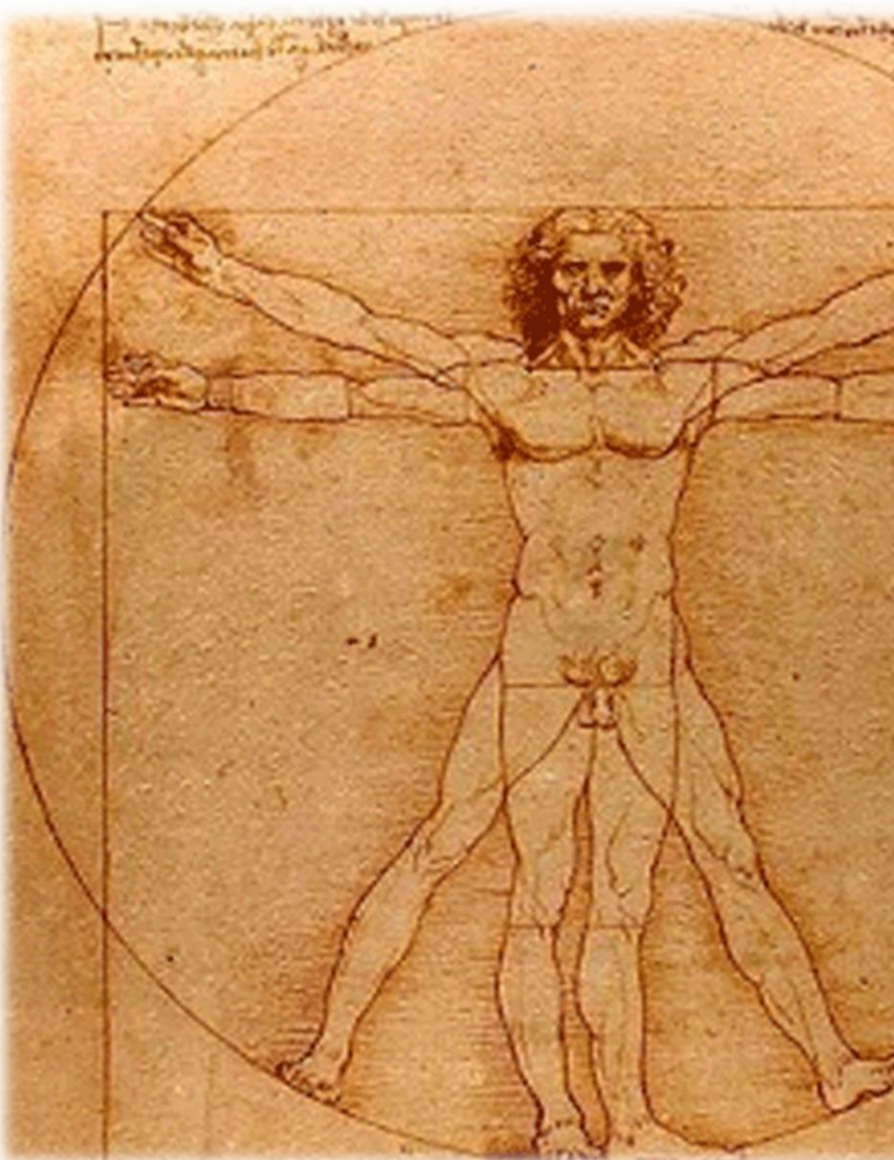




Caderno de Questões Comentadas do Teste de Progresso



Medicina

ANO: 2015

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

Antonio Luiz da Silva Laginestra

Vice-Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli

Secretário

Luiz Fernando da Silva

Vogais

Jorge Farah

Kival Simão Arbex

Luiz Fernando da Silva

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro

CONSELHO CURADOR**Presidente**

Ariovaldo Antonio de Azevedo

Alexandre Fernandes de Marins

José Luiz da Rosa Ponte

Luiz Roberto Veiga Corrêa de Figueiredo

Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

DIREÇÃO GERAL

Luis Eduardo Possidente Tostes

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

Caderno de questões comentadas do Teste de Progresso – Medicina / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO , 2015.
45f.

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

CDD 378.8153

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**MANTIDA: CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO****CHANCELARIA**

Antonio Luiz da Silva Laginestra

REITORIA

Verônica Santos Albuquerque

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

José Feres Abido Miranda

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCHS

Ana Maria Gomes de Almeida

Curso de Graduação em Administração

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Ciências Contábeis

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Direito

Leonardo Figueiredo Barbosa

Curso de Graduação em Pedagogia

Maria Terezinha Espinosa de Oliveira

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

Mariana Beatriz Arcuri

Curso de Graduação em Ciências Biológicas

Carlos Alfredo Franco Cardoso

Curso de Graduação em Enfermagem

Selma Vaz Vidal

Curso de Graduação em Farmácia

Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Curso de Graduação em Fisioterapia

Andréa Serra Graniço

Curso de Graduação em Medicina

Manoel Antônio Gonçalves Pombo

Curso de Graduação em Medicina Veterinária

André Vianna Martins

Curso de Graduação em Odontologia

Monique da Costa Sandin Bartole

CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA - CCT

Elaine Maria Paiva de Andrade

Curso de Graduação em Ciência da Computação

Laion Luiz Fachini Manfroi

Curso de Graduação em Engenharia Ambiental e Sanitária

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia de Produção

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia Civil

Helena da Costa Miranda

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

Edenise da Silva Antas

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO

Solange Soares Diaz Horta

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

Michele Mendes Hiath Silva

ÓRGÃOS SUPLEMENTARES**CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – CESO**

Roberta Franco de Moura Monteiro

CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Alba Barros Souza Fernandes

CLÍNICA-ESCOLA DE MEDICINA VETERINÁRIA

Priscila Tucunduva

CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA PROF. LAUCYR PIRES DOMINGUES

Leonardo Possidente Tostes

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO – HCTCO

Rosane Rodrigues Costa

APRESENTAÇÃO

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

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

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

AUTORES

Ana Cristina de Alvarenga Dantas Pinheiro

Ana Maria Pereira Brasílio de Araujo

Andrea de Paiva Doczy

Bruno Barbosa Bezerra

Carla dos Santos Campos Figueiredo

Daniel Pinheiro Hernandez

Felipe Torres de Oliveira

Gelsomina Angelina M. Costa Pereira

Georgia Rosa Lobato

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Helio Pancotti Barreiros

José Carlos Lima de Campos

Julio Antonio de Carvalho

Luis Filipe da Silva Figueiredo

Luis Roberto Barbosa de Melo

Luiz Sergio Lobianco

Manoel Antonio G. Pombo

Marina Moreira Freire

Mey Lie Tam Maia de Holanda Cavalcante

Sonia Paredes de Oliveira

Valeria Francisca do Nascimento

Edição de 2015

Prezado estudante, as situações a seguir fazem parte do cotidiano da sua vida acadêmica e profissional. Certamente, durante o decorrer do curso você ficará de frente a algumas destas situações e terá que traçar condutas ou tomar decisões mais acertadas, levando em consideração a contextualização de cada situação de saúde. Vá em frente, trace as condutas e tome as decisões mais acertadas!

1. Everton, 33 anos, é atendido no seu ambulatório com história de hipertensão arterial sistêmica há 1 ano e glicemia capilar de difícil controle. Alega emagrecimento importante e nos últimos 2 meses iniciou quadro de poliúria, polidipsia e dores em membros inferiores. Nega história familiar de hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Está em uso de anlodipina e atenolol em doses plenas. Pressão arterial no momento de 190x120 mmHg. Traz exame de glicemia de jejum de 190 mg%. Sua melhor conduta traçada para Everton será:

- (A) Associar captopril ao esquema anti-hipertensivo devido ao seu efeito nefroprotetor em diminuir a microalbuminúria nos pacientes diabéticos;
- (B) Associar captopril ao esquema anti-hipertensivo, solicitar ecocardiograma e encaminhar Everton ao Grupo HIPERDIA;
- (C) Solicitar Tomografia Computadorizada de Suprarrenais e eletrólitos e marcar consulta de retorno;
- (D) Solicitar hemoglobina glicada, lipidograma, fundoscopia, uréia, creatinina e marcar consulta de retorno para avaliar início da insulinoterapia;
- (E) Internação hospitalar para melhor controle dos níveis tensionais e glicêmicos e programar realização de ultrassonografia e Doppler arterial renal;

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Diferenciar hipertensão primária e secundária
- ✓ Suspeitar e conduzir o paciente com hipertensão secundária
- ✓ Diagnóstico e diagnóstico diferencial de Diabetes Mellitus
- ✓ Conhecer o HIPERDIA
- ✓ Suspeitar de hiperaldosteronismo como causa de hipertensão arterial secundária

JUSTIFICATIVA:

Paciente com quadro característico de hiperaldosteronismo. Poliúria, polidipsia, emagrecimento e aumento da glicemia, justifica-se pela hipopotassemia gerada por níveis de aldosterona elevados, a qual tem impacto na cinética da insulina. A dor também é justificada pela hipopotassemia. Portanto a melhor conduta será: solicitar Tomografia Computadorizada de Suprarrenais e eletrólitos e marcar consulta de retorno.

2. Você reencontra Everton na UPA, agora com 36 anos. Seus níveis de pressão arterial e glicemia permanecem de difícil controle, pois alega várias dificuldades em realizar o plano de cuidado orientado anteriormente. Diz que há um dia apresenta cefaléia holocraniana intensa, escotomas cintilantes e turvação visual bilateral, além de astenia e urina espumosa. No exame físico notam-se ausculta cardíaca e pulmonar normais; abdômen indolor, sem visceromegalias. Membros sem edema e pulsos simétricos. Pressão arterial de 250 x 140 mmHg, frequência cardíaca e respiratória de 100 bpm e 30 irpm, respectivamente. À fundoscopia verifica-se hemorragias recentes, exsudatos algodonosos e edema papilar. Os exames laboratoriais têm os seguintes resultados:

Creatinina 3,5 mg/dL (VR 0,5 a 1,5 mg/dL), uréia 105 mg/dL (VR 10 a 40 mg/dL), sódio 130 mEq/L (VR 135 a 145 mEq/L), potássio 3,0 mEq/L (VR 3,5 a 5,5 mEq/L) e proteinúria ++/4+.

Diante desta situação, qual seria sua decisão inicial mais acertada?

(A) Internação hospitalar, administração de beta bloqueador e programar cirurgia, pois trata-se de feocromocitoma

(B) Internação hospitalar, reduzir 25% da pressão arterial média com administração de captopril, pois trata-se de crise hipertensiva renovascular

(C) Internação hospitalar, iniciar de imediato insulino terapia, captopril e betabloqueadores, pois já há evidências de comprometimento de órgãos alvos provocado pela hipertensão arterial e pelo diabetes;

(D) Internação hospitalar, administração de captopril e espironolactona, programar cirurgia, pois trata-se de hiperaldosteronismo primário;

(E) Internação hospitalar, administrar nitroprussiato de sódio, pois trata-se de hipertensão arterial maligna e, após a alta, acompanhamento ambulatorial;

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Diferenciar emergência e urgência hipertensiva
- ✓ Suspeitar e conduzir o paciente com hipertensão maligna
- ✓ Identificar as alterações da Hipertensão arterial na fundoscopia
- ✓ Identificar as alterações nos órgãos alvo da Hipertensão arterial

JUSTIFICATIVA:

Paciente com quadro de hipertensão maligna com comprometimento de órgãos alvo recente e níveis muito elevados, necessitando de controle imediato dos níveis pressóricos com drogas parenterais.

3. Everton recebe alta hospitalar após as medidas tomadas acima e após 4 dias começou a apresentar dificuldade para se alimentar, anorexia, náuseas, vômitos, distensão abdominal progressiva e diminuição da eliminação de flatos e fezes, o que o fez retornar ao hospital. Ao exame físico, apresenta desidratação discreta, taquicardia e distensão abdominal difusa, dor leve à palpação profunda do abdômen, Blumberg ausente e ruídos hidroaéreos pouco ativos e com timbre metálico. A radiografia simples de abdômen demonstra a seguinte imagem.



Correlacionando a doença de base, os comemorativos clínicos e os achados radiológicos, você deverá tomar a seguinte conduta:

- (A) Trata-se de abdômen agudo obstrutivo de causa mecânica, devido à presença do sinal de “empilhamento de moedas”. Instalar cateter nasogástrico, dieta zero e encaminhar à cirurgia;
- (B) Trata-se de abdômen agudo obstrutivo de causa funcional secundário à neuropatia diabética, caracterizado pela presença de edema de alças intestinais na radiografia. Dieta zero, instalar cateter nasogástrico e melhor controle do diabetes
- (C) Trata-se de abdômen agudo obstrutivo de causa funcional secundário à neuropatia diabética, caracterizado pelo envolvimento generalizado de todo o intestino delgado e cólon na radiografia. Dieta zero, instalar cateter nasogástrico e melhor controle do diabetes
- (D) Trata-se de abdômen agudo obstrutivo de causa mecânica, devido à presença de sinais radiológicos do padrão dito “válvula ileocecal não competente”, o que sugere obstrução do cólon esquerdo. Dieta zero, instalação de cateter nasogástrico
- (E) Trata-se de abdômen agudo obstrutivo de causa funcional, caracterizado pelo preenchimento de gás nas alças intestinais e a presença de gás no reto na radiografia. Dieta zero, instalar cateter nasogástrico e reposição calêmica;

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Diferenciar obstrução intestinal funcional e mecânica
- ✓ Suspeitar e conduzir o paciente com obstrução intestinal funcional
- ✓ Conhecer as causas de obstrução funcional
- ✓ Identificar os achados radiológicos das obstrução intestinal

JUSTIFICATIVA:

Paciente com quadro característico de hiperaldosteronismo, o que leva à hipopotassemia, uma causa de obstrução intestinal funcional. A radiografia mostra sinais característicos de obstrução intestinal funcional.

4. Sra. Jurema, 57 anos, nuligesta, IMC = 39 kg/m², menopausa há 3 anos, hipertensa e diabética em tratamento com captopril e metformina. Estressada, ela lhe procura no ambulatório de ginecologia, pois sua vizinha havia morrido de câncer. Queixa-se de sangramento vaginal há 6 meses, inicialmente esporádico, com piora após as relações sexuais, tornando-se mais frequente nos últimos 30 dias. Traz consigo resultado de colpocitologia oncótica realizada há dois meses, demonstrando atipias em células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico. Diante desta situação sua conduta inicial mais indicada é:

- (A) Realizar ultrassonografia transvaginal para investigar câncer de endométrio;**
- (B) Realizar colposcopia com biópsia dirigida para investigar câncer de colo uterino;**
- (C) Realizar histerectomia devido ao quadro sugestivo de miomatose uterina, cessando o sangramento e diminuindo os riscos para câncer de colo e endométrio;**
- (D) Prescrever anticoncepcionais orais para o sangramento uterino disfuncional e repetir colpocitologia após 6 meses**
- (E) Prescrever estrogênio para melhorar a atrofia vaginal e repetir colpocitologia tão logo melhore o sangramento**

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

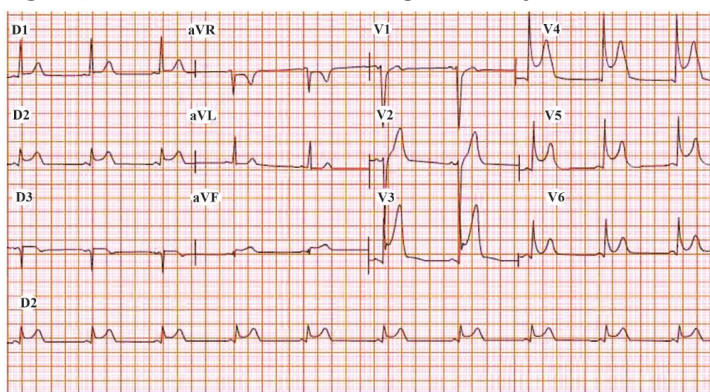
- ✓ Conhecer as causas de sangramento vaginal na menopausa
- ✓ Suspeitar e investigar o câncer de endométrio
- ✓ Interpretar os achados da colpocitologia oncótica

JUSTIFICATIVA:

5. Durante a passagem do round na enfermaria de clínica médica você reconhece a Sra. Ju-remá, deitada no leito 2 com “olhos bem abertos”, prestando atenção no relato de seu caso feito pelo *staff* responsável. “Há 8 semanas sofreu infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST de parede anterior extensa e angioplastia primária na artéria descendente anterior. Recebeu alta em uso de AAS, clopidogrel, atenolol, sinvastatina, enalapril e metformina. Há uma semana queixa-se de mal estar inespecífico, dor torácica ventilatório dependente, em pontada, de moderada intensidade, em região retroesternal e epigátrica, além de febre (39° C) e dispnéia aos grandes esforços. Ao exame físico notam-se: mucosas coradas, está eupneica e orientada. Jugulares atúrgidas a 45° e pulso paradoxal ausente. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos sem sopros. Ausculta pulmonar e membros inferiores sem alterações.”

Os exames realizados na emergência revelaram:

leucócitos = 14.500 (segmentados 74%; eosinófilos 1%; linfócitos 15%), hemoglobina = 14 g/dL; hematócrito 42%; plaquetas = 251.000; VHS = 54 mm; glicemia = 100 mg%; uréia = 31 mg/dL; creatinina = 0,9 mg/dL; CK-MB = 31 (VR < 25 ng/dL); troponina T = 0,25 (VR < 0,2 mg/dL). O ECG demonstrava o seguinte traçado:



Diante deste quadro a conduta diagnóstica mais acertada será solicitar:

- (A) Angiotomografia de tórax
- (B) Cintilografia miocárdica
- (C) Endoscopia digestiva alta
- (D) Ecocardiograma transtorácico**
- (E) Cineangiocoronariografia

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conhecer as complicações pós IAM
- ✓ Identificar as alterações eletrocardiográficas da pericardite
- ✓ Realizar o diagnóstico de pericardite
- ✓ Conhecer os comemorativos clínicos da pericardite

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando quadro sugestivo de pericardite pós IAM (supradesnível de ST em todas as derivações, perda da imagem “em espelho” na parede inferior, características da dor).

6. Marialva, 37 anos, tabagista, admitida na UPA com quadro iniciado há 2 dias de dor abdominal, mesogástrica, migrando posteriormente para fossa ilíaca esquerda, acompanhada de anorexia, dor e defesa à palpação. Não há alteração no ciclo menstrual. Inicialmente medicada com ciprofloxacina e metronidazol por via oral e orientada a retornar caso não tivesse melhora da dor. Retorna a UPA 12 horas depois com piora da dor e febre (38.9°C), além de dor à palpação em todo o andar inferior do abdômen. Hemograma com 17.000 leucócitos (15% de bastões; 80% segmentados; 5% linfócitos). Qual seria sua conduta diagnóstica mais adequada para determinar a terapêutica cirúrgica dessa paciente?

- (A) Colonoscopia
- (B) Tomografia computadorizada de abdômen**
- (C) Ultrassonografia de abdômen
- (D) Retossigmoidoscopia
- (E) Urinocultura e ultrassonografia de lojas renais

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de apendicite aguda na paciente em questão
- ✓ Conhecer as características da dor da apendicite aguda
- ✓ Realizar o diagnóstico de apendicite aguda

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando quadro característico de apendicite aguda (características da dor). Neste caso o melhor exame para definir a conduta é a TC de abdômen

7. Após a cirurgia realizada, Marialva é internada numa enfermaria coletiva de 8 leitos onde permaneceu por 48 horas quando recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, assintomática, sem febre e sem leucocitose. Fez uso de antibioticoterapia profilática. Hoje compareceu à sua UBSF no 10º dia de pós operatório com queixa de dor, calor e edema no local da incisão cirúrgica, que desde ontem está drenando secreção purulenta. Neste momento você “olha para trás” e reflete qual seria a medida mais adequada na prevenção desta complicação.

- (A) Controle rigoroso da glicemia capilar no perioperatório
- (B) Realizar curativos com antibióticos tópicos após a alta hospitalar
- (C) Higienização adequada das mãos dos profissionais na enfermaria**
- (D) Manutenção da antibioticoterapia por sete dias após a alta hospitalar
- (E) Internação no Centro de Terapia Intensiva (CTI) no pós operatório imediato

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender a importância dos cuidados com a ferida cirúrgica
- ✓ Identificar os sinais clínicos de infecção da ferida operatória
- ✓ Identificar os fatores que aumentam o risco de infecção da ferida operatória

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando complicações infecciosas da ferida operatória. E uma das principais causas de transmissão de infecção é pelas mãos dos profissionais, portanto a higienização adequada das mãos dos profissionais na enfermaria é primordial.

8. Durante esta mesma consulta Marialva lhe entrega uma receita médica e diz que não quer mais usar o anticoncepcional oral (ACO) como método contraceptivo, pois buscou informação pelo Google e descobriu que aumenta o risco de “derrame e enfarte”, o que a deixou bastante ansiosa. Na receita está prescrito Desogestrel (um progestágeno oral). Nesta situação sua decisão mais acertada será:

(A) Tranquilizar Marialva e manter o ACO, pois ela não é portadora de doenças crônico-degenerativas, o que diminui os riscos cardiovasculares.

(B) Optar pelo uso de anticoncepcionais injetáveis, o que diminui o risco para acidentes vasculares encefálicos (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM)

(C) Suspender o ACO, pois seu uso, no caso de Marialva aumenta significativamente o risco de IAM;

(D) Encaminhar ao ambulatório de ginecologia para melhor escolha do ACO a ser usado;

(E) Trocar o ACO usado por um ACO combinado, o que diminui o risco de IAM em Marialva;

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender o risco do uso de ACO em pacientes tabagistas
- ✓ Conhecer a autonomia da paciente sobre tratamento
- ✓ Conhecer os riscos de doença cardiovascular com o uso de ACO
- ✓ Conhecer os tipos de ACO

JUSTIFICATIVA:

Paciente tabagista, portanto já é uma contraindicação do uso de ACO, devido ao risco de coronariopatia. O risco de IAM entre usuárias de ACO aumenta com a coexistência de fatores de risco para DCV, como tabagismo, e esse efeito é mais pronunciado em mulheres acima dos 35 anos de idade.

9. Apesar de toda a sua orientação dada acima, Marialva insiste em fazer uso de outro método anticoncepcional e solicita a você que calcule seu período fértil com o objetivo de utilizar o método de Ogino-Knaus. Diante desta situação você toma qual decisão?

(A) Não considera a vontade de Marialva, pois o método de Ogino-Knaus tem um risco maior de falha, quando comparado aos outros métodos;

(B) Solicita a informação da data da última menstruação e a duração do último ciclo menstrual para que possa efetuar o cálculo do período fértil provável;

(C) Solicita que ela verifique num período de 2 meses a duração (número de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo).

(D) Solicita que ela registre, durante pelo menos 8 meses, o primeiro dia de cada menstruação.

(E) Não considera a vontade de Marialva, pois o método de Ogino-Knaus tem um risco maior de falha e orienta o uso de condom masculino;

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Respeitar a autonomia da paciente
- ✓ Conhecer o método Ogino-Knaus
- ✓ Orientar a paciente quanto ao método

JUSTIFICATIVA:

O fundamento desse método é o conhecimento da fisiologia do ciclo menstrual da mulher. Sabe-se que o período fértil é aquele que se situa em torno do momento da ovulação. O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 (seis) a 12 (doze) meses. A mulher que quiser usar este método deve ser orientada para registrar, durante pelo menos 6 meses, o primeiro dia de cada menstruação.

Código de ética médica Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

10. Neste mesmo dia, você atende Sra. Glória, que lhe procurou para mostrar um exame laboratorial cujo resultado revelou ser portadora de gen BRCA-1. Sua mãe e sua tia faleceram antes dos 50 anos com neoplasia maligna. Diante desta situação sua conduta preventiva mais acertada será:

- (A) Programar adenomastectomia bilateral**
- (B) Programar ooforectomia radical
- (C) Programar cirurgia de Werthein-Meigs
- (D) Realizar conização de colo uterino
- (E) Programar histerectomia total

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

- ✓ Correlacionar o gen BRCA-1 com carcinoma mamário
- ✓ Reconhecer que a adenomastectomia bilateral é uma medida preventiva nestes casos

JUSTIFICATIVA:

Pacientes portadoras do Gen BRCA – 1 tem maior prevalência de carcinoma mamário, ovariano e outros. Nos casos de câncer de mama, a chance de desenvolver a neoplasia maligna é próxima de 85%.

11. After the the procedure performed forementioned, Mrs. Glória is admitted at a general infirmary with 8 sick beds, where she remained for 48 hours, when she discharged from hospital in good clinical condition, asymptomatic, with no fever or leukocytosis. Made use prophylactic antibiotic. Glória attended the Basic Health Unit on the 10th Day of post operative complaining of pain, heat and swelling at the site of surgical incision, which since yesterday is draining pus. At this point you realize that the most appropriate measure in preventing this complication would be:

- (A) Strict control of blood glucose in the perioperative
- (B) Hold dressings with topical antibiotics after discharge
- (C) Proper hand hygiene professionals in the infirmary**
- (D) Antibiotic use maintenance for seven days after hospital discharge

(E) Admission to the intensive care unit in the immediate postoperative

INTENÇÃO:

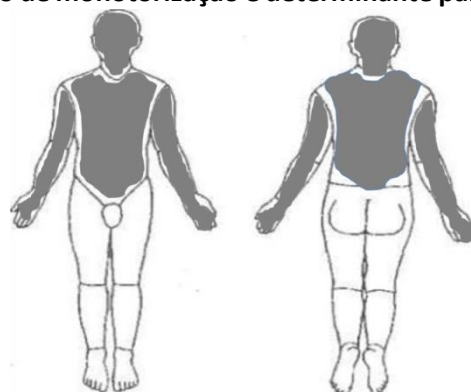
Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender a importância dos cuidados com a ferida cirúrgica
- ✓ Ler e interpretar uma questão que utiliza outra língua
- ✓ Identificar os sinais clínicos de infecção da ferida operatória
- ✓ Identificar os fatores que aumentam o risco de infecção da ferida operatória

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando complicações infecciosas da ferida operatória. E uma das principais causas de transmissão de infecção é pelas mãos dos profissionais, portanto a higienização adequada das mãos dos profissionais na enfermaria é primordial.

12. Valdomiro, 33 anos de idade, admitido na emergência com queimaduras de 3º grau distribuídas conforme a figura 3 (áreas hachuradas de cinza). Necessitou de reposição volêmica com 10 litros de cristalóide nas primeiras 24 horas. Hoje, no 3º dia de evolução, você percebe distensão abdominal volumosa e progressiva, piora do desconforto respiratório com hipoxemia e hipercapnia, hipotensão arterial, taquicardia e oligoanúria. Observando a tomografia computadorizada de abdômen nota-se grande edema intersticial com ascite, sem evidências de pneumoperitônio ou sepse abdominal. A partir daí você deve, respectivamente: calcular a superfície corporal queimada (SCQ) estimada, utilizando a “Regra dos Nove”, informando sua respectiva importância, além de escolher qual método de monitorização é determinante para



o diagnóstico e tomada de decisões neste momento.

- (A) 81%. Estima a gravidade do paciente queimado. Medição do débito urinário
- (B) 63%. Norteia condutas no atendimento inicial do queimado. Aferição da pressão intravesical**
- (C) 63%. Estima o grau de profundidade da queimadura. Avaliação da tonometria gástrica
- (D) 53%. Diferencia as queimaduras de 1º, 2º e 3º graus. Medição do fluxo capilar sublingual
- (E) 53%. Diferencia entre pequeno queimado e grande queimado. Medida da pressão venosa central

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender as complicações do grande queimado
- ✓ Identificar a síndrome compartimental abdominal como complicação do grande queimado
- ✓ Compreender outras causas de instabilidade hemodinâmica e respiratória no grande queimado que não a hipovolemia

- ✓ Compreender a gravidade da queimadura de 3º grau com distribuição circular
- ✓ Compreender a importância do cálculo da SCQ
- ✓ Calcular a estimativa da SCQ pela “Regra dos Nove”

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando queimadura de 3º grau com distribuição circular em abdômen, o que leva como consequência a síndrome compartimental, que aumenta a pressão intra-abdominal e consequentemente instabilidade hemodinâmica e respiratória (restritiva). Portanto a medida da pressão intravesical é eleita como método de monitorização, pois reflete a pressão intra-abdominal.

Regra dos nove para calcular a superfície corporal queimada para ser usada apenas no pronto atendimento ^(D) .					
Paciente:	Enf.:		Leito:		
Área	Adulto	Criança até 9 anos	2º Grau	3º Grau	Total da Área Queimada
Cabeça e Pescoço	9%	18% - idade em anos			
Membro Superior Direito	9%	9,0%			
Membro Superior Esquerdo	9%	9,0%			
Tronco Anterior	18%	18,0%			
Tronco Posterior	18%	18,0%			
Genitália	1%				
Coxa Direita	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Coxa Esquerda	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Perna e Pé Direitos	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Perna e Pé Esquerdos	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Total da Área Queimada					

13.No ambulatório você atende Sra.Abigail, 54 anos de idade, com antecedente de hipotireoidismo primário compensado com 75 microgramas de levotiroxina , queixando-se de diminuição da libido, “ondas de calor”, labilidade emocional, ansiedade, nervosismo e baixa de autoestima. Ela lhe pede explicações quanto a estas queixas. O que você responderia, usando uma linguagem que ela entenderia?

- (A) “Isto está relacionado ao problemas da sua tireoide. Temos que solicitar um exame para observar que ela esteja em bom funcionamento.”
- (B) “Isto é devido ao estresse. Vou lhe medicar com um calmante.”
- (C) “Nota-se que a senhora está com quadro de depressão. Vou lhe encaminhar ao psiquiatra.”
- (D) “Isto é normal nesta fase da sua vida. Vamos acompanhá-la para que você tenha uma excelente qualidade de vida.”**
- (E) “Isto está relacionado ao problemas da sua tireoide. Temos que aumentar a dose do medicamento da tireoide.”

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender os comemorativos clínicos da menopausa
- ✓ Compreender os comemorativos clínicos do hipotireoidismo
- ✓ Compreender os comemorativos clínicos da depressão
- ✓ Saber diferenciar menopausa x hipotireoidismo x depressão

JUSTIFICATIVA:

Paciente com 54 anos apresentando sinais clínicos da fase de menopausa. Faz parte da evolução natural da vida da mulher nesta faixa etária de vida.

14. Meses depois você atende Abigail na UPA com relato de dor e dificuldade de deambulação após levantar-se da cama na manhã de hoje. Não há história de trauma. Escala de Glasgow = 15 e sem sinais focais neurológicos. Na ectoscopia geral você percebe o seguinte:



Diante desta situação qual seria sua atitude mais acertada?

- (A) Realizar Tomografia computadorizada (TC) de Crânio para afastar acidente vascular encefálico, solicitar parecer da neurocirurgia e internação hospitalar
- (B) Realizar ressonância nuclear magnética (RNM) de coluna para afastar fratura de corpo vertebral com compressão de raiz nervosa, solicitar parecer da neurocirurgia e internação hospitalar
- (C) Realizar radiografia de perna nas incidências ânteroposterior e perfil para afastar fratura de platô femoral, solicitar parecer da ortopedia e internação hospitalar
- (D) Realizar TC de coluna para afastar fratura de corpo vertebral com compressão de raiz nervosa, solicitar parecer da neurocirurgia e internação hospitalar
- E) Realizar TC de quadril para diagnosticar fratura de fêmur, solicitar parecer da ortopedia e internação hospitalar**

INTENÇÃO:

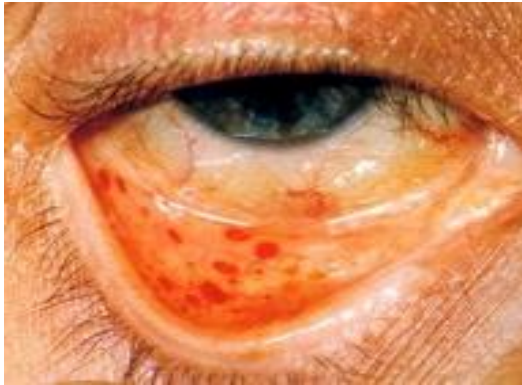
Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Identificar os sinais clínicos da fratura proximal de fêmur
- ✓ Correlacionar a fratura de Abigail com o período de menopausa, já que não há história de trauma
- ✓ Conduzir um paciente com suspeita de fratura de fêmur

JUSTIFICATIVA:

No período em que se encontra a Sra. Abigail as fraturas são mais evidentes devido à presença de osteoporose associada à menopausa, que se ratifica pela ausência de história de trauma. Os sinais clínicos apresentados por ela como rotação externa e encurtamento do membro afetado são característico de fratura de fêmur proximal. A TC de quadril neste caso pode ser indicada.

15. Vinte e quatro horas após a internação hospitalar Abigail inicia quadro súbito de dispnéia, agitação psicomotora e hipotensão arterial. Temperatura axilar de 38°C e na conjuntiva você observa o seguinte:



Neste momento sua conduta mais acertada será

(A) Tratamento intensivo para manutenção da oxigenação tecidual, otimizando ventilação e débito cardíaco, pois o quadro sugere choque obstrutivo

(B) Coletar hemocultura e iniciar antibioticoterapia empírica devido a gravidade de Abigail, além de tratamento intensivo para manutenção da oxigenação tecidual, otimizando ventilação e débito cardíaco, pois o quadro sugere choque séptico

(C) Iniciar anticoagulação plena com heparina não-fractionada, além de tratamento intensivo para manutenção da oxigenação tecidual, otimizando ventilação e débito cardíaco, pois o quadro sugere choque obstrutivo

(D) Iniciar anticoagulação plena com heparina não-fractionada, além de tratamento intensivo para manutenção da oxigenação tecidual, otimizando ventilação e débito cardíaco, pois o quadro sugere choque cardiogênico

(E) Reposição volêmica agressiva, hemotransusão e tratamento intensivo para manutenção da oxigenação tecidual, otimizando ventilação e débito cardíaco, pois o quadro sugere choque hipovolêmico

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender as complicações da fratura de fêmur
- ✓ Identificar o quadro clínico de embolia gordurosa
- ✓ Conduzir um paciente com insuficiência respiratória aguda
- ✓ Diferenciar os tipos de choque

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando insuficiência respiratória aguda, petéquias subconjuntivais, febre e instabilidade hemodinâmica 24 horas após uma fratura de fêmur, o que caracteriza embolia gordurosa, tratando-se, portanto de choque obstrutivo, cujo tratamento inicial é: tratamento intensivo para manutenção da oxigenação tecidual, otimizando ventilação e débito cardíaco, pois o quadro sugere choque obstrutivo.

16. Ainda à beira do leito, você relembra aquela primeira consulta da Sra. Abigail na UBSF. Considerando a evolução da história clínica de Abigail até o momento, qual seria a sua conduta tomada mais acertada na primeira consulta, que poderia mudar esta dramática evolução?

- (A) Indicar meias elásticas para reduzir o risco de trombose venosa profunda e aumentar a dose da levotiroxina
- (B) Iniciar anticoagulação com Marevan para reduzir o risco de trombose venosa profunda
- (C) Instalar corrimão nos banheiros da residência e retirar qualquer obstáculo que possa interferir na deambulação de Abigail, como por exemplo tapetes
- (D) Estimular boa higienização da cavidade oral para reduzir o risco de colonização bacteriana e consequente disseminação hematogênica
- (E) Incentivar atividades recreativas sob supervisão e iniciar carbonato de cálcio**

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Correlacionar fratura de fêmur com osteoporose da menopausa
- ✓ Correlacionar menopausa e osteoporose
- ✓ Conhecer o papel do carbonato de cálcio na diminuição de risco de fraturas em pacientes com osteoporose e menopausa

JUSTIFICATIVA:

A redução na concentração estrogênica plasmática observada após a menopausa resulta em balanço negativo de cálcio, que leva à progressiva perda de massa óssea nesta etapa da vida. Em mulheres com mais de 50 anos de idade é recomendado o consumo de cerca de 1.200 mg de cálcio ao dia, preferencialmente através da dieta. Quando impossibilitadas de fazê-lo por meio de fontes nutricionais, fundamentalmente através do leite ou de derivados lácteos, é recomendável que recebam suplementos de cálcio para terem estes requerimentos atendidos

17. Este é Wallace, 11 anos, que você atende na UPA com quadro de rinorréia aquosa, congestão nasal, febre (38°C), dores difusas e tosse seca há 24 horas.



Dois dias depois iniciou dor lombar bilateral com piora progressiva, estando intensa no dia de hoje. Sem história de polaciúria e disúria. Os exames solicitados demonstram:

Hemácias = 2.300.000; Hematócrito = 25%; Hemoglobina = 8,5 g/dL

Leucócitos = 6.000 sem desvio para esquerda

PCR aumentada; Bilirrubina total = 4,2 (direta = 1; indireta = 4,1)

Diante deste quadro sua conduta mais adequada será:

- (A) Internação hospitalar, solicitar radiografia de tórax e hemocultura e iniciar amoxicilina venosa
- (B) Internação hospitalar, hemotransfusão, hidratação venosa e analgesia com morfina**
- (C) Internação hospitalar, solicitar urinocultura e iniciar ciprofloxacina venosa
- (D) Internação hospitalar, hemotransfusão, hidratação venosa e iniciar amoxicilina
- (E) Internação hospitalar, solicitar tomografia computadorizada de abdômen e iniciar ciprofloxacina venosa

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Correlacionar as dores de Wallace com a suspeita de anemia falciforme
- ✓ Suspeitar que Wallace é portador de anemia falciforme
- ✓ Fazer o diagnóstico diferencial das anemias
- ✓ Conduzir um paciente em crise falcêmica
- ✓ Identificar os fatores deflagradores da crise falcêmica
- ✓ Correlacionar a raça com anemia

JUSTIFICATIVA:

Paciente afrodescendente, jovem, apresentando anemia e icterícia a custa de bilirrubina indireta, o que caracteriza a suspeita de anemia falciforme. As crises álgicas são as manifestações comuns da crise falcêmica e tem como seus deflagradores os quadros infecciosos. A melhor condução neste caso é Internação hospitalar, hemotransfusão, hidratação venosa e analgesia com morfina

18. Durante a permanência de Wallace na emergência, Sra. Efigênia, mãe de Wallace, quis retirar seu filho independente de ordens médicas. Neste caso qual sua melhor:

(A) Solicitar que a mãe só saia do hospital mediante a assinatura do Termo de Responsabilidade, para que resguarde o médico de qualquer implicação futura

(B) Solicitar que a mãe só saia do hospital mediante a assinatura do Termo de Consentimento Informado, para eximir o médico de qualquer responsabilidade civil relacionado a este fato

(C) Comunicar o fato a o conselho tutelar e não interferir na vontade da mãe, pois o médico deve respeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar de acordo com o do Código de Ética Médica.

(D) Comunicar o fato a o conselho tutelar e não interferir na vontade da mãe, pois ela detém o pátrio-poder que lhe garante a responsabilidade total pelo seu filho, devendo ela, portanto, lavar o termo de responsabilidade somente

(E) O pátrio poder não garante o direito absoluto quanto à vida da criança. Caso você vislumbre a ocorrência de risco à criança, por menor que seja, deve ser negada a alta e comunicado, imediatamente o Conselho Tutelar.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Correlacionar as dores de Wallace com a suspeita de anemia falciforme
- ✓ Suspeitar que Wallace é portador de anemia falciforme
- ✓ Fazer o diagnóstico diferencial das anemias
- ✓ Conduzir um paciente em crise falcêmica
- ✓ Identificar os fatores deflagradores da crise falcêmica
- ✓ Correlacionar a raça com anemia

JUSTIFICATIVA:

19. Quatro dias depois, Wallace retorna à emergência, trazido pela mãe, pois iniciou quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal de moderada intensidade, evoluindo há um dia com icterícia e queda do estado geral. A mãe lhe entrega uma caixa de Paracetamol comprada há 4 dias com dois comprimidos restantes. Os novos exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: AST = 4800 U/L (VR = 10 a 37); ALP = 4250 U/L (VR = 19 a 44); Bilirrubina Total = 5,8 mg/dL (VR = 0,4 a 1,2); Glicemia = 75 mg% (VR = 70 a 99). Leucograma normal. Neste momento o seu diagnóstico, a sua conduta e o prognóstico no caso descrito de Wallace são, respectivamente:

(A) Hepatite aguda medicamentosa, medidas de suporte à vida mais acetil cisteína e mau prognóstico

(B) Colecistopatia calculosa, tratamento cirúrgico de desobstrução de vias biliares e bom prognóstico

(C) Colecistopatia calculosa, controle da anemia mais tratamento cirúrgico de desobstrução de vias biliares e bom prognóstico

(D) Hepatite viral aguda, medidas de suporte à vida e bom prognóstico

(E) Hepatite viral aguda, transplante hepático e mau prognóstico

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

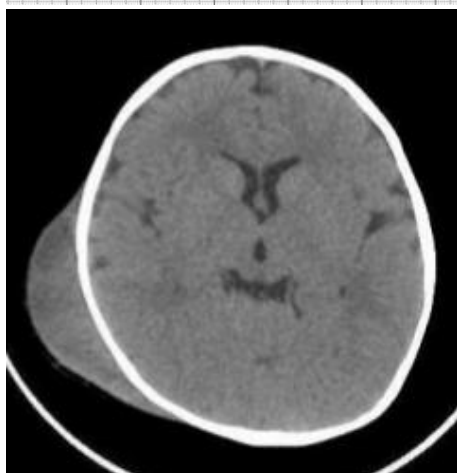
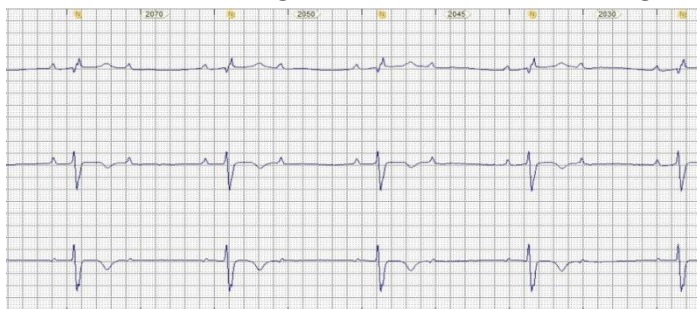
- ✓ Conhecer os efeitos colaterais do paracetamol sobre o fígado
- ✓ Suspeitar de hepatite medicamentosa
- ✓ Interpretar e correlacionar os achados laboratoriais com o quadro de Wallace
- ✓ Condução do paciente com hepatite medicamentosa

JUSTIFICATIVA:

Paciente com uso abusivo de paracetamol, evoluindo com hepatite aguda medicamentosa. Neste caso indica-se a N-acetilcisteína que é o antídoto específico do paracetamol e age como um doador de grupo sulfidril, substituindo o glutathion hepático e fazendo com que uma menor quantidade do metabólito tóxico seja produzida.

20. Gumerindo, 60 anos de idade, funcionário de uma empresa de construção civil é trazido pelo corpo de Bombeiros, pois sofreu queda de um andaime com 3 metros de altura na obra onde trabalha. Está de colar cervical, estável hemodinamicamente, escala de Glasgow de 15, sem déficit motor, pupilas iguais e fotorreagentes. Estava consciente durante o socorro no local do acidente e não havia relato de vômito. Queixa-se de cefaléia. Pressão arterial = 120 x 70 mmHg e Frequência cardíaca de 42 bpm. Colegas de Gumerindo relatam que ele simplesmente “apagou” e logo em seguida caiu do andaime.

Realizado eletrocardiograma e TC de crânio na emergência com os seguintes resultados:



Considerando a história clínica, o exame físico e os exames complementares, qual sua suspeita diagnóstica para a perda de consciência de Gumerindo e sua melhor conduta, respectivamente:

- (A) Acidente vascular encefálico isquêmico. Realizar trombólise
- (B) Hematoma subdural agudo. Contactar Neurocirurgia
- (C) Síncope vasovagal. Iniciar atropina e contactar neurocirurgia
- (D) Síncope neuromediada. Encaminhar ao ambulatório de Neurologia para acompanhamento

(E) Síncope cardiogênica. Avaliar implantação de marcapasso provisório**INTENÇÃO:**

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir síncope
- ✓ Conhecer as causas de síncope
- ✓ Identificar BAV total no eletrocardiograma
- ✓ Identificar hematoma subgaleal na TCC
- ✓ Conduzir o paciente com BAVT
- ✓ Correlacionar BAVT com síncope

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando síncope associado a BAV total visto no ECG e como consequência à queda hematoma subgaleal na TCC. Neste caso a síncope é de origem cardiogênica por BAVT, portanto indica-se MPP

21. Horas depois, ainda na emergência, Gumercindo não tinha mais abertura ocular aos estímulos algícos e verbais, emitia sons incompreensíveis, além dos seguintes achados no exame físico e na nova TC de crânio realizada:



Neste momento qual seria o score da escala de Glasgow, sua suspeita diagnóstica para a piora neurológica e qual sua melhor atitude a ser tomada inicialmente, respectivamente

- (A) Glasgow de 6. Hematoma subdural agudo. Entubação orotraqueal, ventilação mecânica e contactar neurocirurgião
- (B) Glasgow de 6. Hematoma epidural agudo. Entubação orotraqueal, ventilação mecânica e terapia hiperosmolar
- (C) Glasgow de 4. Hematoma epidural agudo. Entubação orotraqueal, ventilação mecânica e hiperventilação

(D) Glasgow de 5. Hematoma epidural agudo. Entubação orotraqueal, ventilação mecânica e terapia hiperosmolar.

(E) Glasgow de 5. Hematoma subdural agudo. Neurocirurgia de emergência

INTENÇÃO:

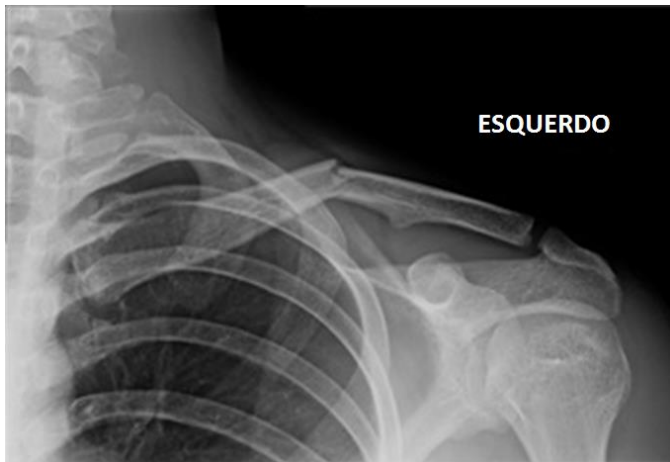
Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer a piora neurológica
- ✓ Identificar a anisocoria e postura de descerebração e correlacioná-las como piora neurológica
- ✓ Calcular a escala de coma de Glasgow
- ✓ Conhecer a importância desta escala na proposição de condutas
- ✓ Identificar hematoma epidural na TCC
- ✓ Priorizar o tratamento inicial visando a manutenção das vias aéreas e controle da PIC

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando postura de descerebração e anisocoria, associadas à imagem tomográfica de um hematoma epidural, em vigência de herniação, devendo-se portanto priorizar, inicialmente, as vias aéreas e medidas para controle da hipertensão intra craniana.

22. Devido a gravidade do caso, Gumercindo necessita de um acesso venoso central. Considerando a radiografia da Figura abaixo, qual o acesso que você optaria?



- (A)** Punção de Veia femoral direita
- (B)** Punção de Veia subclávia direita
- (C)** Punção de Veia femoral esquerda
- (D)** Punção de Veia subclávia esquerda
- (E)** Dissecção de veia axilar

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Identificar a fratura de clavícula na radiografia
- ✓ Reconhecer que a fratura torna-se contraindicação de punção da veia subclávia esquerda
- ✓ Preferir o acesso venoso por punção ao acesso por dissecção

- ✓ Preferir a punção da veia subclávia à punção da femoral, pois esta apresenta maior risco de infecção no sítio de punção

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando fratura de clavícula esquerda, o que contra indica a punção de veia subclávia deste lado. Opta-se entre os acessos apresentados pela subclávia direita, pois a punção da veia femoral tem maior risco de infecção.

23. Do ponto de vista da notificação de doença relacionada ao trabalho por meio da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), qual seria a conduta correta do médico que assiste Guercindo?

(A) Fazer notificação compulsória do acidente e fazer a abertura da comunicação de acidente de trabalho (CAT). Informar a família de Gilberto que ele não terá garantia de estabilidade, pois seu afastamento não é considerado acidente de trabalho, já que ocorreu devido a uma causa orgânica.

(B) Explica a família que o responsável deverá levar ao INSS um laudo médico detalhado do estado de saúde de Gilberto, anexado ao boletim de ocorrência expedido pela delegacia de polícia, para que seja expedida a comunicação de acidente de trabalho (CAT).

(C) Fazer notificação compulsória do acidente e fazer a abertura da CAT, para que a Previdência Social seja comunicada.

(D) Aguardar o tempo de carência de seis meses para que o trabalhador tenha direito a benefícios pelo INSS e, depois, abrir a CAT e fazer a notificação compulsória do acidente

(E) Orientar a abertura da CAT somente se for necessário que o paciente fique afastado do trabalho por mais de 15 dias, comunicando o fato à empresa.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir um caso de acidente de trabalho

JUSTIFICATIVA:

Todo caso de acidente de trabalho fatal, mutilante ou envolvendo crianças e adolescentes menores de 18 anos, é passível de notificação compulsória pelo SUS, segundo parâmetro da Portaria MS/GM n.º 777, de 28 de abril de 2004. Da mesma forma, toda ocorrência deve ser comunicada à Previdência Social, por meio de abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Para a definição dos casos de acidente de trabalho grave: necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar; incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; debilidade permanente de membro, sentido ou função; perda ou inutilização do membro, sentido ou função; deformidade permanente; aceleração de parto; aborto; fraturas, amputações de tecido ósseo, luxações ou queimaduras graves; desmaio (perda de consciência) provocado por asfixia, choque elétrico ou outra causa externa; qualquer outra lesão: levando à hipotermia, doença induzida pelo calor ou inconsciência; requerendo ressuscitação; ou requerendo hospitalização por mais de 24 horas; doenças agudas que requeiram tratamento médico em que exista razão para acreditar que resulte de exposição ao agente biológico, suas toxinas ou ao material infectado.

24. Você atende na UBSF Sr. Atanásio, 71 anos de idade, hipertenso, dislipidêmico e portador de diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos, inicialmente tratado com glibenclamida e metformina. Está, atualmente, em uso de metformina, insulina NPH, hidroclorotiazida, nifedipina retard e sinvastatina. Há 4 meses, queixa-se de dor em queimação em membros inferiores, principalmente à noite, que o obriga a levantar-se para massageá-los. Refere leve melhora dos sintomas ao deambular. Ao exame físico revela:

PA = 120 x 70 mmHg, IMC = 25,5 kg/m², referindo alteração da sensibilidade tátil e vibratória em terço distal das pernas. Exame do monofilamento de 10 g alterado bilateralmente. Pulsos periféricos presentes e simétricos bilateralmente. O restante do exame físico apresenta-se normal. Exames laboratoriais: glicemia de jejum = 118 mg/dL, HbA1c = 6,9%, creatinina = 1,1 mg/dL, K⁺ = 4,5 mEq/L, Colesterol = 127 mg/dL, HDL = 37 mg/dL e triglicédeos = 120 mg/dL. Nesta situação qual sua conduta tomada em relação à analgesia das queixas algícas de Atanásio e às medidas não farmacológicas apropriadas a esse paciente com o intuito de reduzir o risco de amputação de membros inferiores.

(A) Iniciar antidepressivos tricíclicos e realizar o autoexame de seus pés diariamente. Se for necessário pedir ajuda a um familiar ou usar um espelho.

(B) Iniciar anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) e avisar o médico do aparecimento de calos, rachaduras, alterações de cor, úlceras, tinea pedis. Não manipular unhas encravadas, calos: deve-se procurar tratamento profissional.

(C) Iniciar anticonvulsivantes e usar sapatos sem meias e andar descalço quando estiver em casa

(D) Iniciar AINE e usar meias de algodão ou lã sem costura

(E) Iniciar antidepressivos tricíclicos e usar chinelos e sandálias preferencialmente

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Identificar a dor neuropática do paciente diabético
- ✓ O controle da dor neuropática
- ✓ Reconhecer que os AINE devem ser proscritos no caso d Sr. Atanásio
- ✓ Orientação quanto aos cuidados com o pé em pacientes diabéticos
- ✓ Diferenciar a dor neuropática e dor vascular

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando dor neuropática relacionada ao diabetes, podendo utilizar-se neste caso os antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes entre outros. Devemos ter muita cautela quanto ao uso de AINE nestes pacientes devido a agressão renal provocada por estes fármacos

25. Anos passam e Atanásio não segue suas recomendações e é internado devido a gangrena de pé esquerdo. Após avaliação, o cirurgião recomenda a amputação abaixo do joelho. O paciente decide que não realizaria o procedimento e informa: "Já vivi o suficiente e desejo morrer com meu corpo intacto". Sua esposa acha que ele vem ficando um pouco deprimido. Qual sua decisão mais acertada?

(A) Obter o consentimento dos familiares diretos de Atanásio, pois ele tem mais de 70 anos de idade.

(B) Antes de realizar o tratamento indicado, obter o consentimento de Atanásio, para que sejam garantidos ao médico e ao paciente as condições éticas-legais.

(C) Realizar a amputação sem o consentimento de Atanásio, já que se trata de uma decisão médica que pode salvar a vida do paciente.

(D) Por se tratar de uma avaliação objetiva, utilizar a escala do Mini Mental e caso os valores sejam inferiores 15, indicam capacidade do paciente de tomar decisões.

(E) É permitido ao paciente competente tomar uma decisão voluntária, entretanto, a determinação do quanto o paciente é competente deve ser intrínseca da relação médico-paciente, com a prevalência da presunção de incompetência.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender os aspectos éticos e legais da beneficência do médico e da autonomia do paciente

JUSTIFICATIVA:

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

26. Após a decisão tomada acima a amputação é realizada. O ato cirúrgico acontece sem intercorrências. Ainda no centro cirúrgico, Dr. Magacho lhe questiona quanto ao procedimento a ser tomado com relação ao membro amputado. O que você responderá ao Dr. Magacho?

(A) Deve-se comunicar a comissão de infecção hospitalar para tomar providências quanto ao descarte do membro amputado em locais próprios para material biológico

(B) Deve-se comunicar ao núcleo de vigilância hospitalar para tomar providências quanto ao descarte do membro amputado em locais próprios para material biológico

(C) Entregar o membro amputado à família em boas condições armazenamento juntamente com a declaração de óbito parcial para que se possa fazer o sepultamento deste membro.

(D) Contactar a secretaria municipal de saúde e o serviço funerário da prefeitura para que sejam feitas a incineração do membro amputado e a notificação da amputação.

(E) Elaborar um relatório em papel timbrado do Hospital descrevendo o procedimento realizado. Esse documento será levado ao Cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender os aspectos éticos e legais no descarte de peças cirúrgicas e membros humanos amputados

JUSTIFICATIVA:

Não se deve emitir Declaração de óbito para peças anatômicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputados. Nesses casos, o médico elaborará um relatório em papel timbrado do Hospital descrevendo o procedimento realizado. Esse documento será levado ao Cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.

27. Atanásio, ainda internado, solicitou ao Dr. Magacho, acesso ao seu prontuário para ler as informações. Dr. Magacho negou argumentando que isso poderia trazer dificuldade de compreensão, pois, algumas vezes, a escrita não seria de fácil leitura por causa da caligrafia. Mesmo assim, o paciente solicitou uma cópia do prontuário. Dr. Magacho explicou, então, que não era permitido entregar cópia desse documento a nenhum paciente, exceto por ordem judicial. Alguns meses mais tarde, houve uma sindicância sobre o tratamento de Atanásio e Dr. Magacho fez cópia do prontuário para sua própria defesa. Nesse caso Dr. Magacho agiu de acordo com o código de ética médica quando:

(A) Realizou cópia de prontuário do paciente sob sua assistência para fazer sua própria defesa.

(B) Impediu o manuseio do prontuário pelo paciente, pois esse documento contém informações sigilosas.

(C) Negou ao paciente liberação de cópia de seu prontuário, pois esse documento não pode sair do hospital.

(D) Dificultou ao paciente acesso a seu prontuário, justificando que o documento poderia conter informações ilegíveis.

(E) Negou ao paciente acesso a seu prontuário, mesmo tendo julgado que o conhecimento das informações não oferecia riscos ao próprio paciente.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender os aspectos éticos e legais que envolvem o prontuário médico

JUSTIFICATIVA:

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

28. Jonatan, 6 anos de idade, asmático prévio, 10 a 15 minutos após ter ingerido um alimento, desenvolveu dificuldade para respirar. Os pais o levaram ao serviço de emergência. Ao exame clínico, a criança apresentava-se ansiosa, pálida e com importante dispnéia. Via aérea sem secreção; frequência respiratória de 40 irpm, retrações intercostais e batimento de aletas nasais, estridor inspiratório audível ao estetoscópio, esparsos sibilos expiratórios à ausculta respiratória. A frequência cardíaca era de 138 bpm, ritmo cardíaco regular em 2 Tempos bulhas normofonéticas, sem sopros. A pressão arterial apresentava 110 x 70 mmHg, com o tempo de enchimento capilar < 2 segundos. Os seus pulsos centrais e periféricos eram palpáveis e simétricos. Apresentava ainda ansiedade e irritabilidade, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Afebril e exantema máculo-papular discreto em tronco.

Diante desta situação qual sua conduta inicial?

- (A) Realizar broncoscopia
- (B) Administrar epinefrina intramuscular**
- (C) Nebulizar com beta 2 agonista em dose alta associado à adrenalina
- (D) Nebulizar com beta 2 agonista em dose alta associado a corticóide venoso
- (E) Iniciar ventilação mecânica não invasiva

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Diferenciar insuficiência respiratória aguda ocasionada por anafilaxia e por corpo estranho
- ✓ Diagnosticar e tratar anafilaxia
- ✓ Correlacionar o quadro apresentado por Jonatan com a ingestão alimentar anterior

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentou quadro de edema de glote ocasionado por anafilaxia decorrente de ingestão alimentar (estridor, sibilos e exantema)

29. Além da medida adequada adotada anteriormente, você solicita a gasometria arterial. Quais alterações iniciais você esperaria encontrar no caso de Jonatan?

- (A) Hipercapnia, hipóxia, bicarbonato alto e pH alto
- (B) Hipocapnia, hipoxemia, bicarbonato normal e pH baixo
- (C) Bicarbonato alto, hipercapnia, hipoxemia e pH baixo
- (D) Bicarbonato baixo, hipercapnia, hipoxemia e pH baixo
- (E) Bicarbonato normal, hipercapnia, hipoxemia e pH baixo**

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Compreender as alterações gasométricas no caso de Jonatan
- ✓ Conhecer os distúrbios ácido-base e suas causas

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando desconforto respiratório agudo por obstrução de VAS decorrente de anafilaxia, o que leva a retenção carbônica com conseqüente acidose respiratória aguda e diminuição do pH, além de hipoxemia. Nestas fases iniciais o bicarbonato permanece normal.

30. Marialva, 42 anos, sem comorbidades, é atendida por você com queixa de cefaléia intensa e súbita há 1 hora, dificultando-a a executar suas atividades laborais. Está no período menstrual e não há relato de cefaléia prévia e febre. Ao examiná-la notam-se sinal de Brudzinsky presente, sem déficit motor e Glasgow de 15. Pressão arterial = 170 x 90 mmHg e Frequência cardíaca de 90 bpm

Sua conduta inicial mais acertada será:

- (A) Realizar TC de crânio de urgência e analgesia
- (B) Realizar TC de crânio de urgência, analgesia e captopril sublingual
- (C) Realizar TC de crânio de urgência, analgesia e repouso no leito**
- (D) Realizar TC de crânio e de seios da face de urgência e analgesia
- (E) Realizar TC de crânio de urgência, analgesia e parecer da ginecologia

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer os sinais de alerta das cefaléias
- ✓ Identificar o sinal de Brudzinsky como sinal de irritação meníngea
- ✓ Compreender as indicações de tomografia nas cefaléias
- ✓ Reconhecer o risco de diminuir os níveis tensionais nesta fase inicial
- ✓ Suspeitar de hemorragia subaracnoidea

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando cefaléia súbita e intensa (cefaléia em trovão) que é um sinal de alerta para suspeitar de HSA, que aumenta a suspeita na presença do Sinal de Brudzinsky. Nestes casos é imperativo a realização de TC crânio, fazer analgesia e manter repouso no leito.

31. Marialva realizou a TC de crânio, cujo resultado fora normal. Houve alívio da cefaléia com a analgesia. Neste momento qual a sua conduta tomada?

- (A) Liberar Marialva com analgésicos orais e encaminhar ao ambulatório de neurologia
- (B) Internar Marialva e realizar punção lombar**
- (C) Internar Marialva em terapia intensiva e iniciar antibioticoterapia venosa empírica
- (D) Internar Marialva em enfermaria para otimização da analgesia
- (E) Internar Marialva, manter analgesia regular e repetir a TC de crânio após 48 horas

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Reconhecer os sinais de alerta das cefaléias
- ✓ Reconhecer que a melhora da cefaléia com analgesia não é critério de exclusão diagnóstica
- ✓ Identificar o sinal de Brudzinsky como sinal de irritação meníngea
- ✓ Compreender as indicações de punção lombar nas suspeitas de HSA quando TCC for normal

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando cefaléia súbita e intensa (cefaléia em trovão) que é um sinal de alerta para suspeitar de HSA, o que aumenta a suspeita com a presença do Sinal de Brudzinsky. Nestes casos quando a TCC for normal é imperativo a realização da punção lombar para afastar HSA

32. Sete dias após sua medida tomada acima, Marialva começou a apresentar piora do nível de consciência e foi observada hemiplegia completa à esquerda. Os reflexos do tronco cerebral estavam preservados. A pressão arterial estava em 160 x 100 mmHg. Os exames revelavam:

Hemoglobina = 12 g/dL; hematócrito = 36%; leucócitos = 12 500 mm³; plaquetas = 205 000 mm³; sódio = 135 mEq/L; potássio = 4,1 mEq/L; creatinina = 1,0 mg/dL.

Foi repetida a TC de crânio.



Fig. 13

Considerando a história clínica de Marialva, qual sua suspeita diagnóstica para este novo quadro apresentado por Marialva ?

- (A) Acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico cardioembólico
- (B) Necrose cortical por meningoencefalite
- (C) AVE isquêmico por complicação de enxaqueca
- (D) Vasoespasm cerebral**
- (E) AVE isquêmico por síndrome antifosfolípideo

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de HSA
- ✓ Conhecer as complicações da HSA
- ✓ Reconhecer que o vasoespasm é uma complicação da HSA
- ✓ Identificar os sinais tomográficos de isquemia cerebral

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando quadro de HSA, cuja complicação esperada é o vasoespasm que acontece entre o 5º e o 12º dia após o sangramento, com maior incidência no 7º dia.

33. Você atende Matilda, 15 anos de idade, sem vida sexual ativa, com queixa de dor abdominal inferior, em cólica, deflagrada no início do sangramento menstrual e com melhora progressiva em 48 horas, associada à fadiga e cefaléia. Automedicou-se com AINE, obtendo melhora da dor. Qual sua melhor conduta?

- (A) Manter AINE**
- (B) Realizar toque vaginal

- (C) Iniciar anovulatórios
- (D) Laparoscopia diagnóstica
- (E) TC de abdomen e pelve contrastada

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de cólica menstrual
- ✓ Conduzir uma caso de dismenorréia

JUSTIFICATIVA:

Paciente jovem com dor em cólica em baixo ventre antes do sangramento menstrual e com melhora espontânea progressiva. Quadro típico de dismenorréia. A conduta será manter o uso de AINE.

34. Você volta a atender Matilda na UPA. Está chorosa, foi trazida pela mãe, que dizia que a filha foi vítima de estupro e que soube 7 dias após o ocorrido. Diante desta situação, você deve tomar uma decisão mais acertada?

- (A) Contactar o conselho tutelar, fazer o exame ginecológico, coletar sorologia para HIV, Hepatite e Sífilis e encaminhar ao ambulatório de ginecologia e psicologia
- (B) Fazer o exame ginecológico para avaliar possíveis lesões que possam ser corrigidas e encaminhar Matilda à Delegacia para realizar o corpo de delito e encaminhar ao ambulatório de ginecologia
- (C) Fazer o exame ginecológico, iniciar anticoncepcional de acordo com o período do ciclo menstrual, profilaxia de DST virais e não virais e coletar sorologias para HIV, hepatites e sífilis
- (D) Fazer o exame ginecológico, iniciar anticoncepcional, profilaxia para hepatite B e DST não virais e coletar sorologias para sífilis, hepatites e HIV**
- (E) Fazer o exame ginecológico, iniciar anticoncepcional, profilaxia de DST virais e não virais e coletar sorologias para HIV, hepatites e sífilis

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir uma caso de estupro

JUSTIFICATIVA:

Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. No entanto, a gravidez decorrente de violência sexual representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência. A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa.

A profilaxia das DST não virais em mulheres que sofreram violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com

risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher.

A imunoprofilaxia contra a hepatite B está indicada em casos de violência sexual nos quais ocorra exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor.

A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido. Não recomenda-se em casos onde houve penetração oral sem ejaculação, uso de preservativo durante toda a agressão, agressor sabidamente HIV negativo e Violência sofrida há mais de 72 horas

35. Dois meses após o incidente, Matilda volta à UBSF para ser atendida por você. Está grávida e deseja interromper a gravidez. Que decisão mais acertada você tomaria?

(A) Esclareceria que aborto é crime, portanto deve-se manter a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação.

(B) Manteria a gravidez, independente da vontade de Matilda, já que é menor de idade, e fornecer informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação.

(C) Programaria a interrupção da gravidez, pois constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos pelo ECA.

(D) Orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, para que haja veracidade em suas informações prestadas e, então, realizar o abortamento

(E) Programaria o abortamento, pois constitui um direito da mulher, desde que o representante legal de Matilda entregue cópias do boletim de ocorrência, laudo do corpo de delito e do boletim de atendimento inicial, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado por este representante

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

✓ Conhecer os aspectos éticos e legais da lei do aborto

JUSTIFICATIVA:

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

De acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos pelo ECA, no Capítulo I: do Direito à Vida e à Saúde, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presun-

ção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça. Caso revele-se, após o abortamento, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, o Código Penal brasileiro, artigo 20, § 1º, afirma que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Assim, se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação de violência sexual somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente pelo crime de aborto.

36. Você faz a primeira consulta de pré-natal da Dagmar, 30 anos, G3 P0, 18ª semana de gestação. Entrega-lhe uma série de exames antigos realizados. Dentre estes haviam 2 doppler de membros inferiores realizados em anos diferentes. Neles constavam a seguinte descrição de laudo: sistema profundo não compressível, sem resposta fisiológica às manobras de enchimento (compressão e descompressão das massas musculares subjacentes e à Manobra de Valsava). Analisando todo contexto clínico qual o melhor exame que você solicitaria que teria melhor benefício para o feto?

- (A) Translucência nucal
- (B) Ecocardiograma fetal**
- (C) Amniocentese
- (D) Ultrassonografia fetal em 3D
- (E) Cardiotocografia

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de LES em Dagmar
- ✓ Conhecer que LES traz complicações ao feto, principalmente cardiopatias
- ✓ Identificar os sinais ecocardiográficos de TVP
- ✓ Conhecer que LES é causa de abortamento
- ✓ Conhecer a importância do eco fetal neste caso

JUSTIFICATIVA:

paciente gestante com história sugestiva de LES (TVP e abortamento prévios). Ao suspeitar deste quadro cabe a realização de ecocardiograma fetal, pois este exame evidencia complicações cardíacas fetais inerentes ao LES

37. Nasce Gabriel, filho de Dagmar, que sumiu das consultas pré-natais, pois foi visitar sua mãe em Minas Gerais. Dagmar estava com 37 semanas de gestação e lhe relatava que a gravidez transcorreu sem problemas, exceto pelas dores “nas juntas” que pioraram no último trimestre. Gabriel está grave, foi encaminhado à terapia intensiva neonatal, por apresentar dispnéia importante e frequência cardíaca de 55 bpm, com ondas P dissociadas do complexo QRS vistas no eletrocardiograma. Visto isto, quais os exames poderiam ser realizados em Dagmar, ainda no período gestacional, que determinariam condutas para diminuir a progressão da enfermidade que acomete Gabriel?

- (A) Ecocardiograma transtorácico
- (B) Ecocardiograma transesofágico**

(C) Anticorpos Anti – Ro e Anti – La

(D) Anticorpos anticardiolipina

(E) Sorologia para Doença de Chagas

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de LES em Dagmar
- ✓ Conhecer que LES traz complicações ao feto, principalmente cardiopatias
- ✓ Identificar os sinais Eletrocardiográficos de BAV total
- ✓ Correlacionar o BAV total de Gabriel com a doença de base de Dagmar
- ✓ Identificar os anticorpos relacionados com a doença de Gabriel

JUSTIFICATIVA:

Paciente gestante com história sugestiva de LES. A gravidez nas pacientes com lúpus eritematoso sistêmico deve ser considerada de alto risco. É importante a pesquisa dos anticorpos anti-Ro/SS-A e anti-La/SSB devido à possibilidade da ocorrência do lúpus neonatal com consequente aparecimento de BAV total. Caso os anticorpos fossem positivos haveria indicação de iniciar corticoterapia ainda no período gestacional, o que diminuiria a progressão do BAV total

38. Vinte dias após o nascimento de Gabriel, Dagmar é admitida na emergência em parada cardiorrespiratória do tipo atividade elétrica sem pulso. Segundo seus familiares, alguns minutos antes, Dagmar apresentou um quadro súbito de “falta de ar” e “dor no peito”. Neste momento, qual sua decisão prioritária?

(A) Cardioversão elétrica com 200 J

(B) Realizar intubação orotraqueal

(C) Não iniciar as manobras de reanimação cardiopulmonar, pois o tempo de parada é desconhecido

(D) Iniciar massagem cardíaca externa

(E) Desfibrilação com 360 J, caso o desfibrilador seja monofásico

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conduzir um caso de PCR em AESP
- ✓ Conhecer os tipos de PCR e seus respectivos algoritmos
- ✓ Conhecer o ACLS

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando PCR em AESP, ou seja, um ritmo não chocável, com delta T indeterminado. A melhor estratégia é iniciar a massagem cardíaca externa imediatamente.

39. Apesar da conduta adequada tomada acima, Dagmar evolui a óbito. Qual a melhor atitude a ser tomada agora?

(A) Emitir a declaração de óbito, preenchendo como causa indeterminada o motivo do óbito.

(B) Emitir a certidão de óbito, preenchendo choque cardiogênico em consequência a infarto agudo do miocárdio como causa do óbito

(C) Emitir a declaração de óbito, preenchendo embolia pulmonar como causa do óbito, além de notificar o óbito materno

(D) Emitir a declaração de óbito, preenchendo como causa indeterminada o motivo do óbito, além de notificar o óbito puerperal.

(E) Não emitir a declaração de óbito e remover o corpo para o instituto médico-legal (IML), já que não há uma causa determinada do óbito

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Preencher adequadamente a declaração de óbito
- ✓ Conhecer a necessidade de notificação de óbito materno
- ✓ Definir óbito materno

JUSTIFICATIVA:

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. O óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória, tornando obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno.

40. No seu internato rotatório de pediatria você percebe Dr. Malizia examinando Michel, recém-nato de 20 dias trazido pela mãe, Sra. Iolanda, com história de irritabilidade, dificuldade para mamar e abrir a boca. Mostrava-se sinais de franca insuficiência respiratória aguda. A radiografia de tórax foi normal e o hemograma mostrava discreta leucocitose. O que mais chama a sua atenção é a postura de Michel no leito



Nesta situação qual seria a atitude inicial mais acertada a ser tomada e qual a posição adotada por Michel? (PED)

(A) Usar sedativos e miorelaxantes de ação central, manutenção de vias aéreas permeáveis e redução de qualquer tipo de estímulo externo. Posição de opistótono.

(B) Iniciar Penicilina Cristalina e manter por 7 a 10 dias. Posição de decorticação.

(C) Iniciar Metronidazol e manter por 7 a 10 dias. Posição de opistótono.

(D) Realizar punção lombar e administração de Penicilina Cristalina. Posição de descerebração.

(E) Internação em unidade de tratamento intensivo neonatal. Posição de opistótono.

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de tétano
- ✓ Conduzir um caso de tétano
- ✓ Identificar a postura de opistótono
- ✓ Correlacionar a postura de opistótono e tétano

JUSTIFICATIVA:

Paciente com quadro de tétano neonatal, com postura de opistótono e apresentando lrpA franca. Portanto há necessidade premente de entubação orotraqueal, fazendo uso de sedativos e miorelaxantes de ação central ou periférica antes do procedimento.

41. Considerando o quadro clínico de Michel, qual seria sua conduta mais acertada, quanto a prevenção da doença que o acomete?

- (A) Administraria antibioticoterapia profilática em Michel ainda na sala de parto e orientaria cuidados com o coto umbilical
- (B) Administraria em Michel a 1ª dose do esquema vacinal da DTP após 10 dias do nascimento
- (C) Administraria em Michel a 1ª dose do esquema vacinal da dT/dTpa após 10 dias do nascimento
- (D) Administraria em Iolanda o esquema vacinal da dT no período gestacional**
- (E) Administrar imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) em dose única ou, na indisponibilidade, soro antitetânico (SAT).

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

- ✓ Suspeitar de tétano
- ✓ Identificar a postura de opistótono
- ✓ Correlacionar a postura de opistótono e tétano
- ✓ Medidas preventivas para o tétano neonatal

JUSTIFICATIVA:

A principal forma de prevenir o tétano neonatal é a vacinação de todas as mulheres em idade fértil, gestantes e não gestantes, com esquema completo da vacina dT.

42. Durante uma visita domiciliar realizada por você na casa da Sra. Dionéia, onde mora com seu marido e seus seis filhos, ela demonstra preocupação com Denilson, de 12 anos de idade, que iniciou há 24 horas cefaléia associada à fotofobia e sonolência, febre (38,5°C), queda do estado geral e exantema petequial. Preocupado com Denilson você orienta à mãe a levá-lo com urgência a um hospital mais próximo. Já no hospital, qual seria sua melhor conduta inicial frente a esta situação?

- (A) Realizar punção lombar com pesquisa no liquor de glicose, proteínas, celularidade e gram
- (B) Iniciar ceftriaxone**
- (C) Solicitar hemograma para diferenciar infecção viral de bacteriana
- (D) Solicitar tomografia de crânio para afastar hipertensão intracraniana
- (E) Solicitar sorologia para Gripe suína e Dengue

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de meningite
- ✓ Compreender que início precoce da antibioticoterapia tem impacto no prognóstico

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando quadro sugestivo de meningoencefalite, devendo-se portanto iniciar rapidamente a antibioticoterapia, não necessitando, portanto, aguardar a realização e resultados de exames complementares

43. Considerando a sua suspeita clínica do quadro de Denilson, qual(is) o(s) agente(s) etiológico (s) mais incidente(s)?

- (A) *S. pneumoniae* e *H. influenzae*
- (B) Vírus H1N1 e Vírus DEN 2
- (C) *N. meningitidis* e *H. influenzae*
- (D) Vírus H1N3 e Vírus DEN 4
- (E) *S. pneumoniae* e *N. meningitidis*

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Suspeitar de meningite
- ✓ Identificar quais os agentes etiológicos mais frequentes nesta faixa etária

JUSTIFICATIVA:

Paciente apresentando quadro sugestivo de meningoencefalite, tendo como agentes etiológicos mais frequentes *S. pneumoniae* e *N. meningitidis*

44. Pensando em medidas preventivas terciárias que impactariam na evolução natural da doença de Denilson suspeitada por você, qual você adotaria?

- (A) Iniciar Antibioticoterapia empírica em Denilson
- (B) Fazer o esquema vacinal em Denilson e seus contactantes
- (C) Coletar Swab de orofaringe dos contactantes
- (D) Colocar tampas nas caixas d'água no peri-domicílio de Denilson
- (E) Promover pulverização de inseticidas no peri domicilio de Denilson

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir os níveis de medidas preventivas e diferenciá-las

JUSTIFICATIVA:

Este tipo de prevenção tem como objectivos: 1) limitar a progressão da doença, circunscrevendo-a, 2) evitar ou diminuir as consequências ou complicações da doença como as insuficiências, incapacidades, sequelas, sofrimento ou ansiedade, morte precoce, 3) promover a adaptação do doente às consequências inevitáveis (situações incuráveis), e 4) prevenir recorrências da doença, ou seja, controla-la e estabiliza-la.

45. Dois dias após o ocorrido com Denilson, Sra. Dionéia lhe procura. Adentra à UBSF em prantos segurando pelos braços seu outro filho, Murilo, de 19 anos de idade. “Doutor, meu filho está urinando igual à sangue!”. Não há outros commemorativos clínicos. Qual atitude tomada por você neste caso, considerando a causa mais provável desta queixa e o contexto de toda a história prévia acontecida com Danilo?

- (A) Iniciar antibioticoterapia empírica, pois trata-se de comprometimento renal em consequência ao mesmo agente etiológico que acometeu seu irmão
- (B) Solicitar hemograma para pesquisar plaquetopenia, que é consequência ao mesmo agente etiológico que acometeu seu irmão
- (C) Solicitar função renal para diferenciar a causa da hematúria
- (D) Solicitar EAS com a centrifugação da urina para diferenciar a causa da alteração urinária**
- (E) Encaminhar ao urologista

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Conhecer as causas de urina vermelha
- ✓ Saber diferenciar urina vermelha
- ✓ Conhecer o esquema de quimioprofilaxia da meningite
- ✓ Correlacionar a urina vermelha com a rifampicina e seu uso na quimioprofilaxia da meningite

JUSTIFICATIVA:

A urina vermelha tem como causas: hematúria, hemoglobinúria, mioglobínúria e corantes alimentícios e medicamentosos. O quadro suspeito de Danilo foi de meningite, portanto seu irmão Denilson é eleito para fazer uso da quimioprofilaxia com Rifampicina, a qual é causa de urina vermelha. O diagnóstico se faz, inicialmente, através da centrifugação da amostra de urina

46. Durante uma visita à enfermaria de cirurgia geral do HCTCO, você nota uma radiografia simples de abdômen no negatoscópio, cujo paciente, Sr. Valdir, de 50 anos de idade, foi admitido no hospital por dor abdominal de início súbito, necessitando de definição diagnóstica e de conduta terapêutica imediatas.



A radiografia já demonstra o tratamento a que Valdir foi submetido, ainda no primeiro dia de admissão hospitalar. Considerando a história clínica e a radiografia de Valdir, quais seriam as características da dor que motivou a sua internação e qual o exame complementar que melhor evidenciaria a etiologia desta dor no momento da admissão hospitalar, respectivamente?

- (A) Dor incapacitante em cólica, localizada em região lombar esquerda e com irradiação para região inguinal ipsilateral, tratando-se, portanto, de abdômen agudo, mesmo não havendo sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia de vias renais
- (B) Dor em pontada localizada em flanco esquerdo referida em região escapular tratando-se, portanto, de abdômen agudo, mesmo não havendo sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia de vias biliares
- (C) Dor em cólica incapacitante, localizada em região lombar direita, irradiada para o testículo e com sinal de Giordano presente, descartando abdômen agudo, pois não há sinais de irritação peritoneal. Tomografia computadorizada de abdômen com contraste venoso
- (D) Dor lancinante, em pontada, localizada em andar superior de abdômen – dor em cinta, descartando abdômen agudo, pois não há sinais de irritação peritoneal. Amilase e lipase séricas
- (E) Dor em cólica incapacitante, localizada em região lombar direita, irradiada para testículo, tratando-se de abdômen agudo, mesmo não havendo sinais de irritação peritoneal. Tomografia computadorizada de abdômen com contraste venoso

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir abdômen agudo
- ✓ Caracterizar cólica nefrética
- ✓ Conhecer o tratamento da litíase renal
- ✓ Identificar o cateter duplo J na radiografia
- ✓ Conhecer o diagnóstico de imagem da litíase renal

JUSTIFICATIVA:

As características da dor renal devido à obstrução ureteral são: dor em cólica, início súbito, localizada na região lombar do mesmo lado da obstrução, irradiação para testículos, uretra ou lábios vaginais, na mulher, forte intensidade, sem posição que possa diminuir a dor, acompanhada de náuseas e vômitos e de sintomas urinários.

A definição de abdômen agudo é uma síndrome caracterizada por dor abdominal, de início súbito ou de evolução progressiva, que necessita de definição diagnóstica e de conduta terapêutica imediata. Cólica nefrética está dentro de suas causas.

Atualmente com a possibilidade de reconstrução de imagens em 3D, a tomografia computadorizada é um excelente exame para avaliação de todo o trato urinário.

A ultrassonografia é boa para avaliação intrarrenal, vesical e ureter distal. No entanto, apresenta dificuldade na avaliação de possíveis cálculos em ureter médio e proximal.

47. Você é imbuído de fazer uma visita domiciliar nesta residência:



Lá você encontra Maxwel, 4 anos de idade e sua mãe Dilma, doméstica com renda familiar de aproximadamente R\$300,00 mensais, recebe bolsa família e não sabe sobre o pai do menor. Ela relata que seu filho iniciou há 7 dias um quadro de febre, que durou por 4 dias, tosse com expectoração hialina e diarreia, sendo as fezes líquidas e claras sem muco ou sangue, além de queda do estado geral e recusa alimentar. Ao exame, Maxwel encontrava-se consciente, acianótico, anictérico, afebril, eupneico, hidratado, hipocorada (1+/4+), ausculta cardíaca sem alterações e ausculta pulmonar apresentando sibilos. Abdome normotenso, indolor e sem visceromagalias. Dilma relata que Maxwel está em acompanhamento médico para tratar “uma bronquite que não some nunca” e que já esteve internado em outros momentos pelo mesmo motivo. Ela lhe entrega alguns exames realizados no dia anterior. A radiografia de tórax mostrava um infiltrado peri-hilar e o hemograma evidenciou leucócitos de 10.100 sem desvio para esquerda e eosinófilos de 27%. Está em uso de beta 2 agonista e aminofilina orais. Qual sua conduta mais adequada para este caso ?

- (A) Internação hospitalar e Iniciar Penicilina Cristalina
- (B) Associar corticoterapia inalatória
- (C) Solicitar exame parasitológico de fezes para decidir o tratamento**
- (D) Incentivar Dilma a fazer o controle ambiental de sua residência para melhor controle da asma
- (E) Realizar o esquema vacinal para pneumococo em Maxwel, já que ele faz parte de grupo de risco para tais infecções

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Perceber as condições sócio-econômicas do paciente
- ✓ Correlacionar as condições sócio-econômicas do paciente com o quadro clínico de Maxwell
- ✓ Suspeitar de outras causas que faz diagnóstico diferencial de asma de difícil controle
- ✓ Conhecer as verminoses que fazem o ciclo pulmonar
- ✓ Conhecer a síndrome de Löffler
- ✓ Conduzir uma caso suspeito de verminose

JUSTIFICATIVA:

A Síndrome de Loeffler é o comprometimento do trato respiratório associada a eosinofilia e alteração radiológica, causada por infecção parasitária e reação de hipersensibilidade aguda a drogas. Caracteriza-se como um infiltrado pulmonar, associado a eosinofilia em sangue periférico e alterações radiográficas.

48. Incidência e prevalência são medidas de frequência de ocorrência de doenças. A primeira mede quantas pessoas tornaram-se doentes e a segunda mede quantas pessoas estão doentes, respectivamente. A prevalência da doença que acometeu Maxwell é de 32% a nível nacional. Este cálculo é dado através da:

(A) Relação entre o número de casos novos de determinada doença em dado local e período com a população do mesmo local e período

(B) Relação entre o número de casos novos e antigos de determinada doença em dado local e período com a população do mesmo local e período

(C) Relação entre o número de casos novos de determinada doença em dado local e período com a população exposta ao risco

(D) Relação entre o número de casos novos e antigos de determinada doença em dado local e período com a população exposta ao risco

(E) Relação entre o número de casos novos de determinada doença em dado local e período com o número de casos antigos de determinada doença em dado local e período

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir os conceitos de Incidência e Prevalência
- ✓ Calcular estes índices

JUSTIFICATIVA:

O cálculo é a relação entre o número de casos novos e antigos de determinada doença em dado local e período com a população do mesmo local e período

49. Considerando a doença que acometeu Maxwell, qual seria outra complicação mais comum que você teria que ficar atento?

(A) Mal asmático

(B) Ulcerações perianais

(C) Pneumotórax espontâneo

(D) Abdômen agudo obstrutivo

(E) Prolapso retal

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Perceber as condições sócio-econômicas do paciente
- ✓ Correlacionar as condições sócio-econômicas do paciente com o quadro clínico de Maxwell
- ✓ Conhecer as verminoses que fazem o ciclo pulmonar
- ✓ Conhecer a síndrome de Löffler
- ✓ Conduzir um caso suspeito de verminose
- ✓ Conhecer as complicações das verminoses

JUSTIFICATIVA:

O cálculo é a relação entre o número de casos novos e antigos de determinada doença em dado local e período com a população do mesmo local e período

50. Ainda contextualizando a história de vida da família de Maxwell. Qual seria a medida preventiva primária mais adequada que você indicaria inicialmente para evitar a recorrência da doença de Maxwell?

(A) Ferver a água utilizada para beber

(B) Saneamento básico

(C) Vacinação de Maxwell

(D) Retirar cortinas e tapetes da residência

(E) Intensificar as visitas domiciliares

INTENÇÃO:

Perceber se o estudante é capaz de:

- ✓ Definir os conceitos e tipos de prevenção

JUSTIFICATIVA:
