

RESIDÊNCIA MÉDICA – 2012

PEDIATRIA

1. Adriana, sete anos, parda, é moradora da zona urbana de Adamantina – SP. Há 40 dias vem apresentando febre diária de 38,5°C a 39°C, às vezes com calafrios, adinamia e aumento progressivo do volume abdominal. Há dois meses apresenta anemia, em tratamento com sulfato ferroso, sem melhora. Há uma semana a mãe notou que estava mais pálida e com sangramento em gengiva, após escovação e algumas manchas roxas nas pernas. Emagreceu 2 kg neste período. Tem animais domésticos (gatos, cachorros e papagaio) e condições sócio-econômicas precárias. Nega uso de qualquer outro medicamento, contato com agrotóxicos, produtos químicos ou doença de caráter familiar. Ao exame físico: regular estado geral, desnutrida grau II, descorada +++/++++, eupneica, hidratada, anictérica, T = 38°C, FC = 124 bpm, FR = 30 ipm. Petéquias em tórax, abdome e membros inferiores e superiores; lesões purpúricas em membros inferiores. Microadenomegalia generalizada com gânglios móveis e fibroelásticos. Sistema cardiorrespiratório sem qualquer alteração. Abdome globoso; fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, firme, indolor e baço palpável a 12 cm do rebordo costal esquerdo, de consistência firme, superfície lisa e indolor. Exames laboratoriais: Hb = 6 g/dL, Ht = 18%, glóbulos brancos = 2.200 mm³, segmentados = 33%, linfócitos típicos = 58%, linfócitos atípicos = 5%; monócitos = 4%; plaquetas = 10.000 mm³. Ausência de células imaturas.

A – Qual o diagnóstico? Justifique.

R. Leishmaniose visceral..

B – Explique os sinais e sintomas e os achados laboratoriais apresentados por Adriana com base na fisiopatologia.

R. Sintomas clínicos, hepatoesplenomegalia importantes com predomínio da esplenomegalia e epidemiologia sugerem fortemente o diagnóstico, além da pancitopenia

2. Cláudia, oito anos, vem à consulta na unidade básica de saúde com queixa de tosse seca noturna há três anos, com episódios de início súbito. Nos últimos quatro meses apresenta duas a três crises de tosse por mês, com maior intensidade e, às vezes, com falta de ar. Necessita ir ao pronto atendimento onde recebe inalação com fenoterol e corticosteróide oral, com remissão do quadro. Tem como desencadeantes: poeira domiciliar, mudanças bruscas de temperatura e fumaça de cigarro. Na escola, Cláudia tem dificuldade para participar das atividades da Educação Física, pois se cansa facilmente. Diariamente, ao acordar, a criança apresenta espirros, coriza e prurido nasal que melhora ao decorrer do dia e piora, em intensidade, nos períodos de clima frio. Nega internações e qualquer outro tratamento, exceto nas crises. Mora em zona urbana, sem animais domésticos e os pais são tabagistas. Na avaliação: eupneica, FR = 28 ipm, sem desconforto respiratório. Rinoscopia: hipertrofia e palidez de cornetos inferiores, principalmente à direita. Orofaringe: ausência de hipertrofia ou focos em tonsilas palatinas. Coração: sem qualquer alteração. Pulmões: murmúrio presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Abdome: sem alterações. Pele: sem alteração.

Considerando o quadro clínico apresentado por Cláudia, qual o(s) diagnóstico(s)? Estabeleça um plano de cuidado para esta criança.

R. Trata-se de asma persistente moderada e rinite alérgica persistente moderada/grave, considerando a teoria de vias aéreas unidas.

Plano de cuidados: introduzir corticóide inalatório e tópico nasal diário; orientação de higiene ambiental e cessação de tabagismo dos familiares.

3. Carlos, 18 meses de idade, vem à consulta com queixa de diarreia e dor abdominal freqüentes, que se iniciaram há cinco meses, desde que iniciou a pré-escola em tempo integral. Sua mãe relata que nas evacuações, apresenta fezes de semilíquidas a líquidas, mal cheirosas e volumosas, às vezes, com pedaços de alimentos. Concomitante apresenta dor abdominal periumbilical e distensão abdominal, às vezes com náuseas. Refere remissão espontânea do quadro em 2 a 3 dias, com evacuações regulares pastosas e até endurecidas. Durante os episódios tem hiporexia, mas brinca normalmente. A mãe percebeu que neste período Carlos emagreceu um pouco porque suas roupas estão mais largas. Ao exame físico não há alterações significativas.

Qual o diagnóstico sindrômico e o etiológico? Justifique.

R. Síndrome de má absorção devido ao quadro de diarreia crônica, devido aos sintomas apresentados de fezes semilíquidas/líquidas, volumosas e com pedaços de alimentos, acompanhados de dor periumbilical e distensão abdominal, sem afetar o estado geral e pouco emagrecimento. O início do quadro relacionado ao início da pré-escola leva a etiologia de giardíase.

4. Leonardo, 5 meses de idade, em aleitamento materno exclusivo, apresentou sangramento intermitente pelas fezes há 3 dias. Sua mãe refere bom desenvolvimento ponderoestatural desde o nascimento. Tem regurgitações, soluços e eructações freqüentes desde o nascimento. Está mais choroso nos últimos 15 dias, com sono agitado, tendo sido introduzido fórmula láctea infantil, como complemento, sem melhora. Nega problemas no período gestacional e neonatal. Na maternidade foi alimentado com fórmula até a apojadura do leite materno. Vacinação completa até o momento. Exame físico: desaceleração do peso em relação ao controle do último mês, sem afetar os demais dados antropométricos. Palidez cutâneo mucosa +/-++++. Solicitados exames laboratoriais: IgE total normal e IgE específico em níveis normais.

Qual o diagnóstico? Justifique.

R. Alergia a proteína de leite de vaca, justificado pela manutenção até esta idade de regurgitações, soluços e eructações freqüentes, sangramento pelas fezes, com choro há 15 dias e introdução de fórmula láctea infantil, além de anemia e da perda de peso.

Os exames realizados para o diagnóstico de APLV com resultados normais não descartam o diagnóstico pela possibilidade de ser devido a mecanismo não IgE mediada, que os exames laboratoriais não conseguem quantificar até o momento.

5. Gisele Gimenez, 32 anos, microbiologista, é casada com o imunologista, Nelson Gimenez. Na 37ª semana de gravidez gemelar, Gisele sofre um acidente de trânsito com trauma abdominal com ruptura de bolsa amniótica. Na internação, apesar do cuidado obstétrico adequado com uso de antibióticos, evolui para septicemia por *E.coli*, diagnosticada por hemocultura. Diante do quadro clínico de Gisele, os médicos optaram por cesárea, na tentativa de salvar os bebês. A mãe foi a óbito. Nasceram Guilherme, que evolui para óbito e Vera, que apesar de ter tido hemocultura positiva para *E.coli* sobreviveu com a terapêutica instituída. Na necropsia de Guilherme foi isolada a referida bactéria no fígado, baço e timo.

Vera, hoje com 5 anos de idade, é levada ao médico pela avó paterna devido a modificação do cheiro e da cor da urina. Refere episódios de resfriados, amigdalites, otites e diarreia, com evolução benigna. No exame clínico não foi observada qualquer alteração.

Exames solicitados:

- Urina I: densidade = 1035; cor amarelo escuro; hematúria; presença de cilindros hialinos, hemáticos e granulados.
- Bacterioscopia: numerosos bacilos gram negativos
- Urocultura: *E.coli* > 100.000 colônias/mm³
- Antibiograma: bactéria altamente sensível aos antibióticos pesquisados
- Leucograma: normal

Frente a história relatada desde antes do nascimento, o médico inicia investigação imunológica, com os seguintes resultados:

Análise linfocitária (contagem, função): normal

Análise de anticorpos específicos das vacinas obrigatórias: presentes

Análise de anticorpos contra *E.coli*: ausentes

Explique, imunologicamente, a ausência de anticorpos contra essa *E.coli*

R. RA autotolerância decorre do reconhecimento do antígeno por linfócitos específicos.

A educação tímica visa à liberação de linfócitos *T maduros naive* funcionais e não autoreativos. Há a seleção positiva e negativa para que isto ocorra. Quando linfócitos imaturos encontram o respectivo antígeno, podem sofrer deleção ou se diferenciarem em células T reguladoras. Quando estas são liberadas do timo vão atuar como células supressoras da resposta a autoantígenos. No caso de Vera, por ter tido contato prematuro com antígenos da *E.coli*, os determinantes antigênicos de proteínas desta bactéria foram identificados como próprios e houve a indução de células T reguladoras que suprimem a resposta especificamente a tais epítomos.

6. Atualmente, a prematuridade constitui a principal causa de morbimortalidade neonatal. Sabe-se que a exposição pré-natal aos corticosteróides diminui, de maneira significativa, a incidência da síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido em prematuros. Na iminência de um parto prematuro, o médico obstetra prescreve o uso de corticosteróide para a mãe. Justifique esta conduta.

R. Os corticóides são indicados para acelerar a maturidade pulmonar fetal. As respostas do pulmão fetal ao corticóide são múltiplas, afetando diferentes sistemas; em geral, aumenta a superfície de troca gasosa, influencia proteínas estruturais pulmonares como o colágeno e diminuem a tendência do desenvolvimento de edema pulmonar. As alterações na mecânica pulmonar, observadas depois do tratamento pré-natal com corticosteróides são causadas por uma alteração da estrutura dos pulmões, com aumento tanto do volume como das propriedades elásticas do tecido pulmonar. Os efeitos morfológicos pulmonares do tratamento com corticosteróides incluem maior ramificação das vias aéreas; aumento do número de glândulas; achatamento das células epiteliais, com o conseqüente aumento de volume do espaço aéreo potencial; aumento da relação entre as concentrações de colágeno e elastina no parênquima pulmonar; aumento na quantidade de surfactante endógeno; reversão dos efeitos inibitórios na produção das proteínas do surfactante observados em fetos de gestantes diabéticas, causados pela insulina em altas concentrações.

CLÍNICA MÉDICA

7. Homem, 57 anos, brasileiro, casado, médico, vem ao pronto atendimento com quadro de hematêmese e melena de instalação há três horas, após ter bebido várias doses de pinga e vodka. A acompanhante nega história de doença hepática e uso de medicações. Ao exame se encontra alerta e apreensivo, palidez +++/++++, intravascular contraído, peso estimado de 72 kg, PA = 90X60 mmHg, pulso filiforme com frequência de 140 bpm, percussão periférica lenta, presença de ascite +++/++++, ginecomastia, circulação colateral e angiomas aracneiformes em tronco. Imediatamente é realizada reposição venosa e a seguir, hemotransusão.

Exame laboratoriais: TGP (ALT) = 47 U/L; TGO (AST) = 102 U/L; Hb = 6,5 g/dL; Ht = 21%; albumina = 2,6 g/dL; bilirrubina total = 2,3 mg/dL; bilirrubina direta = 1,4 mg/dL; TAP = 15,4 segundos. A endoscopia digestiva alta mostra varizes esofagianas sangrantes, procedendo-se a esclerose com cessação do sangramento e estabilização hemodinâmica. O paciente apresenta creatinina = 3,8 mg/dL; uréia = 237 mg/dL e volume urinário = 380 mL nas 24 horas.

A – Considerando as causas prováveis dessa disfunção renal, explique a grande elevação da uréia plasmática comparativamente à creatinina plasmática.

R. - As alterações funcionais renais na cirrose hepática são fundamentalmente de natureza hemodinâmica, acarretando grande estímulo à reabsorção tubular desde que a estrutura renal ainda esteja preservada;

- Há grande secreção de aldosterona, adrenalina, angiotensina e outros agentes estimulantes da reabsorção tubular proximal, elevando grandemente e reabsorção de uréia e por conseqüência elevando a uréia plasmática acima do esperado para a função renal;
- Maior geração de uréia pela digestão do sangue decorrente do sangramento digestivo;
- Nos estágios iniciais da cirrose, quando a hipertensão portal ainda é moderada, o aumento do débito cardíaco compensa a modesta redução da resistência vascular periférica, mantendo a pressão arterial e o volume arterial efetivo, e a filtração renal;
- Em estágios avançados da hipertensão portal, há grande redução da resistência vascular periférica não compensada pelo aumento do débito cardíaco, comprometendo a função renal;
- Há ainda grande secreção de agentes vasoconstritores, tais como SRAA, sistema simpático e hormônio antidiurético, que afetam negativamente a filtração glomerular por vasoconstrição renal, conduzindo a ascite, edema periférico e hiponatremia;
- Há ainda a translocação bacteriana do intestino produzindo inflamação local e liberação de citocinas, o que agrava a vasodilatação esplâncnica e o débito cardíaco.

B – Qual deve ser a investigação diagnóstica para avaliar a causa da disfunção renal.

R. – Avaliação morfológica renal através de ultrassonografia;

- Evidenciação e hiponatremia que mostra alta secreção de HAD;
- Análise da ascite para peritonite espontânea;
- Baixo sódio urinário evidenciando alta reabsorção tubular.

8. Marta, 39 anos, branca, solteira, é operadora de máquinas em uma fábrica de alimentos. Procurou o pronto socorro do Hospital de Clínicas da Famema há 11 meses referindo queixas de desânimo para trabalhar e fraqueza. No interrogatório relatou falta de apetite, náuseas e vômitos, nem sempre relacionados com o hábito alimentar, além de perda de peso. Foi medicada e referenciada para a unidade básica de saúde para investigação do quadro.

Após cinco meses, Marta deu entrada na sala de emergência trazida pelo serviço de Resgate, muito sonolenta, um pouco confusa, referindo fraqueza e ao mudar de maca, mal conseguia ficar em pé devido à tonturas. No exame físico: hipotensão; taquicardia; desidratação; hiperpigmentação da mucosa oral e das dobras cutâneas; rarefação dos pelos e respirando com dificuldade.

Qual o diagnóstico? Cite três exames laboratoriais que poderiam ser realizados ainda na sala de emergência para auxiliar na comprovação do diagnóstico

R. Insuficiência adrenal primária aguda (Doença de Addison)

Qualquer combinação entre os exames:

- Hemograma: anemia / eosinofilia
- Glicose: hipoglicemia
- Sódio: hiponatremia
- Potássio: hipercalemia
- Cortisol basal: < 5 ug/dl

9. Homem de 56 anos, portador de hipertensão arterial e antecedente de infarto do miocárdio há 2 anos. Queixa-se de dispnéia progressiva aos esforços há 6 meses. No momento da consulta refere dispnéia aos pequenos esforços e inchaço nas pernas, que se acentuam durante o dia.

Exame físico: regular estado geral, consciente, orientado, hidratado, corado, anictérico, cianótico +/++++, taquipneico +/++++, taquicárdico, FC = 110 bpm.

Íctus desviado para a esquerda, globoso, ritmo cardíaco regular, com presença de 3ª bulha. Murmúrio vesicular presente e estertores crepitantes na metade inferior de ambos os hemitórax. Fígado palpado a 6 cm da borda costal direito, liso e doloroso à palpação. Edema de MMII +/++++.

O ECG mostrou ritmo sinusal e bloqueio completo de ramo esquerdo.

Radiografia de tórax: aumento global da área cardíaca com inversão da trama vascular e presença de linhas B de Kerley.

Ao ecocardiograma: dilatação acentuada de ventrículo esquerdo, com fração de ejeção de 28%.

Quais os medicamentos que, comprovadamente, reduzem a mortalidade neste paciente. Justifique.

R. Trata-se de um quadro de Insuficiência Cardíaca Congestiva por disfunção sistólica do ventrículo esquerdo conseqüente a miocardiopatia dilatada que apareceu na evolução de doença isquêmica e hipertensão arterial. Nessa situação existe na fisiopatologia dessa síndrome uma resposta neuro hormonal exacerbada, com hiperatividade dos Sistemas Renina-angiotensina-aldosterona e Sistema Nervoso Simpático.

Como conseqüência ocorre predomínio de ação vasoconstritora e retentora de sal e água, com conseqüente aumento da pré e da pós carga do ventrículo esquerdo.

Medicamentos como Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II), Beta Bloqueadores e Espironolactona, mostraram melhorar o prognóstico de vida desses pacientes.

10. As serpentes do gênero *Crotalus* (cascavel) distribuem-se de maneira irregular pelo país, determinando as variações com que a frequência de acidentes é registrada. Responsáveis por cerca de 7,7% dos acidentes ofídicos registrados no Brasil, podendo representar até 30% dos acidentes em algumas regiões. Não são encontradas em regiões litorâneas. Apresentam o maior coeficiente de letalidade dentre todos os acidentes ofídicos (1,87%) pela frequência com que evoluem para insuficiência renal aguda. As ações descritas do veneno são neurotóxica, miotóxica e coagulante. Clinicamente as ações neurotóxicas levam à: ptose palpebral, flacidez da musculatura da face, oftalmoplegia, visão turva, diplopia, midríase e às vezes modificações a deglutição, reflexo de vômito, olfato e paladar.

Qual a fração do veneno responsável pelas alterações descritas? Descreva seu mecanismo de ação.

R. Crototoxina, neurotoxina de ação pré sináptica, que atua nas terminações nervosas, inibindo a liberação da acetilcolina.

11. A anemia falciforme é uma doença de alta prevalência no país. O médico deve estar sempre atento ao risco de infecções graves nos portadores da doença, mesmo por germes mais banais.

Explique o alto risco de infecções nestes pacientes, com base na fisiopatologia.

R. Durante as crises de falcização, ocorre vasculo oclusão esplâncnica, levando a um auto esplenectomia que conseqüentemente altera a atividade fagocitativa.

12. Paciente de 38 anos, masculino, administrador de empresas, sem doenças de base, procura pronto atendimento com disfagia progressiva há 2 semanas. Refere astenia significativa com moderada limitação para atividades diárias e perda de peso de 5 kg em 2 meses. Exame físico: PA = 110X65 mmHg; FC = 70 bpm; T = 37,7° C; peso = 58 Kg; altura = 1,80 m. Linfonodomegalias múltiplas em cadeias cervicais, indolores, móveis, fibroelásticos, variando de 1,0 a 1,5 cm. Boca: lesões de aspecto esbranquiçado por toda mucosa oral até parede posterior de faringe. Abdome: Baço palpado a 3 cm do rebordo costal esquerdo, liso, indolor e fibroelástico. Sem outras alterações.

Quais as hipóteses diagnósticas e os exames complementares que devem ser solicitados para diferenciá-las?

R. Trata-se de paciente com quadro clínico subagudo de emagrecimento, apresentando evidências de hipertrofia retículo endotelial. O achado de candidíase oral exuberante associado ao quadro de disfagia sugere a possibilidade de doença fúngica invasiva – Candidíase Esofágica. Pertinente discutir as possíveis condições que podem levar a tal manifestação, p.ex. Infecção pelo HIV e doenças linfoproliferativas. A terapêutica pode ser instituída empiricamente com fluconazol ou congêneres. Endoscopia digestiva estaria indicada para confirmação da HDx de candidíase esofágica. Conveniente exame de HIV, outras DSTs pela via comum de transmissão e posterior exames para confirmar ou afastar doenças linfoproliferativas.

CLÍNICA CIRÚRGICA

13. Angelina, sexo feminino, 20 anos, é portadora de doença de Crohn extensa do íleo terminal. Deu entrada no Pronto Socorro com queixa de dor lombar tipo cólica, do lado esquerdo, irradiada para fossa ilíaca do mesmo lado, que melhorava com escopolamina e tenoxicam, utilizados via oral. As alterações significativas no exame físico são: ruídos hidroaéreos presentes, dor à punho percussão lombar à esquerda, discreta dor à palpação profunda em fossa ilíaca do mesmo lado, sem massas palpáveis, sem sinais de distensão de alça intestinal ou de líquido na cavidade abdominal.

A – Qual o diagnóstico de Angelina?

R. Cólica Renal / Calculose Renal

B – Com base no diagnóstico de Angelina, explique a fisiopatologia do mesmo.

R. Explicação fisiopatológica para o caso é a seguinte: a paciente é portadora de calculo renal de oxalato de cálcio, que se forma no rim devido a absorção intensa do oxalato, que sobra na luz da alça devido a ligação dos ácidos graxos livres (não absorvido pela lesão ileal de crohn), com cálcio a ligação do cálcio com ácidos graxos livres provoca aumento de oxalato que é então absorvido.

14. João, 62 anos, chegou ao Pronto Socorro, vítima de acidente de carro envolvendo colisão frontal. Na avaliação através de imagem por tomografia computadorizada foi detectada massa adrenal direita de 3,5 cm. Em sua história pregressa, relatou ressecção de tumor de pulmão direito há 3 anos, devido a carcinoma em estágio I. Atualmente está assintomático.

Qual deve ser a próxima conduta?

R. Avaliação funcional da massa adrenal.

15. Defina “Cuidado Paliativo”

R. É aquele que envolve a assistência ativa e integral aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia de melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus familiares.

16. Explique por que ocorre acidose respiratória num paciente que foi submetido a uma cirurgia vídeo laparoscópica?

R. Durante o ato é utilizado o CO₂, aumentando a PCO₂ alterando o equilíbrio ácido básico, descolando assim o equilíbrio para a formação de ácido, além do efeito indireto de alteração da mecânica respiratória devido ao aumento da pressão abdominal.

17. Explique, do ponto de vista fisiopatológico, o aparecimento de uma úlcera de decúbito.

R. A ação de uma força perpendicular a pele, ocasiona uma oclusão do fluxo sanguíneo, gerando isquemia com posterior necrose tecidual.

18. A fratura supracondiliana do úmero na criança, uma das poucas urgências na Ortopedia, pode ser a causa de lesões graves de partes moles. Em relação à fratura com desvio lateral, quais estruturas estão em risco.

R. O desvio de uma fratura supracondiliana umeral é dado pelo fragmento distal da mesma, que sempre se descola no sentido oposto ao fragmento proximal. No caso de um desvio lateral, o fragmento proximal desvia-se imediatamente, colocando em risco, o nervo mediano e a artéria braquial do paciente.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

19. Paciente de 16 anos, solteira, estudante, comparece à unidade básica de saúde com citologia oncológica evidenciando neoplasia intraepitelial severa, sugestiva de HPV. Não sabe o que fazer. Diz ao médico que é sexualmente ativa e faz uso de pílula para evitar filhos. Nunca ficou grávida. Está menstruando normalmente. Relata apresentar corrimento, às vezes, em jato, de cor amarela, que melhora espontaneamente. Sua mãe não sabe que é sexualmente ativa e seu namorado não apresenta qualquer doença. Pergunta ao médico:

A – Que doença eu tenho? Como confirmar este diagnóstico? Qual o tratamento? Como será meu acompanhamento?

R. Doença inflamatória pélvica. Carcinoma in situ de colo uterino. A DIP firma-se clinicamente, o carcinoma in situ com colposcopia e biopsia dirigida. Tratar a doença inflamatória pélvica com antiinflamatório hormonal, antibiótico terapia e abstinência sexual, após o término do tratamento da DIP, suspender anticoncepcional, realizar conização com estudo anatomopatológico da peça. O acompanhamento será trimestral na colposcopia com citologia de 3 em 3 meses e após de 6 em 6 meses continuamente.

B – Eu vou poder ter filhos no futuro? Quais os cuidados devo ter? E o meu namorado, o que eu falo para ele? Você tem que chamar minha mãe, por quê?

R. Pode ser que tenha dificuldade para engravidar pelos meios naturais. Diga ao namorado que ele deve procurar um urologista para avaliar a possibilidade de ter HPV e que deverá sempre usar preservativos nas relações sexuais. Sim, a mãe ou responsável legalmente deverá ser comunicada devido a necessidade da terapêutica cirúrgica, pois você é de menor.

20. Paciente com 50 anos é encaminhada da unidade básica de saúde com mamografia BI-RADS 4^a e atualmente, sem queixas ginecológicas. Refere hipertensão e cirurgia cardíaca há mais ou menos 30 anos. Em uso de Losartan® e Marevan®. Exame físico: PA = 140X95mmHg; P = 80 bpm; mamas simétricas, móveis, sem abaulamentos ou retrações. Mama Esquerda: presença de nódulo de mais ou menos 0,5 cm e axila sem linfadenomegalia. Na mamografia realizada observou-se grupamento de calcificações pleomórficas BI-RADS 4B em mama esquerda e ecografia mamária com cisto simples categoria BI-RADS 2.

Frente ao caso, qual a conduta para estabelecer o diagnóstico?

R. Realização de core biopsy dirigida esterotaxicamente nas microcalcificações e no nódulo mamário, com suspensão do anticoagulante.

21. A.T.S., 60 anos, climatérica, sem uso de terapêutica hormonal, refere corrimento intermitente tipo “água de carne” há mais ou menos seis meses. Nesse período procurou serviço médico onde realizou citologia oncológica e ecografia pélvica com laudos normais, segundo a paciente.

Cite duas hipóteses diagnósticas prováveis e o melhor método para estabelecer o diagnóstico definitivo?

R. Neoplasia maligna de endométrio ou sangramento endometrial por atrofia, como meio diagnóstico: histeroscopia com biopsia dirigida ou curetagem de prova.

22. M.C.A., 33 anos, casada há cinco anos, apresenta queixa de dificuldade em engravidar. Relata que fez uso de contraceptivos orais por seis anos ininterruptos, mas que parou a contracepção há um ano e cinco meses. No interrogatório: menarca aos 12 anos, eumenorreia (duração: 05 dias; intervalo: 28 dias) e bronquite asmática na infância. Teve três parceiros, sendo o último, seu marido. Nega qualquer doença familiar. Exame físico: bom estado geral; IMC = 34; PA = 130X80 mmHg. Exame físico especializado: Toque genital: presença de massa anexial esquerda de 4,0 cm de diâmetro, com mobilidade diminuída, dolorosa. Exames solicitados: Perfil gonadotrópico, tireoidiano e androgênico, com resultados normais. Realizado espermograma do parceiro = normal.

Qual o diagnóstico? Quais exames devem ser solicitados?

R. Esterilidade conjugal por provável fator tubo/peritoneal (podendo responder: endometrioma ovariano esquerdo). Realização da ultrassonografia transvaginal e a histerossalpingografia.

23. A.C.S., 28 anos, primigesta, gestação de 12 semanas, com quadro de desconforto em hipogástrico, associado à eliminação de secreção vaginal esbranquiçada, mesclada com muco. Usou anticoncepcional por um ano, não tendo se adaptado. Nega doenças, cirurgias ou curetagem uterina. Pai hipertenso. Exames de pré-natal: ecografia transvaginal que identifica saco gestacional íntegro, com biometria fetal com a idade cronológica de 12 semanas; feto vivo, com frequência cardíaca de 156 bpm. Medidas do colo uterino: comprimento = 20 mm e diâmetro do óstio interno = 10,4 mm.

Qual o diagnóstico? Qual a conduta adequada?

R. Incompetência Istmo cervical. Internação para colheita de cultura, bacterioscopia e antibiograma da secreção vaginal, seguido de bloqueio da contratilidade uterina e circlagem do colo.

24. Homem de 60 anos com obstrução crônica de piloro é atendido em OS com vômitos de estase. Neste caso deve-se ficar atento para qual distúrbio metabólico.

R. Alcalose metabólica hipocalêmica e hipoclorêmica.

SAÚDE COLETIVA

Texto referente a questão 25

Uma criança de 5 anos de idade deu entrada em uma unidade de pronto atendimento por apresentar um quadro clínico suspeito de botulismo.

A. Descreva a conduta que o profissional médico deve tomar neste momento.

R. Tratamento específico com imunoglobulina antibotulínica e notificar as vigilâncias epidemiológica e sanitária.

B. Explique como deve ser o processo de investigação desse caso.

R. O processo de investigação envolve as vigilâncias epidemiológica e sanitária. - VE : busca ativa de novos casos Identificar o alimento responsável pela contaminação com a toxina

botulínica. - VS : rastrear a produção do alimento responsável, pesquisando toda a cadeia produtiva até os pontos de venda e proceder ao recolhimento do mesmo.

26 – A saúde pública brasileira está enfrentando vários problemas operacionais, colocando em risco a saúde da população usuária. Entre as inúmeras deficiências, destacamos: hospitais depauperados com escassez de leitos; ineficácia dos serviços de urgência e emergência; falta de equipamentos e recursos materiais; falta de médicos para atendimentos nas periferias dos grandes centros e nas pequenas localidades, devido a ausência de estrutura e/ou segurança; falta de medicamentos para tratar as doenças mais prevalentes; e falta de políticas de valorização do profissional que atua na atenção básica. Como estratégia de enfrentamento para esses problemas, as autoridades governamentais elaboraram o “Programa Mais Médicos”, que tem como base aumentar o número de médicos no país. Considerando os princípios do SUS, faça uma análise crítica dessa situação.

R. Este programa governamental traz no seu bojo um grande equívoco ao considerar que o médico como único e ou o maior responsável pelo caos da saúde pública em nosso país. Saúde como um direito de todos e dever do estado passa necessariamente por outros fatores, como ter condições de trabalho e de uma equipe de profissionais responsáveis pelo atendimento integral ao paciente, ou seja, para cumprir os preceitos do sus que fala em assistência universal, integral e equânime, ocorrendo em um sistema hierarquizado, descentralizado e sob controle social. Além disso, o CEM assegura ao médico que o mesmo não deve trabalhar em locais onde não há infraestrutura mínima, colocando em risco a saúde dos usuários. E qto ao financiamento para o setor, é de fundamental importância para garantir os insumos, a estrutura, os recursos materiais e humanos necessários para levar saúde á todos, cumprindo os preceitos constitucionais.

27. Mulher, 32 anos, divorciada, trabalha como faxineira em torno de 10 horas por dia, 6 dias por semana. Mora com seus 4 filhos menores, com idades de 15, 10, 5 anos e um bebê de 18 meses, na periferia da cidade, em uma casa com 3 cômodos (quarto, cozinha e banheiro), com saneamento básico. Há 60 dias vem apresentando tosse seca, persistente, que apareceu depois de um “resfriado forte”. Já tomou vários xaropes sem melhora. Às vezes apresenta cansaço e fraqueza, e no final da tarde percebe o “corpo quente”. Atribui estes sintomas à sua rotina exaustiva. Nega ser tabagista e etilista. Há 10 dias procurou uma unidade de pronto atendimento onde lhe disseram que estava com sinusite e “começo de pneumonia”, sendo prescrito antibiótico, via oral por 7 dias. Como não houve melhora, procurou a USF do seu bairro em busca de uma solução para o seu problema de saúde. Mediante o diagnóstico que se impõe nesta situação, qual deve ser o plano de cuidados para esta mulher?

R. Trata-se de uma pessoa com tosse há mais de 3 semanas, encaixando-se nos critérios de sintomático respiratório do MS, em sua nova normatização de tuberculose, publicada em 2010. Assim impõe-se o dx de TB e como tal, o plano de cuidados envolve as seguintes medidas: - notificação do caso suspeito - coleta do exame de escarro - busca ativa dos contactantes

28. A tabela abaixo representa a incidência de sarampo na cidade de João Pessoa – PB, até a data de 17/10/2010.

Faixa etária (anos)	Nº casos	Incidência Casos/100 000 hab.
< 1	10	101,2
1 a 4	9	22,2
5 a 6	0	0,0
7 a 14	6	6,4
15 a 19	3	4,6
20 a 39	15	5,9
40 a 49	3	3,3
50 e +	1	0,8
Total	47	6,7

Fonte: SES/PB, dados informados até 17/10/10.

Analise os dados desta tabela e indique qual deve ser a estratégia de imunização a ser seguida para interromper a cadeia de transmissão viral na população do referido município.

R. Verifica-se que 19 casos (44%), ocorreram em menores de 5 anos de idade. A alta incidência nesta faixa etária representa um alerta que a cadeia de transmissão viral não está interrompida, sendo este o grupo capaz de manter a circulação viral na população. A estratégia de imunização a ser seguida é: - vacinação indiscriminada na faixa etária de 6 meses a 5 anos, 11 meses e 29 dias, - bloqueio vacinal imediato: vacinação de todos os contatos com o caso suspeito de sarampo, - intensificação vacinal - vacinação seletiva de 6 a 49 anos.

29. A Faculdade de Medicina de Marília, visando o treinamento dos seus alunos em cenário real, participa efetivamente do Projeto Rondon. Na operação Tucano, realizada em São Luiz do Paraitinga – Estado do Amazonas, um grupo enviado pela Faculdade, constituído por 5 alunos de medicina, 5 alunos de enfermagem, 1 docente de enfermagem e 1 docente médico (coordenador do grupo), viveu a seguinte situação:

No primeiro dia da chegada ao município, no final da tarde, o docente médico foi solicitado pelo Juiz de Direito local para declarar os óbitos de um trabalhador rural e de sua esposa, que foram esfaqueados há poucas horas, por matadores de aluguel.

Explique, sendo você o docente médico, qual a sua atitude em relação a esta situação, de acordo com a legislação vigente.

R. Embora a legislação determine que a DO para óbitos por causa externa seja emitida pelo IML, a autoridade policial ou judicial, com base no Código de Processo Penal, pode designar qualquer pessoa para atuar como perito legista “ad hoc” em municípios onde não existe IML. Determinação não opcional tem que ser obedecida.

30. Você ocupa o cargo de secretário de saúde de um município com cerca de 30 mil habitantes, situado em uma região montanhosa. Esta cidade é dividida ao meio por um riacho que transborda à cada chuva mais intensa, tornando a ponte intransitável. A rede de atenção à saúde conta com 10 unidades do programa de saúde da família, um ambulatório de especialidades e um hospital geral, com 75 leitos que realiza atendimentos clínicos, cirurgias de pequena complexidade e partos.

A população residente no lado contrário ao do hospital está reivindicando a construção de um outro hospital daquele lado, pois já houve casos de mortes de municípios que em dias de enchente, não conseguiram ser atendidos à tempo.

Considerando a integralidade do cuidado, a territorialização, intersetorialidade da saúde e a hierarquização, elabore uma proposta para resolver esta situação.

R. De acordo com a intersetorialidade da saúde e a hierarquização o sistema de saúde está bem dividido em primário, secundário e terciário. As 10 unidades do PSF são suficientes para atender a demanda e o acesso à saúde na atenção primária, caso obedeça à territorialização (média de 3.000 habitantes por unidade).