

PADRÃO DE RESPOSTA DEFINITIVO

QUESTÃO 1

a) Os achados radiológicos podem ser descritos como:

- cavitação, caverna ou cavidade no ápice pulmonar/ápice do pulmão esquerdo ou lobo superior esquerdo/ápice do pulmão esquerdo ou região infraclavicular esquerda;

- infiltrado não homogêneo/opacidade não homogênea com cavitação, caverna, cavidade, no lobo superior esquerdo/ápice do pulmão esquerdo.

b) O candidato poderá citar como principal suspeita: tuberculose pulmonar ativa; ou tuberculose pulmonar; ou tuberculose; ou TB pulmonar.

c) O procedimento adequado é baciloscopia direta do escarro; ou coleta do escarro para baciloscopia; ou pesquisa de BAAR no escarro; ou pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente no escarro; ou bacterioscopia/baciloscopia por Ziehl Neelsen de escarro.

d) O esquema básico composto por rifampicina 600 mg /isoniazida 300mg /pirazinamida 1.600mg ou 1,6g e etambutol 1.100mg ou 1,1g; esquema básico com 4 comprimidos (rifampicina /isoniazida /pirazinamida e etambutol).

e) Os principais efeitos incluem **manifestações gastrointestinais**: vômitos, náuseas, alterações gastrintestinais, dor abdominal, epigastralgia, icterícia, hepatite, hepatotoxicidade, alteração de função hepática, alteração de enzimas hepáticas; **manifestações dermatológicas, de pele ou alérgicas**: prurido, exantema, acne, erupção acneiforme, dermatite exfoliativa; **manifestações articulares**: dor articular, artrite, artralgia, síndrome lúpus-like, hiperuricemia; **manifestações oculares**: neurite óptica, alteração da visão das cores, perda da visão lateral, cegueira/amaurose; **manifestações renais**: nefrite intersticial, mioglobínúria com insuficiência renal; **manifestações hematológicas**: anemia, anemia hemolítica, agranulocitose, trombocitopenia, púrpura; outras: rabdomiólise; **outras manifestações**: suor/urina de cor avermelhada.

(Obs.: qualquer associação de três dessas manifestações, independentemente de sistema, será considerada correta).

Referência bibliográfica

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Diretrizes em Tuberculose. J Bras Pneumol. 2009; 35(Supl 10): 1018-48

Menna Barreto SS. Prática pneumológica. Cap 20- Tuberculose. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2010

PADRÃO DE RESPOSTA DEFINITIVO

QUESTÃO 2

a) As duas principais suspeitas diagnósticas são pré-eclâmpsia grave com iminência de eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave com HELLP síndrome. Além disso, foi considerado o diagnóstico de restrição de crescimento intrauterino.

b) Os dados que justificam corretamente as principais suspeitas diagnósticas para esse quadro clínico incluem: Gestante primigesta; negra; hipertensão arterial ou PA > 160 x 110 mmHg; edema; proteinúria ou proteinúria acima de 1g/dia; creatinina de 1,5mg%; trombopenia ou plaquetas <100.000/mm ou plaquetas= 98.000/mm; enzimas hepáticas elevadas ou lesão hepatocelular ou AST = 200 U/L e ALT = 350 U/L; cefaléia, epigastralgia

OBSERVAÇÃO: Considerar um ponto para qualquer um dos itens mencionados e não repetidos – máximo de três.

c) O médico que atendeu a paciente no Pronto-Atendimento Obstétrico deverá tomar as seguintes medidas imediatas: administrar Hidralazina endovenosa; ou Sulfato de magnésio endovenoso e avaliar a vitalidade fetal **ou** cardiotocografia **ou** cardiotoco.

d) A descrição do laudo cardiotocográfico deverá ser semelhante à seguinte: Feto Inativo **ou** Inativo Hiporreativo ou Padrão tipo "*line pencil*" ou Cardiotocografia tipo 2 **ou** Traçado cardiotocográfico não tranquilizador (sofrimento fetal agudo).

e) Sim, há necessidade de internação devido aos riscos materno-fetais (HELLP síndrome na mãe e oligoâmnio e restrição de crescimento intrauterino com cardiotocografia não satisfatória no feto) **ou** devido ao risco de vida materno e fetal **ou** devido ao risco de convulsão na mãe e óbito fetal **ou** devido ao risco de falência hepática da mãe e óbito fetal.

f) A melhor conduta a ser tomada é a resolução da gestação por cesárea **ou** a interrupção imediata da gestação por cesárea, **ou** a indicação de cesárea **ou** a cesárea.

Referência bibliográfica

Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.p.27-44 – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

PADRÃO DE RESPOSTA DEFINITIVO

QUESTÃO 3

a) O exame físico deverá ser complementado por meio de: 1) exame pélvico (toque vaginal e/ou toque retal e/ou toque bigital); 2) descompressão brusca em FID (considerar também o teste em todos os quadrantes do abdômen); 3) outras manobras semiotécnicas empregadas na investigação de abdômen agudo (Rovsing, teste de Lennander, manobra do obturador interno, Giordano, manobra do iliopsoas, Murphy). Estes fazem parte da propedêutica diagnóstica de abdômen agudo a esclarecer, principalmente em mulheres jovens, em idade fértil e com vida sexual ativa.

b) A principal hipótese é a apendicite aguda, justificada pela característica da dor, inicialmente localizada no epigástrio e com localização na fossa ilíaca direita e no hipogástrio. O tempo de evolução justifica o sinal de presença de irritação peritoneal, caracterizada pela percussão dolorosa nesse local, o que é comum na apendicite aguda. (Townsend: Sabiston Textbook of surgery. 18th. ed. Maa J, Kirkwood KS., cap. 49).

c) Os diagnósticos que devem ser considerados são: 1) Gravidez tópica ou ectópica visto que não é possível definir um atraso menstrual ou não em uma paciente com vida sexual ativa e sem anticoncepção; 2) Doenças tubo ovarianas que podem se apresentar com abdômen agudo (cisto de ovário com sangramento ou torção e doença inflamatória pélvica); 3) Litíase renal/ureteral visto que pode ter náuseas, vômitos, dor epigástrica, dor forte em fossa ilíaca direita às vezes com alguma defesa abdominal.

OBSERVAÇÃO: Para infecção urinária, faltam vários aspectos característicos desta, como algúria, disúria, urgência urinária. Para linfadenite mesentérica, também faltam vários aspectos, principalmente relacionados com a história pregressa como ter estado gripada, ter tido outro quadro infeccioso prévio. (Townsend: Sabiston Textbook of surgery. 18th. ed. Maa J, Kirkwood KS., cap. 49).

d) Para a hipótese diagnóstica principal: Apendicite aguda o exame de escolha é a ultrassonografia de abdômen e pelve, pois não há emissão de raios X e permite estabelecer com sensibilidade e especificidade relevantes o diagnóstico diferencial das condições envolvidas. Achados possíveis: abscesso periapendicular ou aumento do apêndice ou bloqueio em fossa ilíaca direita.

O exame de RX simples (achados possíveis: fecalito ou apagamento do psoas ou escoliose antálgica ou alça sentinela) ou a TC de abdômen (achados possíveis: fecalito em FID, líquido periapendicular, espessamento do apêndice) só poderão ser realizados após afastar a hipótese de gravidez tópica.

Para o diagnóstico diferencial de gravidez tópica ou ectópica inicial: Ultrasson transvaginal ou de pelvetransabdominal. Achados possíveis: sangue na cavidade ou implante do embrião na tuba, ou gravidez tópica

Para o diagnóstico diferencial de doença tubo ovariana: ultrassonografia pélvica transvaginal ou transabdominal. Achados possíveis: líquido livre na pelve, abscesso pélvico, edema tubário ou abscesso tubo-ovariano.

Para o diagnóstico diferencial de litíase renal/ureteral: ultrassonografia de abdômen. Achados possíveis hidronefrose à direita, imagem de cálculo ureteral. Raios X de abdômen simples: Após excluir gravidez, imagem de cálculo na topografia de FID.

PADRÃO DE RESPOSTA DEFINITIVO

QUESTÃO 4

a) Valor: **1,0** para cada ação citada e **1,0** para cada justificativa, considerando as possibilidades abaixo:

- As unidades são georeferenciadas, o que facilita o diagnóstico comunitário, o reconhecimento do potencial da comunidade (aparelhos sociais já existentes) e a implementação das ações.
- Acesso universal da população, que permite que os usuários busquem as unidades independentemente de situações específicas de adoecimento.
- Contato longitudinal com os usuários, o que amplia a adesão individual e coletiva às propostas de cuidado integral.
- Integralidade do cuidado como norteador da atenção à saúde, valorizando, em todas as oportunidades de contato com os profissionais de saúde, a promoção da saúde.
- Participação de equipe multiprofissional, que permite a construção de propostas que identificam necessidades diversas e oferecem alternativas diversas aos usuários.

Referência bibliográfica

PINTO, Maria Eugênia Bresolin; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Atividade Física na APS**

- Promef - ciclo 2, módulo 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2007, pp. 9-13.

b) Valor: **1,0** para cada etapa citada:

- Divulgar, na comunidade, informações sobre os riscos do sedentarismo e benefícios de um estilo de vida ativo.
- Identificar fatores de motivação e aderência individuais e coletivas para prática de atividades físicas.
- Avaliar clinicamente os indivíduos motivados, antes de iniciar sua participação nas práticas de atividades físicas.
- Definir as prescrições adequadas de atividades físicas, individuais e/ou de grupos homogêneos (crianças/adolescentes, gestantes, idosos, hipertensos etc.).
- Identificar os locais mais adequados da comunidade para que práticas coletivas de atividades físicas sejam implementadas.
- Buscar parceria dos aparelhos sociais (associação de moradores, escolas etc.) para apoio e divulgação do plano de ação.

Referência bibliográfica

PINTO, Maria Eugênia Bresolin; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Atividade Física na APS** -Promef - ciclo 2, módulo 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2007, pp. 11-23.

PADRÃO DE RESPOSTA DEFINITIVO

QUESTÃO 5

a) A principal suspeita é hipotireoidismo congênito.

b) Informações que fundamentam o diagnóstico:

- atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
- choro fraco e rouco
- hérnia umbilical
- icterícia prolongada
- atraso na eliminação de mecônio
- congestão nasal
- movimentos fetais tardios

c) O teste do pezinho favorecerá porque o diagnóstico até a quarta semana de vida garante o desenvolvimento neuropsicomotor adequado **ou** garantirá o desenvolvimento neuropsicomotor, ou preservará o desenvolvimento neuropsicomotor.

Referência bibliográfica

Fonte: Setian, N. Hipotireoidismo na criança: diagnóstico e tratamento (revisão). *J Pediatr (Rio J)*, 2007;83(5supl):S209-16.