



# SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
COREME – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

## CLÍNICA MÉDICA

1) Adolfo, 57 anos, passou por consulta de rotina com o cardiologista, como faz todos os anos, depois que fez cirurgia de revascularização do miocárdio, há cinco anos. Desta vez o doutor não pareceu tão otimista como nos anos anteriores, achou que Adolfo tinha aspecto cansado, notou diferenças no ECG e explicou que seria necessário fazer uma coronariografia. Desde que ficou sabendo que iria repetir este exame (era a primeira vez após a cirurgia), Adolfo ficou mais abatido e indisposto. Apresentou alguns episódios de taquicardia e falta de ar e não quis mais sair de casa.

Após o exame, retornou ao consultório do cardiologista e foi informado que não necessitaria de nenhum outro procedimento, pois a circulação coronariana estava satisfatória, não havia lesão no miocárdio e poderia manter o tratamento clínico. Mas estas notícias não pareceram animá-lo e continuou indisposto e inseguro. Nos dias seguintes à consulta apresentou crises de choro e sensação de opressão no peito. Necessitou atendimento em serviço de urgência, sem que nenhuma alteração cardiocirculatória fosse identificada. Sentia-se cada vez mais doente. Passou a acordar cedo demais, antes das 4 horas da manhã, e a ficar pensando em como seria o futuro da sua família se ele não pudesse mais trabalhar. Receava não conseguir manter sua casa e compromissos financeiros. A esposa ficou mais preocupada quando ele começou a instruí-la sobre como deveria proceder caso viesse a faltar e sobre apólices de seguro de vida. Ele sentia-se inútil e culpado por todos estarem tão preocupados. Ela discordava, pois estavam em situação financeira estável, nenhum dos filhos tinha sofrido qualquer alteração em suas rotinas e estava tranquila com as explicações dos médicos de que não havia nada de grave.

Após 2 meses Adolfo teve uma forte dor torácica com sudorese e tontura. Foi encaminhado para atendimento de emergência sendo diagnosticado infarto agudo do miocárdio (IAM) na parede inferior.

a) Quais fatores deveriam ter sido abordados neste paciente, que influenciariam no desfecho final, considerando suas necessidades de saúde.

**O paciente apresenta critérios para um episódio depressivo grave (F32.2, de acordo com a CID 10). A prevalência de depressão em pacientes com doença coronariana é em torno de 18%, mesmo para os pacientes assintomáticos. A comorbidade é explicada pelo fato de portadores de doença cardíaca serem mais**

propensos a desenvolverem depressão, de pacientes depressivos terem probabilidade aumentada de desenvolverem doenças cardíacas e porque ambas possuem fatores genéticos em comum. Pelo menos três estudos de metanálise mostraram que a depressão deve ser considerada um fator de risco para desenvolvimento de doença das coronárias. A depressão pode comprometer o sistema cardiovascular devido às repercussões fisiopatológicas da depressão, como alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e nos tónus simpático/parassimpático. A depressão ainda é um fator de risco para IAM (1,5 a 3,5 vezes maior de terem IAM que aqueles sem depressão).

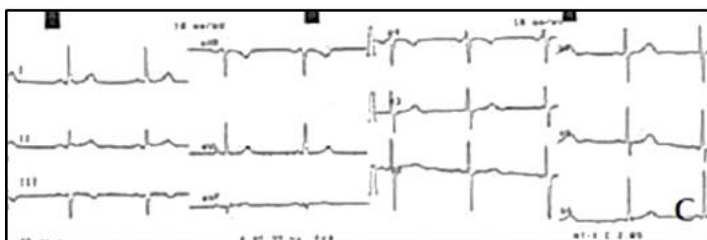
b) Descreva as alterações presentes nos eletrocardiogramas de Adolfo, no último atendimento realizado na urgência, ilustrados nas situações A, B e C



A) ECG realizado na admissão na unidade de emergência



B) ECG realizado duas horas após admissão



C) ECG realizado 12 horas após admissão

Em A, eletrocardiograma à admissão na unidade de emergência demonstrando supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e AVF.

Em B, eletrocardiograma realizado duas horas após admissão na unidade de emergência demonstrando redução da onda R em DIII e AVF.

Em C, eletrocardiograma 13 horas após a entrada no serviço de emergência demonstrando normalização do segmento ST com área de necrose inferior.

2) Homem, 65 anos, portador de DPOC, ex-tabagista, apresenta tosse, dispneia diária e descompensações frequentes por quadro de infecção, tendo sido internado três vezes nos últimos quatro meses.

Os exames de espirometria apresentaram: CVF = 65%; VEF<sub>1</sub> = 35%; VEF<sub>1</sub>/CVF = 53%. Considerando a classificação de Gold, aponte o estágio da doença e qual o tratamento indicado para este paciente.

**Doença grave ou estágio 4. \_Paciente muito sintomático e com alto risco de exacerbação deve receber**

- **1ª escolha: sem ordem de preferência**
    - **Corticoide inalatório + beta-2 agonista de longa ação ou**
    - **Anticolinérgico de longa ação.**
  - **2ª escolha: sem ordem de preferência**
    - **Corticoide inalatório + anticolinérgico de longa ação ou**
- Corticoide inalatório + beta-2 agonista de longa ação + anticolinérgico de longa ação.**

3) Mulher, 31 anos, foi encaminhada da atenção básica de saúde ao ambulatório de endocrinologia com os seguintes exames: TSH = 1,21 mcUI/mL (VR: 0,25 - 4,7); T<sub>4</sub> livre = 1,1 ng/dL (VR: 0,7 - 1,8); T<sub>3</sub> total = 280 ng/dL (VR: 60 - 190); anti-TPO = 390 (VR: <35). Esses foram solicitados porque a paciente apresentava quadro de ansiedade e referia que sua mãe era portadora de doença de Graves. Ao exame físico: PA = 120/75 mm/Hg; FC = 78 bpm; tireoide normopalpável; sem sinais de oftalmopatia; temperatura da pele normal e sem tremores de extremidades. Faz uso de Microdiol® (Desogestrel e Etinilestradiol). O T<sub>3</sub> total foi repetido e confirmado.

Qual o diagnóstico? Justifique.

**T<sub>3</sub> alto devido uso do contraceptivo oral.**

**Substâncias que aumentam a concentração sérica das proteínas ligadoras dos hormônios tireoidianos promove aumento do T<sub>3</sub> total sem interferir com a fração livre desse hormônio. O uso do estrogênio pela paciente justifica o T<sub>3</sub> total alto. TSH e T<sub>4</sub> livre normais descartam o hipertireoidismo. Anti-TPO positivo por si só não é suficiente para fazer diagnóstico de doença autoimune da tireoide.**

4) Mulher, 38 anos, chegou ao pronto atendimento referindo febre e cefaleia iniciadas há 1 dia, sendo medicada com antitérmicos. Há 6 horas apresentou piora intensa da cefaleia e vômitos. Enquanto aguardava atendimento ficou sonolenta e apresentou crise convulsiva, sendo levada para a sala de emergência. Exame físico: FC = 126 bpm; PA = 80x40 mmHg; FR = 30 ipm; T = 39,1°C. Pouco responsiva, hidratada, palidez cutânea,

petéquias em face e membros superiores e sufusões hemorrágicas em dedos de pés e mãos.

Quais os diagnósticos frente ao caso? Elabore um plano de cuidados de forma sequencial no atendimento.

**A hipótese de Sepsis por Doença Meningocócica é essencial neste contexto.**

**A abordagem deve contemplar sequencialmente: 1-manejo da sepsis grave/choque séptico 2-Antibioticoterapia: pode ser considerado correto o uso endovenoso de penicilina cristalina ou cefalosporina de 3ª geração ou cloranfenicol. Importante que o início do tratamento da sepsis e da antibioticoterapia não devem aguardar resultados de exames. A confirmação diagnóstica neste caso deve privilegiar coleta de hemoculturas e raspado das lesões de hemorrágicas. A coleta de LCR pode estar contraindicada pela ocorrência de convulsão, sendo necessário exame de imagem previamente a punção.**

5) Mulher, 26 anos, funcionária pública, há 2 anos apresentou quadro de turvação súbita do olho esquerdo tendo sido diagnosticada neurite óptica. Recebeu tratamento com prednisona recuperando-se bem. Há 1 ano, um mês após o primeiro parto, sentiu dormência e fraqueza na perna direita acompanhada de visão dupla. Procurou tratamento médico e os sintomas foram atribuídos a um quadro viral associado a estresse. Recuperou-se bem com fisioterapia. Há 3 meses vem apresentando perda de equilíbrio, sensação de fraqueza nas pernas e urgência miccional. Exame físico geral: sem anormalidades; exame neurológico: marcha atáxica e espástica, incoordenação motora para MMSS e MMII, diminuição de força em MMII (3/5+), reflexos profundos aumentados e exaltados, Babinski presente bilateralmente, sensibilidade superficial e profunda sem anormalidades e fundo de olho com palidez de papila à esquerda. Tomografia computadorizada de crânio normal.

Qual o diagnóstico? Qual exame deve ser solicitado para a confirmação diagnóstica e quais as alterações esperadas?

**Esclerose Múltipla. Ressonância Nuclear Magnética de crânio e medula cervical. Espera-se encontrar áreas de desmielinização em região pericalosa, cerebelo e áreas subcorticais. Lesão desmielinizante em C4-C5.**

6) Homem, 18 anos, pardo, com quadro de dor em membro inferior direito de forte intensidade, com início após exposição ao frio, sem febre ou outro sintoma. Exame físico: descorado 3/4+. icteríco 2/4+, PA = 120/80 mmHg, FC = 96 bpm, T = 36,8° C. Fácies dolorosa com sudorese fria, BRNF sem sopros, MVFD sem ruídos adventícios, abdome flácido, sem visceromegalias. Dor à movimentação e à palpação do membro inferior

direito, principalmente em face anterior da tíbia, com discreto edema local e pulsos palpáveis simetricamente.

Hemograma: Hb = 6,8g/dL, Ht = 21%, reticulócitos: 15%, anisopoiquilocitose importante e drepanócitos. Leucócitos = 15.000/mm<sup>3</sup>, segmentados = 70%, eosinófilos = 2%, linfócitos típicos = 21%, linfócitos atípicos = 0, monócitos = 7%. Plaquetas = 450.000/mm<sup>3</sup>.

Qual o diagnóstico deste paciente? Elabore um plano de cuidado.

**O diagnóstico é de crise vasooclusiva devido à Anemia Falciforme com consequente quadro doloroso de forte intensidade. O fator desencadeante foi a exposição ao frio. O hemograma mostra anemia hemolítica, reticulocitose e presença de drepanócitos o que confirma o diagnóstico.**

**Este paciente deverá ser hidratado e receber analgésicos vo (dipirona, tramadol, morfina de maneira escalonada e conforme a necessidade. Pode até necessitar internação caso não melhore.**

## CLÍNICA CIRÚRGICA

7) Sr. Antonio, 54 anos, com diagnóstico de cirrose comprovada por biópsia há quatro anos, foi trazido ao pronto socorro por ter vomitado sangue vivo. A família conta que ele já teve episódios anteriores, mas nunca tão profusamente. Após o diagnóstico de cirrose, continuou bebendo da mesma maneira que habitualmente. Encontra-se letárgico e desorientado em relação a tempo e espaço. Exame físico: ginecomastia e “aranhas vasculares” na região anterior do tórax; sinais de ascite, circulação colateral visível periumbelical e hepatoesplenomegalia à palpação. EDA: hemorragia digestiva alta com varizes esofágicas exuberantes.

a) Explique os sinais e sintomas apresentados pelo Sr. Antonio, com base na fisiopatologia da cirrose hepática.

**Aumento da pressão no sistema venoso e capilar hepático, levando a: circulação colateral periumbelical, varizes esofágicas e lesão dos hepatócitos por toxicidade etílica. Tudo isto culmina em hepatoesplenomegalia.**

b) Explique, com base na anatomia, o aparecimento da circulação colateral visível na região periumbelical.

**Aranhas vasculares devido ao aumento da drenagem linfática. Letárgico e desorientado devido à hemorragia causada pelas varizes esofágicas.**

8) Lúcio, 35 anos, mecânico, ao manipular querosene para limpeza de peças automotoras próximo ao soldador do tipo maçarico, provocou incêndio em sua pequena

oficina. Na tentativa de apagar o sinistro, acabou por disseminá-lo, ficando isolado pelas chamas. Foi retirado do local semiconsciente, dispneico e com queimaduras generalizadas de 2º e 3º graus, em aproximadamente 45% da superfície corpórea. Constatou-se também edema de orofaringe por inalação de fumaça.

Qual conduta deve ser tomada para tratamento da dificuldade respiratória?

**Sempre que necessário, devido a queimadura de vias aéreas superiores, opta-se inicialmente pela intubação oro ou naso traqueal por não abrir porta de entrada para germes na traquéia.**

9) José Pedro, 22 anos, dirigindo a 140 km/h, colidiu com um caminhão que cruzava a pista, ocasionando impacto de alta velocidade. O motorista do caminhão sofreu escoriações leves, enquanto José Pedro foi socorrido pelo resgate, que o levou para o pronto socorro, após ministrar suporte básico de vida. Na sala de emergência apresentava dificuldade respiratória, descorado, com sudorese fria e verbalizava falta de ar progressiva. Exame físico: expansibilidade torácica assimétrica, com o lado esquerdo expandindo mais que o direito; macicez e murmúrio vesicular ausente à direita. Sinais evidentes de choque hemodinâmico.

Com base no ATLS, quais os próximos passos que devem ser realizados no atendimento no pronto socorro?

**Considerando a permeabilidade das vias aéreas (pois o paciente está falando), a conduta seria:**

**Imobilizar a coluna cervical**

**Oferecer O2 nasal por meio de mascara facial com 12 a 15 l/min**

**Drenagem torácica com introdução do dreno no 5º EIC na linha axilar média à direita considerando que os sinais de exame físico leva a suspeitar de choque hemodinâmico por hemotórax maciço.**

**Considerar a possibilidade de auto transfusão**

**Corrigir o choque com, no mínimo, duas punções periféricas**

**Observar a evolução do caso para considerar toracotomia se perda maior de 200 ml/hora pelo dreno**

10) Mulher, 45 anos, relata que há 30 dias começou a sentir a cabeça “cheia como um balão, sensação de corpo rodando, náuseas, zumbido no meio da cabeça e dificuldade para ler”. Não se lembra de qualquer fato que pudesse ter desencadeado o problema. Relata outros dois episódios anteriormente, relacionados a períodos de estresse.

Considerando este quadro, qual o diagnóstico e quais estruturas afetadas? Justifique os sintomas encontrados.

**1) Diagnóstico provável: labirintopatia**

**2) Estruturas afetadas: orelha interna (cóclea e labirinto).**

**3) O labirinto faz parte da orelha interna, e é responsável pelo equilíbrio estático. Associado ao sistema proprioceptivo, a visão e o cerebelo, são responsáveis pelo equilíbrio.**

**A sensação de corpo rodando é denominado vertigem, e é o principal sintoma da labirintopatia.**

**O zumbido pode ou não estar presente, porque a cóclea, que é responsável pela audição, faz parte da orelha interna juntamente com o labirinto.**

**A dificuldade de leitura deve-se ao nistagmo, que são os movimentos oculares involuntários consequentes à labirintopatia.**

**A náusea acompanha a labirintopatia como um sintoma neuro-vegetativo associado.**

11) Homem, 61 anos, durante exame de toque retal, apresenta nódulo único endurecido de 1 cm de diâmetro, localizado no lobo esquerdo da próstata. A dosagem sérica do antígeno prostático específico (PSA) é de 3,7 ng/dL.

Qual o próximo passo para a elucidação diagnóstica?

**Biópsia prostática transretal.**

**PSA entre 3,5 ng/dL (em pacientes maior de 60 anos) são considerados duvidosos e devem ser investigado com avaliação histológica antes de uma programação cirúrgica específica. Quando apresentam nódulo endurecido reforça mais ainda a avaliação histológica.**

12) Homem, 34 anos, vítima de acidente automobilístico, deu entrada no PS, apresentando fratura fechada de fêmur, tibia e úmero, fratura de múltiplos arcos costais, contusão pulmonar e abertura de 5 cm da sínfise púbica. Não havia sinais de trauma crânio encefálico (TCE) e encontrava-se em choque hipovolêmico. Recebeu, imediatamente, 5 bolsas de sangue e tratamento provisório das fraturas e da abertura da sínfise, com fixadores externos. Três dias após o acidente, o paciente encontrava-se estável e foi submetido a cirurgia para retirada dos fixadores e colocação de placas, parafusos e hastas intramedulares. 24 horas após a abordagem ortopédica o paciente evoluiu para insuficiência múltipla de órgãos e óbito.

Explique, baseando-se na fisiopatologia, qual a provável causa da falência múltipla de órgãos no paciente?

**Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Sabe-se que a produção de mediadores químicos inflamatórios (principalmente a IL-6 e TNF) começa a elevar-**

se nas primeiras horas após a injúria, atingindo picos altíssimos em torno de 3 dias após o trauma. Isto leva o paciente a um estado de hiperinflamação generalizada, que contraindica qualquer procedimento cirúrgico adicional até que esta situação se resolva (em torno de 7 – 8 dias pós trauma).

## GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

13) Mulher, 19 anos, obesa, apresenta quadro de oligomenorréia e hirsutismo desde a puberdade. Exames laboratoriais revelam prolactina, TSH e cortisol com valores normais e 17-hidroxiprogesterona elevado.

a) Qual o diagnóstico e justifique. Com base na fisiopatologia explique a presença de oligomenorréia e hirsutismo.

**A hiperplasia adrenal congênita na forma clássica por deficiência da 21 hidroxilase causa de 2% a 10% dos casos de HIRSUTISMO. Em geral o início é Peri-puberal. A deficiência parcial dessa enzima contribui para o acúmulo de 17 hidroxiprogesterona, um androgênio fraco, e seus metabólicos (principalmente androstenediona). O diagnóstico é feito pela dosagem sérica de 17 hidroxiprogesterona basal (alterada se >5ng/ml) ou teste de estímulo com corticotrofina.**

14) Para que o exame de Papanicolau seja considerado de boa qualidade, quais elementos devem estar presentes no esfregaço da lâmina? Justifique.

**Célula endocervicais e células metaplásicas, são representativas da junção escamo colunar, tem sido considerado como indicadores de qualidade do exame, pois originam no mesmo local onde quase todos os Cânceres de colo uterino se originam.**

15) Primigesta, 20 anos, encontra-se em trabalho de parto, com dilatação de 5 cm, colo esvaecido de 2, descida 0, apresentação cefálica em posição OP (occipito-púbica). Qual o provável tipo de bacia dessa parturiente? Justifique.

**ANTROPÓIDE. Porque os diâmetro Antero-posterior do estreito superior da pélvis são maiores, coincidentes com maiores diâmetro do polo cefálico fetal.**

16) Uma gestante, durante o pré-natal, apresenta sorologia positiva para citomegalovírus. Não existem relatos de avaliações anteriores. Teste de avidéz para IgG anticitomegalovirus realizado na presente gestação foi de 90%. Qual a conclusão com estes dados?



### **A infecção materna é remota.**

17) Mulher, 42 anos de idade, realizou mamografia com laudo radiológico de “presença de microcalcificações agrupadas, polimórficas em número de cinco no QSE da mama direita”. Comparando com a mamografia do ano anterior, esta alteração não existia. Qual o próximo passo na investigação diagnóstica?

**Solicitar CORE BIOPSY ESTEREOTÁXICA da mama direita, nesta microcalcificações para diagnóstico histopatológico.**

18) Mulher, 38 anos, com infertilidade conjugal há 15 anos, realizou tratamento para endometriose estadio III, há 5 anos. Na avaliação atual do marido identificou-se varicocele. Nesse caso, qual a conduta para resolução da infertilidade conjugal?

**A resolução para o tratamento da infertilidade conjugal é submetê-los ao procedimento de reprodução assistida.(fertilização in vitro) a correção da varicocele, unicamente, não resolverá o problema da infertilidade.**

### PEDIATRIA

19) Lactente de 5 meses de idade vem ao pronto socorro com história de tosse seca e febre há 2 dias (38° a 38,6°C a cada 8 horas). Iniciou o quadro com coriza clara, espirros esporádicos, obstrução nasal e alguns episódios de tosse seca que piorou há 1 dia. Dificuldade para aceitar as mamadas. Exame físico: regular estado geral; choroso; palidez cutânea 1+/4+; T = 38,5°C; FC = 140 bpm; FR = 54 ipm; retração intercostal e subdiafragmática e saturação de O<sub>2</sub> = 89%. Orofaringe: hiperemia leve. Otoscopia: sem alterações. Pulmões: murmúrio vesicular presente e simétrico bilateralmente, com sibilos inspiratórios e expiratórios, além de estertores finos difusos. Ausculta cardíaca: 2 bulhas normofonéticas, sem sopros. Abdome: semigloboso, flácido, indolor e sem massas ou visceromegalias. Extremidades: boa perfusão periférica.

a) Qual o provável diagnóstico?

**Bronquiolite viral Aguda e desidratação leve**

b) Baseado na fisiopatologia, explique os sinais e sintomas apresentados.

**Serão consideradas todas as respostas que versem, corretamente e de maneira completa, sobre bronquiolite viral aguda.**

20) Menino de 7 anos é trazido à consulta por sua mãe. A criança apresenta, há 5 dias, inapetência, hipoatividade e edema em membros inferiores com aumento progressivo. Hoje, ao acordar pela manhã, está com edema ao redor dos olhos e a urina está com

“cor de sangue”. Apresenta episódios esporádicos de “resfriado”, sendo o último há 3 semanas, quando foi tratado com antibioticoterapia (Cefalexina), pois sua garganta estava “cheia de pus” e com odor muito forte. Exame físico: BEG/REG; prostrado; descorado 2+/4+; afebril; anictérico; acianótico e eupneico. FC = 90 bpm, FR = 24 ipm, PA = 148x90 mmHg (maior que percentil 95) e peso = 33 kg (mãe diz que tinha 30 kg há uma semana). Edema periorbital bilateral. Orofaringe: hiperemia leve e sem focos purulentos. Otoscopia: sem alterações. Pulmões: presença de murmúrio vesicular sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: 2 bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros. Abdome: flácido; doloroso à palpação profunda; fígado a 2 cm do rebordo costal direito; sem esplenomegalia. Extremidades: edema em MMII 2+/4+ bilateralmente; pulsos presentes, fortes, amplos e sem alteração de enchimento capilar.

Qual o diagnóstico?

### **Glomerulonefrite pós infecciosa.**

21) Menina de 4 meses de idade, nascida de gestação e parto cesáreo sem intercorrências, está em aleitamento materno exclusivo. Os pais procuram atendimento na unidade básica de saúde, pois a criança está com tosse há 2 semanas, sem febre. A tosse é seca e persistente, em crise, quando então, a criança apresenta vômitos e fica com os lábios roxos. A vacinação está em dia. Um primo de 18 anos de idade, com quem convive diariamente, também está com tosse durante este período. Exame físico: T = 36,7°C, FC = 100 bpm, FR = 32 ipm. Ausculta pulmonar sem alterações e oximetria de pulso periférico normal.

Qual a principal hipótese diagnóstica para o caso? Qual o plano de cuidados para este caso?

**Criança com sintomas que cumprem definição de caso suspeito de Coqueluche. Embora outros diagnósticos possam ser considerados (bronquiolite, p.ex.), este diagnóstico é fundamental. A abordagem terapêutica deve ser pronta nestas situações. Idealmente a criança deve ser encaminhada para a unidade de referência local para coleta de swab de nasofaringe. O tratamento deve ser instituído prontamente, sendo adequado o uso de azitromicina, eritromicina ou sulfametoxazol/trimetoprim. É doença de notificação compulsória imediata, que deve ser feita pelo médico no momento da suspeita. As medidas de bloqueio são de atribuição da Vigilância Epidemiológica e não precisam ser discutidas na resposta da questão.**

22) Menino de 6 meses de idade vem à consulta na unidade de saúde por queixa materna de que não engorda como seu primo da mesma idade. Há um mês, vem diminuindo a

aceitação de fórmula infantil para a idade e de comida. Está mais choroso e bravo, não querendo brincar, só dormindo durante o dia. Teve febre (37,8°C a 38°C) por duas vezes no início do quadro, não tendo sido encontrado qualquer foco. Está com dificuldade para evacuar, com fezes endurecidas, com esforço e choro, evacuando a cada 2 a 3 dias. Exame físico: diminuição do peso (em torno de 10%) no último trimestre, com incremento de 1 cm no comprimento. Está choroso; bom contato; hidratado; acianótico; anictérico e com palidez cutâneo mucosa 2+/4+. Pulmões e coração sem alterações. Abdome: globoso; indolor; fígado palpado a 2,5 cm do rebordo costal direito e ponta de baço palpado, indolor. Genitais: presença de fimose e testículos tópicos. Região lombar sem alterações. Extremidades sem alterações.

Qual o diagnóstico? Justifique

**Infecção do trato urinário em lactente jovem. Lactente jovem com dificuldade para ganhar peso agudamente, com hiporexia e hipoatividade, alteração do sono e humor, sinais inespecíficos de infecção em lactente jovem (mucosas descoradas e hepatoesplenomegalia)**

23) Criança de 3 meses vem para consulta de rotina em UBS. A mãe diz que a criança está muito irritada e chorosa e que após a última consulta há 1 mês, houve piora dos episódios de regurgitações, sendo que agora ocorre após todas as mamadas. *“Parece que coloca para fora tudo o que mamou”*. Não dorme mais que uma hora durante o dia e noite, só melhora no colo e em pé. Informa que tem soluços e eructações frequentes neste último mês. Está em aleitamento materno exclusivo desde a maternidade e mama toda vez que chora. Em seu prontuário observa-se que apresentou ganho de peso de 20 gramas/dia no primeiro mês, 18 gramas/dia no segundo mês e 15 gramas/dia neste último mês. Exame físico: bastante chorosa; afebril; hidratada; com palidez cutânea e mucosas coradas; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; abdome flácido, plano, sem massas ou visceromegalias; extremidades sem alterações.

Qual a hipótese diagnóstica mais provável? Justifique

**Doença do refluxogastroesofágico. Justificado por sintomas de regurgitações, soluços e eructações frequentes, pior há 1 mês, com choro e dificuldade para dormir e desaceleração do ganho de peso.**

24) Criança de 2 anos vem ao pronto atendimento devido a vômitos e diarreia iniciados há 3 dias, com um único pico febril (38°C) no início do quadro. Vem apresentando, há 1 dia, grande número de evacuações líquidas com muco e sangue vivo, fétidas, em grande quantidade e com cólicas abdominais intensas; vômitos à qualquer tentativa de comer ou beber. A creche solicitou à mãe que a levasse ao serviço médico, pois hoje foi ficando

muito diferente do seu habitual: “*ela está muito quieta e só quer ficar deitada*”. Chegando ao serviço de saúde, apresentou crise convulsiva generalizada. Exame físico: REG, hipoativa alternada com agitação, palidez cutânea importante, choro fraco e com poucas lágrimas, sudorese fria, mucosas secas e elasticidade da pele diminuída. Peso: houve perda de peso de 8%, FC = 140 bpm, FR = 45 ipm, T = 38,1°C. Olhos fundos. Orofaringe com leve hiperemia. Pulmões e coração sem alterações. Abdome flácido, globoso e distendido, indolor a palpação, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos hiperativos. Extremidades frias com pulsos periféricos finos, tempo de enchimento capilar maior que 2 segundos. Exame neurológico sem alterações.

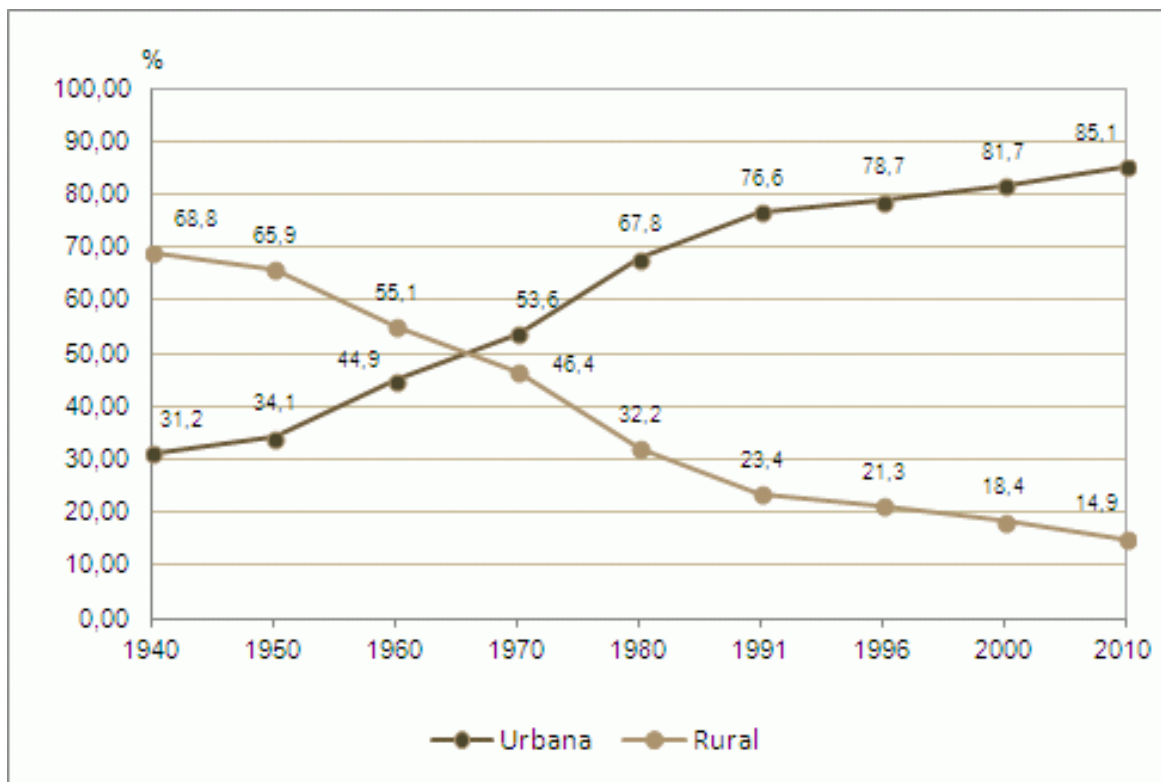
Qual(is) o(s) diagnóstico(s)? Justifique.

**Infecção gastrointestinal (gastroenterite) por Shigella com desidratação moderada.**

## SAÚDE COLETIVA

25) Em um determinado município de 80 mil habitantes, a distribuição da população está representada no gráfico a seguir, em uma série histórica de 50 anos:

Gráfico 1: Evolução da população do município, por localização de domicílio de 1940 a 2010



Fonte: IBGE - Censos Demográficos

Neste período, a população desta cidade apresentou o seguinte perfil de taxa de fecundidade, observada no gráfico 2.

Gráfico 2: Taxa de fecundidade do município de 1940 a 2010



Fonte: IBGE - Censos Demográficos

a) Analise ambos os gráficos e descreva as informações neles contidas.

**Gráfico 1 mostra inversão da população que tinha predomínio em domicílio rural na década de 40 até meados da década de 60, se transformando em uma população predominantemente urbana.**

**Gráfico 2: queda da taxa de fecundidade de 6,16 em 1940 a 1960 para 1,86 em 2010. Os gráficos se relacionam pois junto à urbanização observa-se uma queda na fecundidade (transição demográfica).**

b) Com base nestas informações elabore um plano de ação que contemple medidas prioritárias de promoção à saúde para os habitantes desta cidade.

- **Saneamento básico**
- **Maior oferta de empregos/cultura e entretenimento**
- **Locais de recreação e prática esportiva**
- **Atenção primária à saúde de fácil acesso.**
- **Campanhas de vacinação, orientação sobre alimentação, incentivo à atividade física, cessação de dependências químicas**
- **Orientações aos idosos de convívio domiciliar.**

26) "No Brasil, até a metade do século passado, 40% a 45% das mortes eram causadas por doenças infecciosas. Hoje, esse número é de apenas 4%, o que significa que o modelo de atenção implantado quando predominavam essas doenças, foi bem sucedido. Acontece que esse modelo não conseguiu acompanhar a velocidade das transições tecnológicas, epidemiológicas e nutricionais, que se alastram rapidamente, ocasionando

o descompasso entre as condições de saúde da população e a capacidade de enfrentamento dessa situação pelo sistema de saúde. Essa situação é agravada tendo em vista a tripla carga de doenças: a predominância das doenças crônicas e a presença ainda importante das doenças infecciosas, somadas às causas externas, que representam o terceiro maior fator de morbimortalidade no país". Fonte: [http://www.conass.org.br/conassdebate/?page\\_id=299](http://www.conass.org.br/conassdebate/?page_id=299)

Com base nos princípios doutrinários e organizacionais do SUS, elabore uma proposta de resolução para esta crise.

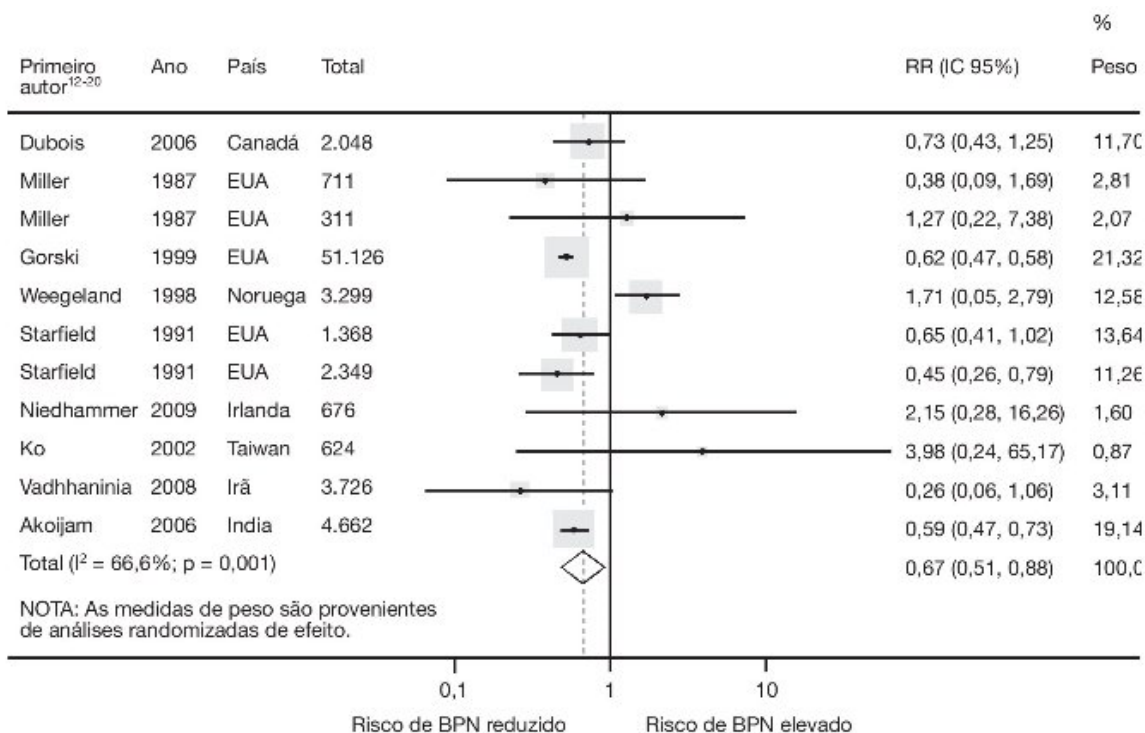
**Princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade;**

**Princípios organizacionais: hierarquização. Regionalização, descentralização, resolubilidade, controle social e complementaridade do setor privado;**

**Atualmente uma crise está instalada nos setores públicos e privados de saúde do Brasil. Faz-se necessário, portanto, promover mudanças rápidas no modelo de atenção para que ele seja coerente com a conjuntura da saúde predominante no país. Após muita pesquisa, um grupo de estudiosos desenvolveu, no final dos anos 90, um modelo de atenção à saúde que tem sido aplicado em países desenvolvidos e em quase todos os países europeus. Várias evidências apontam que quando esse modelo é aplicado há um melhor enfrentamento das condições crônicas. No entanto, para que ele funcione é preciso estabilizar as condições crônicas, controlando, por exemplo, a glicemia do diabético e a pressão arterial do hipertenso, tarefa impossível para o modelo agudo vigente – de emergências, internações hospitalares e pronto-atendimento, levando o sistema a falhas que seriam evitáveis se a atenção à saúde fosse dada devidamente de acordo com as condições reais de saúde da população.**

**Esse modelo propõe a introdução e o fortalecimento de práticas mais coletivas, contínuas e interdisciplinares, como o autocuidado apoiado e cuidado compartilhado, nos quais uma equipe formada por diversos profissionais de saúde incentiva e ajuda o paciente a promover e qualificar o cuidado consigo mesmo. Sugere ainda a implantação de prontuários clínicos informatizados, assim como de outros fatores de organização da atenção.**

27) Foi realizado um estudo para analisar a influência do grau de escolaridade materna sobre o risco para baixo peso ao nascer (BPN), onde o número total de participantes incluídos foi de 70.900 pares de mães-filhos. A figura abaixo representa o *Forest Plot* do efeito do grau elevado de instrução materna e do baixo grau de instrução materna, em relação ao baixo peso ao nascer.



BPN (baixo peso ao nascer); IC (intervalo de confiança); RR (risco relativo).

Fonte: JPed, vol 89. Número 4, julho-agosto de 2013.

Que tipo de estudo foi realizado e qual é a conclusão obtida a partir desse gráfico?

**A figura apresenta o resultado do sumário de efeito da meta-análise, que foi de 0,67 (IC 95%: 0,51 – 0,88), mostrando efeito protetor para o BPN conferido pela escolaridade materna elevada, quando comparada à baixa.**

28) Você é o médico plantonista de um hospital de pequeno porte situado em uma cidade com 10 mil habitantes, distante mais de 100 km de um grande centro. Homem, em mau estado geral, é trazido por familiares ao pronto socorro. Durante o atendimento, o paciente tem parada cardíaca e morre, apesar das manobras de ressuscitação.

Qual deve ser o procedimento em relação à declaração de óbito, sabendo que nesta cidade não há Serviço de Verificação de Óbito?

**Verificar se a causa da morte é natural ou externa, examinando atentamente o corpo. Se a causa for externa encaminhar ao IML. Se for natural, investigar junto aos familiares todas as possibilidades para uma hipótese diagnóstica. Caso persista dúvida e como não existe o SVO, você deverá emitir a DO esclarecendo que a causa é desconhecida, mencionando a ausência de sinais externos de violência.**

29) Menina, 3 anos, chegou ao pronto atendimento trazida pela mãe. Chora sem parar e a mãe parece não lhe dar atenção. O médico examina a criança, que continua chorando,

e pergunta à mãe o que houve. Ela responde que acha que ela caiu da escada, pois o filho mais velho, de seis anos, não cuidou dela direito. Foi constatado que a menina tem luxação de ombro, está desnutrida, além de apresentar várias manchas roxas de diferentes tonalidades pelo corpo, o que a mãe atribui a quedas frequentes. "*Ela é muito arteira... vive caindo*". Considerando o contexto familiar, estabeleça um plano de cuidado, visando o atendimento integral.

**Cuidar dos ferimentos da criança. Acionar o Conselho tutelar por suspeita de maus tratos e maus cuidados da família com a criança. Notificar a suspeita de agressão física. Retirar a tutela familiar provisoriamente enquanto a investigação é conduzida. Realizar avaliação biopsicossocial da criança e família.**

30) Neste ano, o Brasil tem motivos em dobro para se preocupar com o mosquito da dengue. É que ele também transmite o vírus de outra doença, a FEBRE CHIKUNGUNYA. O vírus Chikungunya (CHIKV) é transmitido pela picada de mosquitos do gênero *Aedes*: *A. aegypti* e *A. albopictus*, que também são vetores da dengue. O mosquito só transmite a doença se estiver infectado.

Sinais e Sintomas: os sintomas da doença aparecem após um período de incubação médio de 3 a 7 dias (intervalo 1 a 12 dias). Febre de início súbito (tipicamente maior que 38,5°C) e dor articular intensa. Os tornozelos, punhos e articulações das mãos tendem a ser mais afetados. Outros sinais e sintomas podem incluir cefaleia, dor difusa nas costas, mialgia, náusea, vômito, poliartrite, erupção cutânea e conjuntivite. A fase febril do CHIKV dura de 3 a 10 dias.

Evolução: a maioria dos pacientes melhora depois de 7 a 10 dias. Alguns indivíduos podem apresentar dores articulares por meses ou anos. Quadros mais graves podem acometer idosos, hipertensos, diabéticos, portadores de doenças cardíacas e recém-nascidos expostos ao vírus durante o parto. Óbitos causados por CHIKV são raros. O vírus pode ser isolado em amostras colhidas até o 3º dia do início dos sintomas.

Tratamento: não existe tratamento específico para a infecção aguda pelo CHIKV. Analgésicos e antitérmicos devem ser utilizados para controle da dor e da febre. Existem trabalhos que demonstram algum benefício do tratamento dos casos crônicos com ribavirina. Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, CVE. Informe técnico: CHIKUNGUNYA, junho 2014.

Considerando as informações acima quais as ações que o sistema de vigilância epidemiológica deve adotar para prevenir que esta doença não se torne endêmica no Brasil?



**Deve-se acabar com o vetor e seus reservatórios, bem como, erradicar o mosquito transmissor. Notificação de casos suspeitos para investigação local e ações no território domiciliar do paciente.**