da cavidade, esperar o paciente acordar e discutir com a família a realização da apendicectomia
- b) não realizar apendicectomia, pois não há evidência de inflamação e os riscos não justificam a remoção do apêndice
- c) realizar apendicectomia, caso a inspeção da cavidade seja negativa para outras patologias intra-abdominais
- d) realizar apendicectomia, mesmo que seja encontrada outra patologia intra-abdominal

Comentário: Os pacientes submetidos a incisão em quadrante inferior direito (a mais clássica delas conhecida como Mc Burney) devem ser apendicectomizados mesmo após excluída afecção do apêndice cecal, tendo sido encontrada e tratada outra patologia abdominal ou não. Se esse paciente não tiver o seu apêndice ressecado e vier a ter uma apendicite no futuro, vai causar uma dúvida durante o seu atendimento, pois haverá uma incisão de McBurney e o médico vai julgar que ele já é apendicectomizado, levando a prejuízo para o paciente com atraso na cirurgia.

Caso esse paciente da questão tivesse sido operado por videolaparoscopia, a alternativa “c” estaria correta, devendo ser realizada apendicectomia, caso a inspeção da cavidade seja negativa para outras patologias intra-abdominais. Porém na questão foi feita incisão no quadrante inferior direito, portanto deve retirar o apêndice de qualquer forma. Lembrando que é aceitável até 10% de indicações de apendicectomia em homens onde o achado intraoperatório não confirma apendicite aguda. Nesses casos, o apêndice cecal deve ser retirado.

Gabarito = D

Passível de recurso

Na prática, tanto a “c” quanto “d” estão corretas. A única justificativa para a alternativa “d” estar incorreta seria o fato do cirurgião, com a incisão que foi feita, não conseguir inspecionar a cavidade. Não está totalmente incorreta, mas permite o recurso.

Fontes: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=168

Sabiston: Tratado de Cirurgia, 20a ed

Prova azul (versão 1): 13

Prova vermelha (versão 2): 14

Uma mulher de 66 anos foi encaminhada ao ambulatório de Hematologia de um hospital geral para investigação diagnóstica de pancitopenia. Em consulta, a paciente refere astenia progressiva nos últimos 3 meses e relata também que passou a apresentar, há 2 semanas, petéquias e gengivorragia. Diante disso, procurou atendimento médico, quando foi realizado hemograma completo que revelou anemia normocítica normocrômica, com baixa contagem de reticulócitos, leucopenia com diferencial normal e plaquetopenia. Um exame hematoscópico revelou presença de elevada porcentagem de dacriócitos (hemácias “em lágrima”). Nessa situação, qual o diagnóstico mais provável da paciente e que exame complementar deve ser solicitado para sua confirmação?

- a) mielofibrose; biopsia de medula óssea
- b) leucemia mieloide aguda; aspirado de medula óssea
- c) mielodisplasia; citometria de fluxo de sangue periférico
- d) aplasia de medula óssea; sorologia para parvovírus B19

Comentário: Questão simples. Os dacriócitos são as famosas hemácias em lágrima. A regrinha é: “a medula chora, pois alguém a invadiu...”. E quem invade a medula? Tumores, infecções, gordura/tecido fibrótico. Ora, nesse cenário fica fácil. A mielofibrose é causa clássica de surgimento de dacriócitos. Numa análise mais detalhada, ocorrem por eritropoese extramedular, já que a medula está insuficiente – às vezes pode ocorrer na anemia hemolítica e talassemia.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 14

Prova vermelha (versão 2): 12

A segurança dos pacientes nos sistemas nacionais de saúde é uma importante preocupação mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Com relação a esse tema, é correto afirmar que:

- a) a cultura da segurança é uma filosofia institucional que parte do pressuposto de que a notificação de erros durante a assistência prestada aos pacientes é a condição necessária ao desenvolvimento da política pública
- b) os chamados erros latentes são atos inseguros, cometidos por quem está atuando em contato direto com o sistema, enquanto erros ativos são atos ou ações evitáveis dentro do sistema a partir do processo de gestão
- c) o sistema de notificação de incidentes da segurança do paciente, para ser efetivo, deve apresentar características como: ser não punitivo, confidencial, independente e orientado para a solução dos problemas identificados

d) a formulação de planos de segurança para o paciente durante a prestação dos serviços de saúde demanda a criação de novos instrumentos para medir a segurança em cada estabelecimento médico

Comentário: A questão aborda o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que busca prevenir e reduzir eventos que geram danos ao paciente, como, por exemplo, administração incorreta de medicamentos ou quedas. Ele acontece a partir da notificação voluntária do profissional de saúde que cometeu o erro. A finalidade é incentivar a notificação do erro, com confidencialidade e sem punição, ainda que não isente de responsabilidade o agente que cometeu o erro.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 15

Prova vermelha (versão 2): 17

Um menino de 6 anos é internado em hospital para investigação de púrpura palpável, não pruriginosa, com lesões de tamanhos variados, acometendo, bilateralmente, região glútea e membros inferiores, incluindo planta dos pés. Há 1 mês, as lesões cutâneas vêm aparecendo em surtos com intervalos de 1 semana. A mãe nega rigidez matinal e relata que o quadro se iniciou com dor abdominal difusa, às vezes definida como periumbilical, em cólicas, com pesquisa de sangue oculto positiva nas fezes. A criança não apresenta febre, lesões de face ou mucosas, nem adenomegalias. Não houve uso de medicações antes do aparecimento dos sintomas. Ao exame, além da púrpura, apresenta edema e dor em joelhos e tornozelos. Entre os exames laboratoriais, foram evidenciados leucocitose discreta sem desvio à esquerda; anemia normocítica e normocrômica, sem reticulocitose; número de plaquetas levemente aumentado; velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa levemente elevadas, além de pesquisa de antinuclear (FAN) negativa. Exame simples de urina apresentou hematúria microscópica e proteinúria (+), anterior à internação, mas, no momento, o sedimento urinário está normal. De acordo com os dados clínicos e laboratoriais do paciente, o diagnóstico e o tratamento adequados são:

- a) doença de Kawasaki; gamaglobulina intravenosa e ácido acetilsalicílico
- b) lúpus eritematoso sistêmico juvenil; pulsoterapia com metilprednisolona
- c) púrpura de Henoch-Schönlein; prednisona
- d) artrite idiopática juvenil; ibuprofeno

Comentário: A púrpura de Henoch-Schönlein é a vasculite mais comum na infância e caracteriza-se por vasculite leucocitoclástica e depósitos de IgA nos pequenos vasos da pele, das articulações, do trato gastrointestinal e dos rins. Ocorre mais em homens do que em mulheres (1,2 a 1,8:1 de razão homem:mulher), cerca de 90% em crianças, usualmente entre 3 e 10 anos. A marca registrada da doença é o seu *rash*: púrpura palpável em áreas gravidade-dependentes, ou seja, principalmente nos membros inferiores e em pontos de pressão (nádegas).



Fonte: Nelson Textbook of Pediatrics, 20ª edição.

A artrite nos membros inferiores é comum (75% dos casos) e se resolve normalmente em 2 semanas, sem levar a deformidades. Manifestações gastrointestinais acontecem em até 80% das

crianças com púrpura de Henoch-Schönlein e incluem dor abdominal, vômitos, diarreia e melena. Raramente há isquemia mesentérica e perfuração intestinal. Envolvimento renal, por sua vez, ocorre em até 50% das vezes, com as seguintes manifestações: hematúria microscópica, proteinúria, hipertensão, síndrome nefrítica, síndrome nefrótica e, inclusive, insuficiência renal. Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) podem surgir em decorrência da hipertensão arterial ou da própria vasculite, ocorrendo no SNC. Os sintomas são hemorragia intracerebral, convulsões, cefaleias e mudança de comportamento. O diagnóstico é clínico e facilitado quando há *rash* típico. Seguem os critérios de classificação para a púrpura de Henoch-Schönlein são os seguintes:

1 - *American College of Rheumatology* (que pode ser usado em crianças e adultos):

- 2 dos seguintes critérios devem estar presentes:

- Púrpura palpável;
- Idade no início ≤ 20 anos;
- Angina intestinal (dor abdominal pós-prandial, diarreia com sangue);
- Biópsia demonstrando granulócitos intramurais nas arteríolas ou vênulas.

2 - Sociedade Europeia de Reumatologia Pediátrica (desenvolvido apenas para crianças):

- Púrpura palpável e 1 ou mais dos seguintes critérios:

- Dor abdominal;
- Artrite ou artralgia;
- Biópsia de tecido afetado demonstrando deposição de IgA;
- Envolvimento renal.

Para doença leve e autolimitada, o tratamento é de suporte, com hidratação, nutrição e analgesia. Usam-se os corticoides (prednisona) para tratar envolvimento gastrointestinal significativo ou outras alterações ameaçadoras à vida. E a prednisona reduz as dores abdominais e articulares, mas não altera o prognóstico nem previne a doença renal.

Gabarito = C

Passível de recurso

O gabarito refere-se ao diagnóstico com propriedade, porém, o uso da prednisona sem uma doença abdominal grave ou qualquer outra situação ameaçadora à vida é questionável. Um analgésico e uma observação clínica rigorosa seriam suficientes.

Fonte: Nelson Textbook of Pediatrics, 20ª edição (versão em inglês).

Prova azul (versão 1): 16

Prova vermelha (versão 2): 18

Uma mulher de 45 anos comparece ao ambulatório de Ginecologia com queixas de aumento do volume abdominal e irregularidade menstrual. Realiza ultrassonografia transvaginal que evidencia, no ovário direito, imagem anecoica, arredondada, com paredes finas, contornos regulares, limites bem definidos e septações grosseiras em seu interior, medindo 14x12cm em seus maiores diâmetros. Nesse caso, a conduta adequada é:

- a) iniciar tratamento clínico com anticoncepcional combinado e controle trimestral com ultrassonografia
- b) realizar marcadores tumorais e proceder a laparotomia com exame de congelação no intraoperatório
- c) acompanhar de forma expectante e reavaliar resultado de ultrassonografia após 2 meses
- d) realizar punção e drenagem do cisto, guiadas por ultrassonografia

Comentário: A maioria dos tumores ovarianos se apresenta, no momento do diagnóstico, como uma massa anexial, e estas podem ser agrupadas em 3 categorias: alterações funcionais (cistos foliculares, luteínicos e teca-luteínicos), tumores benignos e tumores malignos. As doenças benignas podem ser divididas em neoplásicas (cistoadenomas, teratomas maduros, fibromas e outros) e não-neoplásicas (endometriomas, abscessos túbulo-ovarianos, gravidez ectópica e outros). A diferenciação destes tumores exige o uso de exames complementares, visto que a história clínica, o exame físico e os antecedentes pessoais têm sensibilidade baixa no diagnóstico

de massas anexiais. A ultrassonografia é, sem dúvida, o melhor método pré-operatório, sendo a via transvaginal a que mais dá informações úteis para o diagnóstico diferencial. As características morfológicas úteis na predição de malignidade são: tumores volumosos (>8cm); áreas sólidas heterogêneas; eco interno heterogêneo; vegetações ou projeções intracísticas; cápsula espessa (3mm) e irregular; septos espessos (3mm). O *Doppler* pode nos trazer informações sobre a vascularização da lesão, sendo os baixos índices de resistência sugestivos de malignidade quando associados aos outros achados ultrassonográficos. A dosagem sérica de marcadores tumorais (CA-125, CEA, HCG e alfafetoproteína) também podem ser úteis no diagnóstico diferencial. A paciente da questão apresenta um tumor volumoso e com septações grosseiras, achados suspeitos de malignidade. Deve-se indicar uma laparotomia com ooforectomia à direita. O ovário deve ser encaminhado para o exame transoperatório de congelação. Caso o patologista confirme que o tumor tem comportamento maligno, deve-se proceder a cirurgia citorrredutora. Caso tenha comportamento benigno, a cirurgia deverá ser encerrada.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 17

Prova vermelha (versão 2): 15

Um homem de 48 anos, tabagista crônico e hipertenso, é admitido em um hospital para correção de aneurisma aortoilíaco esquerdo, com a utilização de prótese vascular. Durante a checagem de informações do protocolo de cirurgia segura, a conduta adequada do cirurgião assistente é:

- a) indicar antibioticoterapia e não profilaxia para minimizar o risco de infecção
- b) indicar antibioticoprofilaxia em cirurgia vascular porque há o uso de prótese
- c) indicar antibioticoprofilaxia em paciente porque há comorbidades
- d) não indicar antibioticoprofilaxia por tratar-se de cirurgia limpa

Comentário: As cirurgias vasculares para correção de aneurismas são cirurgias limpas, e necessitam de antibioticoprofilaxia, se acompanhadas de prótese. Cirurgias limpas são aquelas realizadas em tecidos em que não há micro-organismos e na ausência de processo infeccioso vigente. São também exemplos de cirurgia limpa as hernioplastias, as cirurgias do subcutâneo e os implantes de cateteres vasculares profundos.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 18

Prova vermelha (versão 2): 16

Uma mulher de 49 anos é encaminhada para o ambulatório de Oncologia, em razão de diagnóstico recente de adenocarcinoma de pulmão, com CA de pulmão não pequenas células em estágio IIIA (T3N1). A paciente nega qualquer história de tabagismo, cabendo ao médico fornecer-lhe, na consulta atual, informações sobre a sua doença e o tratamento ao qual será submetida. Assinale a alternativa que apresenta informações adequadas sobre a doença ou o tratamento a serem dadas pelo médico:

- a) a mudança recente da epidemiologia do câncer de pulmão revela que cerca de 50% dos casos ocorrem em pacientes que nunca fumaram
- b) a inclusão de cisplatina no seu tratamento deverá produzir-lhe uma expectativa de sobrevivência em 5 anos superior a 80%
- c) o tipo histológico que seria mais esperado no seu caso seria o carcinoma espinocelular, em razão do seu sexo
- d) o tratamento indicado para a paciente deve consistir em cirurgia e quimioterapia adjuvante

Comentário: Num olhar breve, pode até parecer que a questão fugiu à regra tradicional das provas de concursos médicos de não discutir o tratamento do câncer de pulmão. Ao contrário: mesmo abordando aspectos terapêuticos, explorou situações bem banais.

O cigarro sempre foi e dificilmente deixará de ser o grande fator de risco para câncer de pulmão – 95% dos casos estão associados ao tabagismo.

O que resolve câncer de pulmão é cirurgia – e, muitas vezes, nem ela é capaz de promover sobrevida dessa magnitude.

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum, o menos relacionado ao tabagismo, por isso podemos deduzir que, como as mulheres fumam menos do que os homens, é o tipo histológico mais frequente no sexo feminino.

Cirurgia e quimioterapia formam a receita-padrão no tratamento do câncer de pulmão. Exceção ocorre para os casos irresssecáveis, tipicamente T4, N3 e M1.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 19

Prova vermelha (versão 2): 21

Uma mulher de 32 anos procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de dores intensas nas articulações das mãos e dos pés associadas à rigidez matinal, com duração de cerca de 15 minutos e prejuízo funcional. Relata que os sintomas começaram há 3 meses, quando, ao passar as férias de verão em outro estado, apresentou quadro de febre alta, além de manchas vermelhas no rosto, nos braços e no tórax, as quais persistiram por cerca de 10 dias. Informa que não procurou atendimento médico na ocasião, passando a fazer uso de dipirona para alívio da dor, com melhora não satisfatória. O exame clínico atual evidencia edema e dor nas articulações interfalangianas distais, bilateralmente, e em tornozelos, não sendo observados, no momento, lesões de pele, mucosas ou nódulos subcutâneos. Os resultados do hemograma completo e do exame de urina de rotina revelaram-se normais. Diante desse quadro, quais são o diagnóstico e o tratamento adequado?

- a) osteoartrose; acetaminofeno
- b) artrite reumatoide; metotrexato
- c) *chikungunya*; hidroxicloroquina
- d) lúpus eritematoso sistêmico; prednisolona

Comentário: Há diversas formas de entender a resposta correta, mas observemos as mensagens do caso: viagem no verão e síndrome febril aguda com *rash* cutâneo autolimitado. Ainda que pudéssemos pensar que o verão tivesse sido citado para sugerir lesão cutânea por fotossensibilidade, que pode estar presente no lúpus, o quadro jamais seria autolimitado, muito menos apresentaria síndrome febril aguda. Observe-se ainda que, ao final do caso, o examinador torna menos provável ainda a hipótese, citando normalidade de hemograma e exame de urina. Enfim, faltam dados para lúpus.

Artrite reumatoide e osteoartrose são doenças crônicas. Outrossim, na primeira, nunca há o envolvimento das interfalangianas distais. Na osteoartrose, isso pode ocorrer, mas a doença é degenerativa, geralmente após os 50 anos, e envolve articulações maiores, o oposto ao apresentado no caso.

A alternativa restante é febre *chikungunya*. O mais comum é que, na fase aguda, havia febre e artralguas. *Rash* é uma manifestação possível, mas menos frequente – não é excludente. Mas atenção à evolução: houve manutenção do quadro articular, o que é muito observado na febre *chikungunya*. Lembrando o conceito clássico do envolvimento articular da doença, fica fácil aceitar a alternativa “c” como correta. E o verão? Essa é a época do ano em que as arboviroses são mais comuns.

Aproveitando a questão: o Ministério da Saúde tem recomendado a hidroxicloroquina para o tratamento das manifestações articulares na fase crônica, ainda que o metotrexato seja o fármaco mais estudado. Como na maioria dos concursos, esse aspecto não era decisivo para a definição da resposta correta.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 20

Prova vermelha (versão 2): 22

Um menino de 5 anos e 11 meses faz seguimento de rotina em Unidade Básica de Saúde desde o nascimento, sem antecedentes mórbidos relevantes. Em sua última consulta, há 1 ano, sua estatura era de 110cm; na consulta atual, está medindo 111cm. Há 4 meses, passou a apresentar cefaleia holocraniana diária, de intensidade moderada a forte, e dificuldade visual. A avaliação oftalmológica revelou hemianopsia bitemporal. A principal hipótese diagnóstica para esse caso é:

- a) cordoma
- b) schwannoma
- c) craniofaringioma
- d) tumor do plexo coroide

Comentário: A questão traz um menino de 5 anos e 11 meses que em 1 ano cresceu apenas 1cm, além de ter cefaleia há 4 meses e hemianopsia bitemporal. O craniofaringioma é a neoplasia intracraniana não neuroepitelial mais frequente na criança. Normalmente cresce no interior da sela túrcica ou no espaço supraselar adjacente e exerce efeito de massa sobre as estruturas intracranianas adjacentes. O aumento de pressão intracraniana leva a cefaleia; a compressão do quiasma óptico leva a hemianopsia temporal ou bitemporal; compressão do hipotálamo e da haste hipofisária levam a complicações endocrinológicas, como deficiência de hormônio do crescimento, do TSH, do ACTH, ADH, LH e FSH. A deficiência de hormônio do crescimento e consequente baixa estatura é a principal alteração endocrinológica causada pelo craniofaringioma. Analisando as outras alternativas, o cordoma é um tumor da coluna vertebral. O schwannoma é um tumor dos nervos periféricos. O tumor de plexo coroide se localiza no interior dos ventrículos e pode cursar com hidrocefalia, hipertensão intracraniana e crises convulsivas.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 21

Prova vermelha (versão 2): 19

Uma mulher de 30 anos, primigesta, com gestação a termo, internada em um hospital, apresenta pré-eclâmpsia com sinais de sofrimento fetal, tendo-se optado por interrupção da gestação. Em seu prontuário, registra-se que, no 2º trimestre da gestação, a paciente havia apresentado dosagens de TSH = 5,0µU/L (valor de referência: 0,3 a 4,0µU/L) e de T4 livre = 0,7ng/L (valor de referência: 0,9 a 1,7ng/L), tendo sido aumentada a dose da levotiroxina que a paciente usava algum tempo antes de iniciada a gravidez, de 50µg para 100µg. No puerpério imediato, ainda durante a sua internação hospitalar, qual deve ser a indicação adequada para a paciente quanto à dose diária de levotiroxina?

- a) manter a dose de 100µg até o 28º dia de puerpério
- b) retornar o uso regular para a dose pré-gestacional de 50µg
- c) aumentar para 125µg e manter durante o período de lactação
- d) suspender o uso dessa medicação e avaliar, em 40 dias, a necessidade de reintroduzir o medicamento

Comentário: A paciente apresenta dosagem da função tireoidiana alterada, com aumento do TSH e diminuição do T4 livre, compatível com hipotireoidismo. O tratamento desta condição na gestação é imperioso, devido às repercussões materno-fetais que podem advir. O tratamento compreende a reposição adequada dos hormônios tireoidianos, utilizando-se exclusivamente a levotiroxina em dose média de 100µg. As necessidades da droga aumentam com o avançar da gestação e mantêm-se assim durante o puerpério. Após o parto, a dose deve ser ajustada conforme a condição e época do diagnóstico da doença tireoidiana. Nos casos de pacientes com hipotireoidismo pré-gestacional, deve-se retornar à dose pré-concepcional e reavaliar o TSH ultrasensível em 6 semanas.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 22

Prova vermelha (versão 2): 20

Uma mulher de 75 anos, previamente hígida e ativa, ao ser atendida em uma Unidade Básica de Saúde, refere que há 2 dias está com dor intensa na região coxofemoral direita, que irradia para a região medial da coxa e joelho, o que lhe causa grande dificuldade para deambular. Questionada sobre queda, a paciente nega a ocorrência, assim como os familiares que a acompanham. Ela refere, ainda, tontura esporádica ao levantar-se da cama e nega outros sintomas, outras comorbidades ou uso contínuo de medicação. Tem joelhos valgos. Ao exame físico, apresenta pressão arterial = 150x100mmHg, e tanto a ausculta cardiorrespiratória quanto o restante do exame físico são normais. Os exames de imagem mostram uma fratura de colo de fêmur estágio II da Classificação de Garden (fraturas sem desvio). Qual deve ser a conduta terapêutica adequada nesse caso?

- a) redução aberta com realização de osteossíntese
- b) redução fechada com realização de osteossíntese
- c) artroplastia total do quadril devido à boa saúde prévia da paciente
- d) tratamento não operatório devido à boa evolução e consolidação da fratura

Comentário: Para fratura do colo femoral podemos utilizar a classificação de Garden. Esta classificação divide as fraturas em:

- Estágio I - fraturas incompletas ou impactadas em valgo;
- Estágio II - fraturas sem desvio;
- Estágio III - fraturas desviadas e com desalinhamento entre as trabéculas ósseas do acetábulo e cabeça femoral;
- Estágio IV - fraturas desviadas, mas com alinhamento das trabéculas ósseas entre a cabeça femoral e o acetábulo.

É consenso na literatura que as fraturas estágios I e II de Garden devem ser tratadas com osteossíntese. Pacientes com fraturas estágios III e IV de Garden podem ser tratados com redução fechada e fixação interna, desde que tenham condições clínicas de suportar uma reoperação, caso seja necessária. Os pacientes com fratura do colo femoral estágios III e IV de Garden, nos quais não se consiga uma boa redução incruenta, devem ser submetidos a artroplastia total do quadril, devendo-se evitar a redução aberta para a osteossíntese.

Provavelmente, trata-se de uma fratura extra-articular, e a osteossíntese mais indicada é a do tipo DHS, ou seja *Dynamic Hip Screw*.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 23

Prova vermelha (versão 2): 25

Uma mulher de 60 anos, previamente hígida, relata, em atendimento médico, lesões cutâneas bastante dolorosas no dorso, surgidas há menos de 24 horas. Ao exame físico, evidencia-se a presença de erupção vesiculosa sobre base eritematosa de localização unilateral no trajeto do dermatomo T3. Com base nessas informações e na principal hipótese diagnóstica para o caso, é correto afirmar que:

- a) o tratamento antiviral oral previne a dor crônica por neuralgia
- b) a dor crônica por neuralgia é uma complicação frequente e debilitante
- c) a amitriptilina não deve ser indicada no controle da dor crônica por neuralgia
- d) a dor intensa provocada por neurite aguda é característica raramente presente na apresentação clínica

Comentário: O caso em questão é sobre herpes-zóster em uma paciente hígida, que acomete apenas um dermatomo. Analisando as alternativas:

- a) Incorreta. Várias linhas de evidência sugerem que a terapia antiviral acelera a resolução das lesões cutâneas e a neurite aguda do herpes-zóster. No entanto, não está claro se a terapia antiviral evita a dor crônica devido a resultados de estudos conflitantes, que se devem em parte a diferentes metodologias de avaliação da dor, duração do seguimento do paciente e definição da neuralgia pós-herpética.

b) Correta. A dor pós-herpética é uma das complicações mais frequentes do herpes-zóster, sendo encontrada em aproximadamente 10 a 15% de todos os pacientes com zóster. Indivíduos com mais de 60 anos representam 50% desses casos. A dor pós-herpética pode ser condição severa associada a disfunção psicossocial profunda.

c) Incorreta. Os antidepressivos tricíclicos, a gabapentina e a pregabalina são geralmente os fármacos de 1ª escolha para o tratamento da dor crônica. Dessa forma, a amitriptilina pode ser utilizada como opção terapêutica.

d) Incorreta. Neurite aguda. A dor é a o sintoma mais comum do herpes-zóster. Aproximadamente 75% dos pacientes têm dor prodrômica no dermatomo onde a erupção cutânea aparece posteriormente. A dor prodrômica pode ser constante ou intermitente e pode preceder a erupção cutânea por dias a semanas.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 24

Prova vermelha (versão 2): 26

O gestor de saúde de um município de 200.000 habitantes no Brasil desenvolveu um estudo para estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica para o planejamento da atenção à saúde dessa população, especialmente a dispensação de medicamentos anti-hipertensivos. Em uma amostra de 2.500 pessoas pesquisadas, 20% (IC_{95%} = 18,5-21,5) apresentavam diagnóstico de hipertensão e já tinham indicação de tratamento medicamentoso. No mesmo ano em que foi desenvolvida a pesquisa, 19% da população utilizou as farmácias municipais e privadas para tratamento da hipertensão. Considerando essas informações, assinale a alternativa correta acerca dessa situação epidemiológica:

a) a adesão ao tratamento da hipertensão está adequada, uma vez que a proporção de pacientes que utilizaram as farmácias para esse tratamento pode ser igual à prevalência estimada da hipertensão

b) a adesão ao tratamento da hipertensão não pode ser avaliada, uma vez que a proporção de pacientes que utilizaram as farmácias para esse tratamento está abaixo da prevalência estimada de hipertensão

c) são necessárias campanhas de orientação para a prevenção secundária da hipertensão arterial, pois a prevalência estimada no município é muito maior do que a prevalência atual no país

d) a estimativa da prevalência de hipertensão arterial no município varia de 18,5% a 21,5%, o que dificulta a implementação de políticas estratégicas de adesão ao tratamento nesse município em particular

Comentário: O rastreamento de receitas ou de reabastecimento de comprimidos em farmácias é um dos métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, embora, assim como os demais métodos, tenha desvantagens. Desse modo, em situações em que o percentual da população que utiliza as farmácias para aquisição de medicamentos anti-hipertensivos seja equivalente à prevalência de hipertensos nessa mesma população, pode-se depreender que há uma adesão adequada ao tratamento. A porcentagem da população que retirou medicação está dentro do intervalo de confiança da amostra (18,5-21,5%).

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 25

Prova vermelha (versão 2): 23

Uma lactente de 15 meses é levada pela mãe ao pronto-socorro. A mãe relata que o coração do bebê está muito acelerado. A mãe nega outras queixas e informa que realiza acompanhamento regularmente na Unidade Básica de Saúde, não tendo ocorrido, até então, intercorrências. Ao exame físico, a lactente apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada, afebril, consciente, com boa perfusão periférica, saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. BNF 2T sem sopro audível, frequência cardíaca = 230bpm, ausência de edema e

pulsos de boa amplitude. O eletrocardiograma apresenta: onda P não visível, intervalo RR fixo, QRS estreito (menor que 0,09 segundo). Diante desse quadro, além da manobra vagal, a conduta inicial adequada é:

- a) administrar lidocaína
- b) administrar adenosina
- c) administrar amiodarona
- d) realizar cardioversão elétrica sincronizada

Comentário: A taquicardia supraventricular (TSV) é a taquiarritmia mais comum causadora de comprometimento cardiovascular na infância. É caracterizada, no ECG, por FC ≥ 220 em lactentes, intervalo R-R constante, ausência de onda P e QRS estreito. Em lactentes com TSV, os sinais e sintomas mais comuns são: inapetência, respiração rápida, sonolência, vômito e pele pálida ou moteada e cianótica. No entanto, se a função miocárdica basal do lactente for preservada, esses sinais podem demorar muito para aparecer e a criança fica por longos períodos com TSV sem qualquer sintoma, como é o caso da lactente da questão. Como não há sinais de deterioração circulatória, a melhor conduta a ser adotada para reverter o quadro de TSV com perfusão adequada seria administrar adenosina 0,1mg/kg IV em *bolus* rápido.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 26

Prova vermelha (versão 2): 24

Uma mulher de 25 anos, em uso de fluoxetina 40mg ao dia há 16 meses devido a transtorno de ansiedade generalizada leve, documentado em prontuário, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) porque acabou de descobrir que está grávida e deseja iniciar o pré-natal. Diz que a ansiedade está bem melhor há quase 1 ano e que não sente mais os sintomas que eram comuns quando começou o tratamento. Relata ter muito medo de que algo ruim aconteça com o bebê, pois sabe que o uso de alguns medicamentos pode prejudicar o desenvolvimento do feto e gostaria de saber se o uso de fluoxetina é seguro. Diante dessa situação, a conduta indicada é:

- a) trocar o uso de fluoxetina pelo de amitriptilina, um antidepressivo tricíclico, para maior segurança do feto e da mãe durante a gestação
- b) suspender gradualmente o uso de fluoxetina e substituí-la por benzodiazepínico, dado o menor risco de efeitos colaterais destes sobre o feto
- c) aumentar a dose de fluoxetina, já que essa substância não apresenta quaisquer riscos durante a gestação que cursa com descompensação de problemas psiquiátricos prévios
- d) suspender o uso da fluoxetina e incentivar a paciente a retornos frequentes à UBS, com posterior reavaliação do caso e da necessidade de reiniciar a medicação ou proceder à intervenção não farmacológica

Comentário: Trata-se de uma gestante com quadro de ansiedade leve, em tratamento há mais de 1 ano e com sintomas psiquiátricos controlados há quase 12 meses. A literatura atual apresenta a ideia de que a gestação não é protetora no que se refere a doenças mentais. Evidências apontam risco maior de desenvolvimento de transtornos do humor e ansiedade durante a vida fértil da mulher, com pico de prevalência entre 25 e 44 anos. Alguns estudos já mostraram significativa prevalência de distúrbios psiquiátricos durante a gestação, particularmente um aumento no risco de recaídas em mulheres que descontinuaram a medicação. Ainda assim, apesar da morbidade associada às patologias psiquiátricas, há uma tendência em evitar psicofármacos durante a gestação. De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento medicamentoso dos quadros ansiosos, de forma geral, pode ser feito com antidepressivos (segue as mesmas recomendações do uso dessas medicações nos transtornos de humor); os transtornos ansiosos também podem ser abordados por terapia cognitivo-comportamental, visando ao controle dos sintomas ansiosos e constituindo uma alternativa à prescrição de psicotrópicos na gestação. Estudos em geral não mostram uma associação significativamente forte entre o uso dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina no

início da gestação e o desenvolvimento de defeitos congênitos em neonatos. As taxas de malformações e complicações perinatais são comparáveis a taxas normais da população, e, se usados em doses terapêuticas, não parecem aumentar o risco de malformações maiores. A maioria das informações disponíveis sobre exposição pré-natal a antidepressivos versa sobre a fluoxetina. Os estudos retrospectivos e prospectivos não encontraram risco aumentado de malformações congênitas com o uso dessa droga. Existem, ainda, metanálises que mostram que essa classe de antidepressivos não se associa a aumento de risco de teratogenia acima da linha de base do risco de 1 a 3% na população geral. Sendo assim: I - não deveria ser trocada fluoxetina por amitriptilina durante a gestação; II - não haveria necessidade de substituição de fluoxetina por benzodiazepínicos; III - não haveria necessidade de aumentar a dose da fluoxetina, visto que a doença se encontra sob controle; IV - poder-se-ia suspender a medicação, pois os sintomas estão controlados, desde que a gestante seja acompanhada de perto pelos profissionais de saúde e que exista a pronta possibilidade de nova intervenção medicamentosa ou farmacológica. **Gabarito = D**

Prova azul (versão 1): 27

Prova vermelha (versão 2): 28

Durante plantão em enfermaria de um hospital, o médico plantonista é chamado pela equipe de enfermagem porque um homem, de 38 anos, que aguarda para realização de uma herniorrafia eletiva, apresenta uma crise. Chegando ao quarto, o médico se depara com o paciente referindo dor torácica, taquicardia, dispnéia, tontura e sudorese de início súbito. Imediatamente, o médico avalia o paciente, que refere medo de estar tendo um ataque cardíaco e de “estar ficando louco”. Não possui antecedentes de doença dignos de nota. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca = 110bpm e frequência respiratória = 32irpm, sem evidenciar outras alterações. Avaliações cardiológica, metabólica e pulmonar de emergência também apresentam resultados normais. O paciente não tem histórico de doenças cardíacas nem apresenta fatores de risco cardiovascular. O médico chega à hipótese diagnóstica de crise de pânico. Considerando esse quadro clínico e a correspondente hipótese diagnóstica, o médico plantonista deve:

- a) prescrever imediatamente prometazina 25mg via intramuscular, repetir a aplicação com essa dosagem, se necessário, e cancelar a cirurgia por necessidade de encaminhamento do paciente para a psiquiatria de emergência
- b) tranquilizar o paciente, orientá-lo para que respire devagar e profundamente e considerar o uso de benzodiazepínicos em caso de crise muito prolongada ou grave
- c) iniciar tratamento com inibidor seletivo da recaptção de serotonina e agendar visita do psicólogo do hospital para uma avaliação do paciente em 2 dias, período em que este deve ficar internado
- d) prescrever imediatamente haloperidol 5mg via intramuscular, conter fisicamente o paciente e manter a data da cirurgia, pois a medicação anestésica pode reverter o quadro e aliviar os sintomas

Comentário: O texto descreve sintomas de crise de pânico, num paciente sem fator de risco cardiovascular e que teve investigadas e excluídas alterações cardiovasculares, pulmonares e metabólicas. Não se deve iniciar o tratamento com o inibidor seletivo, pois ele teve apenas 1 crise e para caracterizar a síndrome do pânico são necessárias 3 crises em 1 mês. Ainda, entrar em pré-operatório com inibidor seletivo da recaptção da serotonina não irá acalmá-lo para a cirurgia, uma vez que essa medicação demora cerca de 15 dias para iniciar seu efeito. Sendo assim, o médico deve orientar e tranquilizar o paciente, reservando o uso de benzodiazepínicos (indicados para crises de ansiedade) para quadros mais duradouros.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 28

Prova vermelha (versão 2): 27

Um homem de 75 anos, acompanhado da filha, é atendido em consulta no ambulatório de Geriatria. A filha revela estar preocupada com os problemas de memória do pai que, segundo ela, tem estado desatento nas últimas 2 semanas, incapaz de lembrar seus compromissos, além de ter se perdido ao dirigir, ter sido incapaz de utilizar o telefone celular e de não ter certeza do próprio endereço. A filha informa que o paciente faz uso de vários medicamentos, não sabendo informar o nome deles. O paciente não apresenta sintomas depressivos comórbidos e não tem história pregressa de uso de tabaco ou álcool. Ao exame físico, o paciente mostra-se normal. Considerando a situação descrita, a medida inicial apropriada para a elucidação diagnóstica é:

- a) excluir a possibilidade de *delirium* por uso de medicações, pedindo à filha que traga a lista completa de medicações em uso pelo paciente
- b) iniciar o diagnóstico diferencial de demências mediante a solicitação de ressonância magnética do cérebro
- c) avaliar a possibilidade de tumor cerebral e solicitar tomografia computadorizada do cérebro
- d) investigar a possibilidade de neurocisticercose e solicitar tomografia computadorizada do cérebro

Comentário: Um homem de 75 anos que apresenta alteração de memória há 2 semanas, não apresentando um quadro tão progressivo. Toma vários remédios, mas não sabe dizer o nome. Mesmo que o *delirium* seja um quadro agudo, quando é causado por medicamentos pode ter um quadro maior que 2 semanas, principalmente se houver uso de alguma medicação mais sedativa. A primeira avaliação deve ser das medicações utilizadas e das patologias tratadas pelo paciente.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 29

Prova vermelha (versão 2): 31

Uma mulher de 25 anos, provinda da região Nordeste do Brasil, na 16ª semana de sua 1ª gestação, é atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) para a realização de pré-natal, referindo discreto exantema com prurido há 2 dias, acompanhado de um episódio de febre de 38°C, além de poliartralgia discreta. Ao exame físico, apresenta temperatura axilar = 37,8°C, hiperemia conjuntival, frequência respiratória = 18irpm, frequência cardíaca = 80bpm, com exantema difuso discreto. Realizada a prova do laço, o resultado mostra-se negativo. Não se constatarem visceromegalias e outros sinais ou achados ao exame físico. Considerando a hipótese provável de infecção viral e realizada a Notificação Compulsória da suspeita clínica de infecção por *zika* vírus e dengue, a conduta médica indicada é:

- a) solicitar à paciente o retorno diário à UBS, com monitoramento domiciliar da temperatura, para acompanhar evolução clínica e laboratorial com realização de hemograma completo e funções hepática e renal sequenciais
- b) solicitar imediatamente pesquisa para infecção por *zika* vírus (por RT-PCR) e dengue (por NS-1), além de recomendar à paciente a adoção de medidas de proteção pessoal e familiar para minimizar a exposição ao vetor
- c) encaminhar a paciente ao serviço de saúde de referência para gestão de alto risco, sugerindo investigação das hipóteses de infecção por *zika* vírus ou de dengue e solicitar exame ultrassonográfico obstétrico
- d) solicitar avaliação complementar e sequencial de plaquetas em Unidade de Pronto Atendimento e sorologia para infecção por *zika* vírus no 6º dia dos sintomas, orientando a paciente acerca dos sinais de alerta

Comentário: Diante de um caso suspeito de infecção viral (arbovirose), deve-se realizar a notificação compulsória e identificar sinais e sintomas a fim de classificar o paciente em um dos grupos de risco da abordagem sindrômica do Ministério da Saúde (MS). As gestantes pertencem, no mínimo, ao grupo B, visto a gravidez ser considerada fator de risco. Sendo assim, diante dos achados e seguindo o protocolo do MS, estas devem ser observadas em uma unidade de saúde,

onde devem colher hemograma e receber hidratação oral e/ou venosa, a depender do quadro clínico. Deve-se realizar a pesquisa do vírus da *zika* e da dengue na paciente. O diagnóstico laboratorial do vírus *zika* ainda não tem protocolo definido no Brasil, porém o *Centers for Disease Control and Prevention* preconiza o teste molecular (PCR em tempo real) para mulheres com suspeita de infecção e menos de 2 semanas de evolução, e a pesquisa de IgM antiviral para quando há mais de 2 semanas de evolução. Ambas as pesquisas podem ser feitas em sangue ou urina. Até o momento, não há tratamento específico ou vacina para estas arboviroses. Trinta por cento dos casos de infecções por *zika* estão associados a alterações neurológicas nos fetos, principalmente a microcefalia, que pode ser evidenciada ao método ecográfico após algumas semanas da contaminação. A prevenção deve ser feita com o uso de repelentes.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 30

Prova vermelha (versão 2): 32

Um lactente de 3 meses é atendido em sua 3ª consulta em Unidade Básica de Saúde. Segundo o prontuário do paciente, ele nasceu a termo por meio de parto normal, pesando 2.950g e medindo 49cm, sem intercorrências, e tendo alta após 24 horas do nascimento. Pré-natal sem alterações. As emissões otoacústicas evocadas, realizadas 2 vezes, e o potencial evocado do tronco encefálico mostram-se alterados (respostas não satisfatórias). Foi realizado um novo potencial evocado do tronco encefálico, e o resultado mostra-se normal. O exame físico atual não apresenta alterações, assim como o crescimento e o desenvolvimento da criança. Na situação descrita, a conduta adequada é o acompanhamento audiológico do paciente na unidade:

- a) básica, em conjunto com a especializada
- b) especializada, com realização de audiometria
- c) básica, com observação do seu desenvolvimento
- d) especializada, para tratamento específico de otite crônica

Comentário: O teste da orelhinha deve ser realizado a partir do 2º dia de vida de todo RN. A presença de vérnix ou secreções no canal auditivo, logo depois do nascimento, podem gerar falsos positivos. A criança da questão teve alta após 24h de vida, portanto seu primeiro exame pode ter sido falso positivo. O potencial evocado do tronco encefálico depende da maturidade do SNC, que geralmente é alcançada próximo do 4º mês de vida. Frente a resultados alterados, o bebê deve ser novamente testado antes dos 3 meses de vida. Já temos um resultado de BERA normal, que avalia a via neural até o tronco cerebral. Portanto, essa criança pode ser conduzida na unidade básica e referida para centro especializado se tiver alteração do desenvolvimento.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 31

Prova vermelha (versão 2): 29

Uma mulher de 27 anos comparece à Unidade Básica de Saúde para apresentar resultado de seu primeiro exame preventivo, cujo laudo citopatológico do colo uterino demonstra “células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas”. Para o caso descrito, a conduta médica adequada, de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde, é:

- a) encaminhar a paciente para imediata colposcopia
- b) encaminhar a paciente para exérese da zona de transformação
- c) solicitar a repetição do exame preventivo com novo exame citopatológico em um ano
- d) solicitar a repetição do exame preventivo com novo exame citopatológico em 6 meses

Comentário: As atipias de células escamosas de significado indeterminado, são subdivididas em ASC-US referentes aos achados possivelmente não-neoplásicos e em ASC-H quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau. Essas duas categorias representam a atipia mais comumente descritas nos laudos citopatológicos.

Os ASC-US consistem em achados citológicos não malignos, possivelmente associados a micro-organismos agressores, como os causadores de vulvovaginites e o próprio HPV. A conduta preconizada pelo Ministério da Saúde diante de um resultado de ASC-US na citopatologia em pacientes com 30 anos ou mais é a repetição da colpocitologia oncótica em 6 meses.

Entretanto, se a paciente tiver menos de 30 anos, o risco de lesão neoplásica é tão baixo que o Ministério da Saúde recomenda a sua repetição somente após 1 ano. Se o 2º exame acusar a presença de ASC-US, aí sim a colposcopia deverá ser indicada.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 32

Prova vermelha (versão 2): 30

Um homem de 42 anos, servidor público, motorista do SAMU 192 (suporte avançado) há 22 anos, consultou-se com ortopedista de sua própria equipe queixando-se de forte dor em região lombar havia 3 meses, com irradiação para a região medial dos membros inferiores. O ortopedista receitou-lhe analgésico e entregou-lhe um relatório no qual sugeria afastamento do trabalho para investigação diagnóstica, fisioterapia e repouso por 15 dias. O servidor foi encaminhado ao departamento de saúde do trabalhador para a realização de perícia médica, tendo seu pedido de licença negado sob a alegação de que deveria primeiramente realizar os exames indicados para diagnóstico e tratamento adequados. Diante dessa situação, o motorista avisou à sua equipe que faltaria ao plantão por 2 semanas. A equipe informou o fato à sua chefia imediata, que apontou falta injustificada ao motorista e aplicou-lhe advertência. Nesse caso, o motorista deveria:

- a) ajuizar ação contra a sua equipe, por falta de relacionamento ético-profissional, solicitando reparação por danos morais
- b) ter se comunicado primeiro com a própria equipe de trabalho, não ter faltado aos plantões e ter acertado a adaptação do seu assento
- c) ajuizar ação contra a sua chefia imediata, para a obtenção de mandado de segurança, a fim de ser ressarcido dos dias descontados de seu salário
- d) ter comunicado o fato ao setor de recursos humanos e a sua chefia imediata e aguardado o posicionamento deles antes de comunicar sua ausência à equipe

Comentário: A legislação previdenciária dispõe que, em caso de doença, o empregado poderá se afastar do emprego (sem prejuízo dos salários) por até 15 dias consecutivos, situação em que o empregador é obrigado a remunerar o empregado como se trabalhando estivesse, de acordo com o § 3º do art. 60 da Lei 8.213/91. Passados os 15 dias e não havendo possibilidade de retorno ao trabalho, o empregado será encaminhado ao INSS para o recebimento de auxílio-doença, quando for constatada por meio de perícia médica a incapacidade para o trabalho. O auxílio-doença é, pois, o benefício a que tem direito o trabalhador que ficar incapaz para o trabalho (mesmo que temporariamente), por doença por mais de 15 dias consecutivos, sendo que a incapacidade para o trabalho deve ser comprovada por meio de exame realizado pela perícia médica do próprio INSS. Exige-se, com algumas exceções, que o empregado tenha realizado 12 contribuições mensais ao INSS para que faça jus ao recebimento do benefício previdenciário. Para o afastamento inicial, por até 15 dias consecutivos, são necessários atestados médicos que comprovem a situação de doença e incapacidade ao trabalho; os atestados médicos de particulares, conforme manifestação do Conselho Federal de Medicina, não devem ser recusados, exceto se for reconhecido favorecimento ou falsidade na emissão desse documento. Após estar com esse atestado em mãos, o empregado deve comunicar sua chefia imediata e/ou departamento de recursos humanos para que, então, seja formalizado seu afastamento do trabalho.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 33

Prova vermelha (versão 2): 34

Um homem de 25 anos é atendido na Unidade Básica de Saúde, com queixa de febre não aferida, associada a mialgia, e edema perimaleolar (++) há 2 semanas, quando foi submetido a exame do sedimento urinário, com o seguinte resultado: hematúria microscópica, cilindros hemáticos e leucocitários. Durante a anamnese, o paciente relatou que os sintomas apareceram após forte chuva ocorrida em seu bairro, quando precisou retirar a água que entrara em sua casa. Interrogado quanto ao uso de preservativos, referiu julgá-lo desnecessário, já que tinha uma única parceira, sua conhecida desde a infância. Mediante os fatos relatados, o médico solicitou alguns exames laboratoriais e indicou que retornasse em 1 semana. No retorno, o paciente queixou-se de intensa dor nas articulações dos joelhos, punhos e mãos. O exame físico evidenciou paciente levemente icterico e com discreto edema no punho direito, leve dor no hipocôndrio direito e uma ponta de baço palpável. Os resultados dos exames laboratoriais solicitados na 1ª consulta revelaram: hemácias = 4.120.000/mm³ (valor de referência 3.900.000 a 5.000.000/mm³); hemoglobina = 13,40g/dL (valor de referência: 12 a 15g/dL); hematócitos = 44,8% (valor de referência: 35 a 45%); leucócitos = 10.000/mm³ (valor de referência 3.500 a 10.500/mm³); com 4% de bastões (valor de referência: 1 a 5%); plaquetas = 298.000/mm³ (valor de referência 150.000 a 450.000/mm³); AST = 520UI/L (valor de referência: <38UI/L); ALT = 730UI/L (valor de referência: <41UI/L); FA e GGT no limite superior da normalidade; bilirrubina total = 7mg/dL (valor de referência: 0,2 a 1,3 mg/dL) com predomínio da fração direta; anti-HAV IgG (+)/IgM (-); HBsAg (+); Ac anti-HBs (-); Ac anti-HBc; IgM (+)/IgG (+); Ag HBe (-); Ac anti-HBe (+); HBVDNA baixo e Ac anti-HCV (-). Diante dos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- a) hepatite A colestática
- b) hepatite B mutante pré-core
- c) leptospirose em fase precoce
- d) hepatite B aguda não replicativa

Comentário: O enunciado da questão é complexo, mas a resolução é simples. Há síndrome icterica febril, com manifestações sistêmicas variadas, e a resposta está nas últimas linhas, nas sorologias de hepatites.

Há hepatite A aguda? Não, o IgM foi negativo. Houve infecção prévia, pois o IgG foi positivo.

Há hepatite C aguda? Por si, já é raro, mas nem é o caso. A sorologia foi negativa.

Há hepatite B aguda? Sim! O HbsAg foi positivo, portanto há vírus na circulação; agora, só precisamos definir se o quadro é agudo ou crônico: basta ver o anti-Hbc. Há positividade de IgM, definindo a hepatite como aguda. Observe que não há replicação, pois o Anti-Hbe foi reagente. E a leptospirose? Bem, o examinador não restringiu o quadro à síndrome icterica, e acrescentou o contato com enchente para tentar nos confundir. No entanto, ainda que fosse diagnóstico diferencial na 1ª semana, torna-se menos provável após, quando o indivíduo adentra a fase tardia da doença, que se associa aos quadros graves, como a síndrome de Weil.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 34

Prova vermelha (versão 2): 33

A Equipe de Saúde da Família de determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) na região Norte do país iniciou, em 2017, o planejamento e o desenvolvimento de algumas atividades estratégicas que incluíam ações voltadas para:

- 1 - Busca ativa e diagnóstico da hanseníase.
- 2 - Busca ativa de sintomáticos respiratórios.
- 3 - Condução de grupo de orientação alimentar para pessoas com *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica.
- 4 - Implementação de campanha de incentivo à realização de testes rápidos para a detecção de hepatites virais B e C.

Espera-se, com essas medidas, que os indicadores de saúde, na área de abrangência dessa UBS, tenham a seguinte evolução:

a) aumento da taxa de detecção de casos novos de hanseníase; aumento da taxa de incidência de tuberculose; diminuição da taxa de internação por infarto agudo do miocárdio e por acidente vascular cerebral; e aumento das taxas de prevalência das hepatites virais B e C

b) diminuição da taxa de prevalência da hanseníase; diminuição da taxa de mortalidade por tuberculose; diminuição das taxas de letalidade por infarto agudo do miocárdio e por acidente vascular cerebral; e diminuição das taxas de prevalência das hepatites virais B e C

c) aumento da taxa de prevalência da hanseníase; diminuição da taxa de mortalidade proporcional por tuberculose; diminuição dos coeficientes de prevalência de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial; e diminuição das taxas de mortalidade por hepatites virais B e C

d) aumento da taxa de detecção de casos novos de hanseníase em crianças; aumento da taxa de cura da tuberculose; diminuição das taxas de mortalidade por *diabetes mellitus* e hipertensão arterial; e diminuição das taxas de letalidade por hepatites virais B e C

Comentário: A busca ativa e o diagnóstico de hanseníase levará a um aumento nos casos novos. A busca ativa de sintomáticos respiratórios, levará, em um primeiro momento, a um maior número de casos novos diagnosticados, e, na sequência, uma diminuição nos casos de tuberculose devido a tratamento dos pacientes inicialmente diagnosticados. A orientação alimentar para paciente com *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica tenderá a reduzir a taxa de complicações destas patologias e, conseqüentemente, a taxa de internação por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Por fim, a realização de teste rápido para hepatites B e C levará a um maior diagnóstico de casos novos destas patologias, aumentando, desta forma, sua incidência e, por conseqüência, sua prevalência.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 35

Prova vermelha (versão 2): 36

Uma menina de 2 anos é atendida pelo pediatra em decorrência de aumento de mamas. A mãe da menor relata que vem notando que as mamas da criança vêm crescendo progressivamente no último ano, de forma flutuante, ou seja, ora parecem aumentar, ora parecem reduzir de tamanho. A mãe nega surgimento de pelos pubianos, odor axilar ou surgimento de menstruação. Nega doenças prévias. Ao exame, a criança mostra-se em bom estado geral, corada, hidratada, com broto mamário aumentado de tamanho (escala M2 de Tanner), sem evidência de pilificação em regiões axilar e pubiana, com mucosa rosada na genitália e pele sem manchas. De acordo com o quadro clínico descrito, o exame complementar a ser solicitado é:

a) tomografia de abdome

b) cariótipo com bandas G

c) radiografia de punhos

d) dosagem de LH/FSH

Comentário: Na telarca precoce ocorre o aparecimento unilateral ou bilateral das mamas antes dos 8 anos, sem o aparecimento de outros sinais de puberdade. Geralmente, ocorre nos 2 primeiros anos de vida. As mamas normalmente regridem espontaneamente, mas podem persistir até o início puberal. Não há aceleração da velocidade de crescimento, e a idade óssea é compatível com a idade cronológica. Portanto, para fazer uma avaliação complementar do caso, a melhor alternativa seria a radiografia dos punhos para idade óssea.

Gabarito = C

Passível de recurso

Trata-se de um caso de telarca precoce idiopática. Nesses casos, o crescimento e a maturação óssea estão normais ou discretamente avançados. A menarca irá ocorrer na idade esperada e a função reprodutora é normal.

Os níveis séricos de FSH e a resposta do FSH à estimulação com GnRH pode ser maior que a vista em controles normais. Níveis plasmáticos de LH e estradiol são menores que os limites para detecção. O USG pélvico mostra ovários de tamanhos normais, porém pequenos cistos (<9mm) não são incomuns.

Por que cabe recurso?

O enunciado é incompleto, pois falta a estatura da criança e a velocidade de crescimento. Essa seria a próxima medida a ser tomada; isto é, se não está no enunciado deveria estar entre as respostas. Como falam de exame complementar estão pulando essa constatação do exame físico (estatura) e partindo direto para exames complementares (caminho não adequado).

Com uma velocidade de crescimento normal poderíamos, inclusive, poupar a criança de um raio x de idade óssea. Por outro lado, se a opção é por investigação, além de observarmos a velocidade de crescimento, solicitaríamos a idade óssea através do raio x de punho esquerdo e também dosagens hormonais (FSH e LH), além de USG pélvico.

Dessa forma, a alternativa “d” não estaria de todo errada, já que a ideia ao se optar por investigar seria além da idade óssea (alternativa “c”), pedir dosagens hormonais (alternativa “d”) e USG pélvico.

Conclusão: apesar do gabarito correto, é uma questão que deixa brechas na elaboração e na sua conclusão.

Fonte: Nelson Textbook of Pediatrics, 20ª edição, capítulo 562, página 2.661 (versão em inglês).

Prova azul (versão 1): 36

Prova vermelha (versão 2): 37

Uma mulher de 26 anos, Gesta 3 Para 1 Aborto 1, no curso de 39 semanas e 2 dias de gestação, e diagnóstico de diabetes gestacional, é admitida para acompanhamento do trabalho de parto. No exame inicial, apresenta colo dilatado para 5cm, bolsa rota e apresentação cefálica no plano -1 de DeLee. Evolui bem e em 4 horas atinge a dilatação completa. Na assistência ao 2º período do parto, após o desprendimento do polo cefálico, constata-se dificuldade para liberação do ombro do nascituro. Nesse caso, como manobra a ser imediatamente realizada, deve-se:

- rodar o polo cefálico do nascituro para OP ou OS, flexioná-lo e impulsioná-lo para refazer o caminho do canal de parto
- empurrar o ombro anterior do feto em direção ao tórax fetal, reduzindo o diâmetro bisacromial e liberando o ombro anterior encravado
- hiperfletir e abduzir as coxas da parturiente sobre o abdome e, simultaneamente, exercer pressão suprapúbica
- colocar a mão atrás do ombro posterior do feto e rodá-lo progressivamente a 180°, de maneira similar ao movimento de um saca-rolha, de modo a desencravar o ombro anterior

Comentário: A questão trata, claramente, de um caso de distocia de ombros, e pergunta acerca da 1ª manobra a ser realizada nesses casos. Sendo assim:

Na abordagem inicial da distocia de ombros, deve-se realizar a manobra de McRoberts, associada ou não a pressão suprapúbica e extensão da episiotomia. Não havendo resolução da situação, outras medidas devem ser tomadas na sequência, visando a ultimar o parto. Neste momento, devem ser usadas drogas anestésicas que levam ao relaxamento uterino para que possam ser realizadas as manobras de rotação dos ombros e a extração do ombro posterior. Os casos em que há insucesso com a utilização destas manobras correspondem às formas mais graves de distocia de ombros e apresentam um prognóstico fetal extremamente reservado. A sinfisiotomia e a manobra de Zavanelli são manobras de último recurso.

A manobra de McRoberts e a pressão suprapúbica são consensualmente consideradas a abordagem inicial ideal da distocia de ombros por serem facilmente executáveis e se associarem a um menor risco para a mãe e o feto. A manobra de McRoberts deve ser realizada por 2

auxiliares: cada um segura um membro inferior da parturiente, de modo a proceder à hiperflexão das coxas sobre o abdome materno. Com esta manobra, os diâmetros pélvicos se mantêm, mas a curvatura lombossacra diminui, permitindo a rotação cefálica da sínfise púbica que, por sua vez, desliza sobre o ombro fetal. Além disso, a realização dessa manobra diminui a força de tração necessária à exteriorização dos ombros. A pressão suprapúbica, ou manobra de Rubin I, é usada habitualmente como complemento da manobra de McRoberts, devendo ser realizada por um dos auxiliares. Tem como objetivo diminuir o diâmetro biacromial fetal por meio da rotação do ombro anterior na direção do tórax fetal, e deve ser aplicada de forma firme e contínua durante pelo menos 30 segundos, no sentido inferolateral.

As manobras de rotação interna, usadas posteriormente, incluem a manobra de rotação de Woods, a Manobra de Rubin II, a combinação de ambas e a Manobra de Woods inversa. O objetivo das manobras internas é a rotação do diâmetro biacromial fetal para uma posição oblíqua relativamente à pelve materna, exercendo pressão por via vaginal nos ombros do feto. A diferença entre estas manobras reside no ombro em que é realizada a pressão, anterior ou posterior, e na direção da força aplicada: a manobra de rotação de Woods consiste em exercer pressão na face anterior do ombro posterior de modo a rodá-lo para o dorso do feto. Na manobra de Rubin II, colocam-se os dedos na face posterior do ombro anterior exercendo pressão para que este rode no sentido do tórax anterior. A manobra de Woods inversa é semelhante à de Rubin II, contudo, neste caso, a pressão é aplicada na face posterior do ombro posterior. Após a rotação interna do diâmetro biacromial, pode ser útil que um 3º auxiliar realize a tração inferior da cabeça fetal.

A extração do ombro posterior, manobra de Pinard, implica na realização de toque vaginal para correta identificação do ombro fetal posterior, deslizando pelo braço até o cotovelo. Realiza-se a flexão do antebraço sobre o braço, pressionando a fossa cubital, e traciona-se o punho de forma a exteriorizar a mão, o antebraço, o braço e o ombro posterior. Uma vez extraído, o membro superior é usado como alavanca de tração para rodar o ombro posterior na direção da face anterior do tórax fetal.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 37

Prova vermelha (versão 2): 35

Uma paciente de 71 anos, com diagnóstico de catarata bilateral definido em avaliação anterior, há 6 meses, é atendida no ambulatório para programação de cirurgia de catarata, categoria de procedimento de pequeno porte e de curta permanência, sob anestesia local. Registradas no prontuário da paciente, constam as seguintes informações: sobrepeso (índice de massa corpórea = 26kg/m^2) e hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia, em acompanhamento com cardiologista periodicamente (última consulta há 2 meses) e uso de medicação de rotina (propranolol e sinvastatina). Ao exame físico, conclui-se que, da consulta anterior para a atual, não há mudanças na situação clínica da paciente. Dentre os cuidados pré-operatórios à paciente, qual é a conduta médica mais adequada?

a) solicitar os seguintes exames laboratoriais: hemograma, glicemia, eletrólitos, bem como a realização de radiografia de tórax e eletrocardiograma, para identificar doenças não detectadas pelo exame clínico; recomendar à paciente, ainda, que interrompa as medicações de uso contínuo 1 semana antes da cirurgia

b) solicitar exames laboratoriais para verificar taxa de creatinina e ureia, bem como a realização de eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico devido ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica; recomendar à paciente que mantenha as medicações de uso contínuo

c) solicitar os seguintes exames laboratoriais: hemograma, glicemia e eletrólitos, porque a paciente tem hipertensão arterial sistêmica e mais de 50 anos; recomendar à paciente que interrompa as medicações de uso contínuo na véspera da cirurgia

d) dispensar a solicitação de exames, pois a paciente é portadora de hipertensão arterial sistêmica compensada e está sob acompanhamento médico; recomendar à paciente que mantenha as medicações de uso contínuo

Comentário: Paciente ASA 2 (doença crônica compensada), em acompanhamento regular, será submetida a procedimento de pequeno porte com anestesia local, dispensando a solicitações de exames. Deve manter as medicações de uso habitual.

Porém, nessa questão há uma controvérsia, pois existem as recomendações de exames pré-operatórios básicos, e em pacientes entre 60 a 75 anos, sem comorbidades, seriam necessários HT, HB, ECG, glicemia e creatinina. Levando em consideração que esse paciente tem uma comorbidade, que é a hipertensão arterial, poderiam ser feitos demais exames para avaliação de área cardíaca, como o raio x de tórax. Então, a alternativa “a” realmente tem alguma pertinência, porém há 2 coisas a serem levadas em consideração: que o procedimento é com anestesia local, então habitualmente dispensaria jejum e dispensaria a suspensão de suas medicações de uso diário; e que a paciente está sob acompanhamento cardiológico, sendo que a consulta mais recente antes a cirurgia tem apenas 2 meses, e nesse período não surgiu nenhuma alteração que justificasse a suspeita de algo errado. Por isso, a alternativa “d” foi a considerada correta, podendo ter sido elaborada assim para ser “pegadinha”.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 38

Prova vermelha (versão 2): 40

Um homem de 38 anos, portador de diabetes *mellitus* tipo 1 desde os 12 anos, sem tratamento regular de sua doença de base, foi admitido no centro de tratamento intensivo em razão de quadro de sepse grave. Segundo relato de familiar, o paciente iniciou, há cerca de 4 dias, quadro de tosse produtiva e febre alta. Fez uso de sintomáticos (mucolítico e antitérmico) sem obter melhora. Há 24 horas, passou a apresentar diminuição importante de débito urinário e, há 3 horas, prostração e rebaixamento do nível de consciência. O exame físico demonstra temperatura axilar = 38,6°C, frequência cardíaca = 112bpm, frequência respiratória = 33irpm (com tiragem intercostal) e pressão arterial = 68x40mmHg. Solicitados exames complementares de urgência, o hemograma revela 26.000 leucócitos/mm³ (valor de referência: 4.000 a 10.000/mm³) e 16% bastões (valor de referência: 0 a 5%). Diante desse quadro, a conduta inicial apropriada deve ser:

- a) colher hemoculturas e iniciar imediatamente ressuscitação volêmica e antibioticoterapia direcionada a germes atípicos com claritromicina
- b) colher hemoculturas e iniciar imediatamente ressuscitação volêmica e antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro com ceftriaxona e azitromicina
- c) colher secreção traqueal para bacterioscopia e cultura e solicitar tomografia computadorizada de tórax de alta resolução, para definir esquema antibiótico
- d) colher secreção traqueal para bacterioscopia e cultura e solicitar radiografia de tórax em AP no leito, aguardando resultados para início da antibioticoterapia

Comentário: Questão de cunho prático importante, com quadro que provavelmente representa pneumonia adquirida na comunidade. Na questão, o examinador sequer exigiu que definíssemos a presença de sepse conforme os novos critérios – já caracterizou o quadro como sepse grave (termo que os novos critérios têm abolido).

Vejamos como estabelecer o raciocínio na questão:

- 1 - Há “sepse grave” com hipotensão de foco pulmonar.
- 2 - Na presença de hipotensão, a medida imediata inicial sempre será ressuscitação volêmica.
- 3 - Na presença de sepse, deve-se colher culturas e iniciar antibióticos.
- 4 - Se a sepse estiver caracterizada como de foco pulmonar (os sintomas indicam isso), muito provavelmente haverá pneumonia, e o exame de imagem é importante, mas não deve retardar o início do tratamento.

5 - Hemoculturas devem ser colhidas; secreção traqueal é reservada para os casos de pneumonia nosocomial com ventilação mecânica.

Os antibióticos devem ser orientados conforme recomendações para pneumonia. Macrolídeos isoladamente somente são adequados para tratamento domiciliar; não há dúvidas, pela própria definição de sepse grave, de que esse indivíduo deve permanecer internado. Assim, o esquema da alternativa “b” é o adequado.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 39

Prova vermelha (versão 2): 41

Em reunião da Equipe de Saúde da Família com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, põe-se em discussão o caso de um homem com 50 anos e histórico de hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe começa a discutir formas de abordagem ao paciente. Como estratégia de abordagem para a mudança de estilo de vida desse paciente, é adequado à equipe:

- a) informar ao paciente as consequências clínicas que a não adesão ao tratamento pode acarretar e repetir várias vezes o aconselhamento
- b) focar a abordagem da ambivalência e, se necessário, utilizar o paradoxo terapêutico para lidar com a resistência do paciente
- c) focar a abordagem baseada no confronto das negações que o paciente relata ao resistir às mudanças propostas
- d) informar ao paciente sobre as soluções de mudança, enfatizando aquelas com impacto significativo no seu estilo de vida

Comentário: A mudança comportamental é um processo, e as pessoas têm diversos níveis de motivação. A ambivalência é um conflito de sentimentos em que o paciente sabe que está fazendo errado, mas não consegue mudar. A confrontação da negação é perigosa, uma vez que, ao ser confrontado, o paciente se torna mais resistente. Repetir várias vezes o aconselhamento parece não funcionar, uma vez que o paciente tem vários fatores de risco cardiovascular e ainda não se conscientizou disso. Ou seja, ele sabe do impacto destes fatores na sua vida. Portanto, a alternativa “b” é a mais adequada, e o paradoxo terapêutico pode ser usado para o paciente aceitar que quer mudar. Paradoxo terapêutico é você concordar com a negativa do paciente para que ele observe de fora a negativa e possa se posicionar contrário a ela.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 40

Prova vermelha (versão 2): 38

Uma menina de 8 anos encontra-se internada em unidade hospitalar para tratamento de leucemia linfóide aguda. Cerca de 15 dias após uma sessão de quimioterapia, a paciente apresenta episódio de febre de 38,5°C. Ao exame, verifica-se que a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a pressão arterial estão normais para a idade, não havendo nenhum sinal de localização da febre. O hemograma vem mantendo contagem de neutrófilos abaixo de 500 células/mm³ nos últimos 7 dias. A conduta apropriada a ser adotada para essa paciente é:

- a) colher hemocultura (2 amostras) e urinocultura, realizar radiografia de tórax e tomografia de seios da face e iniciar antibioticoterapia de acordo com os resultados dos exames
- b) colher hemocultura (2 amostras), avaliar a realização de radiografia de tórax e uroanálise e iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro
- c) tratar o caso como choque séptico, iniciando expansão volêmica e antibioticoterapia empírica de amplo espectro
- d) iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro, após serem afastadas as causas não infecciosas da febre

Comentário: Trata-se de quadro de neutropenia febril, muito comum em pacientes com leucemia durante a quimioterapia. Deve ser colhida hemocultura e iniciar antibiótico de amplo espectro o quanto antes.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 41

Prova vermelha (versão 2): 39

Uma primigesta de 15 anos procura o pronto-socorro com queixas de sangramento vaginal e dor no baixo-ventre há 12 horas. Relata ter descoberto a gravidez há 15 dias, com atraso menstrual de 10 semanas, e se diz bastante apreensiva com o fato de seus pais descobrirem que ela tem vida sexual ativa. Informa, ainda, ter procurado ajuda para interromper a gestação e tomado alguns comprimidos fornecidos por uma amiga. Ao exame, mostra-se em bom estado geral, afebril, hipocorada (+/4+), com PA = 110x60mmHg. Ao exame ginecológico, o médico constata a presença de pequena quantidade de sangue coagulado em fundo de saco vaginal, sem saída ativa de sangue pelo orifício do colo uterino; colo amolecido, com orifício externo entreaberto e orifício interno fechado; útero aumentado de volume compatível com 10 a 12 semanas de gestação. Nesse caso, o diagnóstico correto é:

- a) ameaça de abortamento
- b) abortamento inevitável
- c) abortamento incompleto
- d) abortamento infectado

Comentário: O abortamento, em suas diversas manifestações (ameaça de aborto, aborto iminente, em curso ou inevitável, aborto incompleto etc.), representa a principal causa de sangramento genital da 1ª metade da gestação.

A ameaça de aborto, sendo ela espontânea ou após utilização de algum método que vise à interrupção da gestação, caracteriza-se pela presença de sangramento genital (com ou sem cólicas abdominais), útero de tamanho compatível com tempo de atraso menstrual e, obrigatoriamente, colo uterino sem alterações, ou seja, com seu orifício interno impérvio. Nestes casos, o que houve, de fato, foi o descolamento de uma área do saco gestacional da decídua uterina.

Nas situações de abortamento em curso, iminente ou inevitável, alterações cervicais estão presentes, encontrando-se o colo uterino permeável, o que permite a saída do conteúdo gestacional que se encontrava dentro do útero. Quando há a liberação de apenas parte desse material da concepção, com conseqüente retenção de restos ovulares, o quadro é chamado de abortamento incompleto.

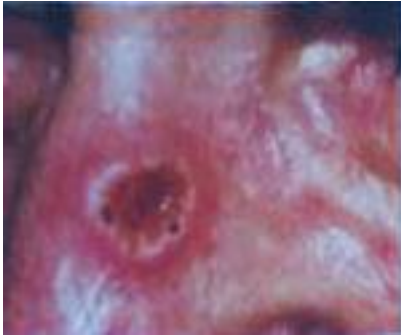
Os abortos infectados, geralmente secundários à manipulação uterina por tentativas de interrupção voluntária da gestação, se apresentam com quadro de febre, queda do estado geral, prostração, taquicardia, hipotensão, fluxo vaginal purulento e demais alterações clínicas e laboratoriais sugestivas de infecção.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 42

Prova vermelha (versão 2): 43

Um trabalhador rural de 69 anos e história de exposição prolongada ao sol procura atendimento médico devido a lesão de face demonstrada na Figura a seguir:



Nesse caso, que tratamento médico subsequente à biópsia incisional de pele e ao exame histopatológico da lesão deve ser realizado?

- a) ressecção da lesão, com margem de 1cm
- b) ressecção da lesão, com margem de 0,5cm
- c) encaminhamento do paciente para radioterapia
- d) encaminhamento do paciente para quimioterapia

Comentário: De acordo com a história apresentada no enunciado (idoso com exposição crônica ao sol) e com a imagem clínica fornecida, podemos inferir que se trata de um caso de carcinoma basocelular (CBC), tumor maligno cutâneo mais frequente no nosso meio.

Após a biópsia incisional, para se programar o tratamento, devemos classificar o CBC como baixo risco ou alto risco. Para essa classificação, levamos em questão: localização e tamanho do tumor, margens bem definidas ou não, se é primário ou recidivado, se o paciente é imunossuprimido ou não, bem como o subtipo histológico confirmado no exame histopatológico.

Sempre que possível, o tratamento deve ser exérese da lesão com margem de segurança. A radioterapia somente é escolhida nos casos de pacientes com risco cirúrgico alto.

Em CBC de baixo risco, a margem deve ser de 0,4cm. No CBC de alto risco, o tratamento ideal seria a cirurgia micrográfica de Mohs, que é a modalidade terapêutica que permite preservação de tecido sã e controle histológico das margens cirúrgicas por congelamento durante o procedimento. Na impossibilidade de realização da cirurgia com congelamento intraoperatória, deve-se realizar exérese cirúrgica com margens que variam de 0,5 a 1,5cm.

No caso em análise, temos um CBC de alto risco por estar localizado na região central da face (dorso nasal). Portanto, como visto, nesses casos não há consenso sobre margem cirúrgica, que pode variar de 0,5 a 1,5cm. Questão sem resposta correta.

Gabarito = B

Passível de recurso

Não há consenso sobre margem cirúrgica para esse caso, portanto a questão não tem resposta correta.

Fontes: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) – Basal Cell Skin Cancer – Version 1.2018 – September 18, 2017

Tratado de Dermatologia – Vol 2, Capítulo 90: Neoplasias malignas da epiderme. Editores: Waler Belda Junior, Nilton di Chiacchio, Paulo Roberto Criado – Atheneu, 2010

Prova azul (versão 1): 43

Prova vermelha (versão 2): 44

Um homem de 70 anos sentiu mal-estar durante discussão familiar com o filho em casa e procura a Unidade Básica de Saúde de referência onde faz acompanhamento com médico de família, para aferir a Pressão Arterial (PA). Após aferição da PA = 160x90mmHg, o técnico de

enfermagem informa que não há mais vagas na agenda do médico. Então, a família decide levar o paciente a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde o médico prescreve captopril (25mg). A PA normaliza após cerca de 40 minutos, e o paciente é liberado com encaminhamento para a realização de acompanhamento com cardiologista e nefrologista. No que se refere ao atendimento prestado a esse paciente, assinale a opção correta:

- a) o fluxo de encaminhamento está correto porque casos graves como o descrito devem ser tratados em níveis de atenção de maior complexidade tecnológica
- b) a Atenção Primária deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, devendo atender a todos, o que determina que esse paciente fosse incluído na agenda do médico
- c) o médico da UPA deveria ter referenciado o paciente para seguimento na Atenção Primária, pois esse nível de atenção é o responsável pela coordenação do cuidado
- d) como há pouca disponibilidade de exames complementares na Atenção Primária, o médico da UPA seguiu os trâmites da regionalização em saúde para a Atenção Terciária

Comentário: A Atenção Primária à Saúde lida com os problemas mais prevalentes em todos os ciclos de vida e faz a coordenação do cuidado (trabalhando com referência e contrarreferência dos casos).

Pode estar correta a alternativa “b”. Dez de cada 8 problemas de saúde são resolvidos na UBS. Vacinação, pré-natal, diagnósticos clínicos, acompanhamento de doenças crônicas, saúde mental, tratamento de doenças como diarreia e amidalite, atendimento de pequenas urgências, cuidados à saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, entrega gratuita de medicamentos, entre tantos outros são procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou posto de saúde, cujo papel é atender a comunidade.

Por isso, a Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), onde os problemas que não podem ser completamente resolvidos são encaminhados para consultas com especialistas, realização de exames ou atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros.

O médico da UBS deve realizar os atendimentos de consultas agendadas e demanda espontânea. Ainda, tendo médico no local, não se pode mandar paciente embora sem retorno da PA a níveis normais.

A alternativa “c” também está correta. Uma vez atendido na UPA, deve ser referenciado para a sua UBS de origem, uma vez que não é um paciente com complexidade para atenção secundária.

Gabarito = C

Passível de recurso

As alternativas “b” e “c” podem ser consideradas corretas.

Fonte:

http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Diretrizes%20operacionais_AB_2015.pdf

Prova azul (versão 1): 44

Prova vermelha (versão 2): 42

Uma mulher de 26 anos, obesa e múltipara, com passado de dores biliares recorrentes, é atendida no Pronto-Socorro, queixando-se de dor abdominal de início abrupto, de forte intensidade, iniciada há aproximadamente 2 horas. Refere que a dor se localiza no andar superior do abdome, irradiando-se para o dorso, tendo ainda apresentado náuseas e vômitos. Ao exame físico, a paciente mostra-se hipo-hidratada (+/4+) e sente dor à palpação do abdome, que se encontra levemente distendido e com peristalse diminuída e sinal de Murphy ausente. Os exames laboratoriais mostram aumento de lipase (370UI/L; valor de referência: 0 a 160UI/L); leucócitos = 18.700/mm³ (valor de referência: 6.000 a 10.000/mm³); glicose sérica = 230mg/dL (valor de referência: 60 a 110mg/dL); ALT = 260UI/L (valor de referência: 0 a 35UI/L); AST = 360UI/L (valor de referência: 0 a 35UI/L) e desidrogenase lática = 425UI/L (valor de referência: 88 a 230UI/L). A paciente é internada na Unidade de Tratamento Intensivo, mas, a despeito de ser tratada de forma adequada (pausa alimentar, hidratação venosa, reposição

eletrolítica e analgesia parenteral), evolui de forma grave. Após 48 horas, a paciente apresenta piora da dor abdominal, taquipneia, icterícia (2+/4+), febre elevada (39°C) e calafrios. Os exames complementares realizados nesse dia revelam piora do leucograma, com desvio à esquerda (17% de bastões; valor de referência: 0 a 5%), queda de 11% do hematócrito e aumento de escórias nitrogenadas, com elevação da ureia sérica de 15mg/dL em relação ao exame feito na admissão. Uma tomografia computadorizada dinâmica de abdome revela necrose pancreática que ocupa cerca de 35% do parênquima e dilatação significativa das vias biliares extra-hepáticas, com presença de cálculo impactado no colédoco terminal. Nesse caso, o tratamento adequado e imediato para a paciente é instituir:

- a) hidratação parenteral vigorosa, nutrição parenteral total e antibioticoterapia com ciprofloxacino e ampicilina
- b) hidratação parenteral vigorosa, antibioticoterapia de amplo espectro e realizar colecistectomia de urgência
- c) antibioticoterapia de amplo espectro e realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com esfínterectomia
- d) nutrição enteral com cateter posicionado distalmente ao duodeno, antibioticoterapia e proceder com necrosectomia extensa

Comentário: Paciente com quadro de pancreatite aguda com piora clínica durante a internação com comprovação de coledocolitíase e sinais clínicos de colangite aguda – tríade de Charcot (dor + icterícia + febre com calafrio). Radiologicamente, foi demonstrada dilatação das vias biliares com cálculo no colédoco – essa é a única indicação de CPRE em casos de pancreatite (cálculo impactado na papila com icterícia persistente ou colangite). A drenagem da via biliar deve ser realizada através de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e esfínterectomia, mesmo sabendo-se que a CPRE também pode ser causa de pancreatite aguda.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 45

Prova vermelha (versão 2): 47

Uma adolescente de 16 anos é atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento com história de febre de 38,5°C, cefaleia, mialgia e dor retro-orbitária há 4 dias. Nega vômitos ou sangramentos. Ao exame físico, evidencia-se prova do laço com surgimento de 23 petéquias na área demarcada, pressão arterial e frequência cardíaca normais. O hemograma apresenta hematócrito = 49% (valor de referência: 42 ± 6%), hemoglobina = 16g/dL (valor de referência: 13,6 ± 2g/dL) e plaquetas = 6.000/mL (valor de referência: 130.000 a 370.000/mL). Considerando o quadro clínico apresentado, a conduta adequada é:

- a) reposição volêmica intravenosa com 20mL/kg de soro fisiológico em 20 minutos; repetição do exame de hematócrito em 2 horas; internação da paciente em leito de terapia intensiva até sua estabilização
- b) reposição volêmica intravenosa com 10mL/kg de soro fisiológico na 1ª hora; repetição do exame do hematócrito em 2 horas; acompanhamento da paciente em leito de internação até sua estabilização
- c) hidratação oral da paciente com 60mL/kg/dia, 1/3 com solução de reidratação oral e o restante com líquidos caseiros; tratamento da paciente em regime ambulatorial com reavaliação diária do quadro clínico
- d) hidratação oral da paciente com 80mL/kg/dia, 1/3 com solução de reidratação oral e o restante com líquidos caseiros; tratamento da paciente em regime ambulatorial com reavaliação após melhora da febre

Comentário: O quadro clínico é típico de dengue, a prova do INEP explora tradicionalmente a abordagem terapêutica da doença. Para tanto, basta classificar o paciente conforme as orientações do Ministério da Saúde.

Não há sinais de gravidade, tampouco sinais de alarme, mas a prova do laço foi positiva. Sendo assim, o paciente é classificado como grupo B, com indicação de hidratação e observação na

unidade, com avaliação de exames complementares – monitorização do hematócrito, por exemplo –, pois é possível que esteja ocorrendo evolução para fase grave. A alternativa “b” é a mais adequada.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 46

Prova vermelha (versão 2): 48

Uma secundigesta de 35 anos, parto vaginal há 2 anos, sem intercorrências, é atendida em sua 1ª consulta pré-natal na 12ª semana de gestação. Apresenta classificação sanguínea “O” Rh negativo, e a tipagem do marido é “B” Rh positivo. A paciente não lembra se fez uso de imunoglobulina anti-Rh no parto anterior. Nesse caso, a conduta correta é:

- a) dar seguimento mensal ao pré-natal da paciente, com teste de Coombs indireto até a 28ª semana de gestação e, se o teste permanecer negativo, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente
- b) dar seguimento mensal ao pré-natal da paciente, com teste de Coombs indireto até a 28ª semana de gestação e, sendo o resultado positivo maior que 1:16, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente
- c) solicitar teste de Coombs indireto se o 1º filho for Rh negativo e, sendo o resultado negativo, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente
- d) solicitar teste de Coombs indireto se o 1º filho for Rh positivo e, sendo o resultado positivo maior que 1:16, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente

Comentário: Em uma situação em que a gestante é Rh negativo e o pai da criança é Rh positivo, há o risco de isoimunização dessa gestante pelo antígeno D (fator Rh) em qualquer momento da gestação e no parto. Para que essa sensibilização não ocorra, a imunoglobulina anti-D deve ser administrada em algumas circunstâncias: após sangramentos genitais durante a gestação (ameaça de aborto, sangramento por placenta prévia); após realização de procedimentos obstétricos (biópsia de vilos coriais, amniocentese, cordocentese etc); por volta de 28 a 30 semanas; após o parto, desde que o recém-nascido seja do tipo sanguíneo Rh positivo. Caso esse cuidado não seja adotado, a isoimunização pode ocorrer, comprometendo o desenvolvimento de futuras gestações.

O teste de Coombs indireto é um teste inespecífico que reconhece a presença de anticorpos contra antígenos da superfície das hemácias. Sua positividade, na gestante Rh negativo, indica a ocorrência de isoimunização contra antígenos de hemácia, geralmente o antígeno D (Rh). O teste negativo, por outro lado, mostra que jamais houve sensibilização por qualquer antígeno eritrocitário, indicando a necessidade de realização de medidas que visem evitar a ocorrência dessa sensibilização (utilização de imunoglobulina anti-D, por exemplo).

No caso apresentado, não se sabe se a gestante, que é Rh negativo e cujo parceiro é Rh positivo, já está ou não isoimunizada pelo fator Rh. A fim de se obter essa informação, deve-se realizar um teste de Coombs indireto. Conforme anteriormente discutido, caso ele seja positivo, significa que já houve isoimunização e a gestante deve ser encaminhada para um serviço onde realize-se pré-natal de alto risco e não há mais sentido administrar imunoglobulina anti-D para prevenção. Por outro lado, caso o resultado do teste seja negativo, deve-se repeti-lo mensalmente até a 28ª ou 30ª semana, momento em que administra-se a profilaxia.

Por fim, no caso apresentado, o teste de Coombs indireto deve ser solicitado (para diagnóstico de isoimunização prévia), independentemente da tipagem sanguínea do filho nascido anteriormente.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 47

Prova vermelha (versão 2): 45

Considere um trabalhador braçal de 68 anos, com hipertensão arterial leve tratada de forma irregular, tabagista crônico (1 a 2 maços de cigarro/dia) e etilista de bebida destilada, que

apresentou quadro de disfagia a sólidos, que evoluiu para líquidos, seguido de perda de peso maior que 20kg nos últimos 60 dias. Realizada a endoscopia digestiva, foi confirmado o diagnóstico de neoplasia de esôfago. O estadiamento da doença mostrou doença localmente avançada (T4N0M0), tendo sido indicado tratamento neoadjuvante com radioterapia e reavaliação futura para intervenção terapêutica. Nesse caso, a forma de suporte nutricional adequada para esse paciente é a nutrição:

- a) enteral, por meio de sonda nasogástrica ou gastrostomia endoscópica percutânea, preservando-se a função do trato gastrointestinal
- b) parenteral total, por permitir maior aporte nutricional aos pacientes gravemente desnutridos, como nas neoplasias avançadas
- c) parenteral periférica, por permitir bom aporte nutricional, com diminuição dos riscos relacionados à nutrição parenteral total
- d) enteral por via oral, pois é o meio mais fisiológico e permite o aporte de nutrientes sem os riscos relacionados à nutrição parenteral total e à nutrição enteral

Comentário: Os pacientes com neoplasia do esôfago devem receber nutrição pelo trato digestivo e não parenteral. É comum a síndrome consumptiva estar presente, e operar esses pacientes em franco catabolismo é deletério, aumentando as taxas de mortalidade do pós-operatório. A sonda nasogástrica e a gastrostomia são as opções para suporte alimentar e melhora da desnutrição. Nesse caso, a melhor alternativa disponível é a “a”, que foi considerada como gabarito oficial. Entretanto, essa questão cabe recurso para anulação pois a gastrostomia que pode ser feita nesse caso é cirúrgica e não endoscópica, como está no gabarito, pois a sonda de gastrostomia não vai passar pelo esôfago com o tumor obstruindo.

Gabarito = A

Passível de recurso

O gabarito oficial da instituição (alternativa “a”) é o mais correto, mas contém um erro que pode confundir o candidato. É contraindicada a realização de gastrostomia endoscópica em caso de obstrução do esôfago, como no caso da questão.

Projeto Diretrizes - Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Presidente: Dr. Carlos Alberto Cappellanes

Gestão 2009-2010

Comissão de Diretrizes e Protocolos

Presidente: Dr. Edivaldo Fraga Moreira

Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP)

As contraindicações da GEP também são abordadas nos consensos e diretrizes publicados pelas sociedades especializadas (ASGE, ASPEN, BAPEN, BSG, ESPEN).

Diversas condições, relacionadas com o estado geral do paciente, comorbidades, anormalidades anatômicas ou outros fatores, podem impossibilitar definitiva ou momentaneamente a realização da GEP.

Absolutas

Dentre as contraindicações absolutas para realização de GEP incluem-se a recusa do paciente, as obstruções completas do trato aerodigestivo superior que impossibilitam o acesso ao estômago, a impossibilidade de conseguir a correta e segura aposição da parede anterior gástrica com a parede abdominal, as coagulopatias não corrigidas e uma expectativa curta de sobrevida.

Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, Mallery JS, Riddawi HM, Vargo II JJ, Waring JP, Fanelli RD, Wheeler-Harborough J (ASGE Standards of Practice Committee). Role of endoscopy in enteral feeding. Gastrointest Endosc 2002; 55 (7): 794-7.

Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, Mallery JS, Riddawi HM, Vargo II JJ, Waring JP, Fanelli RD, Wheeler-Harborough J (ASGE Standards of Practice Committee). Endoscopic enteral nutritional access devices. Gastrointest Endosc 2002; 56 (6): 796-802.

Prova azul (versão 1): 48

Prova vermelha (versão 2): 46

Um menino de 7 anos é encaminhado à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela escola devido ao fato de que ele não consegue aprender a ler, o que tem impactado o seu desempenho escolar no último ano. Segundo relato do psicólogo do colégio, suspeita-se que o menino tenha déficit de atenção. De acordo com o histórico familiar, a criança é um dos 3 filhos de um casal que mora em uma casa de 2 quartos. A avaliação da Equipe de Saúde da Família revela que o comportamento do menino em casa é tranquilo, que ele apresenta concentração em suas atividades e brinca com seus irmãos; não troca letras; não troca fonemas; não esquece atividades corriqueiras. Ao médico da equipe, a criança refere não gostar da escola porque sua professora não gosta dele. O médico chama a professora à UBS e, juntamente com sua equipe, restabelece um canal de diálogo entre a professora e o menino. Após 2 meses, a equipe recebe a notícia de que a criança está evoluindo bem na escola. O conjunto de medidas adotadas na condução desse caso insere-se como prevenção:

- a) quaternária
- b) terciária
- c) secundária
- d) primária

Comentário: A prevenção quaternária diz respeito a evitar sobrediagnóstico ou a iatrogenia (que vai desde exames de rastreamento sem indicação, podendo gerar confusão com falsos positivos, até evitar o diagnóstico de problemas que na verdade não são doenças). Envolve o uso da medicina centrada na pessoa (considerando uma avaliação integral, como vista na criança) e a medicina baseada em evidências como pilares no diagnóstico. A prevenção terciária se refere à prevenção de complicações ou reabilitação. A prevenção secundária envolve o diagnóstico precoce, como, por exemplo, citologia oncótica cervical para diagnóstico de câncer de colo do útero. A prevenção primária específica implica implementação de medidas para prevenção de um agravo específico, como vacinação. No caso, evitou-se uma abordagem médica, com encaminhamento ao psicólogo ou uso de medicação, resolvendo-se o caso com diálogo entre as partes.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 49

Prova vermelha (versão 2): 50

Uma mulher de 40 anos é atendida em hospital, queixando-se de ter tido cefaleia súbita de forte intensidade, com náuseas e vômitos, seguida de perda de consciência. Ao exame, mostra-se consciente, orientada, sem déficit motor, com pupilas isocóricas e rigidez de nuca importante. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- a) enxaqueca complicada
- b) hemorragia subaracnóidea
- c) hematoma intraparenquimatoso
- d) acidente vascular cerebral isquêmico

Comentário: A questão é sobre uma paciente que apresenta quadro de cefaleia súbita, acompanhada de náuseas, vômitos e, em seguida, perda do nível de consciência. A cefaleia súbita, por definição, é aquela que atinge o pico de intensidade da dor no 1º minuto do quadro. Comumente é descrita como a pior dor de cabeça da vida, e quando ocorre deve-se sempre afastar a possibilidade de hemorragia subaracnoidea (HSA). Há, neste caso, 2 grandes sinais de alarme para pensar em uma causa secundária para a cefaleia: a ocorrência súbita e o quadro posterior de perda de consciência. Portanto, enxaqueca não poderia ser a hipótese inicial neste caso, sem serem descartadas outras etiologias secundárias mais graves. Não há, ao exame físico

neurológico, outros déficits focais (além da rigidez de nuca, comum em casos de HSA), que suportem uma suspeita consistente de AVC, seja isquêmico ou hemorrágico. Portanto, temos uma cefaleia súbita, com perda de consciência, e somente rigidez de nuca no exame físico – a maior possibilidade, dentre as alternativas, é que seja HSA.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 50

Prova vermelha (versão 2): 51

Uma adolescente de 14 anos, com história de perda de peso associada à irritabilidade há 6 meses, é atendida em Unidade Básica de Saúde da Família. A paciente refere que deixou de praticar esportes porque se sente cansada, que não consegue se concentrar nos estudos e que dorme mais que o habitual. Diz não ter energia para fazer nada, além de estar sem apetite. Informa que, quando acordada, seu entretenimento é observar as redes sociais em seu celular. Em face desse quadro, a conduta médica adequada é:

- a) encaminhar a paciente à endocrinologia
- b) solicitar eletroencefalograma para diagnóstico
- c) considerar comportamento comum à faixa etária
- d) iniciar tratamento com fluoxetina e/ou psicoterapia

Comentário: Essa questão é sobre transtorno depressivo maior, que acomete 2 mulheres para cada homem e pode se apresentar em qualquer idade. Não é raro que, na atenção primária, os pacientes com esse transtorno apresentem predomínio de queixas físicas em vez de queixas emocionais. Caso o paciente apresente 5 ou mais dos sintomas presentes na Tabela a seguir, por um período superior a 2 semanas, o diagnóstico deve ser aventado.

Critérios diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior, segundo o DSM-V

- A - Cinco ou mais dos sintomas seguintes presentes por menos 2 semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; pelo menos um dos sintomas é: 1 - humor deprimido ou 2 - perda de interesse ou prazer (não inclui sintoma nitidamente devido outra condição clínica):
- 1 - Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (não inclui sintoma nitidamente devido a outra condição clínica).
 - 2 - Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).
 - 3 - Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (por exemplo, alteração de mais de 5% do peso corporal em 1 mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (em criança, considerar incapacidade de apresentar o ganho de peso esperado).
 - 4 - Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 - 5 - Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 - 6 - Fadiga e perda de energia quase todos os dias.
 - 7 - Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente).
 - 8 - Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).
 - 9 - Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio.

B - Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C - Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga) ou outra condição médica.
D - A ocorrência de episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado ou não no espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos.
E - Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior (esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco ou hipomaníaco forem induzidos por substância ou atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica).
<p><i>Observações:</i></p> <p>1 - Os critérios de A a C representam um episódio depressivo maior.</p> <p>2 - Respostas a uma perda significativa (luto, perda financeira, perda por um desastre natural, uma grave doença médica ou invalidez) podem incluir sentimento de tristeza intensa, reflexão excessiva sobre a perda, insônia, falta de apetite e perda de peso, como observados no critério A, que podem assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora estes sintomas possam ser compreensíveis ou considerados apropriados para a perda, a presença de um episódio depressivo maior em adição a uma resposta normal a uma perda significativa também deve ser considerado cuidadosamente. Esta decisão, inevitavelmente, requer o exercício de julgamento clínico baseado na história do indivíduo e as normas culturais para a expressão de angústia no contexto de perda.</p>

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 51

Prova vermelha (versão 2): 52

Uma mulher de 58 anos, menopausa há 5 anos, obesa e nuligesta, sem nunca ter feito uso de terapia hormonal, comparece a consulta em Unidade Básica de Saúde queixando-se de sangramento vaginal de pequena intensidade há 4 meses. Ao exame especular, observam mucosa vaginal de aparência trófica e colo uterino sem lesões aparentes. Traz resultado de ultrassonografia transvaginal recente, demonstrando espessura endometrial de 10mm e a presença de 3 miomas, sendo um intramural com 4cm e 2 subserosos com 1 e 2cm, respectivamente. O presente quadro clínico indica a necessidade de:

- histerectomia com anexectomia
- embolização de artérias uterinas
- miomectomia por via laparoscópica
- histeroscopia com biópsia endometrial

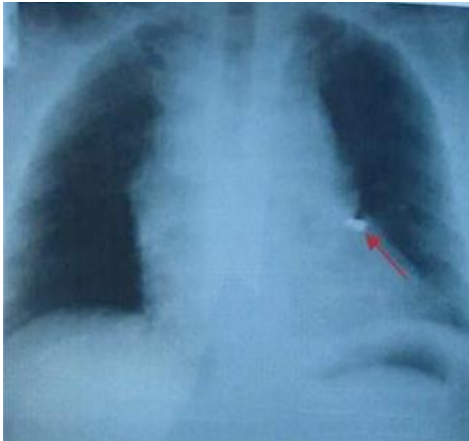
Comentário: A questão aborda um sangramento pós-menopausa em uma paciente com fatores de risco para doença do endométrio. Lembre-se das aulas: paciente com sangramento pós-menopausa = histeroscopia com biópsia de endométrio. Sempre existe a necessidade de descartar a possibilidade de câncer de endométrio em pacientes pós-menopausa que voltam a apresentar sangramento. Todavia, a principal causa de sangramento pós-menopausa é a atrofia endometrial. Além disso, o fato de a paciente ser obesa e nuligesta, sem nunca ter feito terapia hormonal, confere um risco aumentado para câncer de endométrio. Isso se dá devido à maior exposição aos estrogênios durante a menacme. A questão menciona a presença de miomas, sendo que um deles, o submucoso, também pode ser causa de sangramento genital. Entretanto, os miomas tendem a regredir no climatério e não sangram mais! Nessa questão certamente foi colocado como um fator de confundimento. Lembre-se que qualquer em questão sobre sangramento pós-menopausa a conduta será histeroscopia com biópsia de endométrio.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 52

Prova vermelha (versão 2): 49

Um homem de 24 anos, vítima de ferimento por arma de fogo há 2 horas, recebeu atendimento na unidade de pronto-socorro. À admissão, estava consciente, descorado (+/4), tendo a avaliação dos sinais vitais apresentado os seguintes resultados: pressão arterial = 130x90mmHg (simétrica nos membros superiores); frequência cardíaca = 102bpm; frequência respiratória = 28irpm; saturação de O₂ = 96%. No exame físico do paciente, a semiologia pulmonar mostrou-se normal e não foram encontradas alterações em pulsos periféricos, nem presença de sopros à ausculta cardíaca; observou-se orifício de entrada do projétil de arma de fogo na linha de intersecção do segundo espaço intercostal esquerdo com a linha hemiclavicular, mas não orifício de saída do referido projétil. Segue uma imagem da radiografia de tórax solicitada.



Com base nos dados clínicos e radiológicos, quais são o diagnóstico e a conduta médica adequados?

- a) hérnia diafragmática; toracofrenolaparotomia
- b) hemotórax; drenagem torácica com selo d'água sob aspiração
- c) tratamento cardíaco; pericardiocentese seguida de esternotomia
- d) lesão aórtica; estudos complementares com tomografia e aortografia

Comentário: Paciente com ferimento por arma de fogo em zona de Ziedler. Lesões penetrantes desta região têm a particularidade de poderem lesar coração e vasos da base. Não há trajeto do projétil para além do diafragma. Além disso, o mecanismo de trauma mais associado a hérnias diafragmáticas é o trauma abdominal fechado. Não há sinais de hemotórax clínico ou radiológico (velamento/hiperdensidade) no hemitórax esquerdo. O paciente não apresenta clínica de tamponamento cardíaco agudo (tríade de Beck: pinçamento das pressões sistólica e diastólica, abafamento de bulhas e estase jugular) e o raio x é um exame pouco adequado para este diagnóstico. O paciente em questão está estável hemodinamicamente e o raio x anteroposterior de tórax mostra um alargamento de mediastino, sendo necessária uma investigação de lesão de aorta.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 53

Prova vermelha (versão 2): 54

Uma mulher de 50 anos é encaminhada ao ambulatório de Nefrologia pela Equipe de Saúde da Família apresentando quadro de síndrome nefrótica. A paciente relata que, há 3 meses, iniciou-se edema nos tornozelos. O edema ascendeu progressivamente, estando, atualmente, na altura dos joelhos. Refere ganho de 10kg nesse período, além de astenia. Nega hematúria, febre, lesões cutâneas ou queixas respiratórias. Relata ser diabética há 10 anos, fazendo uso irregular de metformina (850mg, 1 a 2 vezes/dia) e glibenclamida (5mg, 1 a 2 vezes/dia), sem acompanhamento médico há, pelo menos, 5 anos. O exame físico revela palidez cutâneo-

mucosa, hipertensão arterial (pressão arterial = 180x100mmHg) e importante edema de membros inferiores (++++/4+). Os resultados dos exames solicitados pelo médico da Equipe de Saúde da Família demonstram: hemoglobina = 10g/dL (valor de referência = 12 a 14g/dL), hematócrito = 31% (valor de referência = 36 a 42%), VCM = 95fL (valor de referência = 80 a 100fL), HCM = 31pg (valor de referência = 27 a 32pg), RDW = 13,4% (valor de referência: 11,5 a 15%); série branca e plaquetas normais; creatinina = 4,8mg/dL (valor de referência = 0,6 a 1,2mg/dL), ureia = 190mg/dL (valor de referência = 15 a 38mg/dL); glicemia de jejum = 230mg/dL (valor de referência <126mg/dL), hemoglobina glicada = 9% (valor de referência <6,5%); sódio = 143mEq/L (valor de referência = 136 a 145mEq/L), potássio = 5,5mEq/L (valor de referência = 3,5 a 5,1mEq/L); colesterol total = 305mg/dL (valor de referência <200mg/dL), HDL = 30mg/dL (valor de referência >45mg/dL), triglicerídeos = 322mg/dL (valor de referência <150mg/dL); albumina sérica = 2g/dL (valor de referência = 3,5 a 4,5g/dL); urina EAS = proteína (+++) (valor de referência: ausente) e glicose (++) (valor de referência: ausente); proteinúria de 24h = 5g (valor de referência <0,5g). Após a avaliação inicial, é feita uma ultrassonografia, que mostra rins de tamanho normal e, então, é realizada biópsia renal, cujo resultado indica esclerose nodular mesangial. O presente quadro clínico indica que o prognóstico é de:

- a) estabilização do comprometimento parenquimatoso e da função renal, desde que seja obtido o controle da glicemia
- b) estabilização do comprometimento parenquimatoso e da função renal, desde que seja obtido o controle da pressão arterial
- c) evolução para insuficiência renal crônica terminal por alteração da função renal, presença de hipertensão arterial e proteinúria nefrótica
- d) evolução para insuficiência renal crônica terminal por alteração da função renal, persistência da hiperglicemia e alterações do metabolismo de lipídios

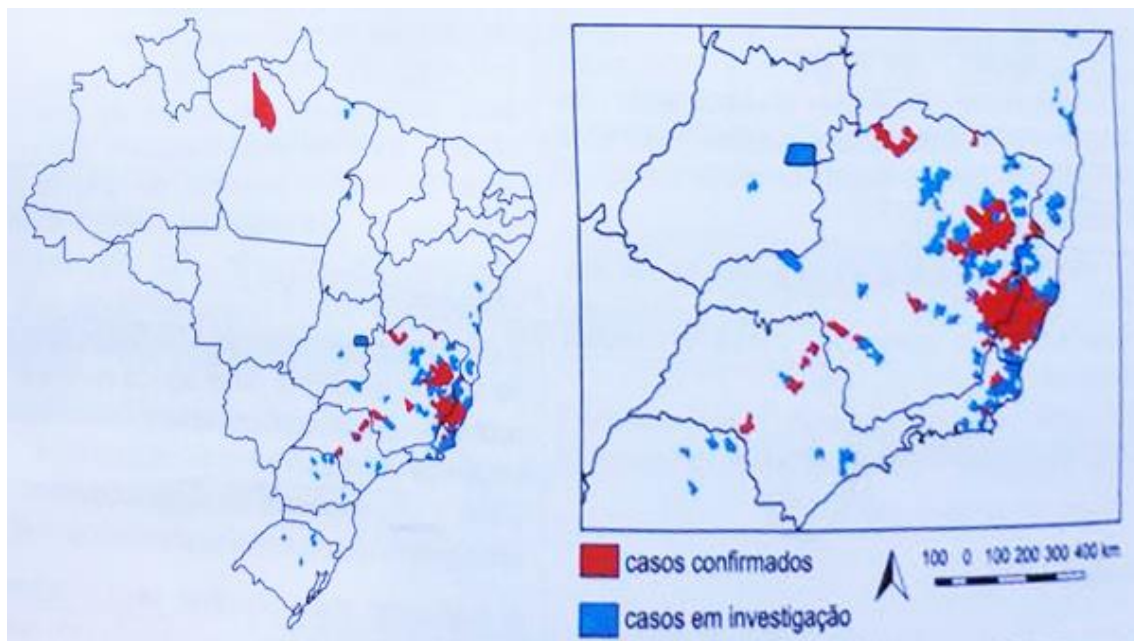
Comentário: A questão apresenta uma paciente com síndrome nefrótica, além de ser hipertensa e ter *diabetes mellitus*. Ainda que a síndrome nefrótica por vezes represente um desafio clínico na definição diagnóstica, a questão traz elementos que permitem definir a etiologia. A biópsia demonstrou esclerose nodular mesangial (ou lesão de Kimmelstiel-Wilson), protótipo da doença renal associada ao diabetes. Ainda que represente uma complicação crônica do *diabetes mellitus*, sabemos que o fator mais importante na definição de evolução para doença renal crônica é a hipertensão arterial sistêmica; é ela que, se não controlada, permitirá a evolução para doença renal crônica terminal.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 54

Prova vermelha (versão 2): 53

A Figura a seguir apresenta a distribuição espacial dos casos de febre amarela confirmados e em investigação pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil até o dia 6 de abril de 2017, com início dos sintomas a partir de 1º de dezembro de 2016:



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Febre Amarela. Informe – Nº 35/2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Considerando a situação epidemiológica da febre amarela apresentada nos mapas, no período analisado, assinale a alternativa correta no que se refere às mudanças nas áreas de recomendação de vacinação:

- intensificação das estratégias de vacinação de forma seletiva nos estados de Minas Gerais e Paraná, anteriormente áreas sem recomendação de vacinação contra a febre amarela
- determinação do estado de São Paulo como área com recomendação temporária de vacinação, anteriormente uma área sem recomendação de vacinação contra a febre amarela
- intensificação da vacinação em municípios afetados pela febre amarela no estado do Rio de Janeiro, mantido como área com recomendação permanente de vacinação
- determinação da maioria dos municípios do estado do Espírito Santo como áreas indicadas para a recomendação temporária de vacinação contra a febre amarela

Comentário: O 1º ponto importante é entender que, em diversos estados, a situação da febre amarela não é endêmica, de forma que a adoção de uma medida permanente de controle não é justificada. As mudanças na recomendação de vacinação foram:

- No Espírito Santo, diversos municípios foram classificados como áreas de vacinação temporária;
- No Rio de Janeiro, poucos municípios foram colocados como área temporária, e os demais seguem sem indicação de vacinação;
- Em Minas Gerais, todo o estado foi classificado como área de vacinação permanente;
- No Paraná, a maior parte dos municípios foi colocada como área de indicação permanente e alguns seguem sem indicação de vacinação.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 55

Prova vermelha (versão 2): 57

Um menino de 5 anos apresenta, há 3 semanas, astenia e febre baixa diária, redução do apetite e manchas arroxeadas nos membros. Além disso, acorda quase todas as noites com queixa de dores em membros inferiores. Ao exame físico, ele apresenta hepatoesplenomegalia, equimoses em membros inferiores e poliadenomegalia. O hemograma evidencia anemia normocítica e normocrômica, contagem de leucócitos normal

(9.000 leucócitos/mm³), com linfocitose e presença de linfócitos atípicos e plaquetopenia (80.000 plaquetas/mm³). A dosagem de desidrogenase láctica mostra-se elevada. Pesquisa de anticorpo anticapsídeo viral de Epstein-Barr e sorologia para citomegalovírus evidenciam IgG positivo e IgM negativo. A velocidade de hemossedimentação está elevada, e as aminotransferases estão normais. De acordo com o presente quadro clínico-laboratorial, o diagnóstico é:

- a) mielofibrose
- b) artrite idiopática juvenil
- c) mononucleose infecciosa
- d) leucemia linfoblástica aguda

Comentário: Os sintomas de LLA são decorrentes da infiltração neoplásica de linfoblastos na medula óssea e da disseminação das células neoplásicas pela corrente sanguínea. A dor óssea é frequente e geralmente ocorre nos membros inferiores. A febre é um sintoma muito prevalente e está relacionada a maior produção de citocinas. Palidez, astenia, petéquias e equimoses também são sintomas comuns. No exame físico geralmente encontramos hepatoesplenomegalia e linfonodomegalia generalizada. Os exames geralmente mostram anemia, plaquetopenia e alteração leucocitária. A DHL e o VHS geralmente estão aumentados.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 56

Prova vermelha (versão 2): 58

Uma gestante de 37 anos, com gravidez de 8 semanas confirmada por ultrassonografia realizada há 1 semana, comparece à Unidade Básica de Saúde para iniciar acompanhamento pré-natal. Como antecedentes familiares, cita o pai e a mãe como portadores de *diabetes mellitus*, ambos em tratamento com hipoglicemiantes orais. A paciente apresenta resultados de glicemia de jejum de 180mg/dL em 2 dosagens realizadas em dias diferentes. Nesse caso clínico, a conduta indicada é:

- a) dieta para diabetes e reavaliação clínico-laboratorial em 4 semanas
- b) administração de metformina
- c) administração de sulfonilureia
- d) insulinoterapia

Comentário: A questão apresentada trata de gestante com diagnóstico de *overt* diabetes (diabetes tipo 2): glicemia de jejum com valor ≥ 126 mg/dL. Não há publicação do Ministério da Saúde com uma posição oficial e direta acerca da conduta a ser tomada nesses casos. Sendo assim, devemos nos basear nos demais protocolos nacionais e internacionais acerca dessa situação, sendo que eles preconizam a prescrição de dieta e atividade física para controle do diabetes, avaliação de perfil glicêmico diário e posterior reavaliação em 2 semanas para que se determine a necessidade de utilização de insulinoterapia.

Gabarito = D

Passível de recurso

Não há publicação do Ministério da Saúde com uma posição oficial e direta acerca da conduta a ser tomada nesses casos, portanto, 2 respostas seriam possíveis ("a" e "d").

Fonte: *Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde.*

Prova azul (versão 1): 57

Prova vermelha (versão 2): 55

Durante plantão na central de regula o de urgência, o técnico auxiliar de regula o médica transfere para o médico regulador uma chamada telef nica durante a qual ele deve orientar os cuidados iniciais para uma vítima de acidente do trabalho com serra elétrica. O paciente, um operário do sexo masculino, com 20 anos, sofreu amputa o do polegar direito e encontra-se consciente e orientado, apresentando sangramento local, que cessa   compressão manual do coto de amputa o. Havendo a inten o de reimplante do membro amputado, além de

cobrir o ferimento no coto com pano limpo, que orientações deverão ser dadas pelo médico regulador, por telefone, até a chegada da ambulância ao local do chamado e posterior condução do paciente à unidade hospitalar especializada?

- a) efetuar garrote no punho; lavar o dedo amputado em água corrente e colocá-lo em recipiente com gelo, cobrindo-o completamente
- b) efetuar compressão local; lavar o dedo amputado em água corrente e colocá-lo em recipiente com gelo, cobrindo-o completamente
- c) efetuar garrote no punho; cobrir o dedo amputado com pano limpo e colocá-lo em um saco plástico e, depois, em um recipiente com gelo
- d) efetuar compressão local; cobrir o dedo amputado com pano limpo e colocá-lo em um saco plástico e, depois, em um recipiente com gelo

Comentário: Em relação à hemostasia: os garroteamentos de extremidades devem ser evitados e a compressão local com pano limpo deve ser realizada. Em relação à preservação do dedo: a isquemia fria prolonga o tempo para implante, porém o contato direto com o gelo pode causar queimadura ou lesões que inviabilizam a cirurgia. Portanto, o dedo deve ser transportado em gelo mas protegido por um saco plástico.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 58

Prova vermelha (versão 2): 56

Um homem de 27 anos, vítima de acidente automobilístico, foi recebido na Unidade de Emergência após atendimento de equipe de ambulância em via pública, onde foi encontrado em choque hemorrágico. Após avaliação primária do trauma, realizada no atendimento pré-hospitalar, iniciou-se a reanimação volêmica do paciente. No dia seguinte, contudo, observou-se deterioração aguda de sua função renal. Exames complementares solicitados para a investigação do quadro de injúria renal aguda revelaram os seguintes achados: exame de urina tipo I: densidade de 1.035 e presença de cilindros hialinos; excreção fracionada de sódio: <1%; excreção fracionada de ureia: <35%; relação ureia plasmática/creatinina plasmática: >40. A explicação mais provável para a retenção aguda de escórias nitrogenadas apresentada pelo paciente é:

- a) necrose tubular aguda provocada pelo choque hemorrágico
- b) azotemia pré-renal causada pelo choque hipovolêmico
- c) injúria renal pós-renal devida a bexiga neurogênica
- d) injúria renal aguda intrínseca por rabdomiólise

Comentário: O simples cenário de choque hemorrágico, indicando hipovolemia, já tornaria mais provável a hipótese de insuficiência renal aguda pré-renal. No entanto, como sabemos, em casos graves de choque pode haver evolução para necrose tubular aguda, sendo fundamental distinguir a IRA pré-renal da renal intrínseca.

Para tanto, existem parâmetros clássicos, que foram citados, como excreção urinária de sódio ou de ureia e relação da ureia plasmática com a creatinina:

- Ureia plasmática/creatinina plasmática: como tradicionalmente discutimos, nas situações de IRA pré-renal, ocorre elevação mais pronunciada da ureia que da creatinina, com relação maior que 40. Na IRA renal habitualmente é menor que 20.

- A fração de excreção de sódio é menor que 1% na IRA pré-renal, afinal o objetivo é manter o tônus do compartimento intravascular, e o sódio é o principal componente da osmolaridade sérica. Assim, a excreção de sódio será ínfima, diferente do que ocorre na IRA renal, na qual a fração excretada é maior que 2% – a lesão tubular impede a reabsorção de Na;

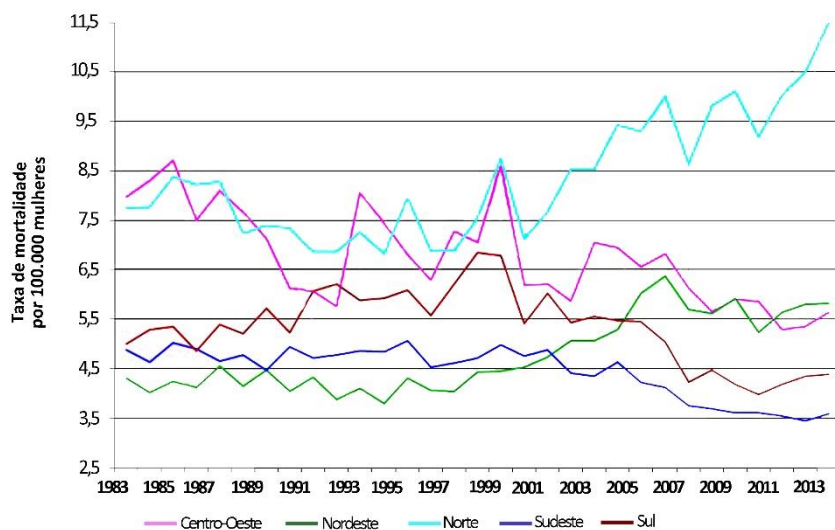
- A fração de excreção de ureia é um parâmetro adicional que tem a vantagem de sofrer pouco impacto do uso eventual de diuréticos. Na IRA pré-renal, a excreção é tipicamente inferior a 35%, enquanto na renal é superior a 50%.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 59

Prova vermelha (versão 2): 59

Observe a Figura a seguir, que representa a taxa de mortalidade ajustada pela população mundial por câncer do colo do útero, nas regiões do Brasil, no período de 1983 a 2013.



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade

Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 03 maio 2017.

A partir de 2014, o Ministério da Saúde do Brasil ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da vacina quadrivalente contra HPV dos tipos 6, 11, 16 e 18, em esquema vacinal estendido, composto por 3 doses (0, 6 e 60 meses). Considerando a relevância em Saúde Pública da prevenção e controle do câncer de colo de útero e a heterogeneidade dos cenários epidemiológicos nas regiões brasileiras, ilustrada na Figura, é essencial ao planejamento e à estruturação de programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero:

- ter, por objeto-fim, a estabilização da incidência de câncer do colo do útero, bem como a morbidade e a mortalidade por essa doença como parte das ações prioritárias indicadas no Plano de Ação Global para a prevenção e o controle de DNTs 2013-2020
- estruturar diferentes grupos de trabalho com foco em elementos gerais do programa nacional, em face dos desafios mais comuns para o controle e propor medidas para abordá-los nos níveis secundário e terciário da rede de atenção do sistema de saúde
- planejar e divulgar os componentes programáticos nos níveis primário, secundário e terciário, assegurando que os profissionais de saúde sejam mantidos como elementos estratégicos a serem avaliados e monitorados periodicamente nas atividades do programa
- planejar atividades de prevenção primária, secundária e terciária (que inclui tratamento), além de acesso a cuidados paliativos e considerar o monitoramento e a avaliação componentes essenciais de programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero

Comentário: O planejamento e a estruturação de programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero devem contemplar ações de prevenção primária, secundária e terciária, incluindo cuidados paliativos, haja vista a existência de casos sem chance de cura. Além disso, o monitoramento e a avaliação são fundamentais para apontar a efetividade das ações em curso, bem como a identificação de problemas a serem superados. No caso do câncer de colo uterino, a prevenção primária consiste na educação sexual e na vacinação contra o vírus HPV. A secundária é a coleta rotineira do exame citopatológico do colo uterino, uma vez que visa o diagnóstico precoce. A terciária consiste em evitar as complicações da doença já instalada.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 60

Prova vermelha (versão 2): 62

Um lactente de 8 meses é levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde (UBS), que relata que a criança, anteriormente hígida, vem apresentando, há 8 dias, evacuações líquidas, sem muco e sem sangue, com hiperemia perianal e fezes explosivas, chegando a apresentar cerca de 10 episódios em 24 horas. O lactente não está aceitando bem a alimentação, nem soro caseiro e apresenta vômitos. O médico da UBS encaminha o paciente a um pronto-socorro público para avaliação, dada a não aceitação do soro de reidratação oral oferecido, com total de 6 episódios de vômitos em 1 hora, mesmo com fracionamento do soro. Ao exame, constatam-se os seguintes achados: temperatura axilar = 36°C, letargia, olhos muito encovados, fontanela deprimida, prega cutânea que se desfaz em mais de 2 segundos e mucosas secas. Em face do presente caso clínico, o diagnóstico e a conduta adequados, são:

- a) diarreia aguda com desidratação; iniciar hidratação por gastrólise com soro de reidratação oral, 50mL/kg de peso, em 2 horas
- b) diarreia persistente com desidratação; iniciar antiemético, antidiarreico e soro de hidratação oral, 50mL/kg de peso, em 2 horas
- c) diarreia aguda com desidratação grave; iniciar hidratação venosa com solução fisiológica 0,9%, 20mL/kg de peso, em 30 minutos
- d) diarreia persistente com desidratação grave; iniciar hidratação venosa com solução glicofisiológica 1:2, 100mL/kg de peso, em 4 horas

Comentário: Paciente com diarreia aguda e sinais clínicos sugestivos de desidratação grave com letargia. A opção terapêutica indicada pelo Ministério da Saúde do Brasil é o plano C, que consiste em hidratação endovenosa com solução isotônica (Ringer lactato ou SF 0,9%) 20mL/kg em 30min e repetir até que a criança fique hidratada.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 61

Prova vermelha (versão 2): 63

Uma secundigesta de 27 anos de idade, na 35ª semana de gestação, comparece à Unidade de Pronto Atendimento com queixas de dor em baixo ventre e perda de líquido pela vagina. O exame físico evidencia: batimento cardíaco fetal 145bpm; dinâmica uterina de 3 contrações de 35 segundos em 10 minutos; a *amniorrexia* foi confirmada pelo exame especular. Ao toque, observa-se colo esvaecido e dilatado para 4cm. Nesse caso, a conduta médica adequada é:

- a) realizar tocólise e profilaxia antimicrobiana para *Streptococcus* beta-hemolítico por 48 horas
- b) colher cultura para *Streptococcus* beta-hemolítico e aguardar resultado para instituir profilaxia
- c) colher cultura para *Streptococcus* beta-hemolítico e realizar profilaxia antimicrobiana por 48 horas
- d) realizar a profilaxia antimicrobiana para *Streptococcus* beta-hemolítico até o nascimento da criança

Comentário: Trata-se de gestante com diagnóstico de trabalho de parto prematuro (presença de 3 contrações de 35 segundos em 10 minutos que causaram alterações cervicais – dilatação e esvaecimento – com idade gestacional inferior a 37 semanas). Além disso, houve ruptura das membranas ovulares (o enunciado não deixa claro se essa ruptura foi prematura ou precoce). Há contraindicação para tocólise:

- Trata-se de gestação com mais de 34 semanas de idade gestacional;
- As membranas já estão rotas;
- O trabalho de parto já está na fase ativa do período de dilatação (>3cm).

A cultura para *Streptococcus* beta-hemolítico, que rotineiramente deve ser realizada entre 35 e 37 semanas de gestação, não foi feita e/ou o seu resultado não foi fornecido. Sendo assim, na presença de trabalho de parto franco, com fatores de risco para infecção fetal por esse agente (trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas no feto prematuro, rotura

prematura de membranas por mais de 18 horas, história de recém-nascido anterior com infecção pelo *Streptococcus* do grupo B, bacteriúria por *Streptococcus agalactiae* durante a gestação ou febre durante o trabalho de parto), deve-se proceder com a realização de antibioprofilaxia até o momento do nascimento da criança. Os antibióticos que podem ser utilizados são: penicilina G cristalina, ampicilina, eritromicina, clindamicina e vancomicina.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 62

Prova vermelha (versão 2): 60

Um homem de 39 anos, hipertenso há 12 anos, submetido à colecistectomia eletiva por videolaparoscopia sem intercorrências, com alta após 2 dias da cirurgia, procura atendimento hospitalar, relatando que, no dia seguinte ao da alta hospitalar, apresentou sangramento nasal espontâneo contínuo. Informa ter feito compressão externa com os dedos e deixado a cabeça inclinada para trás por 1 hora, porém sem efeito. O exame físico do paciente evidencia: PA = 180x120mmHg e presença de epistaxe moderada em narina esquerda. Ao exame da orofaringe, observa-se ausência de sangramento visível. Nessa situação clínica, se, após avaliar a via aérea do paciente, o médico realizar compressão externa nasal por 20 minutos, administrar medicação anti-hipertensiva e, ainda assim, o paciente persistir com o quadro de epistaxe, a conduta médica adequada seria realizar:

- a) embolização arteriográfica
- b) ligadura das artérias nasais
- c) tamponamento nasal anterior
- d) tamponamento nasal posterior

Comentário: Nos casos de epistaxe, as medidas médicas iniciais devem contemplar a verificação de sinais vitais e descartar repercussões clínicas no estado hemodinâmico do paciente. No que concerne ao tratamento específico da epistaxe, é preciso lembrar que o principal norte no tratamento da epistaxe é o "topodiagnóstico", ou seja, localizar o ponto de sangramento. No caso apresentado, apesar de não especificar o local de sangramento, o autor cita que o paciente apresenta "epistaxe moderada em narina esquerda" e "ausência de sangramento visível" no exame da orofaringe. A presença de sangramento exteriorizando apenas pela região anterior do nariz, e sem descer através da orofaringe, demonstra a grande probabilidade de estarmos diante do quadro de um sangramento anterior, que inclusive corresponde a maioria dos casos de epistaxe. Portanto, a medida específica a ser tomada neste caso é a realização de tamponamento nasal anterior.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 63

Prova vermelha (versão 2): 61

Uma adolescente de 16 anos, após o parto de seu 2º filho, retorna à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de puericultura. O médico, após examiná-la, orienta-a acerca das opções potenciais de métodos contraceptivos, alguns deles fornecidos pela própria UBS e outros disponíveis na unidade de referência do programa Saúde da Mulher do município. Esta ação, em particular, centrada nas necessidades das pessoas e articulada nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, é a expressão de qual princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil?

- a) Controle Social
- b) Regionalização
- c) Integralidade
- d) Equidade

Comentário: O princípio da integralidade é aquele em que a pessoa é compreendida em sua totalidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde. A reforma sanitária brasileira

contemplou, em suas perspectivas, a integralidade como a garantia de atenção nos 3 níveis de complexidade da atenção médica, bem como a articulação das ações de prevenção, promoção, cura e recuperação da saúde.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 64

Prova vermelha (versão 2): 66

Um homem de 55 anos procura atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar furunculose de repetição. Durante a investigação de fator predisponente, cogita-se a possibilidade de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O paciente relata que não tem filhos e vive em união estável há cerca de 20 anos. Nega uso de preservativo nas relações sexuais com sua parceira e afirma não ter relacionamentos extraconjugais. Refere 4 parceiras prévias a atual e afirma que sempre fez uso de preservativo nas relações sexuais com essas parceiras. Nega transfusões sanguíneas ou cirurgias prévias. Em face desse quadro, o médico deve:

a) solicitar sorologia anti-HIV, sem ser necessário pedir autorização ao paciente; e, sendo a sorologia positiva, iniciar o tratamento antirretroviral se a contagem de linfócitos T CD4+ for ≤ 350 células/mm³, nada devendo informar à parceira, de modo a manter o sigilo médico recomendado pelo Código de Ética Médica

b) solicitar sorologia anti-HIV, caso autorizado pelo paciente após o aconselhamento pré-teste, e, sendo positiva, iniciar o tratamento antirretroviral se a contagem de linfócitos T CD4+ for ≤ 500 células/mm³; e solicitar, ainda, que o paciente leve sua parceira à UBS para oferecer-lhe aconselhamento e testagem anti-HIV

c) solicitar sorologia anti-HIV, caso autorizado pelo paciente após aconselhamento pré-teste, e, sendo positiva, iniciar o tratamento antirretroviral se a contagem dos linfócitos T CD4+ for ≤ 500 células/mm³; e, ainda, convocar, de imediato, a parceira do paciente para aconselhamento e testagem, comunicando-lhe o diagnóstico do parceiro

d) solicitar sorologia anti-HIV, sem haver necessidade de pedir autorização ao paciente, e, sendo a sorologia positiva, iniciar o tratamento antirretroviral se a contagem de linfócitos T CD4+ for ≤ 350 células/mm³; e, ainda, aguardar a oportunidade de testagem da parceira do paciente, quando ela for à UBS, para comunicar-lhe o diagnóstico do parceiro

Comentário: Trata-se de uma questão que abordou conceitos importantes relacionados à infecção por HIV/AIDS. Foram exigidos 3 conhecimentos:

- A testagem anti-HIV só pode ser realizada com a concordância do paciente; a rigor, essa regra vale para qualquer conduta médica, ainda que rotineiramente ignoremos – médicos e pacientes – essa rotina. No caso específico do HIV, como o resultado do exame pode ter impacto relevante na vida do indivíduo, essa recomendação acaba sendo expressa;

- Um pequeno deslize do examinador, mas que não invalida a questão. Atualmente, preconizamos o tratamento do HIV tão logo a sorologia seja positiva, independentemente da contagem de CD4 – seria “mais correto” se houvesse alternativa nesses termos; no entanto, ainda que sugerida pelo Ministério, a recomendação com evidência científica é iniciar com CD4 < 500 /mm³. Enfim, quando abaixo de 500, o tratamento estará formalmente indicado; acima de 500, a decisão é individualizada, com tendência maior a iniciar o esquema;

- O paciente deve levar a parceira para aconselhamento e testagem; apenas nos casos em que há recusa do paciente de seguir as orientações fornecidas pela equipe de saúde, para a proteção de terceiros, é que a convocação pode ser sumária, com quebra do sigilo.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 65

Prova vermelha (versão 2): 64

Uma criança de 6 anos, portadora de anemia falciforme, é internada com quadro de febre de 38,5°C associada a tosse, dispneia intensa e dor torácica há 3 dias. Ao exame físico, encontra-

se hipoativa, hipocorada (+++/4), taquipneica, taquicárdica, com sopro sistólico de (++)/6), fígado a 2cm do rebordo costal direito e baço não palpável e saturação de O₂ = 92% em ar ambiente. A radiografia de tórax revela opacificações em lobos inferiores. O hemograma revela hemoglobina = 6g/dL (valor de referência: 12 a 16g/dL), sendo que no mês anterior a hemoglobina estava 7,2g/dL. Foram iniciados os procedimentos de oxigenioterapia com máscara com reservatório a 10L/min, hidratação venosa e analgesia, observando-se elevação da saturação de O₂ para 94%. Neste caso, a conduta terapêutica adequada é:

- a) transfusão de concentrado de hemácias e início de antibioticoterapia empírica de amplo espectro
- b) transfusão de concentrado de hemácias e instalação de BiPAP
- c) antibioticoterapia empírica de amplo espectro e surfactante
- d) exossanguineotransfusão parcial e instalação de BiPAP

Comentário: A síndrome torácica aguda é um evento potencialmente fatal em pacientes com anemia falciforme que cursam com febre, taquidispneia, tosse e dor torácica associados a alterações radiográficas (infiltrado pulmonar recente no tórax). A maioria dos pacientes com essa síndrome não tem uma única causa identificável. A infecção é a etiologia mais conhecida nesses casos, embora somente 30% dos episódios mostrem escarro ou cultura broncoalveolar positivos. Os principais agentes presentes são pneumococo, *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia* sp. O principal evento que precede a síndrome é uma crise álgica que necessitou de opioide para tratamento. Todo episódio de síndrome torácica aguda deve ser tratado com antibiótico (macrolídeo + cefalosporina de 3ª geração é uma boa associação nesses casos). Oxigênio deve ser oferecido àqueles que se apresentam com hipóxia. Deve ser feita, ainda, transfusão de sangue (simples ou exossanguineotransfusão), pois é a única medida capaz de abortar um episódio de síndrome torácica aguda rapidamente progressivo.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 66

Prova vermelha (versão 2): 65

Uma mulher de 25 anos procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de corrimento vaginal fluido, de coloração esbranquiçada e odor forte, há 15 dias. Ao exame especular, observa-se conteúdo vaginal esbranquiçado e bolhoso. Ao realizar a avaliação do pH vaginal com fita, obteve-se o valor de 6,5. O teste das aminas apresentou resultado positivo. Pelos achados evidenciados, conclui-se que o diagnóstico correto é:

- a) cervicite por HPV
- b) vaginose citolítica
- c) vaginose bacteriana
- d) candidíase vulvovaginal

Comentário: O corrimento vaginal é queixa frequente nos atendimentos ginecológicos.

Em todos os casos, deve-se realizar anamnese e exame físico em busca da sintomatologia para realização do diagnóstico diferencial entre as vulvovaginites.

A vaginose bacteriana é um tipo de vulvovaginite que tem como uma das principais características o odor fétido da secreção vaginal. A leucorreia tende a ser branco-acinzentada, fluida e, em alguns casos, apresentar pequenas bolhas. A fim de se identificar esse odor fétido, pode-se realizar o teste das aminas que, quando positivo, sugere este diagnóstico. A positividade deste teste consiste na exacerbação do odor fétido da secreção.

Outra vulvovaginite que pode apresentar odor fétido na secreção vaginal é a tricomoníase. Entretanto, na tricomoníase, o quadro clínico costuma ser mais exuberante, tendo outros sintomas como, leucorreia esverdeada bolhosa e abundante, colpite difusa e, por vezes, ardência vulvovaginal.

No caso em questão, a paciente demonstra um corrimento vaginal de coloração esbranquiçada típico do corrimento apresentado na vaginose bacteriana. Em ambos os casos, vaginose bacteriana ou tricomoníase, o pH é alcalino, geralmente acima de 4,5.

Embora a questão tenha comentado sobre o corrimento ser bolhoso, o que poderia ser um fator de confusão com a tricomoníase, não há esta alternativa na questão. Se houvesse a opção, poderia ser uma questão passível de anulação.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 67

Prova vermelha (versão 2): 68

Um homem de 25 anos, vítima de agressão em uma via pública, é levado pela viatura da Polícia Militar até uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Apresenta-se com agitação psicomotora, fala arrastada, incoordenação motora com ataxia, lúcido, orientado no tempo e espaço e com hálito etílico. Exibe ferimento corto-contuso na região frontal, de aproximadamente 2cm, sem sangramento ativo. Mostra-se bastante agressivo, ameaçador e não permite ser submetido à avaliação dos sinais vitais, ao exame físico e à sutura do ferimento. Demonstra intenção de fugir da UPA e ameaça agredir os membros da equipe de saúde. Nesta situação, a conduta médica deve incluir as seguintes ações:

a) indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pela equipe de saúde; aplicar haloperidol 5mg via intramuscular; realizar sutura do ferimento; manter o paciente em observação na UPA e solicitar ao Serviço Social o contato com seus familiares

b) indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pela equipe de saúde; aplicar prometazina 25mg via intramuscular; realizar sutura do ferimento e transferir o paciente para hospital geral de referência

c) indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pelos policiais; aplicar diazepam 10mg via intravenosa; realizar sutura do ferimento e transferir o paciente para a unidade de referência psiquiátrica

d) indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pelos policiais; administrar glicose 50% (60 a 100mL, diluída a 50%) via intravenosa em *bolus* e diazepam 10mg via intravenosa; realizar sutura do ferimento; manter o paciente em observação na UPA e solicitar ao Serviço Social o contato com seus familiares

Comentário: A contenção é usada pra pacientes que apresentam quadro de agitação psicomotora. Cabe ao profissional médico a decisão de estabelecer restrição e esta deve ser prescrita e realizada pelos profissionais de saúde. A contenção física é a imobilização do paciente por várias pessoas da equipe, que devem segurá-lo firmemente. Já a contenção mecânica consiste no uso de faixas, que podem ser de tecido, e que fixam o paciente ao leito. A contenção física pode ou não ser acompanhada de contenção química, que é o emprego de medicações, como o haloperidol, que é utilizado nos casos de agitação psicomotora. O diazepam seria usado se o caso fosse de abstinência por álcool e não intoxicação alcoólica. Em casos de abstinência aplicam-se, ainda, tiamina e glicose, sendo a tiamina sempre anterior à glicose.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 68

Prova vermelha (versão 2): 69

Um homem de 18 anos é encaminhado à consulta no ambulatório de Medicina Interna por estar com diarreia há mais de 4 semanas, acompanhada de dor abdominal, febre intermitente, perda de peso e hematoquezia ocasional. Ao exame físico, o paciente mostra-se emagrecido e sente dor à palpação profunda de fossa ilíaca direita, onde uma massa abdominal é encontrada. Apresenta resultado de hemograma realizado na Unidade Básica de Saúde com hematócrito = 36% (valor de referência: 39 a 49%), sem leucocitose, sendo a velocidade de hemossedimentação = 30mm na 1ª hora. O resultado do exame parasitológico de fezes é negativo. Nesta situação, qual deve ser o próximo exame a ser solicitado ao paciente?

a) colonoscopia

b) enema baritado

c) ultrassonografia de abdome

d) pesquisa de anticorpos antiendomísio antigliadina

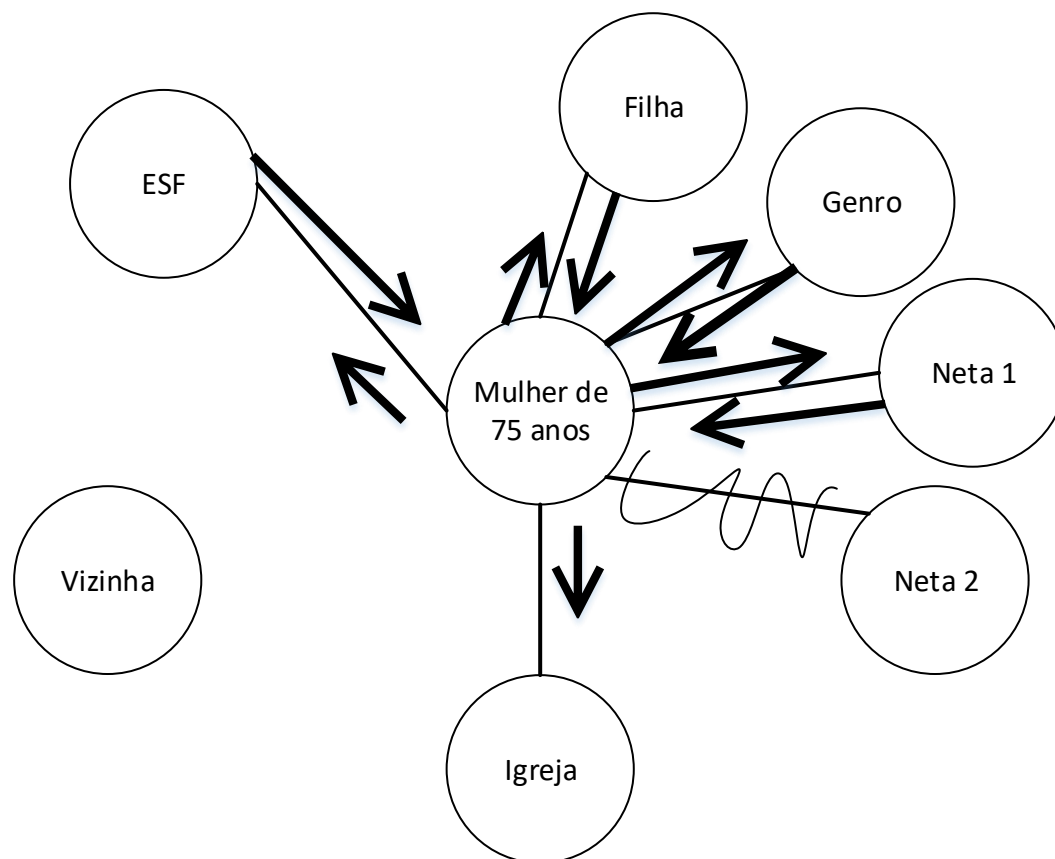
Comentário: Paciente jovem, com alteração do hábito intestinal, diarreia há mais de 4 semanas, hematoquezia, perda ponderal, aumento de VHS – prova inflamatória, e febre intermitente. Devemos considerar a hipótese de doença inflamatória intestinal e a colonoscopia é o exame inicial para investigação diagnóstica.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 69

Prova vermelha (versão 2): 67

Uma mulher de 75 anos reside com a filha, o genro e 2 netas adolescentes em área adscrita a uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Tinha uma vizinha muito amiga com quem sempre se encontrava na igreja que frequenta e que a visitava diariamente antes de falecer. É acompanhada na Unidade Básica de Saúde por ter hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Apresenta as seguintes complicações: retinopatia e neuropatia diabética. Recebe visita mensal do agente comunitário de saúde, além do médico e do enfermeiro da ESF. O ecomapa a seguir corresponde às ligações dessa mulher com seu meio.



Com base no exposto e na análise do ecomapa apresentado, assinale a opção em que está correta a interpretação dessas ligações:

- a) forte, compensatória e não estressante com vizinha, igreja, filha, genro, neta 1, neta 2 e ESF
- b) fraca e compensatória com filha, neta 1 e ESF, estressante com genro, neta 2 e igreja
- c) forte, compensatória, fornece apoio e não estressante com ESF, filha, genro e neta 1
- d) fraca e demanda energia com igreja e genro, forte e estressante com ESF e neta 2

Comentário: A análise do ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio em que vive. A análise desta importante ferramenta de atenção à saúde evidencia um forte relacionamento com a ESF, a filha, o genro e a neta 1, um relacionamento fraco com a igreja, e um relacionamento conflitante com a neta 2.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 70

Prova vermelha (versão 2): 72

Uma criança de 4 anos é atendida em Unidade de Pronto Atendimento por apresentar, há 5 dias, quadro de febre de 38°C, tosse e coriza hialina. Há 2 dias, a paciente passou a apresentar febre mais elevada (acima de 38,5°C), episódios de vômito e recusa alimentar. O exame clínico revela paciente em regular estado geral, com frequência respiratória de 42irpm, estertores crepitantes em base de hemitórax esquerdo e tiragem subcostal, sem sibilância. A pressão arterial e a frequência cardíaca estão normais. Pelo quadro clínico apresentado, o diagnóstico e a conduta corretos são:

- a) pneumonia; antibioticoterapia oral, com acompanhamento clínico ambulatorial, solicitação de radiografia de tórax e retorno em 48 horas
- b) pneumonia muito grave; antibioticoterapia venosa, com suporte ventilatório invasivo e internação em unidade de terapia intensiva pediátrica
- c) pneumonia grave; antibioticoterapia venosa, com monitorização da oxigenação por oximetria de pulso e internação hospitalar em enfermaria pediátrica
- d) pneumonia com derrame pleural; antibioticoterapia intravenosa, com realização de toracocentese e internação em unidade de terapia intensiva pediátrica

Comentário: Suspeitamos de um diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) quando o paciente se apresenta com sintomas gripais, tosse, febre, dispneia e taquipneia. Algumas crianças podem também apresentar dor abdominal. Na ausência de sibilância, as crianças com tosse e FR aumentada devem ser classificadas como PAC. Os sinais de perigo apontados pela OMS indicam necessidade de internação hospitalar. De acordo com a OMS, pacientes portadores de PAC e tiragem subcostal são classificados como pneumonia grave, e aquelas com outros sinais de gravidade (recusa de líquidos, convulsão, sonolência excessiva, estridor em repouso, desnutrição grave, cianose, batimento de asa do nariz) são classificadas como pneumonia muito grave. O tratamento do paciente com PAC grave deve ser feito em ambiente hospitalar com antibioticoterapia venosa, oxigenioterapia (de acordo com a necessidade) e monitorização contínua.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 71

Prova vermelha (versão 2): 73

Uma primigesta de 27 anos, na 31ª semana de gestação, procura a Emergência Obstétrica, queixando-se de cefaleia occipital moderada e persistente há 12 horas. O exame físico revela: palidez cutâneo-mucosa (++/4+); edema de membros inferiores (+++/4+); pressão arterial = 145x95mmHg; altura uterina = 30cm; batimentos cardíacos fetais = 140bpm, com aceleração transitória presente. Dinâmica: 2 contrações de 30 segundos em 10 minutos. Toque vaginal: colo grosso, posterior, uma polpa digital, bolsa íntegra. Cardiotocografia com padrão tranquilizador. Os resultados dos exames laboratoriais demonstram: hematócrito = 39% (valor de referência = 36 a 54%); hemoglobina = 13g/dL (valor de referência = 13 a 16,5g/dL); plaquetas = 65.000/mL (valor de referência = 130.000 a 450.000/mm³); desidrogenase láctica = 1.500UI/L (valor de referência = 240 a 480UI/L); aspartato aminotransferase = 105UI/L (valor de referência = <34UI/L); proteinúria em fita (+++/4+). Em face desse quadro clínico, a conduta adequada é:

- a) administrar sulfato de magnésio e corticoterapia para a maturação pulmonar fetal e iniciar a indução do parto vaginal após 24 horas da 2ª dose do corticoide
- b) prescrever corticoterapia para a maturação pulmonar fetal e iniciar a indução do parto vaginal após 24 horas da 2ª dose do corticoide
- c) administrar sulfato de magnésio, estabilizar clinicamente a paciente e proceder à resolução da gestação por parto cesárea

d) iniciar tocólise com nifedipino via oral e prescrever corticoterapia para maturação pulmonar fetal

Comentário: A questão trata de uma gestante com quadro clínico sugestivo de pré-eclâmpsia grave (hipertensão e proteinúria) e quadro laboratorial sugestivo de síndrome HELLP: hemólise (desidrogenase láctica >600UI/L), aumento de enzimas hepáticas (aspartato aminotransferase >70UI/L) e plaquetopenia (plaquetas <100.000/mL). A gestação é prematura, porém o feto é viável e está em boas condições de vitalidade (cardiotocografia com padrão tranquilizador). Não há evidências de iminência de eclâmpsia (só existe queixa de cefaleia, ainda assim com duração de 12 horas, inexistindo queixas de epigastria ou alterações visuais). Há diagnóstico de trabalho de parto prematuro (presença de 2 contrações de 30 segundos em 10 minutos e presença de alterações do colo uterino: colo dilatado para uma polpa digital). Deve-se proceder a resolução da gestação como forma de tratamento materno; pela gravidade (materna) dessa situação, não se devem esperar 48 horas para o parto, ou seja, não haverá tempo hábil para a utilização de corticoterapia para benefício fetal. Pela mesma razão, não está indicada a inibição do trabalho de parto prematuro.

Gabarito = C

Passível de recurso

Duas situações são muito polêmicas nesta questão:

- Não há indicação precisa para a administração de sulfato de magnésio, uma vez que faltam dados definitivos de que se trata de iminência de eclâmpsia e a resolução da gestação deve ser imediata;
- Não há nenhuma indicação para indicação de parto cesárea, uma vez que não se demonstram contraindicações para a condução do trabalho de parto e posterior parto por via vaginal.

Fonte: Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde.

Prova azul (versão 1): 72

Prova vermelha (versão 2): 70

Uma criança de 10 anos, vítima de mordedura de seu próprio cão na região da bochecha direita, é conduzida pelos pais à Unidade de Pronto Atendimento, apresentando ferida de aproximadamente 3cm de extensão e 1,5cm de profundidade, sem comprometimento de músculos ou vasos. Os pais informam que a criança teve ferimento no pé esquerdo há 8 meses, quando fez uso de 3 doses da vacinação antitetânica. O médico de plantão lavou copiosamente a ferida com água e sabão e fez limpeza com solução degermante de polivinilpirrolidona. Recomendou, ainda, a observação do cão por 10 dias. Além das providências tomadas, quais condutas deverão ser adotadas pelo médico?

- a) fechamento da ferida por 2ª intenção, profilaxia contra raiva (14 doses da vacina) e antibioticoprofilaxia por 5 a 7 dias
- b) sutura primária retardada, profilaxia contra raiva (5 doses da vacina por 5 dias consecutivos) e antibioticoprofilaxia por 5 a 7 dias
- c) sutura primária da ferida sob anestesia local, profilaxia contra raiva (2 doses da vacina nos dias 0 e 3) e antibioticoprofilaxia por 5 a 7 dias
- d) aproximação das bordas da ferida com Micropore®, profilaxia contra raiva (10 doses da vacina em 10 dias) e antibioticoprofilaxia por 5 a 7 dias

Comentário: A medida inicial de tratamento inclui lavar com água e sabão abundantemente, aplicar polivinilpirrolidona ou clorexidina. Depois disso, a criança deve ser avaliada para profilaxia para tétano (já tem vacinação anterior, portanto não há necessidade) e avaliar o fechamento ou não da ferida, que pode ser realizado por medidas estéticas em locais como a face – caso dessa criança. A profilaxia contra raiva depende do cão (se é possível observá-lo por 10 dias, se ele é conhecido, se tem suspeita de raiva) e se o acidente é leve ou grave. Nesse caso, o acidente é grave e o cão é conhecido, por isso sem suspeita de raiva no momento da agressão. Nesse caso, inicia-se o tratamento com 2 doses da vacina contra raiva, 1 no dia zero e outra no

dia 3, e observa-se o animal por 10 dias. No caso de a suspeita de raiva ser descartada após o 10º dia de observação, suspende-se o esquema profilático e encerra-se o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completa-se o esquema até 4 doses, e aplica-se 1 dose entre o 7º e o 10º dias e 1 dose no 14º dia. O paciente deve ser orientado a informar imediatamente a unidade de saúde caso o animal morra, desapareça ou se torne raivoso, já que podem ser necessárias novas intervenções de forma rápida, como a aplicação do soro ou o prosseguimento do esquema de vacinação.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 73

Prova vermelha (versão 2): 71

Um homem de 27 anos, sem histórico de doenças prévias, proveniente de zona rural, procura atendimento médico por apresentar febre (temperatura axilar = 38°C) e fraqueza há 10 dias, associadas a dor abdominal. Ao exame físico, observa-se paciente emagrecido, com palidez cutâneo-mucosa, anictérico, com hepatoesplenomegalia e linfonodos cervicais palpáveis. Observa-se, ainda, ausência de ascite ou circulação colateral e de edema de membros inferiores. O resultado do hemograma completo revela pancitopenia. O quadro clínico descrito é indicador de:

- a) esquistossomose mansônica
- b) leishmaniose visceral
- c) doença de Chagas
- d) hepatite viral delta

Comentário: O quadro é típico de leishmaniose visceral, como discutimos no curso extensivo. A pancitopenia, a rigor, é o dado que auxilia a afastar as outras hipóteses listadas, como doença de Chagas e hepatite delta (que tipicamente ocorre em conjunto à hepatite B). Ainda que a pancitopenia possa ocorrer pelo hiperesplenismo na esquistossomose mansônica, o examinador deixou claro que não existem dados sugestivos de hipertensão porta.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 74

Prova vermelha (versão 2): 76

Um homem de 33 anos, com diagnóstico de esquizofrenia há 8 anos, em tratamento regular no Centro de Atenção Psicossocial, faz uso de quetiapina 600mg/d e encontra-se estável em relação aos sintomas psiquiátricos. Ele comparece à Unidade de Saúde da Família para reavaliação periódica referindo ganho de peso de 1,5kg em 3 semanas, polifagia e polidipsia, sem outros sintomas. Em face do caso, qual deve ser a conduta adotada?

- a) referenciar o caso à atenção especializada para investigação adicional e manejo adequado do quadro clínico atual
- b) encaminhar o paciente para internação, considerada recurso terapêutico e instrumento do Projeto Terapêutico Singular
- c) aumentar a dose de quetiapina para 800mg/d, considerando-se interações medicamentosas, para otimização do tratamento
- d) avaliar glicemia em virtude do risco de complicações metabólicas decorrentes do controle do quadro glicêmico em função do tratamento medicamentoso para esquizofrenia

Comentário: Sempre que o paciente se apresenta com queixa de polifagia e polidipsia, deve-se investigar aumento da glicemia. A quetiapina pode cursar com síndrome metabólica em mais de 10% de seus usuários.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 75

Prova vermelha (versão 2): 77

A mãe de uma menina de 2 anos, hígida, comparece à Unidade Básica de Saúde em busca de orientações quanto à atualização da caderneta de vacinas da criança. Relata que sua filha foi imunizada contra a febre amarela aos 6 meses, por ocasião de surto da doença em sua cidade, e que não recebeu nenhuma outra dose da vacina desde então. A família continua morando em área de risco para febre amarela. Para essa criança, é adequado indicar:

- a) 1 dose de reforço aos 4 anos
- b) 1 dose de reforço aos 10 anos
- c) 1 dose da vacina hoje e uma 2ª dose em 30 dias
- d) 1 dose da vacina hoje e 1 dose de reforço aos 4 anos

Comentário: A partir de abril de 2017 basta 1 só dose da vacina e somente a partir dos 9 meses. Como a criança não recebeu no tempo certo e sim aos 6 meses essa dose não é considerada válida e, portanto, ela necessita de outra dose, que deve ser feita agora.

Não há resposta correta entre as opções. A recomendação vigente até abril deste ano foi a resposta considerada correta, no entanto a recomendação mudou, e, portanto, consideramos que a questão deve ser anulada.

Gabarito = D

Passível de recurso

Desde abril de 2017, o Brasil adota o esquema vacinal de apenas 1 dose durante toda a vida, medida que está de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente, nenhum país utiliza mais o esquema de 2 doses. Isso significa que quem já foi vacinado – em qualquer momento da vida – não precisa de dose de reforço.

A vacinação para febre amarela é ofertada na rotina em 20 estados: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Bahia, Maranhão, Piauí, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Além das áreas com recomendação, neste momento, também está sendo vacinada a população do Espírito Santo.

A vacina de febre amarela é a medida mais importante para prevenção e controle da doença e apresenta eficácia de 95 a 99%. Entretanto, assim como qualquer vacina ou medicamento, pode causar eventos adversos como febre, dor local, dor de cabeça, dor no corpo. Ela é contraindicada para crianças menores de 6 meses, pessoas imunossuprimidas e pessoas com reação alérgica grave a ovo. Idosos acima dos 60 anos, gestantes, pessoas vivendo com HIV/AIDS ou com doenças hematológicas devem ser avaliadas por um médico antes de se vacinar.

Retirado do portal de saúde do Ministério da Saúde <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29502-ministerio-da-saude-declara-fim-do-surto-de-febre-amarela>

A vacina com 6 meses não é considerada válida, então a criança deveria ser vacinada hoje, no momento da consulta. Não há resposta correta entre as opções, e a recomendação vigente até abril de 2017 foi a resposta considerada correta. No entanto, a recomendação mudou e, portanto, a questão deve ser anulada.

Prova azul (versão 1): 76

Prova vermelha (versão 2): 78

Uma mulher de 28 anos, casada, G2P2, em uso regular de preservativo, encontra-se assintomática, mas procura atendimento na Unidade Básica de Saúde, relatando que seu esposo apresentou quadro de uretrite há 2 semanas e que foi tratado com ceftriaxona e azitromicina. Ao exame especular da paciente, observa-se colo uterino epiteliado com conteúdo vaginal de aspecto mucoide, sem odor fétido. Para essa paciente, indica-se:

- a) tratamento com ceftriaxona e azitromicina
- b) coleta de material endocervical para cultura
- c) coleta de conteúdo vaginal para bacterioscopia pelo método de Gram
- d) conduta expectante e convocação do parceiro para orientações ao casal

Comentário: A abordagem sindrômica do Ministério da Saúde acerca das cervicites leva em consideração a anamnese com avaliação de risco da paciente além do exame ginecológico. Embora a paciente esteja assintomática e apresente exame físico como descrito na questão aparentemente normal, ela apresenta um fator de risco que é o parceiro com sintoma de uretrite, tendo sido tratado.

Portanto, levando-se em consideração o protocolo do Ministério da Saúde e a abordagem sindrômica das cervicites, diante de qualquer fator de risco, a paciente deve ser tratada empiricamente para gonorreia e clamídia.

A primeira escolha para o tratamento da gonorreia é o uso de ceftriaxona, e a primeira escolha para o tratamento de clamídia é doxiciclina, mas a azitromicina também pode ser uma boa alternativa, visto ter uma posologia que facilita a adesão ao tratamento.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 77

Prova vermelha (versão 2): 74

Uma mulher de 18 anos dá entrada na Unidade de Emergência com ferimento cervical por arma branca. A paciente encontra-se orientada, porém muito assustada. À admissão, os sinais vitais da paciente são: saturação de O₂ = 96%; pressão arterial = 110x75mmHg; frequência cardíaca = 112bpm. O exame do pescoço evidencia um ferimento lacerocontuso de 1,5cm, não sangrante, sem escape de ar ou saliva, localizado em zona II à direita. Nesse caso, a conduta adequada a ser adotada na Unidade de Emergência é:

- a) realizar endoscopia digestiva alta, laringoscopia, tomografia e arteriografia cervical
- b) realizar cervicotomia exploradora de forma mandatária devido à alta probabilidade de lesões associadas
- c) explorar o ferimento sob anestesia local e, se a lesão ultrapassar o platisma, indicar cervicotomia exploradora
- d) suturar a lesão se o quadro clínico se mantiver estável, pois a extensão da lesão não demanda abordagem cirúrgica

Comentário: Trata-se de uma questão sobre lesão cervical. A área II compreende a área acima da membrana cricotireóidea até o ângulo da mandíbula. É a região cervical propriamente dita, que tem uma maior facilidade de exploração cirúrgica que a área I, que é abaixo da membrana cricotireóidea, e a área III que fica acima do ângulo da mandíbula.

Sobre as lesões cervicais, existem 2 condutas aceitas: exploração mandatária e exploração seletiva. A exploração mandatária tem alto índice de exploração negativa (37 a 67%) e modernamente não tem motivo para ser feita em pacientes estáveis hemodinamicamente, que podem se beneficiar de conduta de exploração seletiva, que tem menor possibilidade de exploração negativa (10 a 20%). Neste caso, temos um exemplo de paciente estável que deve ser tratado de forma conservadora e ter sua indicação de cervicotomia a partir de algum dado que justifique a intervenção operatória. Com essa justificativa, a alternativa “b”, fica naturalmente descartada. Sobre a conduta então relacionada às outras alternativas, o exame clínico sempre deve estar a frente de exames complementares. É difícil, numa realidade alcançável no Brasil, a realização de exames como endoscopia, arteriografia, laringoscopia e tomografia num paciente estável com um pequeno ferimento, pois a observação clínica e o exame físico atento poderiam abreviar e dispensar exames com possibilidade de levar a grande perda de tempo para identificação de uma lesão que seria tratada prontamente. Simplesmente suturar a lesão sem explorar o ferimento, como diz a alternativa “d”, também não parece ser satisfatório, pois a exploração mostrando a possibilidade de um hematoma, ou saída de saliva, ou então perda da integridade do músculo platisma, poderia fazer uma suspeita de lesão mais profunda que, com certeza, se abordada precocemente teria um melhor resultado, então sendo uma indicação bastante adequada para cervicotomia exploradora.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 78

Prova vermelha (versão 2): 75

Uma mulher de 75 anos, aposentada há 15 anos, reside em uma instituição de longa permanência de idosos conveniada à prefeitura local. Ela perdeu contato com sua família, apresenta demência grave, síndrome da imobilidade e cognitiva, vive restrita ao leito e com dependência completa de outra pessoa para realização de todas as atividades da vida diária na instituição. Tem histórico de 3 internações hospitalares prolongadas no último semestre devido a pneumonias por aspiração e está em uso regular de haloperidol 2mg/d para controle de episódios de agitação psicomotora frequentes. A referida instituição localiza-se na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, cujo médico de família é chamado para discutir a conduta com o novo responsável pela instituição. Nessa situação, o médico de família deve:

- a) construir novo plano de cuidado para os cuidadores com ajuste medicamentoso
- b) discutir e implementar cuidados paliativos junto aos cuidadores e responsáveis na instituição
- c) construir genograma e ecomapa para estabelecer plano terapêutico orientado aos cuidadores da paciente na instituição
- d) aplicar miniexame do estado mental para estabelecer o grau de comprometimento mental da paciente e as condutas adequadas

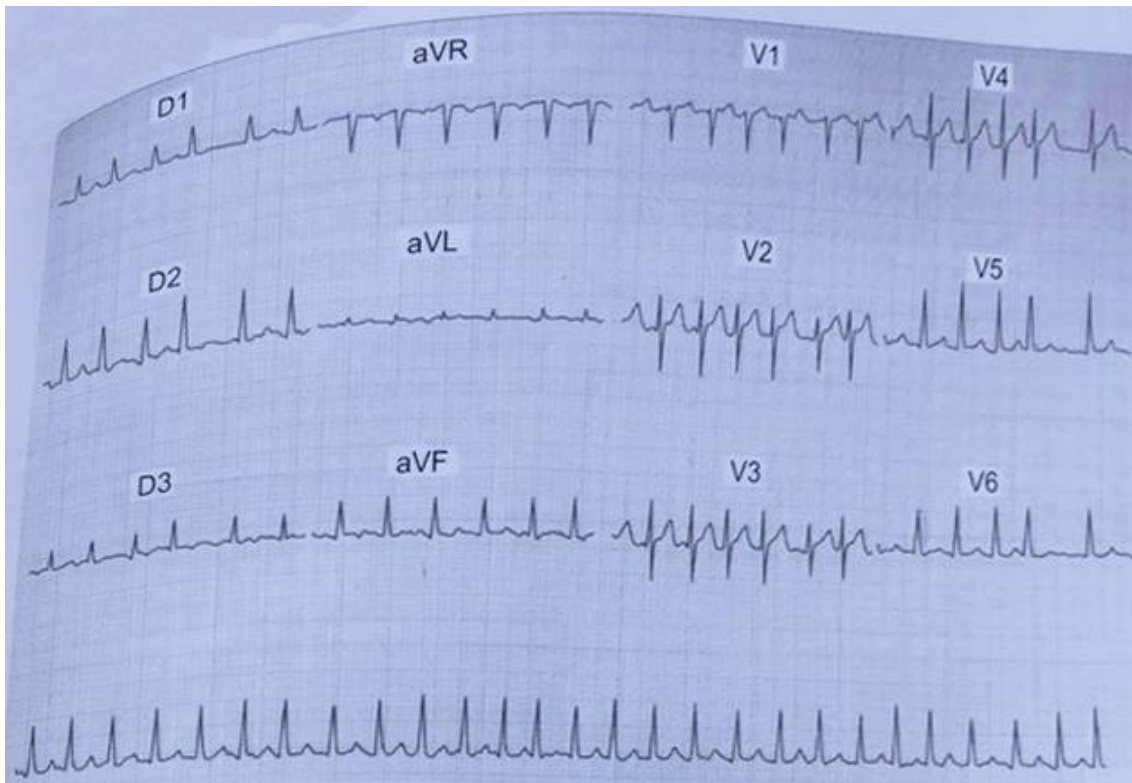
Comentário: Trata-se de uma idosa com síndrome de mobilidade, síndrome cognitiva e demência grave. Neste caso, o médico de família tem que pensar em cuidados paliativos, uma vez que não adianta construir novo plano de cuidado nem ajustar medicação, já que ela está estável. Construir genograma não é possível, assim como aplicar o miniexame do estado mental para demência grave.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 79

Prova vermelha (versão 2): 80

Um homem de 60 anos foi internado em um hospital municipal com quadro de confusão mental. O paciente reside em outro município, a 300km do hospital. Na admissão, o paciente se disse assintomático, relatou que não costuma procurar atendimento médico e que preferia morar sozinho no sítio onde nasceu, cuidando de uma pequena lavoura. Os familiares que o acompanhavam confirmaram que ele não apresenta comorbidades diagnosticadas, mas relataram que, há 5 dias, o paciente apresentou um episódio de confusão mental, tendo sido levado para internação hospitalar. Acrescentaram que, na ocasião, foi diagnosticada e tratada uma infecção do trato urinário e que, durante o exame físico, detectou-se uma arritmia cardíaca, confirmada por eletrocardiograma, cujo resultado é reproduzido a seguir:



O resultado do eletrocardiograma realizado na internação atual apresenta o mesmo padrão. Agora, consciente e orientado, sem queixas, o paciente manifesta desejo de ter alta e de retornar ao seu sítio, afirmando que não pretende realizar outras consultas médicas. Nesse contexto, qual é a conduta médica indicada?

- a) dar alta hospitalar ao paciente após introdução de digoxina
- b) dar alta hospitalar ao paciente após a introdução e o ajuste da dose de varfarina
- c) dar alta hospitalar ao paciente após a introdução e ajuste de dose de betabloqueador
- d) orientar os familiares para que busquem, por meios jurídicos, a guarda do idoso e o mantenham na sede do município para iniciar tratamento com varfarina

Comentário: Trata-se de paciente com quadros de confusão mental, mas que está lúcido no momento. Ao eletrocardiograma, identifica-se fibrilação atrial de alta resposta (taquicardia de QRS estreito, complexos R-R irregulares, sem ondas P). Os tratamentos propostos admitem a estratégia de controle da frequência e não do ritmo. Nessa condição, seriam necessários controle da frequência e anticoagulação para evitar embolias, que podem levar a AVCs. A anticoagulação com varfarina exige o controle do nível de anticoagulação através da dosagem do INR, que deve ficar entre 2 e 3. Acima de 3 há risco de sangramento espontâneo e abaixo de 2 a anticoagulação está ineficaz. Por isso, seriam imprescindíveis consultas regulares. Porém, o paciente refere que não irá realizar outras consultas. Diante disso, a melhor conduta será iniciar medicação para controle de frequência cardíaca. As 2 medicações sugeridas nas alternativas são digoxina e betabloqueador. Digoxina estaria indicada em pacientes com insuficiência cardíaca. Com isso, a melhor resposta é a introdução de betabloqueador. Além disso, por ser um paciente orientado e consciente, não se torna necessário um responsável por ele.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 80

Prova vermelha (versão 2): 79

Uma criança de 10 meses é atendida em ambulatório de Pediatria. A mãe relata que o apetite da criança está preservado, apesar da existência de regurgitações pós-prandiais, choro persistente, principalmente à noite e após as mamadas, e acrescenta que, apesar do

espessamento dos alimentos, não houve melhora da situação clínica. A criança apresenta ganho ponderal e desenvolvimento adequados para a idade e, na história pregressa, relata 2 episódios de broncoespasmo e 1 de otite média aguda. Nesse caso, a conduta adequada é iniciar a administração de:

- a) metoclopramida
- b) domperidona
- c) bromoprida
- d) ranitidina

Comentário: Para crianças com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), a medicação de escolha seria um inibidor de bomba de prótons. A ranitidina é um bloqueador do receptor H₂, que tem um efeito razoável no bloqueio ácido e pode ser usada em lactentes com segurança. A metoclopramida, a domperidona e a bromoprida não têm nenhuma indicação no tratamento da DRGE e seu uso deve ser desencorajado, pois os efeitos colaterais das medicações superam os efeitos benéficos.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 81

Prova vermelha (versão 2): 83

Uma mulher de 29 anos, G4P3A1, teve seu último parto, vaginal, há 30 dias e encontra-se em regime de amamentação exclusiva sem intercorrências relacionadas. Ela procura a Unidade Básica de Saúde para consulta de puerpério trazendo resultado de exame de citologia cervicovaginal, realizado durante a gravidez, cujo laudo indica “lesão intraepitelial de alto grau”. A paciente nega hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e tabagismo e manifesta o desejo de receber orientação contraceptiva, além de demonstrar interesse pela contracepção cirúrgica. Nesse caso, a conduta indicada é:

- a) inserir dispositivo intrauterino T de cobre
- b) prescrever pílula contraceptiva hormonal oral combinada
- c) prescrever método hormonal que contenha apenas progestogênio
- d) encaminhar a paciente para realização imediata de laqueadura tubária

Comentário: A contracepção no puerpério exige atenção especial. Uma vez que a paciente está em amamentação exclusiva, há contraindicação formal ao uso do estrogênio, pois este pode diminuir a quantidade e a qualidade do leite materno. Portanto, a pílula contraceptiva hormonal oral combinada está contraindicada por conter estrogênio. Particularmente nesse caso, além das contraindicações formais devido ao puerpério, a paciente apresenta uma situação relevante: o resultado de *Papanicolaou* evidenciando lesão intraepitelial de alto grau. A prioridade, nesse caso, envolve a condução, a investigação e o diagnóstico dessa lesão no colo, portanto, até o diagnóstico e a conduta, há contraindicação ao uso de DIU de cobre e laqueadura tubária. O melhor para uma paciente no puerpério como método contraceptivo, aqui, seria o uso exclusivo de progesterona (anticoncepcional que contenha apenas progestogênio). Dentre as opções, podem-se citar as pílulas que contêm desogestrel e noretisterona.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 82

Prova vermelha (versão 2): 84

Uma mulher de 40 anos é atendida em uma Unidade Básica de Saúde da Família. A paciente relata constipação crônica e discreto sangramento ao defecar. Ao exame físico da região anal, identificou-se lesão não dolorosa à palpação, mostrada na Figura a seguir. O toque retal não evidenciou alterações.



Nesse caso, qual é a conduta adequada?

- a) informar à paciente que se trata de uma lesão varicosa hemorroidária e encaminhá-la ao serviço secundário
- b) encaminhar a paciente para a retirada cirúrgica da lesão, devido ao risco de neoplasia, e marcar retorno para a retirada de pontos
- c) informar à paciente que se trata de uma lesão varicosa hemorroidária e iniciar orientação terapêutica clínica e nutricional
- d) encaminhar a paciente para a realização da biópsia da lesão, informando-a sobre a possibilidade de uma neoplasia

Comentário: A imagem mostra uma hemorroida em uma paciente com constipação crônica. A conduta inicial deve corresponder a terapêutica clínica e medidas nutricionais, como banho de assento, orientar a não usar papel higiênico e sim lavar a região com água após a evacuação, uso de pomadas analgésicas quando necessário e tratamento da constipação com dieta rica em fibras e aumento da ingestão de água.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 83

Prova vermelha (versão 2): 81

Um recém-nascido com 12 dias de vida, nascido de parto vaginal a termo, sem intercorrências, está internado desde o nascimento por apresentar dificuldade de sucção, tremores, apneia, irritabilidade e hipotonia. A mãe não realizou o pré-natal. Ao exame físico, o recém-nascido apresenta fissuras palpebrais pequenas, lábio superior vermelho e fino, filtro plano e narinas antevertidas. O peso, o comprimento e o perímetro cefálico estão abaixo do escore Z = -3. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética de crânio apresentam resultados normais. Nesse caso, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) sífilis congênita
- b) síndrome de Turner
- c) síndrome alcoólico-fetal

d) hipotireoidismo congênito

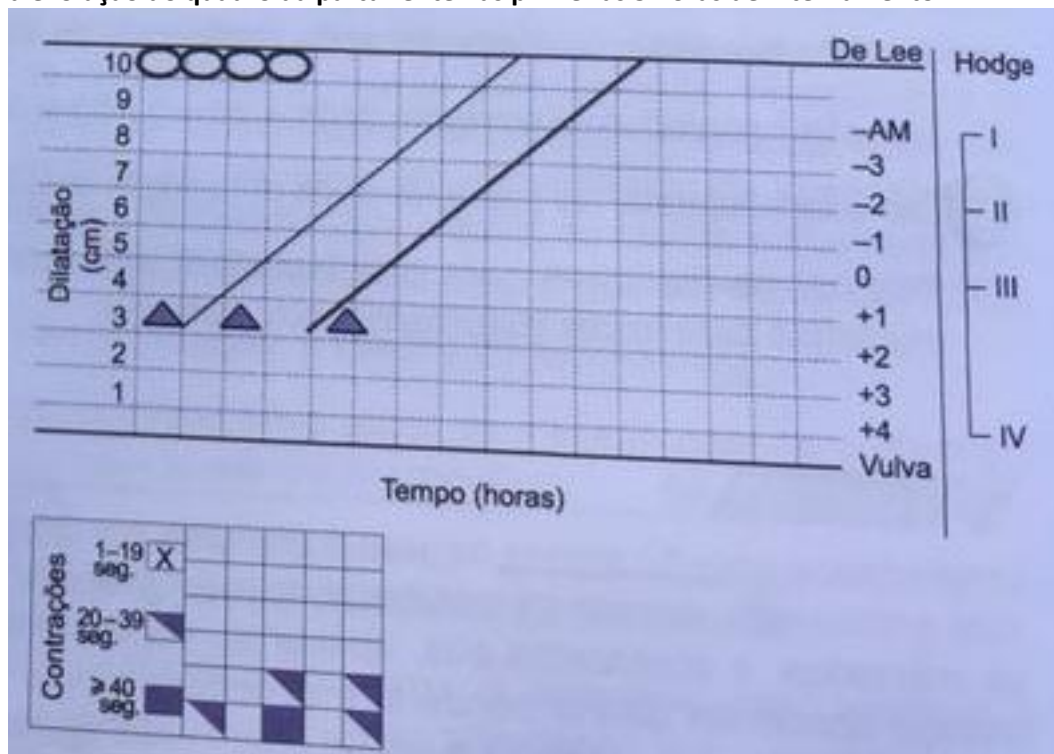
Comentário: O enunciado descreve uma criança com síndrome alcoólico-fetal, que é decorrente do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez (1º trimestre principalmente). Esses RN geralmente têm baixo peso ao nascer, com baixo ganho de peso, fissuras palpebrais pequenas, fâcias plana, hipoplasia maxilar, nariz curto, filtro nasal longo e hipoplásico, lábio superior fino, microcefalia e alterações neurológicas. Evoluem com atraso neuropsicomotor e QI baixo, com alterações comportamentais associadas.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 84

Prova vermelha (versão 2): 82

Uma mulher de 32 anos, primigesta, na 38ª semana de gestação, deu entrada na maternidade com queixa de dores no baixo-ventre e perda de líquido pela vagina, em grande quantidade, há cerca de 1 hora. Ao exame físico, apresentava temperatura de 36,5°C, dinâmica uterina de uma contração de 30 segundos em 10 minutos, saída de líquido claro pelo orifício cervical externo do colo uterino, batimentos cardíacos fetais de 149bpm, e colo uterino pérvio para 3cm e com esvaecimento de 40%. O resultado da cardiocotografia apresentou padrão tranquilizador. O exame de ultrassonografia realizado na sua admissão evidenciou feto único, com apresentação cefálica, índice de líquido amniótico = 7cm, tônus fetal preservado, com movimentos respiratórios e corpóreos presentes. A Figura a seguir apresenta partograma com a evolução do quadro da parturiente nas primeiras 5 horas de internamento.



As informações apresentadas indicam a ocorrência de:

- a) fase latente do trabalho de parto
- b) parada secundária da dilatação
- c) parada secundária da descida
- d) parto taquitéico

Comentário: Trata-se de uma gestante internada na maternidade com diagnóstico de rotura das membranas ovulares (não há informações de que a rotura foi prematura ou precoce). Apresenta contrações uterinas irregulares, conforme demonstra o partograma, e dilatação cervical de 3cm. A partir dessas informações, conclui-se que a parturiente está na fase de latência (dilatação de até 3cm) do período de dilatação do trabalho de parto. Nessa fase, a despeito da presença de

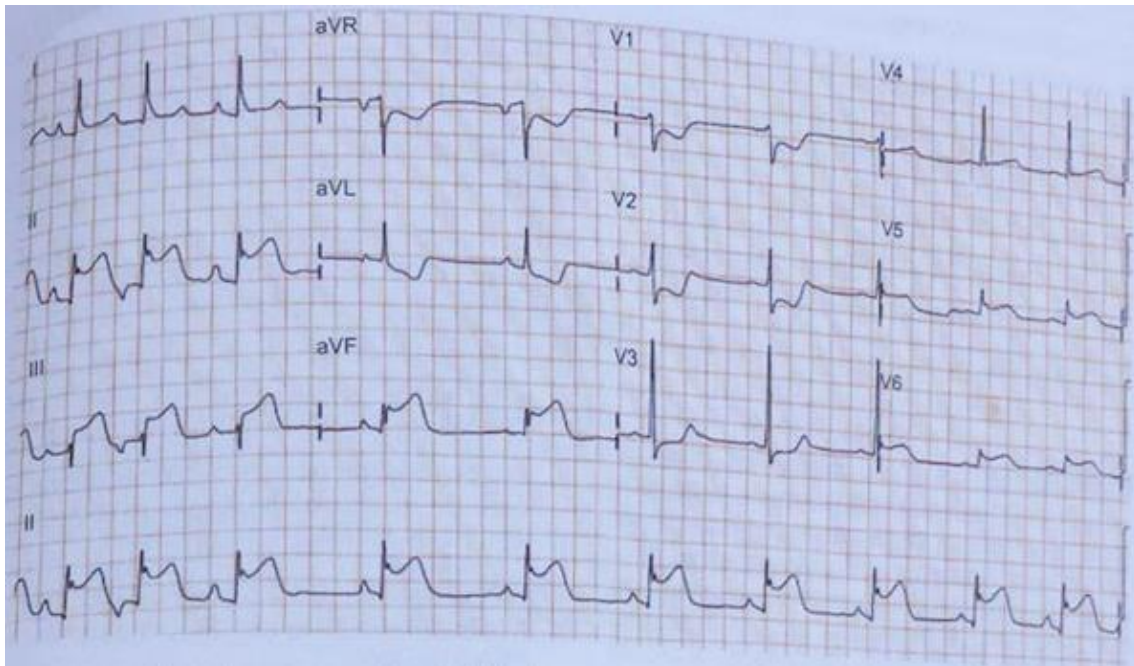
contrações uterinas, as alterações cervicais acontecem de forma lenta, podendo levar de 8 a 20 horas para que a dilatação cervical atinja 4cm; ou seja, essa “demora” é fisiológica. Ao atingir 4cm, inicia-se a fase ativa do período de dilatação, momento a partir do qual a velocidade de dilatação esperada é de, aproximadamente, 1cm/h. De acordo com recomendações oficiais, o partograma deveria ser preenchido a partir do momento em que o trabalho de parto atingisse a fase ativa.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 85

Prova vermelha (versão 2): 86

Um homem de 50 anos, ao ser atendido em um Serviço de Emergência, refere desconforto torácico descrito como sensação de aperto, com início há cerca de 90 minutos, sem fatores de alívio. Questionado a respeito da localização da dor, o paciente coloca a mão fechada sobre o lado esquerdo do peito. Informa, ainda, que o desconforto teve início após ter subido escadas, tendo evoluído também com náuseas, palidez cutâneo-mucosa e sudorese fria. O paciente é portador de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, estando em uso regular de enalapril 20mg/d, de sinvastatina 20mg/d e de ácido acetilsalicílico de 100mg/d. Durante o atendimento, foi realizado eletrocardiograma, cujo resultado está reproduzido a seguir:



Nessa situação, qual é o diagnóstico mais provável e o que se espera encontrar na curva enzimática do paciente no momento da sua chegada?

- a) angina variante de Prinzmetal; troponina e CPK-MB positivas
- b) angina instável; marcadores de necrose miocárdica negativos
- c) infarto agudo do miocárdio inferolateral nasal; mioglobina positiva
- d) infarto agudo do miocárdio de parede lateral alta; elevações séricas de mioglobina e CK-MB

Comentário: O ECG mostra um supradesnívelamento do segmento ST, nas derivações D2, D3 e AVF (que representam a parede inferior); derivações V5 e V6 (parede lateral) e infradesnívelamento ST em V1 e V2 (imagem em espelho de supra ST parede dorsal). Trata-se de um infarto agudo com supradesnívelamento do segmento ST inferior, lateral e dorsal. Como a dor torácica teve início há 90 minutos, a CK-MB não teve tempo hábil para elevar os níveis séricos. Já a mioglobina é um marcador que se eleva entre 1 e 2 horas. O paciente deve ser tratado imediatamente com alguma terapia de reperfusão, sem que seja necessário aguardar a

elevação da CKMB ou troponina. Na verdade, na admissão a característica da dor torácica e o ECG com supradesnivelamento do segmento ST são suficientes para fechar o diagnóstico de IAM com supra ST. Posteriormente, será acompanhada a elevação e curva da CKMB e troponina.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 86

Prova vermelha (versão 2): 85

A seguir, são apresentadas as distribuições, por regiões do Brasil, dos óbitos de crianças com até 1 ano de idade, segundo a faixa etária, para o ano de 2013.

Regiões	Período do óbito			Nascidos vivos
	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	
Norte	2.572	781	1.810	313.272
Nordeste	7.114	1.885	3.717	821.458
Sudeste	6.834	2.551	4.363	1.147.627
Sul	2.083	725	1.332	386.983
Centro-Oeste	1.648	537	1.012	234.687

Disponível em: <datasus.gov.br>. Acesso em: 17 mai. 2017.

Considerando os dados apresentados na Tabela, assinale a alternativa que apresenta a faixa etária com maior taxa de mortalidade no Brasil, em 2013, e as principais causas de óbito a elas associadas:

- a) entre 0 e 6 dias, por anomalias congênitas e afecções perinatais
- b) entre 7 e 27 dias, por doenças infecciosas e de origem nutricional
- c) entre 0 e 6 dias, por doenças infecciosas e fatores socioambientais
- d) entre 28 e 364 dias, por causas relacionadas à assistência direta ao parto

Comentário: A faixa etária, segundo o gráfico, com maior mortalidade é a de 0 a 6 dias, que corresponde ao coeficiente de mortalidade neonatal precoce, quando as causas de mortalidade estão relacionadas principalmente a problemas de malformação congênita e parto. Entre 7 e 27 dias temos o Coeficiente de mortalidade neonatal tardia com causas mais relacionadas a questões ambientais, podendo ocorrer óbitos por infecções, principalmente respiratórias e gastrintestinais.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 87

Prova vermelha (versão 2): 89

Um homem de 48 anos procura uma Unidade Básica de Saúde queixando-se de olhos vermelhos, dor ocular à direita intensa e vômitos há 3 dias. Refere que sua acuidade visual piorou e que está enxergando “vultos”. No exame físico do paciente, verifica-se hiperemia conjuntival à direita, e, no exame com luz direta, confirma-se midríase moderada não reagente à luz. À palpação bilateral do bulbo, observa-se endurecimento à direita. A PA do paciente é de 165x95mmHg. Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável e o tipo de consulta oftalmológica mais apropriada?

- a) glaucoma; consulta ambulatorial
- b) glaucoma; consulta de urgência
- c) uveíte anterior; consulta de urgência
- d) hemorragia subconjuntival; consulta ambulatorial

Comentário: A questão descreve um quadro de glaucoma agudo, sendo indicada uma consulta de urgência para reduzir a pressão intraocular.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 88

Prova vermelha (versão 2): 90

Uma mulher de 70 anos, obesa e hipertensa, sofreu fratura de colo de fêmur após queda da própria altura, tendo sido submetida a fixação cirúrgica. Teve boa evolução no pós-operatório imediato e recebeu alta hospitalar 3 dias após a intervenção, em uso regular de enalapril, atorvastatina e codeína. Permaneceu acamada e dependente para cuidados pessoais. Cinco dias após a alta, apresentou dor torácica ventilatoridependente, de início súbito, e foi levada a um hospital, aonde chegou cerca de 1 hora após o início da dor. Ao ser admitida, encontrava-se alerta, um pouco confusa, acianótica, com pulsos amplos e ritmo regular. Apresentava FC = 130bpm, PA = 140x100mmHg, murmúrio vesicular difusamente reduzido, FR = 34irpm, com esforço moderado, saturação de O₂ em ar ambiente = 86% e com O₂ por cateter nasal a 3L/min = 93% e edema em MID, com presença de cacifo (+), do pé à raiz da coxa. O resultado de estudo radiológico simples de tórax mostrou pequeno derrame pleural à direita. Seu hemograma apresentou-se normal, com CPK = 207UI/L (valor de referência <165UI/L), CPK-MB = 20UI/L (valor de referência <25UI/L) e D-dímero = 550ng/mL (valor de referência 68 a 494ng/mL). O resultado do eletrocardiograma apontou taquicardia sinusal. Diante desse quadro, quais devem ser o medicamento para tratamento inicial e o exame complementar indicados para essa paciente?

- a) alteplase; cintilografia pulmonar
- b) heparina; cineangiocoronariografia
- c) heparina; angiotomografia pulmonar
- d) alteplase; angiografia pulmonar por cateterismo

Comentário: Quadro respiratório súbito em paciente no pós-operatório de cirurgia ortopédica tem, como hipótese principal, tromboembolismo pulmonar. Ademais, observe-se que há indícios de trombose venosa profunda – edema localizado no membro inferior direito. O questionamento do examinador envolve 2 aspectos: exame diagnóstico e tratamento. Ora, sabemos que o método mais utilizado para ao diagnóstico é a angiotomografia, ainda que a cintilografia também possa ser utilizada. O tratamento é feito com anticoagulação, com heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular combinadas a varfarina, ou um dos novos anticoagulantes orais. Exceção ocorre nos casos de embolia com instabilidade hemodinâmica (hipotensão), nos quais estaria indicado o uso de trombolítico (alteplase, por exemplo).

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 89

Prova vermelha (versão 2): 87

Um homem de 54 anos, casado, sem história familiar de câncer, solicita ao médico de família e comunidade que o atende em consulta de rotina, em uma Unidade Básica de Saúde, exame de sangue para “chechar se tem câncer de próstata”. Tomando como referência que a sensibilidade e a especificidade de dosagem do antígeno prostático específico (PSA) pelo método do laboratório municipal, com ponto de corte em 4ng/dL, são, respectivamente, 20% e 94%, com valor preditivo positivo de 33%, assinale a opção em que é apresentada a orientação que deve ser dada pelo médico ao paciente acerca do rastreamento de câncer de próstata:

- a) a probabilidade de o resultado da dosagem do PSA estar acima de 4ng/dL, no caso de o paciente ter câncer de próstata, é de 80%
- b) a probabilidade de o paciente ser submetido desnecessariamente a biópsia, caso o resultado seja positivo para câncer de próstata, é de 67%
- c) a probabilidade de o paciente ter câncer de próstata, caso o resultado da dosagem do PSA esteja acima de 4ng/dL, é de 94%
- d) a probabilidade de o paciente ter câncer de próstata e este não ser diagnosticado a partir da dosagem do PSA é de 33%

Comentário: Sensibilidade é a capacidade de um teste detectar os pacientes doentes, ou seja, 20%.

Avaliando a probabilidade de falso-positivo (PFP), sendo que $PFP = 1 - VPP$. Portanto, $PFP = 67\%$. Sobre o valor preditivo positivo de um teste, neste caso, $VPP = 33\%$. Sobre a probabilidade de falso-negativo (PFN), $PFN = 1 - VPN$. O valor de 33% corresponde ao VPP do teste.

Gabarito = B

Prova azul (versão 1): 90

Prova vermelha (versão 2): 88

Um menino de 8 anos foi encaminhado à Emergência de um hospital pelo Corpo de Bombeiros. À admissão, a mãe do menino relata que, há 3 dias, ele começou a ter febre de 39°C e tosse produtiva, com expectoração amarelada. Refere, ainda, que a criança apresentou piora significativa do estado geral nas últimas 24 horas, com redução do débito urinário. Ao exame físico, encontrava-se torporoso, taquicárdico, taquidispneico, hipotenso, com pulsos finos, extremidades físicas e cianóticas e enchimento capilar de 5 segundos. Os exames e respectivos resultados são apresentados a seguir: hemograma – leucócitos = 24.000mm^3 (valor de referência = 4.000 a $10.000/\text{mm}^3$), bastões = 15% , segmentados = 50% . Gasometria: alcalose respiratória; radiografia de tórax: condensação em todo o pulmão direito. Nesse caso, nos primeiros 10 minutos, além de iniciar oxigenoterapia e antibioticoterapia, a conduta com relação ao acesso e à expansão volumétrica deve ser:

- a) venoso central; soro glicofisiológico a 40mL/kg
- b) venoso central; soro fisiológico a 40mL/kg
- c) intraósseo; soro glicofisiológico a 20mL/kg
- d) intraósseo; soro fisiológico a 20mL/kg

Comentário: Trata-se de uma criança com choque séptico hipotensivo e que necessita de tratamento imediato. A via de acesso preferencial para uma criança ferida ou gravemente enferma, de acordo com a *American Heart Association*, é a via periférica, seja venosa ou intraóssea, que deve ser obtida rapidamente para iniciar a administração de fluidos e antibiótico. Na 1ª hora de atendimento a um paciente com choque séptico devemos oferecer oxigênio, obter acesso periférico e iniciar a administração de solução isotônica (soro fisiológico $0,9\%$), em *bolus* repetidos de 20mL/kg , com avaliação constante. Iniciar antibioticoterapia. Estabelecer um segundo acesso periférico. Repor volume com cautela se houver aparecimento de crepitações, desconforto respiratório ou hepatomegalia. Considerar infusão de vasopressor e hidrocortisona.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 91

Prova vermelha (versão 2): 92

Uma mulher de 20 anos, primigesta, na 19ª semana de gestação, procura o pronto-socorro com história de febre não medida há 24 horas e queixa de disúria, polaciúria, urgência miccional, dor lombar e náuseas. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, afebril, com $FC = 98\text{bpm}$, $FR = 25\text{irpm}$, $PA = 90 \times 60\text{mmHg}$, desidratação ($++/4+$) e com dor à punho-percussão da região lombar direita. Diante desse quadro clínico, a conduta adequada é:

- a) internação hospitalar com hidratação e administração de analgésicos, antiespasmódicos e antieméticos intravenosos; solicitação de urocultura e antibiograma para início de antibioticoterapia
- b) acompanhamento na Unidade de Atenção Básica; solicitação de urocultura e antibiograma para início de antibioticoterapia por via oral
- c) acompanhamento na Unidade de Atenção Básica; início do tratamento sintomático e antibioticoterapia por via oral
- d) internação hospitalar para antibioticoterapia e hidratação intravenosas; administração de analgésicos, antiespasmódicos e antieméticos

Comentário: Esta gestante apresenta sintomatologia típica de infecção do sistema urinário. As infecções do sistema urinário podem ser divididas em:

- Infecções urinárias baixas, que são restritas à região vesical, com sintomatologia mais amena, requerendo, na maioria das vezes, tratamento ambulatorial;
- Infecções do sistema urinário mais altas, também chamadas de pielonefrites, que contemplam um quadro clínico mais exacerbado, geralmente com queda do estado geral, alteração dos sinais vitais e sinal de Giordano positivo (dor à punho-percussão da região lombar).

Diante de um possível quadro de pielonefrite, toda gestante deve ser internada para manejo intra-hospitalar. Deve-se ter em mente que a pielonefrite é um fator de risco grave para gestantes, podendo evoluir para sepse.

Sendo assim, essa gestante deve receber hidratação, administração de analgésicos, antiespasmódicos e antieméticos, se necessário.

Somado a isso deve-se solicitar urina I, urocultura com antibiograma e, após coleta das culturas, iniciar antibioticoterapia empírica.

Gabarito = D

Passível de recurso

Quadro clínico muitíssimo sugestivo de infecção urinária “alta” (pielonefrite): febre, sintomatologia urinária, dor lombar, comprometimento do estado geral e dor à punho-percussão da região lombar (sinal de Giordano positivo).

De acordo com o material do Ministério da Saúde do Brasil, a pielonefrite caracteriza-se pela queda do estado geral com presença de sintomas como febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos e sinal de Giordano positivo. Pode estar associada à desidratação e outros sinais. Além disso, nesse mesmo material oficial, pode ser encontrada a informação de que todas as gestantes com diagnóstico de pielonefrite devem ser hospitalizadas e receber hidratação com soluções salinas, devendo ser solicitados hemograma completo, níveis séricos de eletrólitos, creatinina e cultura de urina. O tratamento com antibióticos deverá ser realizado, inicialmente, por via intravenosa.

Fonte: Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde

Prova azul (versão 1): 92

Prova vermelha (versão 2): 93

Um homem de 58 anos, em seguimento ambulatorial, apresenta radiografia da bacia mostrando lesões osteolíticas e um exame de antígeno prostático específico (PSA) = 35ng/dL (valor de referência: <4ng/dL). Na ocasião, o médico solicitou a realização de biópsia transretal da próstata e cintilografia, cujos resultados revelaram a presença de um adenocarcinoma e de múltiplas lesões hipercaptantes em bacia e coluna vertebral. Nesse caso, qual deve ser o tratamento proposto ao paciente?

- a) castração química ou cirúrgica
- b) prostatectomia radical, seguida de quimioterapia adjuvante
- c) cirurgia minimamente invasiva, com ressecção transuretral de próstata
- d) radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes, seguidas de prostatectomia radical

Comentário: Não há benefício em termos de sobrevida do controle do sítio primário da neoplasia de próstata metastática. O controle pode ser feito sistemicamente, reduzindo-se os níveis de androgênios quimicamente (fármacos que agem na secreção do GnRH) ou cirurgicamente (orquiectomia).

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 93

Prova vermelha (versão 2): 91

Um adolescente de 15 anos é encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento após ter apresentado vômitos e mal-estar em uma festa em que havia bebidas alcoólicas disponíveis. Em consulta, o paciente nega ter tomado tais bebidas. Ele é previamente hígido e também

nega o uso de medicamentos ou drogas ilícitas. Segundo relatos dos familiares que o acompanham, o paciente faz dieta para perder peso, sem acompanhamento médico, e fica muitas horas sem se alimentar. À admissão, apresenta hálito cetônico e está sonolento, orientado, desidratado, acianótico, hemodinamicamente estável, com FR = 36irpm, murmúrio vesicular fisiológico, abdome difusamente doloroso à palpação profunda e com os ruídos hidroaéreos diminuídos, além de saturação arterial de oxigênio em ar ambiente = 95%. Os exames complementares iniciais realizados na unidade revelaram: glicemia = 380mg/dL (valor de referência = 99mg/dL); gasometria arterial com pH = 7,24 (valor de referência = 7,35 a 7,45); PaO₂ = 100mmHg (valor de referência = 83 a 108mmHg); PaCO₂ = 40mmHg (valor de referência = 35 a 45mmHg); HCO₃⁻ = 14mmol/L (valor de referência = 22 a 29mmol/L); BE = -4mmol (valor de referência = -2 a +2mmol/L); SaO₂ = 98% (valor de referência = 95 a 99%); pesquisa de cetonemia positiva (valor de referência negativa); Na⁺ = 130mEq/L (valor de referência = 135 a 145mEq/L); K⁺ = 2,9mEq/L (valor de referência = 3,5 a 5,5mEq/L); Cl⁻ = 95mEq/L (valor de referência = 96 a 109mEq/L); amilase sérica = 120U/L (valor de referência <90U/L). Diante do quadro clínico descrito, quais são o diagnóstico mais provável e o tratamento inicial adequado para esse paciente?

- a) cetoacidose diabética; hidratação com solução fisiológica e cloreto de potássio por via intravenosa
- b) cetoacidose diabética; administração imediata de insulina por via intravenosa
- c) cetoacidose secundária a pancreatite aguda; hidratação com solução fisiológica e antibioticoterapia por via intravenosa
- d) cetoacidose alcoólica; hidratação com solução fisiológica e tiamina por via intravenosa

Comentário: O tratamento da cetoacidose diabética tem como cerne a hidratação vigorosa, a insulino terapia (geralmente por via intravenosa) e a correção de distúrbios eletrolíticos. Sabemos que a insulino terapia é a medida que tem maior impacto no controle da acidose, além, é óbvio, de ajustar a glicemia.

No entanto, há um cuidado que devemos ter sempre antes de iniciar a oferta de insulina em infusão: a insulina direcionará o potássio para o ambiente intracelular, sendo assim, sempre que os níveis estiverem abaixo de 3,3mEq/L, antes de começar a infusão de insulina é obrigatório repor o potássio.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 94

Prova vermelha (versão 2): 95

Um homem de 43 anos, sem histórico de tabagismo, fez dosagem da sua glicemia de jejum em exame de rotina no serviço de Medicina do Trabalho, tendo sido encontrado como resultado o valor de 120mg/dL (valor de referência <110mg/dL). Devido ao quadro, foi encaminhado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação médica. O médico que o atendeu, não tendo detectado história familiar de *diabetes mellitus*, nem encontrando alterações em seu exame clínico, pediu novo exame para dosagem da glicemia de jejum, que apresentou o resultado de 120mg/dL. Solicitou, então, dosagem de glicemia 2 horas pós-carga (pós-prandial) e dosagem de hemoglobina glicada, que apresentaram, respectivamente, os seguintes resultados: 160mg/dL (valor de referência <140mg/dL) e 6,1% (valor de referência <5,7%). O paciente foi orientado sobre alimentação saudável e mudanças no estilo de vida. Nesta situação, e de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, quais devem ser o intervalo de tempo recomendado para reavaliação do paciente e a conduta médica adequada no retorno?

- a) a cada 3 meses; exame clínico na UBS
- b) a cada mês; dosagem da glicemia em jejum
- c) a cada ano; dosagem da glicemia em jejum
- d) a cada 6 meses; dosagem da hemoglobina

Comentário: O diagnóstico é de pré-diabetes, configurado pelos níveis de glicemia de jejum entre 100 e 125mg/dL, TTOG entre 140 e 199mg/dL e HbA1c entre 5,7 e 6,4%. Nesse cenário, a recomendação é de monitorização anual, pois o risco de evolução para *diabetes mellitus* nos anos seguintes é maior do que na população geral.

Gabarito = C

Prova azul (versão 1): 95

Prova vermelha (versão 2): 96

Um menino de 7 anos é levado à Emergência Pediátrica devido a quadro de crise convulsiva generalizada. A mãe refere que a urina da criança está escura há 24 horas e nega febre. Ao exame físico, o paciente encontra-se sonolento, em período pós-ictal, corado, hidratado, com PA = 190x120mmHg e FC = 120bpm, RCR 2T, BNF, sem sopros. Apresenta discreto edema periorbitário bilateral e abdome sem alterações; ausculta respiratória sem alterações, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits focais; ausência de rigidez de nuca, pele dos membros inferiores com lesões cicatriciais de impetigo. Foi iniciado diurético de alça e mantida restrição hídrica para o paciente. Nesta situação, o exame mais importante para o seguimento, em longo prazo, da criança, é:

- a) dosagem de complemento sérico
- b) ultrassonografia de vias urinárias
- c) sedimentoscopia urinária
- d) biópsia renal por agulha

Comentário: Paciente com lesões de piodermite em membros inferiores, que se apresenta hipertenso, com hematúria e edema palpebral, caracteriza um quadro de glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica (síndrome nefrítica aguda).

A dosagem de complemento sérico (C3) é reduzida em mais de 90% dos pacientes na fase aguda da doença, retornando a valores normais em 6 a 8 semanas do início do quadro.

Quando não ocorre a normalização do complemento sérico (C3) em 6 a 8 semanas, deve-se investigar outros diagnósticos como lúpus eritematoso sistêmico e glomerulonefrite membranoproliferativa.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 96

Prova vermelha (versão 2): 94

Uma mulher de 52 anos, G3P3A1, foi encaminhada ao ambulatório de mastologia para avaliação. A paciente não apresentava queixas mamárias e não possui histórico familiar de câncer. Ao exame físico, não foram encontradas alterações na mama direita da paciente e, na mama esquerda, foi identificado espessamento sem nódulos palpáveis. O resultado da mamografia de rotina, realizada recentemente pela paciente é de BI-RADS® 3. Diante deste quadro clínico, a conduta indicada é:

- a) informar que o resultado do exame é provavelmente benigno e que o acompanhamento pode continuar a ser feito no serviço de atenção primária, com repetição da mamografia em 6 meses
- b) informar que o resultado do exame é normal e que o atendimento pode continuar a ser feito no serviço de atenção primária, com avaliação clínica anual e repetição da mamografia em 2 anos
- c) informar que o resultado do exame é inconclusivo e solicitar realização de ultrassonografia mamária complementar, mantendo o acompanhamento no serviço de atenção secundária
- d) informar que o resultado do exame é sugestivo de malignidade, e indicar biópsia mamária imediata no serviço de atendimento secundário

Comentário: A mamografia é o único exame comprovadamente eficaz para o rastreamento de lesões da mama. Com os programas de rastreamento, houve redução de até 30% de mortalidade pelo câncer de mama. A mamografia é dita diagnóstica quando realizada em pacientes sintomáticas, e de rastreamento quando realizada em pacientes assintomáticas. Levando-se em

consideração as recomendações do Ministério da Saúde Brasileiro (a bibliografia que deve ser sempre seguida nas provas do INEP), as mulheres de baixo risco devem ser orientadas a iniciar o rastreamento somente aos 50 anos, devendo ser feito entre os 50 e os 69 anos, com intervalo de pelo menos 2 anos entre os exames. Mulheres pertencentes ao grupo de alto risco para o desenvolvimento de câncer de mama devem iniciar o rastreamento mais cedo, a partir dos 35 anos de idade. Os fatores de risco considerados são: histórico de câncer de mama em familiares de 1º grau antes dos 50 anos ou ovário em qualquer idade. Também se recomenda iniciar aos 35 se a paciente teve parente de 1º grau e histórico de câncer de mama bilateral, se a paciente tem homens com histórico de câncer de mama na família ou se já fez alguma biópsia evidenciando hiperplasia ou carcinoma lobular *in situ*. Os laudos mamográficos são padronizados segundo o sistema BI-RADS®. O objetivo consiste na classificação dos achados radiológicos em categorias, conferindo o risco de malignidade e ditando recomendações de consulta para cada categoria. Sendo assim, a paciente apresenta um laudo mamográfico categoria III do BI-RADS®. Na categoria III, os achados são considerados provavelmente benignos e há menos de 2% de malignidade. A recomendação é que os achados BI-RADS® III sejam reavaliados após 6 meses (somente no lado afetado). Se não houver modificação no período, repete-se o exame, agora bilateral, após 6 meses, e, diante da estabilidade da lesão, um novo controle pode ser realizado depois de 12 meses (24 meses após o 1º exame). Uma vez estável por 2 anos, pode-se mudar a categoria para BI-RADS® II.

Gabarito = A

Prova azul (versão 1): 97

Prova vermelha (versão 2): 98

Um menino de 12 anos é levado ao pronto-socorro de um hospital de referência por uma unidade de suporte avançado, após acidente de carro com colisão frontal. O paciente recebeu 2L de Ringer lactato e foi mantido sob máscara de oxigênio a 10L/min. Queixava-se de dor abdominal difusa de forte intensidade e referia que estava usando cinto de segurança de 2 pontos quando se acidentou. Ao exame físico, apresentou: pressão arterial = 80x60mmHg; frequência cardíaca = 122bpm; frequência respiratória = 26iprm; Glasgow = 13; temperatura esofágica = 34°C. Os exames laboratoriais realizados na ocasião mostraram: Hb = 9g/dL (valor de referência: 12 a 14g/dL); Ht = 27% (valor de referência: 36 a 42%); fibrinogênio = 65mg/dL (valor de referência: 150 a 400mg/dL); INR = 1,7 (valor de referência <1,3); gasometria arterial com pH = 7,26 (valor de referência: 7,35 a 7,45), pO₂ = 222mmHg (valor de referência: >80mmHg), pCO₂ = 29mmHg (valor de referência: 35 a 45mmHg), HCO₃ = 18 (valor de referência: 22 a 26); BE = -6 (valor de referência: +2 a -2); saturação de O₂ = 100% (valor de referência: ≥94%); lactato = 3,8 (valor de referência: <2). O resultado da tomografia de abdome do paciente mostrou lacerações esplênica e hepática grau IV, e grande distensão de alças de intestino delgado. Mesmo com transfusão maciça, o paciente evoluiu com episódios frequentes de hipotensão arterial. Nesse caso, as condutas indicadas são:

- a) embolização arteriográfica das lesões do baço e do fígado
- b) tratamento conservador, não operatório, do baço e do fígado
- c) laparotomia exploradora com esplenectomia e refia da lesão hepática
- d) laparotomia exploradora com esplenectomia, *packing* hepático e peritoniotomia

Comentário: Paciente de 12 anos com trauma abdominal fechado com lesão de 2 vísceras parenquimatosas (fígado e baço) mostradas à tomografia (que não foi bem indicada, uma vez que o paciente não está normal hemodinamicamente. Pacientes com trauma abdominal fechado instável devem realizar *fast* na sala de trauma). Está hipotenso, taquicárdico e com dor abdominal difusa. Além disso, encontra-se em tríade letal: acidose metabólica, coagulopatia e hipotermia. Sendo assim, este paciente tem indicação de uma cirurgia abreviada com intuito hemostático e controle de danos (*Damage Control*). A esplenectomia é uma cirurgia que pode ser feita de forma rápida, diferentemente da ressecção hepática, que é mais trabalhosa e se realizada no trauma de forma eufórica pode produzir uma catástrofe. Portanto, a indicação de

esplenectomia, tamponamento hepático (*packing*) e peritonostomia com reabordagem programada após melhora clínica e tratamento da tríade letal é a melhor forma de tratar este paciente.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 98

Prova vermelha (versão 2): 97

Um homem de 18 anos procura a Unidade Básica de Saúde com queixas de indisposição, poliúria, polidipsia e perda ponderal de 5kg nos últimos 4 meses. Realizou teste de glicemia de jejum no dia anterior, cujo resultado foi de 382mg/dL. O paciente relata que não há história de *diabetes mellitus* na família. Ao exame físico, constata-se índice de massa corpórea = 20,9kg/m²; circunferência abdominal = 90cm; pressão arterial = 123x82mmHg; não se observa acantose *nigricans*. O resultado do exame clínico dos aparelhos circulatório e respiratório do paciente é normal. Diante desse quadro, o médico introduziu insulinas NPH e regular de imediato e encaminhou o paciente ao endocrinologista para seguimento. Nessa situação, a orientação médica adequada a esse paciente e seus familiares é:

- a) introdução de dieta hipocalórica, para perda de 5 a 10% do peso e redução mais rápida da glicemia
- b) a suspensão da dieta e da insulina em casos de síndromes febris ou diarreia, para diminuir riscos de hipoglicemia
- c) a suspensão da insulina NPH quando a glicemia de jejum for menor que 100mg/dL, devido ao risco de hipoglicemia
- d) o adiamento do início de atividade física, pois existe o risco de o paciente desenvolver cetoacidose glicêmica nesse momento

Comentário: Questão relativamente simples. O quadro clínico é sugestivo de diabetes, com níveis extremamente elevados de glicemia em jejum. Lembre-se de que nesse cenário – quadro compatível com glicemia anormal –, o diagnóstico é permitido. Provavelmente trata-se de *diabetes mellitus* tipo 1, pela idade precoce, ausência de história familiar e peso baixo – indício de que há pouca insulina (afinal, é o nosso principal hormônio anabólico).

O peso já está reduzido, e não pelo fato de o indivíduo ter bom padrão alimentar, mas por não ter insulina. Dieta hipocalórica não irá auxiliar.

Em situações de estresse, por vezes a demanda glicêmica é maior, então deve-se ajustar o tratamento, não necessariamente suprimir insulina.

A hipoglicemia é uma preocupação durante o tratamento do diabetes, e até por isso somos permissivos nos níveis glicêmicos de metas terapêuticas. Para glicemia de jejum, tradicionalmente usamos 130mg/dL, considerando reduzir, mas não suspender a NPH se os valores estiverem inferiores a 80mg/dL.

Na fase inicial de ajuste terapêutico, podemos não ter encontrado ainda a dose de insulina requerida pelo indivíduo. Sendo assim, situações de estresse, como as induzidas por atividade física, podem contribuir para descompensação clínica, induzindo a cetoacidose, por exemplo.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 99

Prova vermelha (versão 2): 100

Uma adolescente de 16 anos é trazida à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela mãe, apresentando quadro de tristeza e amenorreia há 4 meses. A mãe relata que o comportamento da adolescente tem mudado desde que ela passou a frequentar o grupo de dança da comunidade onde mora, há 1 ano. Informa que, desde então, a filha vem perdendo peso e tem se alimentado apenas com frutas e verduras, recusando-se a participar dos eventos familiares e se isolando dos amigos da escola, embora continue a frequentar com assiduidade o grupo de dança. Ao exame físico, a adolescente mostra-se triste e pouco interativa, está hipocorada, hidratada, eupneica. Apresenta índice de massa corpórea = 15kg/m²; pressão

arterial = 90x50mmHg; frequência cardíaca = 55bpm. Observa-se discreto aumento do volume das parótidas bilateralmente. Exames laboratoriais realizados na UBS mostram anemia normocrômica/normocítica, elevação de aminotransferases, hiponatremia, normocalemia e nível de creatinina normal. Diante do quadro clínico apresentado, o diagnóstico e a conduta mais apropriada a ser tomada pelo médico de família são:

- a) quadro de depressão na adolescência, de grau grave; encaminhar a paciente para internação psiquiátrica e orientar a família acerca do risco de suicídio e comprometimento do desenvolvimento psicomotor
- b) quadro provável de depressão na adolescência, de grau leve a moderado; prescrever inibidor da recaptura da serotonina na UBS e orientar a família a respeito dos aspectos normais da adolescência
- c) quadro provável de transtorno alimentar moderado; solicitar a realização de recordatório alimentar, com acompanhamento na UBS, e orientar a família a respeito de alimentação saudável na adolescência
- d) quadro de transtorno alimentar grave; encaminhar para a unidade hospitalar de referência e orientar a família acerca da importância da busca de ajuda especializada e seguimento do tratamento na UBS após internação

Comentário: Paciente na faixa etária mais comum para a anorexia, com amenorreia, se alimentando só de frutas e verduras, perdendo peso, anêmica, com elevação de transaminases e hiponatremia. O IMC de 15 indica um quadro de transtorno alimentar grave, que exige hospitalização e orientação à família.

Gabarito = D

Prova azul (versão 1): 100

Prova vermelha (versão 2): 99

Um menino de 8 anos é atendido em consulta com médico de Unidade Secundária de Saúde para avaliação de transtorno de comportamento. A mãe relata que o filho perde material escolar com frequência, costuma esquecer as tarefas do dia a dia e demora a atender quando chamado pelo nome. Informa, ainda, que a criança é repreendida na escola por não parar no mesmo lugar, levantar-se o tempo todo da cadeira, falar demais e intrometer-se na conversa alheia, além de ter notas ruins. O exame clínico não evidencia anormalidades. O diagnóstico e a conduta adequados ao caso são:

- a) o desenvolvimento normal, com comportamentos comuns na infância; orientar a família
- b) transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; iniciar tratamento com risperidona
- c) transtorno do espectro autista; encaminhar o paciente para atendimento especializado
- d) transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; iniciar tratamento com metilfenidato

Comentário: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que podem ocorrer em combinação ou separadamente. Na idade escolar, os sintomas se manifestam com distração, dificuldade em manter o foco atencional em uma tarefa, inquietude, fala excessiva, dificuldade de esperar a sua vez, impulsividade e respostas precipitadas. O tratamento deve ser comportamental e farmacológico associado. A medicação de escolha para o TDAH são os psicoestimulantes, como o metilfenidato.

Gabarito = D

Questões dissertativas

1. Um homem de 43 anos comparece ao ambulatório de Cardiologia para iniciar seguimento por apresentar hipertensão arterial sistêmica. Ele relata que, há 1 semana, havia realizado medida indireta, eventual, de seus níveis pressóricos e observado PA = 240x120mmHg. Naquele momento, não procurou assistência médica de urgência, mantendo-se assintomático desde então. O paciente informa ser ex-tabagista de 20 maços/ano, tendo interrompido o

hábito há 2 anos. Nega etilismo ou outros vícios e uso rotineiro de qualquer medicação. Ao exame físico, observa-se paciente em bom estado geral, obeso, com IMC = 40kg/m² (peso = 130kg; altura = 1,80) e circunferência abdominal = 120cm, além de ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. O exame do abdome não evidencia massas ou visceromegalias, observando-se edema discreto e simétrico em ambos os membros inferiores. Apresenta FC = 92bpm, PA = 220x130mmHg em ambos os braços, utilizando-se esfigmomanômetro apropriado para a circunferência braquial. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram sódio sérico = 142mEq/L (valor de referência = 135 e 145mEq/L); potássio sérico = 4,1mEq/L (valor de referência = 3,5 a 4,5mEq/L); creatinina sérica = 1,3mg/dL (valor de referência = 0,6 a 1,2mg/dL), ureia sérica = 38mg/dL (valor de referência = 30 a 60mg/dL); glicemia de jejum (dias diferentes) = 130mg/dL (1ª amostra) e 134mg/dL (2ª amostra) (valor de referência = 70 a 99mg/dL), colesterol total = 214mg/dL (valor de referência limítrofe = 200 a 239mg/dL), colesterol LDL = 141mg/dL (valor de referência limítrofe = 130 a 159mg/dL); colesterol HDL = 45mg/dL (valor desejável >60mg/dL); colesterol VLDL = 28mg/dL (valor de referência até 30mg/dL); triglicérides = 138mg/dL (valor de referência limítrofe = 150 a 199mg/dL); excreção urinária de albumina = 260mg/d (0,18µg/min). O eletrocardiograma e o raio x do tórax estavam normais. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede nos itens a seguir.

a) Identifique o diagnóstico síndrome desse paciente.
Síndrome metabólica.

b) Cite, entre as informações, 3 critérios que caracterizam o diagnóstico.

- Obesidade abdominal por meio de circunferência abdominal >102cm em homens e >88cm em mulheres;
- Triglicérides ≥150mg/dL;
- HDL colesterol <40mg/dL em homens e <50mg/dL em mulheres;
- Pressão arterial ≥130mmHg para pressão sistólica ou ≥85mmHg para pressão diastólica;
- Glicemia de jejum ≥110mg/dL;
- *Diabetes mellitus*.

Para o diagnóstico da síndrome metabólica é importante ter 3 ou mais desses componentes presentes.

c) Descreva o principal conceito fisiopatológico envolvido no diagnóstico em questão.

Resistência a insulina. A obesidade do tipo abdominal está frequentemente associada a resistência a insulina. A hiperinsulinemia que acompanha a resistência a insulina pode levar a hipertensão arterial e dislipidemia, e essas promovem o desenvolvimento da aterosclerose, que é o resultado final da síndrome metabólica.

d) Descreva as condutas imediatas a serem tomadas.

Orientações de dieta e medicamentosas para redução da hipertensão arterial, do diabetes e da dislipidemia e da perda de peso.

e) Cite metas a serem atingidas pelo paciente com relação a pressão arterial, glicemia de jejum e colesterol LDL.

- PA em pacientes não diabéticos ≥130mmHg ou ≥85mmHg e em pacientes diabéticos, como o caso desse paciente, ≥130mmHg ou ≥80mmHg;
- Glicemia de jejum ≥100mg/dL;
- Colesterol LDL depende da meta lipídica de acordo com o risco do paciente. Este paciente é de muito alto risco, por isso a meta LDL é <70, HDL >40 e triglicérides <150.

2. Uma mulher de 23 anos teve trauma cranioencefálico grave e isolado após queda do cavalo. Previamente hígida e sem utilizar nenhum tipo de medicação de rotina, está internada na Unidade de Tratamento Intensivo de um hospital com 200 leitos há 8 dias, com piora clínica progressiva, a ponto de a equipe médica conversar com os familiares sobre a necessidade de exames devido à suspeita de morte encefálica. A mãe da paciente, entendendo que a equipe passaria a discutir a possibilidade de doação de órgãos, antecipou que a paciente havia comentado ser bastante favorável à doação de seus órgãos, em caso de morte encefálica. Ela acrescentou que, apesar de saber da posição da filha sobre o assunto, tinha muito receio de tomar a decisão junto com os demais membros da família, por não saberem até que ponto o diagnóstico de morte encefálica é confiável e também em razão da forte influência religiosa de alguns deles. Considerando a situação descrita, atenda ao que se pede nos itens a seguir:

a) Com base na legislação vigente no país, descreva 4 critérios diagnósticos para a confirmação de morte encefálica.

Os parâmetros clínicos para constatação de morte encefálica a serem observados são coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia.

Eles podem ser identificados por meio do exame neurológico onde encontramos:

- Pupilas fixas e arreativas;
- Ausência de reflexo corneopalpebral;
- Ausência de reflexo oculoencefálico;
- Ausência de respostas às provas calóricas (reflexo oculoestibular);
- Ausência do reflexo de tosse;
- Apneia;
- Ausência de resposta aos estímulos dolorosos.

Parâmetros diretos de exames:

- Arteriografia cerebral sem fluxo;
- Ultrassom *Doppler* transcraniano sem fluxo;
- Eletroencefalograma sem atividade cerebral.

b) Explique qual deve ser, de acordo com a legislação brasileira, a conduta da equipe médica, caso a decisão final da família pela doação de órgãos seja diferente da vontade expressa pelo paciente em vida.

De acordo com a legislação brasileira, Lei nº 9.434/1997 (Lei de Transplantes) depreende-se que a manifestação de vontade expressa e pública do potencial doador quanto à doação de seus órgãos não está juridicamente protegida. Em contrapartida, a decisão sobre a (não) doação de órgãos é inteiramente da família do doador, mesmo que esta decisão contrarie sua vontade.

Art. 1º: É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

Assim sendo, todos os equipamentos e suporte terapêutico devem ser encerrados frente a paciente em morte encefálica e não doador de órgãos.

Resumindo, quem decide é a família, independente da vontade prévia do potencial doador.

c) Considerando a legislação vigente no país, descreve as etapas a serem observadas para viabilizar a doação de órgãos, caso a família decida pela doação.

A família assina termo por escrito mediante testemunhas para autorizar a retirada. Depois da confirmação da morte encefálica e de manifestado o desejo pela família de doar os órgãos do parente, a equipe médica realiza um questionário com os familiares para detalhar o histórico clínico do paciente. A ideia é investigar se os hábitos do doador teriam levado ao desenvolvimento de possíveis doenças ou infecções que possam ser transmitidas ao receptor. Doenças crônicas como diabetes, infecções ou mesmo o uso de drogas injetáveis podem acabar

comprometendo o órgão que seria doado, inviabilizando o transplante. Por isso, a equipe médica verifica o passado clínico do doador. A entrevista é um guia para os médicos, que ainda realizam testes biológicos e físicos que indicam também a possível compatibilidade com os receptores na fila do transplante. É feita a cirurgia para retirar de múltiplos órgãos que são acondicionados em solução de preservação e gelo e cada equipe leva o órgão captado para o seu receptor.

3. Uma mulher de 32 anos, secundigesta, assintomática, vai à Unidade Básica de Saúde para a 1ª consulta pré-natal da gestação atual, no curso da 17ª semana. Relata que não fez pré-natal na gestação anterior, há 2 anos, e que deu à luz recém-nascido no 7º mês, pesando 1.000g, falecido 2 dias após o parto. Traz resumo de alta da maternidade indicando que o parto foi por via vaginal, sem complicações maternas, e que o recém-nascido tinha baixo peso, hepatoesplenomegalia, petéquias, icterícia, rinite serossanguinolenta, linfadenomegalia generalizada e anemia. Não há registro de qualquer tipo de tratamento já realizado. Na consulta atual, o exame clínico geral e o exame obstétrico não identificam anormalidades. Apresenta resultado positivo de teste rápido treponêmico e VDRL com titulação de 1:32. Nega alergias medicamentosas. Diante da situação apresentada, descreva o diagnóstico clínico e estadiamento e elabore um plano de cuidados que contemple estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva.

O diagnóstico clínico da paciente é sífilis, e o estadiamento é sífilis latente, que pode ser subdividida em recente, quando a duração é inferior a 1 ano, e tardia, quando a duração é superior a esse período. Como a paciente apresenta teste treponêmico e teste não treponêmico positivos, com VDRL acima de 1/16, e história pregressa de um feto com malformações, deve tratar-se, muito provavelmente, de doença ativa e que requer tratamento, pois, uma vez não tratada, o treponema pode ser transmitido ao feto, causando a sífilis congênita. Sífilis congênita ainda é uma doença endêmica no Brasil, embora haja cura e prevenção. A 1ª medida a ser tomada em uma gestante com diagnóstico de sífilis é o tratamento dela e do parceiro com penicilina benzatina, 3 doses de 2.400.000UI, 1.200.000UI em cada nádega, com intervalo de 1 semana entre elas. O tratamento do parceiro é imperioso para essa gestante ser adequadamente tratada, independentemente do *status* sorológico dele. Os títulos devem cair 4 vezes em até 6 meses e negativar entre 12 e 24 meses após o tratamento; caso contrário, se esses títulos se mantiverem ou aumentarem, deve-se considerar a hipótese de neurosífilis, falência de tratamento ou reinfeção. Após o nascimento, a conduta para o recém-nascido varia se a gestante fez ou não tratamento adequado para sífilis.

Situação A – recém-nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada:

Independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, a investigação inclui os seguintes exames laboratoriais: líquido cefalorraquidiano (citologia, bioquímica e VDRL), hemograma com plaquetas e raio x de ossos longos. Outros exames complementares são recomendados quando o recém-nascido é sintomático ou a doença altamente provável, como avaliação oftalmológica e auditiva (BERA), ultrassonografia craniana e dosagem de aminotransferases, bilirrubinas, gama-GT e fosfatase alcalina (acometimento hepático). O tratamento varia de acordo com a avaliação clínica e de exames complementares, sempre com penicilina G (cristalina, procaína ou benzatina).

A1 - Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina – 50.000/kg/dose IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) ou a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Alternativamente, pode-se usar penicilina G procaína 50.000UI/kg, 1x/d IM, durante 10 dias.

A2 - Se houver alteração do líquido cefalorraquidiano, o tratamento deve ser feito com penicilina G cristalina – 50.000/kg/dose IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) ou a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. A penicilina procaína não deve ser utilizada.

A3 - Se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou do líquido cefalorraquidiano, realiza-se tratamento com penicilina G benzatina, 50.000UI IM, dose única.

O acompanhamento do recém-nascido é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após a conclusão do tratamento. Na impossibilidade de garantir o acompanhamento, o recém-nascido deve ser tratado como o esquema A1.

Situação B – recém-nascido de mãe adequadamente tratada:

Nesse caso, realiza-se o VDRL do recém-nascido (em amostra periférica, e não de cordão umbilical). Se este for reagente com titulação maior do que a da mãe e/ou com alterações clínicas, realizam-se hemograma, raio x de ossos longos e coleta de líquido cefalorraquidiano.

B1 - Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas sem alterações do líquido cefalorraquidiano, o tratamento deverá ser feito como em A1.

B2 - Se houver alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A2. Se recém-nascido assintomático e VDRL não reagente, realiza-se apenas acompanhamento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, realiza-se tratamento com penicilina benzatina 50.000UI/kg IM, dose única.

4. Um menino de 5 anos chega à consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) conduzido pela mãe. Ela relata que o menor vem apresentado, há algumas semanas, lesões na região perianal, conforme mostrado a seguir:



Na anamnese, foram coletadas as seguintes informações: a mãe não vive com o pai da criança, trabalha como diarista, e a criança fica na casa do vizinho, um senhor já aposentado. O menor não frequenta a escola, e o último registro de atendimento na UBS foi há 3 anos. O médico observa que a criança apresenta um comportamento arredio e se agarra à mãe quando dela se aproxima. Considerando o quadro descrito e as informações apresentadas, responda aos questionamentos dos itens a seguir:

a) Cite 2 prováveis diagnósticos para o caso.

A questão mostra um menino de 5 anos que é negligenciado pela cuidadora. A criança não frequenta escola (negligência educacional), não faz acompanhamento médico de rotina (negligência física) e fica sob os cuidados de um terceiro que não faz parte da família (negligência emocional). A negligência é uma apresentação de maus tratos contra a criança. O caso deve ser notificado para o conselho tutelar e SINAN e a criança deve ser mantida afastada de seu provável agressor.

Os prováveis diagnósticos são negligência e abuso sexual.

A lesão cutâneo-mucosa é um condiloma acuminado perianal que tem como causa uma infecção pelo HPV transmitido por contato sexual (abuso sexual).

b) Cite dados descritos que justificam as hipóteses diagnósticas.

Não frequenta escola, não passou em consulta na UBS nos últimos 3 anos, comportamento arredio e o fato de permanecer sozinho por muito tempo com um possível agressor.

c) Além de tratar a lesão, qual deve ser a conduta adequada?

O pediatra deve acolher e escutar a vítima. Deve ser feita a notificação de maus tratos ao Conselho Tutelar e ao SINAN. Iniciar profilaxia para DST não virais, HIV e hepatite B. Afastar a criança do provável agressor. Medidas protetivas para o menor.

5. Um gestor de saúde de um município brasileiro com 40.000 habitantes deseja implantar uma nova Equipe de Saúde da Família (ESF) em um distrito que possui 6.000 moradores, única área descoberta pela estratégia. Trata-se de uma região à margem de um rio, onde moram muitas famílias de pescadores, em habitações sustentadas em palafitas improvisadas, distantes umas das outras. Com a chegada da ESF, inicia-se o processo de territorialização com a participação de todos os profissionais, incluindo-se o médico de família e comunidade. Considerando a situação apresentada e o processo de territorialização, atenda ao que se pede a seguir:

a) Com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, no Brasil, como se avalia a decisão do gestor de saúde, com relação ao número de pessoas adscritas nessa nova ESF? Com relação ao número de pessoas, o cálculo está errado, já que de acordo com as Diretrizes do Programa Saúde da Família o limite máximo é de 4.000 habitantes por equipe, sendo a média preconizada de 3.000.

b) Quais são os objetivos dessa nova ESF ao realizar a territorialização nesse distrito? A territorialização serve para conhecer os moradores da região e entender as necessidades específicas relacionadas às questões demográficas, epidemiológicas, aspectos econômicos, sociais, culturais e políticos e conhecer a clientela.

c) Indique as etapas a serem desenvolvidas pela ESF para desenvolvimento do processo de territorialização nesse distrito. Primeiro os agentes comunitários de saúde, através de cadastro das famílias por visita domiciliar, identificam os indivíduos e os problemas de saúde, assim conseguem delimitar a área e organizar as ações de saúde que serão feitas nessa região.

d) Cite 3 problemas sanitários que provavelmente serão encontrados pela ESF nesse distrito durante o processo de territorialização.

- Abastecimento de água;
- Drenagem urbana;
- Coleta do lixo;
- Doenças passadas pela água, como diarreia.