Chave de correção das Provas Dissertativas para todos os cargos

001 – ENGENHEIRO CLÍNICO

1 - Entender a necessidade do setor
2 - Fazer uma especificação de acordo com o que tem no mercado e a real necessidade do hospital
3 - Validar com o responsável do setor
4 - Além da especificação para uso clínico, citar garantia, quantidade de acessórios/consumíveis, manuais de serviço, treinamento, prazo de entrega.
5 - Verificar a possibilidade de técnica e preço, ou custo total proprietário, ou a melhor modalidade de licitação.
6 - Montar o edital baseado na lei de licitações
7 - Fazer o parecer técnico
8 - Responder questionamentos
9 - Conferência no recebimento
10 - Acompanhar instalação, comissionamento e treinamento para assinar o aceite se tudo estiver funcionando.

O texto deverá ser técnico, claro, direto e objetivo, além de apresentar coerência e linearidade entre os parágrafos. Será avaliado a capacidade de se comunicar tecnicamente e descrever um processo operacional que é a compra dos equipamentos.

002 – MÉDICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Problemas identificados:

- Sobrepeso IMC de 29
- Tabagismo carga tabágica 10 maços/ano
- HAS grau 3 (diagnóstico é feito com uma medida devido ao risco cardiovascular)
- Não uso de preservativo nas relações

Plano de cuidados:

- Abordar sobre o tabagismo e identificar o nível de disposição para parar. Aplicar o teste de Fagestron para avaliar grau de dependência. Abordagem do 5 As: abordar quanto ao uso, aconselhar a abandonar, avaliar a disposição em parar, assistir a parar, arranjar condições de parar.
- Orientar sobre alimentação: evitar alimentos ricos em sódio, industrializados, estimular os ricos em potássio; evitar consumo de alimentos ricos em açúcares; estimular a perda de peso, diminuir cafeína.
- Estimular e incentivar a prática de atividade física: 150min por semana iniciando de forma gradual.
- Redução do estresse
- Prescrever 2 medicamentos anti-HAS de classes diferentes
- Estimular sobre o uso de preservativo nas relações sexuais

- Solicitar exames: Glicemia, Hb glicosilada, Colesterol total, LDL, HDL, Triglicerídeos; Creatinina; Relação albumina/creatinina em amostra única urinária; Potássio; Ácido úrico, EAS, Eletrocardiograma, Fundoscopia (pode indicar avaliação pelo oftalmologista)
- Deve-se solicitar também exames para HIV, sífilis e hepatites B e C (disponíveis no SUS) para todos os que têm vida sexual ativa

Não há indicação de hemograma completo ou outros exames.

003 – MÉDICO CIRURGIÃO GERAL

Diante de um paciente politraumatizado com ferimento transfixante de crânio, lesões torácicas e abdominais, as medidas iniciais seguem alguns protocolos já bem estabelecidos.
Primeiro, é essencial garantir a via aérea com intubação orotraqueal, devido ao Glasgow 6, associado à respiração ruidosa e lenta, indicando risco de obstrução. Colocação do colar cervical para proteção de coluna cervical.
Segundo o paciente apresenta ausência de murmúrios vesiculares e macicez à percussão no hemitórax esquerdo, sugerindo um hemotórax, que requer drenagem torácica imediata no 5º espaço intercostal, linha axilar média.
Terceiro, a presença de hipotensão (PA 80 x 40 mmHg) e taquicardia (FC 130 bpm) indica choque hipovolêmico. Deve-se garantir 02 acessos venoso calibrosos periféricos com infusão rápida de cristaloides 100mL de ringer com lactato e, se necessário, transfusão sanguínea, com coleta de tipagem sanguínea, HB, HT, Glicemia.
Realizar a avaliação do abdome e pelve, abdome com dois ferimentos superiores.
Quarto, a escala de Glasgow 6 e pupilas médio-fixas sugerem lesão neurológica grave decorrente do trauma cranioencefálico conforme visto no caso, médicas de elevação da cabeceira em 30° ajudam no desfecho.
Quinto, o paciente deve ser completamente exposto para identificar outras lesões e, ao mesmo tempo, devem ser tomadas medidas para prevenir hipotermia, como uso de cobertores, mantas e infusão de soluções aquecidas.
As especialidades envolvidas no manejo incluem cirurgia torácica, para o hemotórax, cirurgia geral, para a laparotomia, neurocirurgia, intensivista e equipe multiprofissional.

004 – MÉDICO CLÍNICO GERAL PLANTONISTA

<u>Fatores de risco:</u>

- idade maior que 45 anos de idade
- sobrepeso ou obesidade
- sedentarismo
- síndrome dos ovários policísticos (SOP),
- pré-diabete,
- diabete gestacional prévia,

- hipertensão arterial sistêmica (HAS),
- dislipidemia,
- história familiar de DM em parentes de primeiro grau,
- apneia obstrutiva do sono (AOS) e
- etnia negra, indígena, hispânica/latina e asiática.

Tratamento não medicamentoso

- Alimentação: NÃO se deve proibir nenhum alimento, estimular o equilíbrio entre carboidratos (130g/dia), proteínas e fracionar as refeições, estimular ingestão hídrica. Se encaminhar ao nutricionista não está errado, mas precisa descrever alguns fatores da base alimentar.
- Atividade física: 150min por semana iniciando de forma gradual.
- Redução do estresse

Tratamento medicamentoso:

- Mulher encontra-se fora da meta terapêutica (Hb glicosilada até 7%), e está sem acompanhamento há 3 anos.
- Associar dapaglifosina 10mg 1x ao dia, ou
- Iniciar insulina em dose baixa noturna 10UI ou 0,1 a 0,2 UI/Kg noturna
- Até reavaliar Hb glic em 3 meses, ou também associar uso de insulina.

Exames que devem ser solicitados:

- Colesterol total, LDL, HDL, triglicerídeos
- Creatinina
- Relação albumina/creatinina em amostra única urinária
- EAS
- Vitamina B12 (pelo uso da metformina há mais de 10 anos)
- Eletrocardiograma
- Fundoscopia (pode indicar avaliação pelo oftalmologista)
- Ela precisa de colonoscopia, preventivo do câncer do colo uterino, mamografia
- Deve-se solicitar também exames para HIV, sífilis e hepatites B e C (disponíveis no SUS) para todos os que têm vida sexual ativa

Não há indicação de hemograma completo ou outros exames.

005 – MÉDICO ENDOSCOPISTA

Desenvolvimento do Tema e Domínio do Conteúdo: 10 pontos

a) Adequação ao tema e abordagem de aspectos solicitados no enunciado.

Aspectos esperados do candidato quanto às modalidades de avaliação endoscópica do intestino delgado: 30 pontos, sendo:

- **Enteroscopia: 15 pontos**

1. Indicações: detalhar ao menos 1 indicação para a realização do exame;
2. Preparo para o exame: mencionar aspectos mínimos do preparo para o exame;
3. Contraindicações: detalhar ao menos 1 contraindicação para o exame;
4. Descrever, minimamente, como o exame é realizado.

- **Cápsula endoscópica: 15 pontos**
  5. Indicações: detalhar ao menos 1 indicação para a realização do exame;
  6. Preparo para o exame: mencionar aspectos mínimos do preparo para o exame;
  7. Contraindicações: detalhar ao menos 1 contraindicação para o exame;
  8. Descrever, minimamente, como o exame é realizado.

006 – MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA

A Doença de Crohn é uma condição inflamatória crônica que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus, embora ocorra mais frequentemente no íleo terminal e no cólon.
Sua etiologia é multifatorial, envolvendo predisposição genética, fatores ambientais e uma resposta imunológica anômala

<u>Formas de apresentação</u>
1. Localização da Doença
- Íleo e Íleo-Cólon: É a forma mais comum, ocorrendo em cerca de 40% dos casos. Manifesta-se frequentemente como dor abdominal crônica e sintomas de obstrução intestinal.
- Cólon: Responsável por aproximadamente 30% dos casos, pode se apresentar com diarreia crônica, frequentemente com sangue, e cólicas abdominais.
- Perianal: esta localização pode incluir fissuras anais, fístulas, abscessos perianais, podendo envolver inclusive estreitamento e estenose anal.
- Intestino Delgado (excluindo o íleo terminal): Representa cerca de 10% dos casos e pode levar a má absorção e perda de peso.
- Gastrointestinal Superior: É raro, mas pode envolver o esôfago, estômago e duodeno, apresentando sintomas como dispepsia e dor epigástrica.

2. Comportamento da Doença
- Inflamatória: Caracterizada por inflamação ativa sem complicações, causando dor abdominal, diarreia e perda de peso.
- Estenosante: Envolve a formação de estreitamentos no intestino, levando a sintomas obstrutivos como náusea, vômito e cólicas.

- Fistulizante: Desenvolvimento de fístulas (conexões anômalas entre diferentes partes do intestino ou entre o intestino e outros órgãos), resultando em abscessos, drenagem perianal ou infecções urinárias.

Aspectos Clínicos
1. Sintomas Gerais: Dor abdominal, diarreia crônica (frequentemente sem sangue), perda de peso, febre e fadiga.
2. Manifestações Extraintestinais: Artrite, manifestações cutâneas (eritema nodoso, pioderma gangrenoso), envolvimento ocular (uveíte), manifestações hepatobiliares (colangite esclerosante) e osteoporose.

Aspectos Laboratoriais
1. Marcadores Inflamatórios: Elevação de Proteína C Reativa (PCR) e taxa de sedimentação de eritrócitos (VHS), indicativos de inflamação sistêmica.
2. Calprotectina Fecal: Utilizada como um marcador de inflamação intestinal, sendo útil para distinguir entre DII e síndrome do intestino irritável (SII).
3.Anemia e Deficiências Nutricionais: Anemia de doença crônica, deficiência de vitamina B12 e folato, principalmente em envolvimento do íleo terminal.

Aspectos Endoscópicos
- Colonoscopia: Mostra lesões salteadas, úlceras aftosas, ulcerações longitudinais, aspecto de "pedras de calçamento" e envolvimento transmural.
- Enteroscopia por Cápsula: Indicada para a avaliação do intestino delgado, útil na identificação de lesões inflamatórias que não são acessíveis pela colonoscopia convencional.
- Endoscopia Digestiva Alta: Pode revelar úlceras e estreitamentos no trato gastrointestinal superior, em casos de envolvimento gástrico ou duodenal.

Aspectos Radiológicos
- Enterotomografia Computadorizada (Entero-TC) e Enterorressonância Magnética (Entero-RM): São técnicas de imagem de alta resolução que permitem a visualização detalhada do intestino delgado e grosso, identificando inflamação, estenoses, fístulas e abscessos.
- Radiografia com Contraste: Menos utilizada atualmente, mas pode revelar estenoses e obstruções intestinais.
- Ultrassonografia Abdominal: Útil na avaliação de espessamento da parede intestinal, abscessos e outras complicações extraintestinais.

007 – MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) classifica o SUA com a sigla PALM-COEIN, que diferencia causas estruturais e não estruturais. Principais causas estruturais e suas opções de investigação e de tratamento, seguindo das causas não estruturais.
1. Causas Estruturais (PALM)
P - Pólipos Endometriais: USG Transvaginal, Histeroscopia

- Tratamento:
    - Ressecção Histeroscópica: Procedimento minimamente invasivo para remoção dos pólipos.

- Medicamentos: Progestágenos podem ser usados para controlar o sangramento, mas a ressecção é frequentemente a abordagem definitiva.

A - Adenomiose: USG Transvaginal, Ressonância Magnética

- Tratamento:
  - Medicamentos Hormonais: Como contraceptivos orais combinados, progestágenos ou dispositivos intrauterinos (DIU) hormonais para controlar o sangramento e a dor.
  - Analgésicos: Para manejo da dor associada.
  - Histerectomia: Considerada em casos graves ou quando outras opções falham, especialmente se a fertilidade não for uma preocupação.

L - Miomas Uterinos: USG Transvaginal, Ressonância Magnética, Histeroscopia

- Tratamento:
  - Medicamentos Hormonais: Como progestágenos e DIU hormonais para controlar o sangramento
  - Miomectomia: Cirurgia para remoção dos miomas, preservando o útero.
  - Histerectomia: Remoção do útero, indicada em casos severos ou quando outras opções não são eficazes.

M - Malignidade e Hiperplasia Endometrial: USG Transvaginal, Ressonância Magnética, Histeroscopia

- Tratamento:
  - Tratamento Hormonais: Pode incluir progestágenos para hiperplasia endometrial
  - Histerectomia: Pode ser necessária para hiperplasia atípica ou câncer endometrial.
  - Terapia Adjuvante: Radioterapia ou quimioterapia, dependendo do tipo e estágio do câncer.
- 2. Causas Não Estruturais (COEIN)

C - Coagulopatias:

-

O - Ovulatórias (Distúrbios de Ovulação):

-

E - Endometriais (Hiperplasia Endometrial, Endometrite e Outras Alterações Endometriais):

-

I - Iatrogênicos (Efeitos Colaterais de Medicamentos):

-

N - Não Classificados (Outras Causas Não Estruturais)

008 – MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA PLANTONISTA

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) classifica o SUA com a sigla PALM-COEIN, que diferencia causas estruturais e não estruturais. Principais causas estruturais e suas opções de investigação e de tratamento, seguindo das causas não estruturais.

1. Causas Estruturais (PALM)

P - Pólipos Endometriais: USG Transvaginal, Histeroscopia

- Tratamento:
    - Ressecção Histeroscópica: Procedimento minimamente invasivo para remoção dos pólipos.
    - Medicamentos: Progestágenos podem ser usados para controlar o sangramento, mas a ressecção é frequentemente a abordagem definitiva.

A - Adenomiose: USG Transvaginal, Ressonância Magnética

- Tratamento:
    - Medicamentos Hormonais: Como contraceptivos orais combinados, progestágenos ou dispositivos intrauterinos (DIU) hormonais para controlar o sangramento e a dor.
    - Analgésicos: Para manejo da dor associada.
    - Histerectomia: Considerada em casos graves ou quando outras opções falham, especialmente se a fertilidade não for uma preocupação.

L - Miomas Uterinos: USG Transvaginal, Ressonância Magnética, Histeroscopia

- Tratamento:
    - Medicamentos Hormonais: Como progestágenos e DIU hormonais para controlar o sangramento
    - Miomectomia: Cirurgia para remoção dos miomas, preservando o útero.
    - Histerectomia: Remoção do útero, indicada em casos severos ou quando outras opções não são eficazes.

M - Malignidade e Hiperplasia Endometrial: USG Transvaginal, Ressonância Magnética, Histeroscopia

- Tratamento:
    - Tratamento Hormonais: Pode incluir progestágenos para hiperplasia endometrial
    - Histerectomia: Pode ser necessária para hiperplasia atípica ou câncer endometrial.
    - Terapia Adjuvante: Radioterapia ou quimioterapia, dependendo do tipo e estágio do câncer.
- 2. Causas Não Estruturais (COEIN)

C - Coagulopatias:

-

O - Ovulatórias (Distúrbios de Ovulação):

-

E - Endometriais (Hiperplasia Endometrial, Endometrite e Outras Alterações Endometriais):

-

I - Iatrogênicos (Efeitos Colaterais de Medicamentos):

-

N - Não Classificados (Outras Causas Não Estruturais)

009 – MÉDICO INFECTOLOGISTA

A) Com base nas informações fornecidas, o diagnóstico mais provável para este paciente é leishmaniose visceral.

Justifica-se a probabilidade diagnóstica pela história de exposição, pois o paciente mora em um sítio, o que pode aumentar a exposição a flebotomíneos, que são os vetores da Leishmania, o parasita causador da doença, também conhecida como Calazar. A leishmaniose visceral é mais comum em áreas rurais e endêmicas e considerada uma doença negligenciada.

Os sintomas clínicos de febre persistente e prolongada - o paciente apresenta febre há 2 meses - astenia e emagrecimento são características da doença. Palidez, que pode exteriorizar o quadro de anemia, comum na leishmaniose visceral devido à invasão da medula óssea pelo parasita.

Além da hepatomegalia e esplenomegalia que são típicas da leishmaniose visceral, e a observação de o baço estar aumentado mais que o fígado é um achado relevante.

O fato do paciente ser soropositivo para HIV e em tratamento irregular aumenta a probabilidade de infecções oportunistas, como a leishmaniose visceral, que pode se manifestar de forma mais grave em indivíduos imunocomprometidos.

B) O hemograma, embora não seja específico, pode mostrar alterações que sugerem o diagnóstico, como anemia, leucopenia, e trombocitopenia que caracterizam a pancitopenia característica da doença.

A inversão da relação albumina/ globulina também pode ser encontrada no exame laboratorial.

De acordo com a duração da doença e envolvimento sistêmico podem ocorrer *elevação dos níveis de transaminases, bilirrubinas, ureia e creatinina, *embora no caso não há dados clínicos que sugiram o aumento de bilirrubinas.

C) A confirmação do diagnóstico da leishmaniose visceral é feita através de teste rápido, para detecção do antígeno rK39, com uma sensibilidade maior que 93% e especificidade acima de 96 %. No paciente imunodeprimido, a sensibilidade deste teste pode reduzir até cerca de 60%, portanto o diagnóstico é mais plausível pelo exame direto, através da demonstração da forma amastigota do parasita, em aspirados de medula óssea, com 80 % de positividade. A punção esplênica também pode ser realizada, com sensibilidade de 90 a 95%, porém o risco de complicações é maior. E ainda pode ser diagnosticada pelo RT -qPCR, com sensibilidade de 94 %, porém com custo alto, reservando-se para casos inconclusivos com os outros métodos.

O isolamento do parasita em meio de cultura é possível, embora seja menos frequentemente realizado devido ao tempo necessário para o diagnóstico.

D) O tratamento da leishmaniose visceral envolve o uso antimoniais pentavalentes que ainda são a primeira linha de tratamento e a Anfotericina B. Considerando que o paciente é portador do HIV a indicação para o tratamento de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde é o uso preferencial da Anfotericina lipossomal, devido ao seu perfil de segurança, na dose total de 20 a 40mg/ Kg. Deve-se fazer o acompanhamento com exames de função hepática, renal, eletrólitos e ECG, para monitorar eventos adversos à droga.

Recomenda-se avaliar dosagem de CD4 para indicar profilaxia com a anfotericina B de preferência, se estiver menor que 350cel/ mm.

O tratamento antirretroviral deve ser reiniciado logo que possível, de preferência após o término do uso da anfotericina para controlar a infecção pelo HIV e melhorar a resposta imune do paciente.

010 – MÉDICO NEONATOLOGISTA

Como ele é HIV +, deveria ter sido feito o clampeamento imediato do cordão umbilical, evitado aspiração de vias aéreas, tomado banho precocemente, e proibido a amamentação ao seio materno. Também deveria ter sido dosado carga viral e se parto vaginal, ser feito azt na gestante, e dependendo da carga viral ser indicado a cesariana. Como tem bolsa rota prolongada, deveria ter sido feito antibiótico durante o trabalho de parto para evitar infecção neonatal (preferencialmente saber o swab vaginal).
Como criança HIV +, deve ser proibido a amamentação ao seio materno, colher hiv- carga viral do sangue periférico, e iniciar esquema com AZT por 28 dias. Com a história de sífilis, deverá ser feito a coleta do VDRL do Recém-nascido e se positivo (maior q materno) fazer coleta do VDRL do liquor, e Rx dos ossos longos, hemograma completo. Devido ao tempo de bolsa rota prolongado deverá ser feito um rastreio infeccioso com 8-12hs e com 24hs pós-parto.
Trata-se de uma icterícia patológica, critérios para investigação: Início nas primeiras 24hs; Aumento BT > 5 mg/dl em 24hs; Persiste > 8dias no a termo, > 14 no PMT; quando necessita de fototerapia; BD > 2mg/dl; Colúria, hipo ou acolia fetal; Presença de palidez, hepatoesplenomegalia, petéquias, micro ou macrocefalia, edema, catarata.
Possíveis causas da icterícia: incompatibilidade Rh ou ABO, hemoglobinopatias, DG6PD, infecções, hipotiroidismo, síndrome Gilbert ou de Crigle Najjar, atresia de vias biliares, tumores, FC, deficiência alfa 1 antitripsina, estenose piloro.
Evoluiu para kernicterus: Bilirrubina penetra no cérebro como Bilirrubina livre ou por alteração na barreira hematoencefálica. Cérebro cor amarelada e lesão neuronal (não precisa descrever as fases)

- 1°fase- início: hipotonia, letargia, choro agudo e sucção débil
- 2°fase: opistótono, rigidez de nuca, febre e convulsão
- 3°fase: hipertomia
- Encefalopatia crônica: atetose, surdez, limitação do olhar, displasia dentária e deficiência intelectual.

011 – MÉDICO NEONATOLOGISTA PLANTONISTA

Como ele é HIV +, deveria ter sido feito o clampeamento imediato do cordão umbilical, evitado aspiração de vias aéreas, tomado banho precocemente, e proibido a amamentação ao seio materno. Também deveria ter sido dosado carga viral e se parto vaginal, ser feito azt na gestante, e dependendo da carga viral ser indicado a cesariana. Como tem bolsa rota prolongada, deveria ter sido feito antibiótico durante o trabalho de parto para evitar infecção neonatal (preferencialmente saber o swab vaginal).

Como criança HIV +, deve ser proibido a amamentação ao seio materno, colher hiv- carga viral do sangue periférico, e iniciar esquema com AZT por 28 dias. Com a história de sífilis, deverá ser feito a coleta do VDRL do Recém-nascido e se positivo (maior q materno) fazer coleta do VDRL do liquor, e Rx dos ossos longos, hemograma completo. Devido ao tempo de bolsa rota prolongado deverá ser feito um rastreio infeccioso com 8-12hs e com 24hs pós-parto.
Trata-se de uma icterícia patológica, critérios para investigação: Início nas primeiras 24hs; Aumento BT > 5 mg/dl em 24hs; Persiste > 8dias no a termo, > 14 no PMT; quando necessita de fototerapia; BD > 2mg/dl; Colúria, hipo ou acolia fetal; Presença de palidez, hepatoesplenomegalia, petéquias, micro ou macrocefalia, edema, catarata.
Possíveis causas da icterícia: incompatibilidade Rh ou ABO, hemoglobinopatias, DG6PD, infecções, hipotiroidismo, síndrome Gilbert ou de Crigle Najjar, atresia de vias biliares, tumores, FC, deficiência alfa 1 antitripsina, estenose piloro.
Evoluiu para kernicterus: Bilirrubina penetra no cérebro como Bilirrubina livre ou por alteração na barreira hematoencefálica. Cérebro cor amarelada e lesão neuronal (não precisa descrever as fases)

- 1°fase- inicio: hipotonia, letargia, choro agudo e sucção débil
- 2°fase: opistótono, rigidez de nuca, febre e convulsão
- 3°fase: hipertomia
- Encefalopatia crônica: atetose, surdez, limitação do olhar, displasia dentária e deficiência intelectual.

012 – MÉDICO NEUROLOGISTA

1 - Diagnóstico sindrômico (Piramidal, sensitivo, síndrome cognitiva), Diagnóstico topográfico (hemisfério cerebral à esquerda, fronto-temporo-parietal à esquerda, córtex motor primário e suplementar, coroa radiada, cápsula interna, área de Broca, território da ACM). Diagnóstico nosológico (Vascular) e etiológico (acidente vascular encefálico isquêmico, de origem cardioembólica, tendo em vista ser estatisticamente o maior causador desse tipo de patologia, associado ao fato de a paciente possuir palpitações, pulsos irregulares com taquicardia, podendo-se inferir a possibilidade de arritmia cardíaca como fibrilação atrial como causa para a formação do trombo.
2 - Principal escala de avaliação neurológica para avaliar esta patologia é o "NIHSS score" (National Institutes of Health Stroke Scale), e sua principal utilidade é determinar a severidade e magnitude e do acometimento neurológico dos pacientes portadores de AVC isquêmico, podendo-se inferir sua extensão, gravidade e ajudar na decisão de condutas terapêuticas.
3 - O fato de o paciente possuir parênquima encefálico com coeficientes de atenuação conservados infere uma escala de ASPECTS de 10, sem áreas com isquemias estabelecidas, achado comum no momento agudo do AVC isquêmico. A presença de imagem hiperdensa na topografia da artéria cerebral média esquerda é um sinal clássico da presença de material tromboembólico

intraluminal. É o sinal mais precocemente visível nos infartos da artéria cerebral média visto dentro dos primeiros 90 minutos do evento.
4 - Sim. O próximo exame recomendado é uma Angiotomografia arterial de crânio pois permite a confirmação da presença do trombo na artéria cerebral média, determina o local exato da obstrução (M1, M2, M3, M4) bem como avalia e quantifica a presença de circulação colateral na área
acometida. Essas informações permitem definir se além da terapia trombolítica (pouco efetiva para trombos proximais) a paciente deverá ser encaminhada para realização de trombectomia mecânica.
5 - Paciente deverá ter as seguintes medidas clínicas: Conduzir à unidade de AVC/UTI, manter saturação de oxigênio acima de 94%, ofertando oxigênio suplementar caso necessário. Manter controle pressórico rigoroso, evitando e corrigindo hipotensão. Hipertensão permissiva, devendo proceder redução da pressão arterial para sistólica abaixo de 185mmhg e diastólica abaixo de 110mmhg, no caso de terapia trombolítica. Hipertermia deve ser corrigida e sua causa solucionada.
Hipoglicemia deve ser corrigida, visando glicose sérica acima de 60mg/dl. A paciente preenche critérios de elegibilidade para realização de trombolíticos venoso, portanto, ele deverá ser administrado o quanto antes, com aplicação de escala de avaliação neurológica NIHSS de forma
periódica.
6 - Sim. Tendo em vista se tratar de um AVC isquêmico no território da artéria cerebral média, com trombo proximal (possivelmente em M1), em um evento dentro das primeiras 6 horas, com NIHSS maior que 6 pontos e ASPECTS maior que 6, há a indicação da solicitação de um parecer ao especialista para avaliar a realização de trombectomia mecânica para remoção do trombo, associado ou não a trombólise.

013 – MÉDICO NEUROPEDIATRA

1. O diagnóstico mais provável para M.S. é Doença do Espectro da Neuromielite Óptica (NMOSD), no qual é uma doença autoimune inflamatória que afeta principalmente o nervo óptico e a medula espinhal. O anticorpo AQP4 se liga às aquaporinas 4, proteínas presentes na membrana celular de astrócitos, levando à sua destruição. Os achados clínicos e laboratoriais que a paciente apresenta e justificam o diagnostico são: neurite óptica (dor ocular intensa, diminuição da acuidade visual), mielite transversa (fraqueza progressiva em membros inferiores, dificuldade para urinar, sinal de Babinski), presença do anticorpo anti-aquaporina 4 é um marcador altamente específico para NMOSD, estando presente em cerca de 70-80% dos casos, bem como os achados de imagem, onde a RNM demonstra lesões típicas de NMOSD, com envolvimento do nervo óptico e mielite transversa extensa. A ausência de bandas oligoclonais no LCR também favorece o diagnóstico de NMOSD em relação à esclerose múltipla. 2. Fase Aguda: O tratamento de primeira linha para a fase aguda da NMOSD é a Metilprednisolona, que atua reduzindo a inflamação e suprimindo o sistema imunológico, prevenindo danos neurológicos adicionais. Dose de metilprednisolona intravenosa (30mg/kg/dia e

max de 1g/dia por 3-5 dias). Se a paciente não responder à metilprednisolona, a plasmaférese pode ser considerada. A plasmaférese remove os anticorpos AQP4 e outros mediadores inflamatórios do sangue. 3. O tratamento de manutenção previne recaídas e melhora a qualidade de vida a longo prazo. Opções incluem glicocorticoide oral (prednisona ou prednisolona), Rituximabe, Micofenolato de mofetila e Azatioprina, onde objetivo das medicações é de realizar imunomodulação da paciente. Potenciais efeitos colaterais destas medicações incluem infecções, leucopenia e hepatoxicidade. Hipertensão, osteoporose e síndrome de Cushing são relacionados ao uso de glicocorticoide oral por tempo prolongado. 4. O prognóstico é variável, dependendo de alguns fatores que incluem: presença de anticorpo AQP4, onde pacientes com AQP4 positivo tendem a ter um curso mais grave da doença, com maior risco de recaídas e incapacidade; Ataques graves com sequelas neurológicas estão associados a um pior prognóstico; pacientes que respondem bem ao tratamento de manutenção têm um melhor prognóstico a longo prazo. As medidas de acompanhamento incluem avaliações neurológicas periódicas, exames de imagem como RNM de crânio e medula espinhal para avaliar a atividade da doença e a resposta ao tratamento. Além do monitoramento dos níveis de anticorpo AQP4 e função hepática e renal dos pacientes.

014 – MÉDICO PEDIATRA PLANTONISTA

1. A avaliação inicial deve ser rápida e focada, seguindo os passos: Prover Calor: Colocar o recém-nascido sob fonte de calor radiante para prevenir a hipotermia. A seguir, secar o corpo e a região da fontanela, desprezar os campos úmidos e se possível, colocar touca. Posicionar a Cabeça: Posicionar a cabeça em leve extensão para facilitar a permeabilidade das vias aéreas. Aspirar Boca e Nariz (se necessário): Se houver obstrução de vias aéreas, aspirar suavemente a boca e o nariz com sonda de aspiração. Avaliar a Resposta: Reavaliar a respiração, frequência cardíaca e coloração após os passos iniciais.
2. A VPP é indicada se o recém-nascido apresenta apneia, respiração irregular ou gasping, ou se a frequência cardíaca está abaixo de 100 bpm, mesmo após os passos iniciais, como demonstrado no caso clínico. Deve-se iniciar a VPP com ar ambiente (21% de FiO2). Se após 30 segundos de VPP efetiva a frequência cardíaca permanecer abaixo de 100 bpm, aumentar a FiO2 em incrementos de 10% a cada 30 segundos até atingir uma frequência cardíaca acima de 100 bpm. Monitorar a saturação de oxigênio e ajustar a FiO2 para manter a saturação na faixa alvo de acordo com a idade gestacional e o tempo de vida.
3. A massagem cardíaca é indicada se, após 30 segundos de VPP efetiva com FiO2 adequada, a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm. A técnica de compressão torácica envolve o uso de dois polegares sobre o terço inferior do esterno, com os dedos envolvendo o tórax e apoiando as costas do bebê, com relação compressão-ventilação é de 3:1, com 90 compressões e 30 ventilações por minuto. A massagem cardíaca deve ser coordenada com a

VPP, garantindo ventilações adequadas entre as compressões, se deve reavaliar a frequência cardíaca a cada 30 segundos.
4. A adrenalina é indicada se, após 60 segundos de massagem cardíaca coordenada com VPP, a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm. A via preferencial é a intravenosa (acesso umbilical), na dose de 0,01 a 0,03 mg/kg, podendo ser repetida a cada 3-5 minutos. Na impossibilidade de acesso venoso rápido, pode ser administrada pela via endotraqueal (dose 0,05 a 0,1 mg/kg).

015 – MÉDICO PSIQUIATRA

Diagnóstico principal: esquizofrenia.

Afeta cerca de 1% da população mundial, não havendo predileção por sexo. Raramente ocorre na infância.

Fatores de risco: uso de substâncias, predisposição genética, infecções no cérebro.

O tratamento é realizado através de suporte ao paciente e aos familiares, através de equipe multidisciplinar, medicamentos antipsicóticos, reabilitação, psicoterapia, antidepressivos, ansiolíticos a depender do caso.

Diagnósticos diferenciais no caso:

Transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas.

Transtorno esquizoafetivo.

Transtorno esquizofreniforme e transtorno psicótico breve.

Transtorno delirante.

Transtorno da personalidade esquizotípica.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal.

O prognóstico é pior nos homens que nas mulheres. Melhor prognóstico para quem tem início súbito de sintomas, início da doença com idade mais avançada, presença de poucos sintomas negativos, período de tempo mais curto entre o 1° episódio psicótico e o início do tratamento. Pior prognóstico para sintomas iniciando em mais jovens, histórico familiar, muitos sintomas negativos, início de tratamento em período longo desde os 1° sintomas.

016 – MÉDICO PSIQUIATRA INFANTIL

Principal hipótese diagnóstica: transtorno afetivo bipolar, fase aguda, mania.
Diagnóstico diferenciais: TDAH, esquizofrenia, uso de substâncias, transtorno ansioso generalizado
Comorbidade: TDAH tipo hiperativo.
Em relação ao SNC: córtex pré-frontal e sistema límbico – amígdala em especial

Psicofármacos: antipsicóticos atípicos, em especial Risperidona. Associar metilfenidato após estabilização do quadro de humor, com cautela ou TCC.

017 – MÉDICO RADIOLOGISTA

A - Principais achados ultrassonográficos abdominais que se espera encontrar no modo B: fígado com aumento relativo dos lobos caudado e esquerdo, contorno irregular, ecotextura finamente heterogênea. Aumento do calibre da veia porta. Esplenomegalia e ascite.
B - Principais achados ultrassonográficos abdominais que se espera encontrar ao Doppler colorido do sistema porta: veias hepáticas com fluxo bifásico ou monofásico; em alguns casos ainda trifásico; veia porta com calibre aumentado, fluxo hepatofugal e redução da velocidade máxima (velocidade máxima menor do que de 20cm/s; artéria hepática preservada. Colaterais hilo hepático/esplênico/ junto à cárdia.
C - Duas possíveis etiologias para hipertensão portal sinusoidal e pós-sinusoidal:

Causas de hipertensão portal sinusoidal: cirrose, hepatites virais, doença hepática infiltrativa, hipertensão portal idiopática.

Causas de hipertensão pós-sinusoidal: Síndrome de Budd-Chiari, insuficiência cardíaca congestiva e pericardite constritiva.

D - Achados normais no sistema porta do paciente saudável: veia porta com calibre de até 12mm, fluxo hepatopetal e velocidade máxima de 20-40 cm/s; artéria hepática com calibre e fluxo normais e veias hepáticas com fluxo trifásico. Ausência de colaterais.

018 – MÉDICO REGULADOR INTERVENCIONISTA SAMU

Atribuições Gerais:
I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;
Os serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU 192
II - ser polivalente na utilização dos recursos;
III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;
IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;
V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais eqüitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;
VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;

VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;
VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;
IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;
X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Policia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;
XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;
XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações. (BRASIL, 2004a).

Atribuições específicas
I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;
II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;
III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário;
IV - discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;
V - hierarquizar necessidades;
VI - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;
VII - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;
VIII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;
IX - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;
X - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;
XI - permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;

XII - constituir-se em “observatório privilegiado da saúde e do sistema”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;
XIII - respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente. (BRASIL,
2004a).

019 – MÉDICO REUMATOLOGISTA

Sim; por causa dos fatores de risco para Osteoporose: Mulher caucasiana, IMC<19, tabagista, já na menopausa, HF de fratura osteoporótica. Densitometria óssea, Hemograma, Uréia, Creatinina, TSH, Hepatograma, 25-OH-Vitamina D, RX da coluna em perfil ou VFA (para afastar fratura pode ser, mas também não precisa inicialmente). 2-Osteopenia Densitométrica (ou baixa massa óssea); controle dietético como atividade física de carga, avaliação laboratorial da Vitamina D para indicar ou não suplementação, avaliação da dieta de cálcio para indicar ou não suplementação também. 3- Fêmur Total: T-Score: -1,9 (massa: 0,773g/cm2); L1-L4: T-Score: -1,9 (massa: 0,946g/cm2); Crítica: No exame do Fêmur tem um corpo estranho na imagem, arredondado, atrapalhando o resultado (uma prótese de Silicone); Orientação: repetir o exame avaliando rádio distal (33%).