

Questão 1

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: primária. Tipo de atendimento: ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade possui a seguinte infraestrutura: ● consultórios; ● laboratório de análises clínicas. DESCRIÇÃO DO CASO Você é um médico atuando em uma UBS e atenderá uma paciente de 28 anos, assintomática, que vai à consulta para orientação sobre alterações em exames laboratoriais solicitados há cerca de 1 mês. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar anamnese; ● interpretar os exames laboratoriais específicos; ● formular e verbalizar a principal hipótese diagnóstica; ● orientar conduta inicial e seguimento mais indicados. ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A PACIENTE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS - Imagem IMPRESSO – RELATÓRIO MÉDICO - Imagem

IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS

Nome: Maria Aparecida
Data de nascimento: 15 de fevereiro de 1998

Data de realização do exame: 10 de março de 2026

Material – Sangue	Valores de Referência
Hemácias.....4,85	4,32 a 5,66 milhões/mm ³
Hemoglobina.....13,8	13,3 a 16,7 g/dL
Hematócrito.....40,6	39,0 a 50,0%
VCM.....87,8	80,0 a 100 fl
HCM.....30,6	27,3 a 32,6 pg
CHCM.....34,8	31,0 a 37,0 g/dL
RDW.....13,0	10,0 a 15,0 %

Observação: hemácias normocíticas e normocrômicas.

Leucócitos.....8.370	3.700 a 9.500 mm ³
Bastões.....2,0% 167,4	581 a 968 mm ³
Segmentados.....70 % 5.859	1.700 a 6.100 mm ³
Eosinófilos.....2,0 % 167,4	30 a 460 mm ³
Basófilos.....0,6% 50,22	000 a 130 mm ³
Linfócitos.....19,4% 1.623,78	1.000 a 3.200 mm ³
Monócitos.....6,0% 502,2	200 a 920 mm ³
Plaquetas contagem.....234.000	150.000 a 450.000 mm ³
Triglicerídeos.....254 mg/dL	< 150 mg/dL
HDL-Colesterol.....32 mg/dL	> 40 mg/dL
Colesterol Total.....175 mg/dL	< 190 mg/dL
LDL-Colesterol.....122 mg/dL	< 130 mg/dL
Glicemia de Jejum.....124mg/dL	70 – 99 mg/dL
HbA1C.....5,4%	< 5,7%
Ureia.....22 mg/dL	15 – 45 mg/dL
Creatinina.....0,7 mg/dL	0,6 – 1,2 mg/dL
TGO (AST).....25 U/L	< 37 U/L
TGP (ALT).....34 U/L	< 41 U/L

Data de realização do exame: 10 de abril de 2026
Glicemia de Jejum.....123mg/dL

Valores de Referência
70 – 99 mg/dL

Data de realização do exame: 10 de abril de 2026
TTGO-1H.....150 mg/dL

Valores de Referência
< 155 mg/dL

IMPRESSO – RELATÓRIO MÉDICO

Maria Aparecida, 28 anos, acompanhada no ambulatório de ginecologia desta UBS há cerca de 4 anos por síndrome dos ovários policísticos, apresentou alteração no perfil glicêmico em exame realizado há cerca de 2 meses e repetido há cerca de 1 mês, conforme resultado anexado. Encaminhado para avaliação do profissional da clínica médica.

Encontra-se assintomática, em bom estado geral e sem alterações no exame físico geral realizado há 1 semana, exceto peso corporal aumentado.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

Altura: 1,60 m.

Peso: 71 kg.

IMC: 27,7kg/m².

Circunferência abdominal: 90 cm.

Quando aplicada escala de risco de FINDRISK, obteve-se escore = 10.

Atenciosamente.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Duas glicemias de jejum consecutivas em faixa intermediária - 124 e 123 mg/dL - em uma mulher jovem, assintomática, com síndrome dos ovários policísticos e história familiar de diabetes: esse quadro define o **pré-diabetes** e nos convoca a agir preventivamente. Esta estação prática avalia nossa capacidade de integrar dados clínicos e laboratoriais, formular o diagnóstico correto e, principalmente, orientar a paciente sobre mudanças de estilo de vida que podem evitar a progressão para diabetes mellitus tipo 2.

Vamos começar pela interpretação dos exames laboratoriais, que é o cerne desta questão. Maria Aparecida apresenta glicemia de jejum de 124 mg/dL em março e 123 mg/dL em abril - ambas as medidas estão acima do valor normal (que seria < 100 mg/dL), mas ainda não alcançam o critério diagnóstico para diabetes (que seria ≥ 126 mg/dL). Esse intervalo entre 100 e 125 mg/dL caracteriza a **glicemia de jejum alterada**, um dos critérios para pré-diabetes. É fundamental ressaltar que temos duas medidas confirmando essa alteração, o que aumenta a confiabilidade do diagnóstico.

Aqui surge uma dúvida comum que pode confundir: mas a *HbA1c* está em 5,4%, que é normal! Como pode ser pré-diabetes? Precisamos entender que existem diferentes métodos diagnósticos para pré-diabe-

tes, e nem todos precisam estar alterados simultaneamente. Os critérios são:

- Glicemia de jejum entre 100-125 mg/dL
- OU TTGO de 2 horas entre 140-199 mg/dL
- OU HbA1c entre 5,7-6,4%

Basta um deles estar alterado em duas ocasiões para confirmarmos o diagnóstico. A HbA1c representa a média glicêmica dos últimos 3 meses e pode estar normal em fases iniciais de disglycemia, sendo **menos sensível** que a glicemia de jejum para detectar alterações precoces.

Agora vamos aos fatores de risco que tornam esse caso ainda mais preocupante e que devemos explorar na anamnese. Nossa paciente tem 28 anos com IMC de 27,7 kg/m² (sobrepeso), síndrome dos ovários policísticos diagnosticada há 4 anos, história familiar positiva (mãe diabética), é sedentária e tem hábitos alimentares inadequados (não come legumes, frutas raras, pouca água). O score de FINDRISK de 10 indica **risco moderado a elevado** para desenvolvimento de diabetes nos próximos 10 anos. A SOP merece destaque especial porque está fortemente associada à resistência insulínica, aumentando significativamente o risco de progressão para DM2 - é inclusive um dos critérios de rastreamento para diabetes.

Na anamnese, precisamos investigar sintomas clássicos de hiperglicemia - poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso inexplicada - que neste caso estão ausentes, reforçando que não estamos diante de um diabetes estabelecido. Devemos perguntar sobre antecedentes pessoais, história familiar detalhada, hábitos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, etilismo) e uso de medicações. A paciente nos informará que nunca teve glicemia alterada antes, não apresenta sintomas, trabalha como cuidadora de idosos (atividade fisicamente demandante, mas não equivale a **exercício regular estruturado**), engordou recentemente e tem pressão arterial normal.

Chegamos então ao diagnóstico principal. A banca aceita diversos termos como corretos: "pré-diabetes", "disglycemia", "hiperglicemia leve", "glicemia de jejum alterada" ou "hiperglicemia intermediária". Todos esses são sinônimos válidos e demonstram que compreendemos tratar-se de um **estado intermediário** entre normalidade e diabetes. O termo mais utilizado na prática clínica e nas diretrizes brasileiras é pré-diabetes, especificamente do tipo glicemia de jejum alterada.

A conduta inicial para pré-diabetes é baseada em mudança de estilo de vida, que deve ser detalhada e com metas específicas. Não basta apenas dizer "dieta e exercício" - precisamos orientar: perda de 5 a 7% do peso atual (no caso de Maria, isso significa perder cerca de 3,5 a 5 kg dos

seus 71 kg), adoção de dieta saudável com aumento do consumo de verduras, legumes e proteínas magras, redução da ingestão de gordura saturada e carnes vermelhas, e prática de atividade física regular totalizando **150 minutos por semana** de exercício moderado (pode ser dividido em 30 minutos, 5 vezes por semana). Estudos como o *Diabetes Prevention Program* demonstraram que essas medidas podem reduzir em até 58% o risco de progressão para diabetes.

O seguimento é fundamental e não pode ser esquecido. Devemos orientar reavaliação periódica com dosagens glicêmicas (glicemia de jejum e/ou *HbA1c*) para monitorar se houve progressão para diabetes ou se as medidas de estilo de vida foram efetivas. A periodicidade geralmente é anual para pacientes com pré-diabetes, mas pode ser semestral se houver múltiplos fatores de risco como neste caso. Também devemos reforçar a importância do acompanhamento da *SOP* com o ginecologista e do controle de outros **fatores de risco cardiovascular**.

Segundo o padrão esperado de procedimento da banca, os elementos essenciais para pontuação completa incluem: apresentação adequada, identificação da paciente, anamnese direcionada (sintomas de hiperglicemia, antecedentes, história familiar, hábitos de vida), interpretação correta dos dados antropométricos e do score *FINDRISK*, formulação da hipótese diagnóstica usando um dos termos aceitos, proposta de *MEV* detalhada com metas específicas de perda de peso, dieta e exercício, e orientação sobre seguimento. A chave para o sucesso nesta estação é a **completude e o detalhamento** das orientações, demonstrando que sabemos não apenas diagnosticar, mas principalmente manejar preventivamente o pré-diabetes.

Visão do aprovado

A chave para pontuar bem nesta estação está em reconhecer rapidamente a faixa diagnóstica - glicemias de jejum entre 100 e 125 mg/dL definem pré-diabetes, independentemente da *HbA1c* estar normal. Muitos candidatos perdem pontos por ficarem confusos com a *HbA1c* de 5,4%, mas basta um critério alterado (glicemia de jejum, *TTGO* ou *HbA1c*) confirmado em duas ocasiões para fecharmos o diagnóstico. A armadilha clássica é diagnosticar diabetes por ver "glicemia alterada" sem atentar para o **limiar de 126 mg/dL**, ou considerar tudo normal por a *HbA1c* estar dentro da referência.

Nas provas de residência, o tema rastreamento de diabetes aparece com frequência e vale reforçar que esta paciente se enquadra em múltiplos critérios simultaneamente: síndrome dos ovários policísticos isoladamente já indica rastreio, mas ela também tem *IMC* maior que 25 kg/m² associado a sedentarismo, história familiar de primeiro grau e dislipi-

demia. Esse padrão de questão com paciente jovem, *SOP* e disglícemia é recorrente, justamente porque integra **ginecologia, endocrinologia e medicina preventiva**. O *FINDRISK* com score 10 costuma ser mencionado para reforçar o risco moderado a elevado, mas não é necessário para o diagnóstico.

Em estações práticas de pré-diabetes, o diferencial entre candidatos medianos e bem pontuados está na especificidade das orientações de mudança de estilo de vida. Não basta dizer "perca peso e faça exercícios" - devemos verbalizar **metas numéricas concretas**: perder 5 a 7% do peso atual, totalizar 150 minutos semanais de atividade moderada, detalhar a dieta. Outro erro frequente é esquecer de investigar ativamente os sintomas clássicos de hiperglicemia na anamnese, mesmo sabendo que a paciente é assintomática, pois a banca avalia se você conhece a apresentação clínica completa do diabetes e sabe diferenciá-la do pré-diabetes.

Questão 2

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: terciária. Tipo de atendimento: urgência e emergência. A unidade possui a seguinte infraestrutura: ● setor de radiologia convencional e ultrassonografia; ● laboratório de análises clínicas; ● leitos de internação. DESCRIÇÃO DO CASO Durante seu plantão, você recebe uma paciente de 30 anos que apresenta queixa de dor forte em região abdominal, com quadro de náuseas e de vômitos. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar anamnese; ● solicitar e interpretar o exame físico da paciente; ● solicitar e interpretar exames laboratoriais; ● solicitar e interpretar exames complementares pertinentes ao caso; ● formular e verbalizar a hipótese diagnóstica definitiva; ● orientar tratamento inicial e tratamento definitivo. ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A PACIENTE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO – EXAME FÍSICO - Imagem IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS - Imagem IMPRESSO – ULTRASSOM DE ABDOME - Imagem

IMPRESSO – EXAME FÍSICO

Paciente em regular estado geral, desidratada ++/4+, normocorada, acianótica, anictérica.

SINAIS VITAIS

Frequência cardíaca: 104 bpm.

Pressão arterial: 110 x 70 mmHg.

Frequência respiratória: 24 irpm.

Temperatura axilar: 37,8 °C.

IMC: 27 kg/m².

Abdome: levemente distendido, ruídos hidroaéreos normoativos. Dor à palpação profunda em hipocôndrio direito; demais quadrantes do abdome indolores. Interrupção da inspiração profunda à palpação do ponto cístico. Sem sinais de dor à descompressão.

Aparelhos respiratório e cardiovascular: sem anormalidades.

OLHE PARA A CÂMERA E DESCREVA OS ACHADOS ANORMAIS DO EXAME FÍSICO.

IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS

Nome: Cláudia Monteiro

Data de nascimento: 03 de janeiro de 1996

Material — Sangue

Valor de Referência

Hemoglobina (Hb).....	14,8 g/dL	13,0 – 17,0 g/dL
Hematócrito (Hct).....	44,2%	40 – 50%
Leucócitos.....	16.500/mm ³	4.000 – 11.000/mm ³
Plaquetas.....	240.000/mm ³	150.000 – 450.000/mm ³
Proteína C reativa.....	76 mg/L	< 5 mg/L
Bilirrubinas totais.....	1,0 mg/dL	0,3 a 1,0 mg/dL
Bilirrubina direta.....	0,3 mg/dL	0,1 a 0,3 mg/dL
Aspartato aminotransferase (AST).....	42 U/L	< 35 U/L
Alanino aminotransferase (ALT).....	38 U/L	< 35 U/L
Fosfatase alcalina.....	110 U/L	30 a 120 U/L
GamaGT.....	36 U/L	1 a 94 U/L
Amilase.....	90 U/L	60 – 180 U/L
Lipase.....	34 U/L	< 160 U/L

OLHE PARA A CÂMERA E DESCREVA OS ACHADOS ANORMAIS DOS EXAMES LABORATORIAIS.

IMPRESSO – ULTRASSOM DE ABDOME

Fígado de dimensões normais, contornos regulares, parênquima homogêneo. Vesícula biliar distendida, apresentando múltiplos cálculos móveis em seu interior e um cálculo impactado no infundíbulo. Parede da vesícula medindo 5,5 mm, com líquido pericolecístico. Colédoco de 4 mm. Sem dilatação de vias biliares intra-hepáticas.

OLHE PARA A CÂMERA E DESCREVA OS ACHADOS ANORMAIS DO ULTRASSOM DE ABDOME.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Mulher de 30 anos chega ao pronto-socorro com dor intensa em hipocôndrio direito há 12 horas, que começou logo após comer pizza de

calabresa e vem acompanhada de náuseas, vômitos e febre — nossa primeira missão aqui é diferenciar uma **colelitíase simples de uma colecistite aguda**, porque ambas cursam com dor pós-prandial gorduroso, mas o tratamento e a urgência são completamente diferentes.

Vamos começar pela anamnese, que precisa ser dirigida e objetiva. Queremos saber as características da dor: localização (ela já mencionou hipocôndrio direito), irradiação (perguntamos e ela confirma que vai para o ombro direito — isso é clássico de via biliar!), tipo (em cólica), intensidade (forte), duração (12 horas — isso já é prolongado), fatores desencadeantes (pizza de calabresa, refeição gordurosa), sintomas associados (náuseas e 3 episódios de vômitos). Também precisamos perguntar sobre febre (ela não aferiu, mas vamos verificar no exame físico), histórico de episódios semelhantes, comorbidades e medicações em uso (ela usa apenas **anticoncepcional oral**).

Antes de fechar o diagnóstico, precisamos considerar outros diagnósticos a serem descartados na anamnese e no exame físico. Em uma mulher jovem com dor em hipocôndrio direito, devemos pensar em:

- *apendicite retrocecal* (mas aqui o sinal de Murphy seria negativo e a dor classicamente seria migratória da região periumbilical para fossa ilíaca direita, não relacionada com alimentação gordurosa)
- *pielonefrite* (que cursaria com sinal de Giordano positivo no exame físico, disúria e sintomas urinários baixos)
- *úlcera péptica perfurada* (que apresentaria pneumoperitônio ao raio-X simples de abdome e peritonite difusa com abdome em tábua)

Os achados do nosso caso não se encaixam nesses diagnósticos.

Agora, no exame físico que solicitamos, encontramos dados fundamentais: paciente desidratada ++/4+ (pelos vômitos), taquicárdica (FC 104 bpm — compensação pela desidratação), febril (Tax 37,8°C — não é uma febre alta, mas já indica processo inflamatório), e o achado mais importante: **sinal de Murphy positivo** (interrupção da inspiração profunda à palpação do ponto cístico). Esse sinal tem alta especificidade para colecistite aguda e praticamente fecha nosso diagnóstico quando associado ao quadro clínico.

Partimos então para os exames laboratoriais. Devemos solicitar: *hemograma completo, PCR e/ou VHS* (marcadores inflamatórios), *amilase e lipase* (para descartar pancreatite), *transaminases* (TGO e TGP), *bilirrubinas* (total e frações), *fosfatase alcalina e gamaGT* (para avaliar colestase). Quando interpretamos os resultados, encontramos leucocitose de 16.500/mm³ (valor de referência: 4.000-11.000/mm³) e PCR de 76 mg/L (valor de referência: <5 mg/L). Aqui está um ponto crucial: a leucocitose

com desvio à esquerda e o PCR significativamente elevado confirmam um processo inflamatório agudo. Segundo os **Crítérios de Tóquio**, valores de PCR >50 mg/L têm sensibilidade de aproximadamente 80% para colecistite aguda, e nossa paciente está com 76 mg/L — bem acima do ponto de corte. Isso diferencia nossa paciente de uma colelitíase simples, que cursaria com exames laboratoriais normais.

O exame de imagem de escolha é a *ultrassonografia de abdome* (podemos pedir como USG de abdome superior, de fígado ou de vias biliares — todos são aceitos). Os achados ultrassonográficos são definidores: vesícula biliar distendida com múltiplos cálculos móveis em seu interior, um cálculo impactado no infundíbulo (obstruindo a saída da bile), espessamento da parede da vesícula medindo 5,5 mm (normal até 3 mm), e líquido pericolecístico (sinal de inflamação transmural). Essa **tríade — cálculo impactado, espessamento de parede e líquido pericolecístico** — fecha o diagnóstico de colecistite aguda pelos Critérios de Tóquio.

Com todos esses dados, formulamos a hipótese diagnóstica definitiva de **colecistite aguda calculosa**. Agora precisamos verbalizar o tratamento, que tem dois componentes: tratamento inicial (suporte clínico) e tratamento definitivo (cirúrgico).

O tratamento inicial consiste em: internação hospitalar, jejum absoluto (para repouso da vesícula biliar), analgesia (podemos usar dipirona, anti-inflamatórios não esteroidais ou até opioides se necessário), hidratação venosa (nossa paciente está desidratada ++/4+), e *antibioticoterapia empírica*. Sobre os antibióticos, precisamos ser específicos: o esquema deve cobrir enterobactérias gram-negativas e anaeróbios. As opções incluem: **ceftriaxone 1-2g/dia endovenoso associado a metronidazol 500mg 8/8h**, ou piperacilina-tazobactam 4,5g 8/8h em monoterapia (essa é uma excelente opção porque já cobre gram-negativos e anaeróbios). Em pacientes mais graves ou com fatores de risco para germes multirresistentes, consideraríamos carbapenêmicos (meropenem ou imipenem).

O tratamento definitivo é a *colecistectomia*. E aqui vem um detalhe importantíssimo que muitos candidatos esquecem de mencionar: o timing cirúrgico. Em colecistite aguda não complicada, como é o caso da nossa paciente, a cirurgia deve ser realizada precocemente, idealmente **dentro de 48 a 72 horas do início dos sintomas**. Esse timing precoce está associado a menores taxas de complicações e conversão para cirurgia aberta. Devemos orientar a paciente sobre a necessidade de cirurgia para retirada da vesícula biliar (colecistectomia) nesse período.

Para pontuar adequadamente nessa estação de OSCE, o candidato deve: apresentar-se adequadamente, realizar anamnese dirigida completa, solicitar e interpretar corretamente o exame físico (identificando Murphy, febre, taquicardia e desidratação), solicitar os exames laboratoriais pertinentes e interpretar as alterações (leucocitose e PCR elevado com seus respectivos valores de referência), solicitar e interpretar o USG (identificando todos os achados: cálculos, cálculo impactado, espessamento de parede e líquido pericolecístico), verbalizar o diagnóstico de colecistite aguda, e orientar o tratamento completo — internação, jejum, analgesia, hidratação, antibioticoterapia (idealmente especificando esquemas) e colecistectomia em 48-72 horas. São muitos pontos a cobrir em 10 minutos, então **a organização mental e a objetividade são fundamentais!**

Visão do aprovado

Nas estações de OSCE sobre dor abdominal aguda, especialmente em contexto de urgência, temos que ter uma **checklist mental clara** para não perder pontos por esquecimento nos 10 minutos disponíveis. O grande diferencial entre colelitíase simples e colecistite aguda está nos marcadores inflamatórios e no sinal de Murphy — paciente com cólica biliar típica mas sem febre, sem leucocitose e Murphy negativo provavelmente tem apenas cálculo, não inflamação. Quando verbalizamos os exames laboratoriais, precisamos sempre citar os valores de referência junto com o resultado encontrado, porque isso demonstra capacidade de interpretação crítica e não apenas leitura mecânica do impresso.

A principal armadilha nesse tipo de questão é focar tanto na anamnese e no diagnóstico que esquecemos de detalhar o tratamento completo. Muitos candidatos mencionam "antibiótico e cirurgia" de forma genérica e perdem pontos valiosos por não especificar o **timing cirúrgico de 48 a 72 horas** — esse detalhe costuma estar explícito no padrão de resposta esperado. Outro erro frequente é solicitar exames de imagem inadequados ou esquecer de interpretar todos os achados ultrasonográficos, especialmente o líquido pericolecístico e o espessamento de parede, que são critérios diagnósticos objetivos.

Quando comparamos com questões teóricas sobre colecistite, vemos um padrão de cobrança voltado para situações especiais de manejo. Em pacientes graves ou com alto risco cirúrgico, como idosos em choque séptico ou com múltiplas comorbidades descompensadas, a **colecistostomia percutânea guiada por imagem** resolve a urgência sem submeter o paciente a uma cirurgia de alto risco — isso aparece em provas como alternativa à colecistectomia imediata, e costuma confundir quem decora que "colecistite é sempre cirurgia".

A organização temporal na estação é crítica: apresentação e rapport inicial devem tomar no máximo 30 segundos, anamnese dirigida 3 a 4 minutos, solicitação e interpretação de exame físico 1 minuto, exames complementares 2 minutos, diagnóstico verbalizado de forma clara 30 segundos, e os últimos 2 a 3 minutos para detalhar tratamento inicial e definitivo com todos os componentes. **Treinar essa distribuição temporal** evita atropelos e garante que todos os itens do checklist sejam cumpridos.

Questão 3

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: secundária. Tipo de atendimento: urgência e emergência em um hospital regional. A unidade possui a seguinte infraestrutura: • consultórios médicos; • salas de observação (amarela e vermelha); • alas de internação; • laboratório para processamento de exames de sangue; • aparelhos de radiologia básica (radiografia, ultrassonografia e tomografia). DESCRIÇÃO DO CASO Você está atuando em uma unidade de pronto-atendimento de um hospital regional e atenderá um menino de 2 anos que foi trazido pelo SAMU para avaliação acompanhado de sua mãe. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar propedêutica clínica focada na queixa principal relatada pela mãe do paciente; ● formular e verbalizar a(s) hipótese(s) diagnóstica(s); ● solicitar exame(s) complementar(es), se necessário(s); ● formular e verbalizar a conduta após a estabilização do paciente; ● dar orientações à mãe. ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A MÃE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO – EXAME FÍSICO - Imagem IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS - Imagem

IMPRESSO – EXAME FÍSICO

Paciente: João da Silva, 2 anos e 9 meses.

Paciente em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, febril, eupneico, sem desconforto respiratório, ativo, reativo, calmo e colaborativo, com escala de coma de Glasgow 15.

SINAIS VITAIS

Peso: 14 kg.

Estatura: 94 cm.

Frequência cardíaca: 112 bpm.

Pressão arterial: 90 x 60 mmHg.

Frequência respiratória: 22 irpm.

Temperatura axilar: 38,9 °C.

Aparelho cardiovascular: bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos, sem sopros, com pulsos cheios e simétricos.

Aparelho respiratório: murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor a toque e palpação, sem visceromegalias, Bloomberg negativo, Giordano negativo.

Genitália: sem fimose, testículos tópicos.

Membros: sem edemas, boa perfusão periférica, tempo de enchimento capilar < 2 segundos.

Sistema nervoso: sem alterações, sem déficit neurológico, com nuca livre, Kernig negativo, Brudzinski negativo.

Pele e anexos: sem alterações.

Otosopia: hiperemia intensa do canal auditivo à direita, com membrana timpânica avermelhada e abaulada. Canal auditivo esquerdo sem alterações.

Oroscopia: sem alterações, exceto coriza hialina e hiperemia de cornetos nasais.

IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS

Nome: João da Silva

Idade: 2 anos e 9 meses

HEMOGRAMA

Exame	Valor de referência
Eritrócitos.....	3,70 – 5,30 milhões/ μ L
Hemoglobina.....	10,50 – 13,50 g/dL
Hematócrito.....	33 – 39%
VCM.....	70 – 86 fL
HCM.....	23 – 31 pg
CHCM.....	30 – 36 g/dL
RDW.....	12,20 – 17,70%

Observação série vermelha: hipocromia; microcitose; aniso.

Exame	Valor de referência
LEUCÓCITOS.....	6 – 17 mil/mm ³
Bastonete neutrófilo.....	0,0% 0 – 0%
Observação sobre bastonete neutrófilo: adultos até 10% dos neutro. RN até 10 – 15% leuco.	
Segmentado neutrófilo.....	34,0% 15,80 – 71,40%
Linfócito.....	57,0% 17,60 – 73,00%
Monócito.....	1,21 9,0% 4,60 – 12,10%
Eosinófilo.....	0,0 0,20 – 8,50%
Basófilo.....	0,0 0,40 – 1,30%

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

A crise convulsiva em uma criança pequena é uma das situações que mais assusta os pais e mobiliza recursos de emergência, como aconteceu com João, de 2 anos e 9 meses, trazido pelo SAMU após convulsionar por 5 minutos em casa. Esta estação prática exige que façamos uma avaliação completa em 10 minutos, construindo o raciocínio

clínico de forma estruturada: realizar anamnese focada, verbalizar o exame físico, formular hipóteses diagnósticas, decidir sobre exames complementares, definir a conduta e orientar adequadamente a família.

Quando recebemos uma criança que convulsionou, precisamos primeiro estabilizá-la — mas João já chegou estável, em pós-ictal, então nosso foco inicial é construir a história. A anamnese deve caracterizar detalhadamente a crise: tipo (tônico-clônica generalizada), duração (5 minutos), se houve perda de consciência (sim), se já recuperou (sim, está ativo e colaborativo com Glasgow 15). Depois investigamos o contexto: ele tem febre? Sim, está com 38,9°C. Tinha sintomas prévios? Sim, coriza há 2 dias e passou a manhã coçando o ouvido direito, o que já nos faz pensar em infecção de vias aéreas superiores com possível otite. Antecedentes pessoais? Criança saudável, vacinação em dia. Antecedentes familiares? O pai teve crise semelhante aos 4 anos — isso **reforça nossa hipótese**.

No exame físico verbalizado, vamos encontrar uma criança em bom estado geral, febril, mas o mais importante: o exame neurológico está completamente normal (sem déficits focais, Kernig e Brudzinski negativos, nuca livre) e a otoscopia revela **hiperemia intensa do canal auditivo direito com membrana timpânica avermelhada e abaulada** — achado clássico de otite média aguda. Aqui está o foco febril que procurávamos. A otoscopia também mostra coriza hialina e hiperemia de cornetos, confirmando o quadro de IVAS.

Com esses dados, formulamos nossas hipóteses diagnósticas: (1) convulsão febril simples e (2) otite média aguda. Vamos revisar os critérios para ter certeza: convulsão febril simples ocorre em crianças entre 6 meses e 5 anos (João tem 2 anos e 9 meses ✓), é uma crise tônico-clônica generalizada (✓), dura menos de 15 minutos (5 minutos ✓), não se repete nas primeiras 24 horas (✓), tem recuperação completa e rápida (Glasgow 15, ativo ✓), e acontece em vigência de febre com foco infeccioso identificável (otite ✓). **Todos os critérios estão presentes**, então não se trata de uma convulsão febril complexa nem de uma epilepsia.

Agora vem uma decisão crítica que muitos candidatos erram: devemos solicitar exames complementares? A resposta é não. **Na convulsão febril simples, não há indicação** de tomografia de crânio, eletroencefalograma ou punção lombar. Esses exames seriam normais e só gerariam ansiedade aos pais, custos desnecessários e possíveis riscos (especialmente a punção lombar). A punção líquórica deve ser considerada em crianças menores de 12 meses, naquelas que não se recuperam completamente da crise ou que apresentam sinais meníngeos — nada disso se aplica a João. Se o caso oferecesse os exames laboratoriais

(como o impresso mostra hemograma com discreta anemia), podemos interpretá-los, mas não precisamos solicitá-los ativamente.

O manejo imediato consiste em tratar o foco febril e observar a criança. Para a otite média aguda em criança de 2 anos com quadro franco (membrana abaulada), prescrevemos amoxicilina 50 mg/kg/dia dividida em 3 doses por 7-10 dias. Mantemos antitérmico se necessário (dipirona ou paracetamol). Outro erro frequente: **NÃO devemos prescrever anticonvulsivante profilático** como fenobarbital ou ácido valproico. A convulsão febril simples é um quadro benigno, autolimitado, com risco de recorrência relativamente baixo (cerca de 30%), e os riscos dos anticonvulsivantes superam qualquer benefício nesse cenário. Anticonvulsivantes são indicados apenas se houver diagnóstico de epilepsia, o que não é o caso.

Após algumas horas de observação clínica para garantir que a criança está estável e não apresentará nova crise, podemos dar alta hospitalar. As orientações à mãe são fundamentais e fazem parte da pontuação: explicamos que a convulsão febril simples é um quadro benigno, relativamente comum na faixa etária de João, que não deixa sequelas neurológicas e não aumenta o risco de epilepsia no futuro. Existe chance de recorrência em episódios febris futuros (cerca de 30%), mas isso não muda o prognóstico. Orientamos sobre o tratamento adequado da febre em casa, alertamos para sinais de gravidade que exigiriam retorno imediato (nova crise prolongada, rebaixamento do nível de consciência, vômitos persistentes, recusa alimentar importante) e garantimos **seguimento ambulatorial com pediatra** para reavaliação da otite e do desenvolvimento neuropsicomotor.

Para pontuar integralmente nesta estação, a banca espera que demonstremos: apresentação adequada, anamnese completa caracterizando a crise e buscando o foco febril, verbalização do exame físico com ênfase no neurológico e na otoscopia, formulação correta das hipóteses diagnósticas (os termos aceitos são "convulsão febril simples" ou apenas "convulsão febril" para a primeira hipótese, e "otite média aguda", "IVAS" ou "resfriado comum" para a segunda), justificativa clara para não solicitar exames complementares invasivos ou desnecessários, prescrição do tratamento da otite sem incluir anticonvulsivantes, e orientação empática e esclarecedora aos pais. **O grande diferencial está em demonstrar segurança** ao não solicitar exames desnecessários e em tranquilizar a família sobre a natureza benigna do quadro — afinal, eles acabaram de passar por um dos momentos mais assustadores da parentalidade.

Visão do aprovado

O cenário de convulsão febril costuma cair nas provas de R1 testando nossa capacidade de resistir à tentação de investigar demais. As bancas montam casos que trazem todos os elementos clássicos — criança entre 6 meses e 5 anos, crise tônico-clônica generalizada breve, recuperação completa, foco infeccioso evidente — mas incluem detalhes que geram insegurança, como a sonolência pós-ictal ou o fato de a criança ter chegado de SAMU. **A armadilha está justamente em confundir** esse período pós-ictal normal com rebaixamento patológico que exigiria punção lombar. Nas questões anteriores vemos esse padrão se repetir: a criança está sonolenta após a crise, mas com Glasgow 15, sem rigidez de nuca, sem sinais meníngeos, e a banca espera que identifiquemos isso como recuperação fisiológica, não como indicação de investigação.

Outro erro recorrente que aparece em todas as questões é prescrever *fenobarbital* ou outro anticonvulsivante profilático. As provas testam se sabemos que convulsão febril simples não é epilepsia e não deve ser tratada com medicação de manutenção, já que os riscos superam qualquer benefício nesse contexto benigno. Da mesma forma, solicitar tomografia de crânio ou eletroencefalograma são distratores clássicos que não acrescentam nada ao manejo. **Vale lembrar que a punção lombar é dispensável** em crianças acima de 12 meses sem sinais meníngeos, então a idade é um dado crítico para decidir rápido.

O formato de cobrança mais comum traz a criança já estabilizada, em pós-ictal, exigindo que formulemos diagnóstico e conduta após o evento. Menos frequente, mas também cobrado, é o atendimento da crise epiléptica ainda ativa na sala de emergência, situação em que *benzodiazepínico* endovenoso é primeira linha, independentemente de ser convulsão febril ou epilepsia. **Identificar qual cenário estamos vivendo** nos primeiros segundos de leitura evita confusão entre protocolo de crise aguda versus orientação pós-crise. Por fim, a questão costuma oferecer como distrator a internação para observação prolongada, quando na verdade devemos dar alta após breve observação, focando no tratamento do foco infeccioso e na orientação tranquilizadora aos pais sobre a natureza benigna e autolimitada do quadro.

Questão 4

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: primária. Tipo de atendimento: ambulatorial. A unidade apresenta a seguinte infraestrutura: ● consultório. DESCRIÇÃO DO CASO Você está atuando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e atenderá uma mulher de 26 anos, G1P0, com 10 semanas de gestação, que comparece à consulta para mostrar o resultado de exames solicitados por outro médico há 3 dias. Nos 10 minutos

de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar anamnese direcionada à queixa da paciente; ● solicitar exame físico direcionado à queixa da paciente; ● formular e verbalizar a principal hipótese diagnóstica; ● indicar conduta terapêutica inicial; ● preencher o documento adequado, quando pertinente ao caso; ● orientar a paciente quanto a riscos, tratamento e sinais de alerta; ● orientar acompanhamento clínico da paciente. **ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A PACIENTE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO – EXAME FÍSICO GERAL - Imagem IMPRESSO – EXAMES DE URINA - Imagem IMPRESSO – RECEITUÁRIO - Imagem**

IMPRESSO – EXAME FÍSICO GERAL

Paciente em bom estado geral, consciente, orientada, comunicativa, corada, hidratada, afebril.

SINAIS VITAIS

Pressão arterial: 110 mmHg x 70 mmHg.

Frequência cardíaca: 80 batimentos por minuto.

Frequência respiratória: 16 incursões respiratórias por minuto.

Temperatura axilar: 36,6 °C.

Extremidades: sem edemas; pulsos periféricos presentes.

Abdome:

- plano, flácido;
- ruídos hidroaéreos presentes;
- sensibilidade leve à palpação em região suprapúbica;
- sem dor à descompressão brusca;
- útero não palpável ao exame abdominal.

Punho-percussão lombar (Giordano): negativa bilateralmente.

Aparelho geniturinário: sem corrimento vaginal ou sangramento ativo à inspeção externa.

Exame ginecológico: sem alterações.

IMPRESSO – EXAMES DE URINA

Nome: Isaura Martins
Idade: 26 anos

EXAME: SUMÁRIO DE URINA (EAS)

	Valor de referência
Aspecto.....turvo	límpido
Cor.....amarelo	amarelo ou amarelo citrino
Densidade.....1.020	1.002 – 1.030
pH.....6,0	5 – 7

ELEMENTOS ANORMAIS

Leucócitos.....	30 – 40 por campo (↑)	< 5 leucócitos/campo
Hemácias.....	5 – 8 por campo	negativo
Células epiteliais.....	poucas	ausentes
Flora bacteriana.....	aumentada	ausentes
Muco.....	presente (+)	ausente

Testes químicos

Nitrito.....	positivo	negativo
Esterase leucocitária.....	positiva	negativo

EXAME: GRAM DE GOTTA (URINA)

- Presença de bacilos Gram-negativos em grande quantidade
- Leucócitos abundantes
- Ausência de cocos Gram-positivos

EXAME: UROCULTURA

- Crescimento bacteriano: Positivo
- Micro-organismo isolado: *Escherichia coli*
- Contagem: > 100.000 UFC/mL
- Valor de referência: negativo (ausência de crescimento de bactérias)

ANTIBIOGRAMA

Antibiótico	Resultado
Nitrofurantoína	sensível
Cefalexina	sensível
Amoxicilina + clavulanato	sensível
Fosfomicina	resistente
Ciprofloxacino	sensível
Norfloxacino	resistente
Trimetoprim-sulfametoxazol	resistente

IMPRESSO – RECEITUÁRIO

PREENCHA O SEU NOME E CPF DE MODO LEGÍVEL, EM LETRA DE FORMA. PREENCHA ESTE DOCUMENTO COM LETRA LEGÍVEL, INFORMANDO NOME DA DROGA (MEDICAÇÃO), DOSE, POSOLOGIA E TEMPO DE TRATAMENTO. AO CONCLUIR, LEIA EM VOZ ALTA O QUE ESCREVEU. LEVANTE O DOCUMENTO NA VERTICAL E MOSTRE-O PARA O CÂMERA 1. AGUARDE O "OK" DO CÂMERA E DEVOLVA O IMPRESSO AO CHEFE DE ESTAÇÃO.

Nome do Participante:	Número do CPF:
_____	_____

RECEITUÁRIO

NOME DA PACIENTE: ISAURA MARTINS
IDADE: 26 ANOS

_____ mg ,

Tomar 1 comprimido via oral de _____ em _____ horas por _____ dias.

Observação: tomar sempre nos mesmos horários.

Assinado e carimbado digitalmente.

Data: 16 de maio de 2026.

Endereço da paciente: Rua das Gaivotas, nº 3.
Endereço do consultório: Rua Azul, nº 7.

APÓS DEVOLVER O RECEITUÁRIO, CASO NECESSÁRIO, RETOME A INTERAÇÃO COM A PACIENTE.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Uma gestante de 10 semanas retorna à UBS três dias após atendimento por dor abdominal baixa, trazendo consigo resultados de exames de urina. Esta é uma prova prática que avalia nossa capacidade de conduzir um atendimento completo em apenas 10 minutos: desde a anamnese até as orientações finais, passando pelo diagnóstico, prescrição e preenchimento adequado do receituário. O segredo aqui é ser **direcionado e eficiente**, sem perder pontos por esquecer elementos essenciais.

Nossa primeira missão é construir a história clínica de forma direcionada. Ao perguntar sobre a queixa, vamos ouvir que ela está preocupada com os exames porque está grávida. Precisamos investigar sintomas urinários específicos: *dor ao urinar, ardência, dificuldade para urinar, aumento da frequência, sensação de urgência, alteração do cheiro ou cor da urina*. A paciente vai relatar tudo isso - *disúria, polaciúria*, ardência há 4 dias, cheiro forte, urina turva. Mas o ponto crítico que não podemos esquecer é perguntar sobre **febre e dor lombar**. Por quê? Porque precisamos diferenciar cistite (infecção baixa) de pielonefrite (infecção alta), e essa diferenciação muda completamente nossa conduta.

Isaura não teve febre e não tem dor nas costas. Quando solicitamos o exame físico, confirmamos: ela está afebril, com sinais vitais normais, apresenta apenas leve sensibilidade à palpação suprapúbica e o *sinal de Giordano* é negativo bilateralmente. Esses achados, junto com os sintomas, nos levam ao diagnóstico de **cistite** - uma infecção do trato urinário baixo, sem sinais de acometimento renal.

Os exames de urina confirmam nossa suspeita. O *EAS* mostra *leucocitúria* importante (30-40 leucócitos por campo), nitrito positivo (indicando bactérias produtoras de nitrato-redutase, como *E. coli*), *esterase leucocitária* positiva e flora bacteriana aumentada. A *urocultura* fecha o diagnóstico com *E. coli* >100.000 UFC/mL. O **antibiograma** é fundamental porque nos mostra que essa bactéria é sensível a nitrofurantoína, cefalexina e amoxicilina+clavulanato, mas resistente a fosfomicina, norfloxacino e sulfametoxazol-trimetoprima.

Antes de prescrever, precisamos perguntar sobre *alergias medicamentosas* - um passo que muitos candidatos esquecem e perdem pontos. Isaura não tem alergias, então podemos escolher qualquer uma das três opções sensíveis. As doses corretas são: *nitrofurantoína* 100mg de 6/6h por 5 dias, *cefalexina* 500mg de 6/6h por 7 dias, ou *amoxicilina+clavulanato* 875/125mg de 12/12h por 7 dias. Todas são seguras na gestação nessa idade gestacional. Vale lembrar que a nitrofurantoína

deve ser evitada após 36-37 semanas pelo risco de **hemólise neonatal** por deficiência de G6PD, mas com 10 semanas não há problema.

O preenchimento correto do receituário é outro item que pontua. Precisamos escrever de forma legível: nome da medicação, dose (em mg), posologia (quantas vezes ao dia e intervalo entre doses) e tempo total de tratamento. Por exemplo: "Cefalexina 500mg, tomar 1 comprimido via oral de 6 em 6 horas por 7 dias". Muitos candidatos perdem pontos aqui por **prescrições incompletas** ou ilegíveis.

As orientações são fundamentais e rendem muitos pontos. Primeiro, precisamos tranquilizar a gestante explicando que a infecção urinária deve sim ser tratada na gravidez e que o antibiótico prescrito é seguro para ela e para o bebê - gestantes ficam muito preocupadas com isso. Depois, devemos mencionar as complicações se a cistite não for tratada adequadamente: pode evoluir para *pielonefrite* (infecção renal), aumentar risco de trabalho de parto prematuro, *rotura prematura de membranas*, *pré-eclâmpsia*, baixo peso ao nascer e até **mortalidade perinatal**.

Medidas preventivas também pontuam: orientar ingestão adequada de líquidos e não reter urina por longos períodos - justamente os dois fatores de risco que Isaura apresenta. E os sinais de alerta são essenciais: se aparecer febre, dor lombar, náuseas, vômitos ou piora dos sintomas urinários, ela deve procurar atendimento imediatamente, pois pode ser *pielonefrite*, que exige **internação e antibiótico venoso**.

Por fim, o acompanhamento: explicar que ela deve fazer controle pós-tratamento (geralmente nova *urocultura* 1-2 semanas após o término do antibiótico) e manter o acompanhamento regular do pré-natal. Se houver recorrência (segunda infecção nesta gestação), ela entrará no grupo de *ITU de repetição* e precisará de **profilaxia antibiótica** até o parto.

Em resumo, para pontuar integralmente nesta estação, devemos:

- Fazer anamnese completa dos sintomas urinários e investigar febre/dor lombar
- Perguntar sobre alergias
- Solicitar exame físico
- Verbalizar o diagnóstico correto (cistite, infecção urinária ou infecção urinária baixa são termos aceitos)
- Prescrever antibiótico adequado com receituário completo
- Orientar sobre complicações, segurança do tratamento, medidas preventivas, sinais de alerta e acompanhamento

É muita coisa em 10 minutos, mas seguindo essa estrutura conseguimos contemplar todos os itens do **padrão esperado de procedimento**.

Visão do aprovado

Em provas práticas de obstetrícia, a gestão do tempo é tão importante quanto o conhecimento clínico. Dez minutos passam rápido, e a maioria dos candidatos perde pontos não por desconhecer o diagnóstico ou tratamento, mas por esquecer etapas fundamentais do atendimento. Perguntar sobre *alergias medicamentosas* antes de prescrever é um exemplo clássico: parece óbvio, mas sob pressão da prova muitos vão direto para a receita e perdem pontos preciosos. Outro erro frequente é prescrever antibiótico sem consultar o *antibiograma* disponível nos exames trazidos pela paciente - aqui, fosfomicina aparece como resistente, então mesmo sendo opção frequente para *ITU* não complicada, seria **escolha errada** neste caso específico.

A grande armadilha diagnóstica está em diferenciar *cistite de pielonefrite*, e essa distinção depende de duas perguntas diretas: "Teve febre?" e "Sentiu dor nas costas ou na região lombar?". Se a resposta for não para ambas e o *Giordano* for negativo, temos cistite e podemos tratar ambulatorialmente. Qualquer sinal de acometimento sistêmico ou renal muda completamente a conduta para internação e antibiótico venoso. Outro ponto que confunde candidatos é a *nitrofurantoína*: ela é segura e primeira linha com 10 semanas, mas deve ser evitada após 36-37 semanas pelo risco de **hemólise neonatal**. Se a mesma paciente viesse no final da gestação, cefalexina ou amoxicilina+clavulanato seriam escolhas mais adequadas.

No preenchimento do receituário, completude é a palavra-chave. "Cefalexina 500mg" não basta - precisamos deixar explícito "1 comprimido via oral de 6/6 horas por 7 dias". Letra legível, dose em mg, intervalo entre tomadas e duração total do tratamento são itens que pontuam separadamente. Nas orientações finais, muitos candidatos explicam as complicações mas esquecem de tranquilizar a gestante quanto à *segurança do antibiótico*, que é um ponto específico do padrão esperado e reflete uma comunicação médico-paciente adequada. Por fim, mencionar a necessidade de *urocultura de controle* pós-tratamento e abordar o conceito de *ITU de repetição* (se houver segundo episódio, entra profilaxia antibiótica até o parto) demonstra **visão de seguimento longitudinal** que as bancas valorizam.

Questão 5

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: primária. Tipo de atendimento: consultório médico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade possui a seguinte infraestrutura: ● consultórios para atendimento médico. DESCRIÇÃO DO CASO Você está atuando em uma UBS e realizará o atendimento de uma mulher de 57 anos, negra, que faz acompanhamento de rotina e que compareceu na Unidade para uma consulta agendada. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar a anamnese da paciente; ● investigar o acompanhamento e o monitoramento da paciente; ● orientar plano terapêutico e de educação em saúde. ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A PACIENTE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO – EXAME FÍSICO - Imagem IMPRESSO – EXAMES RECENTES - Imagem OUTROS EXAMES - Imagem IMPRESSO – MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL REALIZADA EM CASA - Imagem

IMPRESSO – EXAME FÍSICO

Estatura: 170 cm.

Peso: 85 kg.

Índice de Massa Corpórea (IMC): 29,41 kg/m².

Circunferência abdominal: 85 cm.

Índice tornozelo-braquial (ITB): 0,97 (VR: normal > 0,90).

SINAIS VITAIS

Pressão arterial: 136 x 94 mmHg.

Frequência cardíaca: 80 bpm.

Temperatura axilar: 36 °C.

Demais avaliações do exame físico apresentam-se sem alterações.

IMPRESSO – EXAMES RECENTES

Nome: **Lúcia Venâncio**
Nascimento: **13/02/1969**

Exame de sangue	Valor de referência
Hemoglobina glicada..... 5,4%	4,7 – 5,7%
Creatinina0,70 mg/dL	0,5 – 1,0 mg/dL
Potássio4,0 mEq/L	3,5 – 5,0 mEq/L
Ácido úrico.....3,9 mg/dL	2,5 – 8,0 mg/dL
Colesterol total.....171 mg/dL	150 – 199 mg/dL
LDL92 mg/dL	≤ 130 mg/dL
HDL53 mg/dL	≥ 40 mg/dL
Triglicerídeos130 mg/dL	< 150 mg/dL
Microalbuminúria20 mg/g	< 30 mg/g
Glicemia de jejum95 mg/dL	70 a 105 mg/dL
Taxa de filtração glomerular 101 mL/min/1,73 m ²	≥ 90 mL/min/1,73 m ²

Observação: o hemograma está sem alterações.

OUTROS EXAMES

Exame de urina: sem alterações.

Eletrocardiograma, ecocardiograma e ultrassonografia de carótidas: sem alterações.

Fundo de olho: sem alterações.

Mamografia realizada há 2 meses: sem alterações.

Citologia oncológica realizada há 6 meses: sem alterações.

IMPRESSO – MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL REALIZADA EM CASA

Data	Resultado da Pressão Arterial
Dia 1	122 x 66 mmHg
Dia 2	143 x 97 mmHg
Dia 3	152 x 102 mmHg
Dia 4	110 x 63 mmHg
Dia 5	157 x 89 mmHg
Dia 6	144 x 92 mmHg
Dia 7	107 x 59 mmHg
Dia 8	139 x 93 mmHg
Dia 9	120 x 72 mmHg
Dia 10	141 x 91 mmHg
Dia 11	155 x 76 mmHg
Dia 12	131 x 73 mmHg
Dia 13	112 x 78 mmHg

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Uma mulher de 57 anos, hipertensa há 2 anos em uso regular de hidroclorotiazida, comparece à consulta de rotina trazendo sua monitorização residencial de pressão arterial que revela valores persistentemente acima da meta. Esta estação de prova prática avalia nossa capacidade de conduzir um atendimento completo de paciente com doença crônica não transmissível, desde a anamnese até o ajuste terapêutico.

Vamos começar pensando no que esta estação quer avaliar: trata-se de uma consulta de acompanhamento de hipertensão arterial na atenção primária. A banca espera que façamos três movimentos principais - realizar anamnese adequada, investigar como está o monitoramento da doença e orientar ajustes no plano terapêutico. Mas qual é o elemento central aqui? A paciente traz uma **MRPA mostrando controle inadequado** apesar do uso regular de medicação. Isso muda completamente nossa abordagem em relação a uma consulta de rotina comum.

Na anamnese, precisamos ser estratégicos. Claro que vamos nos apresentar e chamar a paciente pelo nome - isso faz parte da humanização do atendimento e está no checklist da banca. Mas o foco deve estar em entender o contexto da hipertensão dela: há quanto tempo tem o diagnóstico, como está usando a medicação, se tem sintomas relacionados, quais são seus hábitos de vida. Aqui mora uma armadilha comum: muitos candidatos fazem uma anamnese genérica e superficial, esquecendo que estamos atendendo uma doença crônica específica. Precisamos investigar **aderência de forma não julgadora** - perguntar "como está fazendo uso do remédio?" ao invés de "está tomando direitinho?". A diferença é sutil mas importante para o vínculo.

Quando verbalizamos que vamos examinar a paciente, recebemos dados fundamentais: *PA de consultório* 136 x 94 mmHg, *IMC* 29,41 kg/m² (sobrepeso), circunferência abdominal 85 cm. Mas atenção - a *PA de consultório* sozinha pode nos enganar! Está em 136x94, que tecnicamente ainda seria considerado dentro da meta para alguns contextos. Porém, quando olhamos a *MRPA* que a paciente trouxe, vemos múltiplas medidas elevadas: 152x102, 157x89, 155x76, 144x92, 143x97, 141x91, 139x93. Isso caracteriza **hipertensão não controlada de verdade**. A pegadinha aqui seria considerar apenas a *PA de consultório* e manter o tratamento inalterado.

Os exames laboratoriais que a paciente trouxe são bastante tranquilizadores: função renal preservada (*creatinina* 0,70, *TFG* 101), sem diabetes (*HbA1c* 5,4%), lipidograma adequado, potássio normal (importante quando se usa diurético), sem microalbuminúria. A avaliação de lesão de órgão-alvo também está toda normal - *ECC*, ecocardiograma, ultrassom de carótidas, fundo de olho sem alterações. Isso nos diz que, apesar do controle inadequado, ainda não houve dano aos órgãos-alvo. É uma **janela de oportunidade** para intensificar o tratamento antes que complicações apareçam.

Agora vem a parte do plano terapêutico, onde muitos candidatos perdem pontos. Não basta apenas dizer "vou ajustar a medicação". Precisamos explicar o raciocínio para a paciente de forma clara: "Dona Lúcia, vejo que a senhora está tomando o remédio certinho, mas as medidas em casa mostram que a pressão ainda não está na meta que queremos, que seria abaixo de 130 por 80. Isso significa que precisamos fortalecer o tratamento." As opções aqui são aumentar a dose da hidroclorotiazida (pode ir até 50mg) ou associar um segundo medicamento, como um *IECA*, *BRA* ou bloqueador de canal de cálcio. A **diretriz brasileira de 2025** recomenda otimizar doses ou partir para terapia combinada.

Mas o tratamento não é só remédio! As medidas não medicamentosas são essenciais e a banca espera que orientemos isso. Nossa paciente já tem alguns pontos positivos: não fuma, não bebe, alimentação com verduras e frutas e pouco sal. Porém, identificamos áreas de melhoria: *IMC* 29,41 (sobrepeso) e atividade física limitada (só caminha até o ponto de ônibus). Devemos orientar perda de peso gradual através de dieta balanceada e principalmente aumentar a atividade física - a meta seria pelo menos **150 minutos de exercício aeróbico moderado** por semana. Podemos sugerir que ela caminhe mais vezes, participe de grupos de atividade física da UBS, ou encontre uma atividade que goste.

A educação em saúde precisa ser clara e individualizada. Explicar o que é hipertensão, por que o controle é importante (prevenir *AVC*, infarto, insuficiência renal), como a medicação funciona, importância da re-

gularidade. Também devemos valorizar a iniciativa dela de fazer *MRPA* em casa - isso mostra engajamento no autocuidado. Podemos orientá-la a continuar medindo em casa periodicamente para **monitorar a resposta ao ajuste terapêutico**.

Segundo o padrão esperado de procedimento, os elementos que garantem pontuação são:

- Apresentar-se adequadamente
- Chamar a paciente pelo nome ao menos uma vez
- Conduzir adequadamente o atendimento de *HAS* investigando acompanhamento e monitoramento
- Acolher e orientar quanto às dúvidas
- Orientar terapêutica não medicamentosa aplicável ao momento de vida da paciente
- Aconselhar ajuste de medicação diante do não controle pressórico

Um erro frequente é esquecer de agendar retorno - precisamos combinar **reavaliação em 30-60 dias** para verificar resposta ao ajuste terapêutico.

Visão do aprovado

O grande diferencial desta estação está em perceber que temos uma hipertensa aparentemente aderente ao tratamento, mas com *MRPA* mostrando valores persistentemente elevados. Enquanto a *PA de consultório* de 136x94 mmHg poderia passar despercebida como "quase controlada", as múltiplas medidas domiciliares acima de 130x80 mmHg denunciam o descontrole real. Esta discordância entre *PA de consultório* e *MRPA* é **armadilha clássica em estações práticas** de hipertensão, onde o candidato precisa valorizar o método mais fidedigno de avaliação. Em 10 minutos, não temos tempo para anamnese extensa de revisão de sistemas, então o foco deve recair sobre os determinantes do controle pressórico: padrão de uso da medicação investigado de forma não julgadora, hábitos de vida modificáveis e presença de sintomas-alvo como cefaleia ou alterações visuais.

As estações de *HAS* na atenção primária costumam avaliar simultaneamente múltiplas competências: raciocínio clínico para ajuste terapêutico, habilidade de comunicação para explicar a necessidade de intensificação do tratamento, e capacidade de educação em saúde individualizada. Aqui mora outro erro frequente, quando o candidato apenas prescreve sem construir junto com a paciente o entendimento do porquê precisamos otimizar o tratamento agora, antes que surjam lesões de órgão-alvo. Vale lembrar que itens como **apresentar-se adequadamente e chamar a paciente pelo nome** ao menos uma vez são pontos

objetivos do checklist, facilmente garantidos se não esquecermos na pressão do cronômetro.

A verbalização do exame físico precisa ser específica e não genérica. Dizer apenas "gostaria de examinar a paciente" pode não ser suficiente para receber o impresso; devemos explicitar que vamos aferir sinais vitais, realizar exame cardiovascular e verificar *IMC*. Outro ponto essencial que fecha o atendimento é o agendamento de retorno em 30 a 60 dias para reavaliar a resposta ao ajuste terapêutico, demonstrando **continuidade e longitudinalidade do cuidado**, atributos centrais da atenção primária que as bancas valorizam em estações de doenças crônicas.

Questão 6

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: primária. Tipo de atendimento: ambulatorial — Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade possui a seguinte infraestrutura: ● consultório; ● laboratório de análises clínicas; ● farmácia de dispensação. DESCRIÇÃO DO CASO Você está atuando em uma Unidade Básica de Saúde e atenderá uma mulher de 21 anos que comparece à consulta para apresentar resultados de exames laboratoriais para hepatites virais. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar anamnese direcionada à queixa principal da paciente; ● solicitar exames pertinentes ao caso; ● formular e verbalizar a hipótese diagnóstica; ● orientar as medidas preventivas a serem tomadas pela paciente; ● redigir o documento adequado, quando pertinente ao caso. ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A PACIENTE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO — EXAME FÍSICO - Imagem IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS - Imagem IMPRESSO – CARGA VIRAL - Imagem IMPRESSO – ENCAMINHAMENTO - Imagem

IMPRESSO — EXAME FÍSICO

Paciente em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril e eupneica;

Sinais vitais sem alterações;

Aparelhos respiratório, cardiovascular e neurológico sem alterações;

Abdome plano, RHA+, indolor, sem massas ou visceromegalias.

IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS

Nome: Juliana
Nascimento: 2 de fevereiro de 2005

Hemograma: sem alterações

Exame	Valor de referência
AST	10 – 40 U/L
ALT.....	7 – 56 U/L
Bilirrubinas totais	0,3 a 1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	0,0 a 0,3 mg/dL
Bilirrubina indireta.....	0,2 a 0,9 mg/dL
Anti-HAV IgM	não reagente
Anti-HAV IgG	não reagente
HBsAg	não reagente
Anti-HBs	não reagente
Anti-HBc	não reagente
Anti-HCV.....	não reagente
Anti-HIV I e II	não reagente
VDRL.....	não reagente

IMPRESSO – CARGA VIRAL

- Carga viral – HCV-RNA – indetectável

Valor de referência - Indetectável (< 15 UI/mL, conforme método)

IMPRESSO – ENCAMINHAMENTO

PREENCHA O SEU NOME E CPF DE MODO LEGÍVEL, EM LETRA DE FORMA. PREENCHA ESTE DOCUMENTO COM LETRA LEGÍVEL, INCLUINDO A JUSTIFICATIVA DA INDICAÇÃO.

AO CONCLUIR, LEIA EM VOZ ALTA O QUE ESCREVEU. LEVANTE O DOCUMENTO NA VERTICAL E MOSTRE-O PARA O CÂMERA 1.

AGUARDE O "OK" DO CÂMERA E DEVOLVA O IMPRESSO AO CHEFE DE ESTAÇÃO.

Nome do Participante: _____ Número do CPF: _____

NOME DA PACIENTE: JULIANA
 IDADE: 21 ANOS

ENCAMINHAMENTO

Assinado e carimbado digitalmente.
 Data: 17 de maio de 2028.

APÓS DEVOLVER O ENCAMINHAMENTO, CASO NECESSÁRIO, RETOME A INTERAÇÃO COM A PACIENTE.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Uma técnica de enfermagem de 21 anos comparece à UBS trazendo sorologias de hepatites virais com alterações detectadas em exames admissionais, e nosso desafio aqui é duplo: interpretar corretamente esses marcadores para diferenciar doença ativa de exposição prévia, e garan-

tir que ela esteja adequadamente protegida antes de iniciar suas atividades assistenciais. A estação avalia nossa capacidade de conduzir uma anamnese direcionada, solicitar exames complementares pertinentes, formular a hipótese diagnóstica correta e implementar as medidas preventivas apropriadas para uma profissional de saúde.

Começamos pela anamnese investigando sintomas sugestivos de hepatite viral ativa: febre, icterícia, colúria (urina escura), acolia fecal (fezes claras), dor abdominal, náuseas. Também precisamos investigar os fatores de risco: relações sexuais desprotegidas, hemotransfusões, compartilhamento de materiais perfurocortantes, tatuagens, piercings, uso de drogas injetáveis e, muito importante neste caso, acidentes ocupacionais com material biológico. A paciente nos informa que está assintomática, teve "hepatite na infância que curou sozinha", e sofreu um acidente com agulha previamente, tendo seguido as orientações corretas na ocasião.

Vamos interpretar sistematicamente cada sorologia. Para **hepatite A**: Anti-HAV IgM não reagente + Anti-HAV IgG reagente significa infecção prévia com imunidade adquirida, provavelmente aquela "hepatite da infância que curou sozinha" que ela mencionou. A hepatite A nunca crônica e, após a cura, confere imunidade permanente. Para hepatite B: HBsAg negativo (sem infecção ativa), Anti-HBs negativo (sem imunidade vacinal ou por cura) e Anti-HBc negativo (nunca teve contato com o vírus). Isso significa que ela é completamente suscetível à hepatite B e nunca foi vacinada - um achado crítico em uma profissional de saúde. Para hepatite C: Anti-HCV reagente indica exposição ao vírus, mas aqui está o ponto fundamental que muitos candidatos erram - o anticorpo anti-HCV apenas mostra que houve contato com o vírus em algum momento, não diferencia infecção ativa de infecção curada.

Por isso, diante de qualquer Anti-HCV reagente, devemos obrigatoriamente solicitar a **carga viral para hepatite C** (podemos verbalizar como "carga viral para hepatite C", "RNA do HCV", "HCV-RNA" ou "genotipagem para hepatite C" - todas as formas são aceitas pela banca). Este é um exame molecular que detecta a presença do material genético viral, diferenciando infecção ativa (RNA positivo) de exposição prévia com eliminação viral (RNA negativo). Do ponto de vista imunológico, a diferença é clara: o Anti-HCV é um anticorpo produzido pelo sistema imune em resposta ao vírus e pode permanecer positivo por anos ou até indefinidamente após a exposição, enquanto o HCV-RNA detecta partículas virais viáveis, indicando replicação viral ativa.

O resultado da carga viral é indetectável, confirmando que a paciente não tem infecção ativa pelo vírus da hepatite C. Ela apresenta o que chamamos de *cicatriz sorológica* - anticorpo positivo com vírus elimina-

do. Mas aqui precisamos entender a fisiopatologia: por que algumas pessoas eliminam o HCV espontaneamente? A **eliminação espontânea** do vírus da hepatite C ocorre em aproximadamente 15-25% dos casos de infecção aguda, e esse fenômeno está intimamente relacionado à qualidade da resposta imune celular. Quando a resposta imune celular é robusta, especialmente mediada por linfócitos T CD4+ e CD8+, o sistema imunológico consegue controlar e eliminar a replicação viral durante a fase aguda da infecção. Curiosamente, pacientes que desenvolvem sintomas durante a hepatite C aguda têm maior taxa de clearance viral espontâneo, porque a resposta inflamatória sintomática reflete uma ativação imune mais eficaz. Fatores como sexo feminino, idade jovem e presença de sintomas na fase aguda estão associados a maiores chances de eliminação espontânea.

Agora vem um conceito crucial que diferencia hepatite B de hepatite C: enquanto na hepatite B a cura (Anti-HBc positivo + Anti-HBs positivo) confere imunidade protetora duradoura, na hepatite C o Anti-HCV positivo com RNA negativo indica apenas cura **SEM imunidade protetora**. Não existe imunidade permanente contra o vírus C - nossa paciente pode se reinfectar se houver nova exposição ao vírus. Isso acontece porque o HCV tem alta variabilidade genética e múltiplos genótipos, escapando da resposta imune de memória. Por isso, mesmo curada, ela precisa manter todas as medidas de prevenção.

Nossa hipótese diagnóstica, que deve ser verbalizada claramente, é: "A paciente **NÃO apresenta doença ativa**. Ela tem cicatriz sorológica para hepatite A (imunidade por contato prévio) e cicatriz sorológica para hepatite C (infecção prévia com eliminação viral espontânea). Ela é suscetível ao vírus da hepatite B, pois nunca foi vacinada nem infectada." A banca espera que deixemos explícito que NÃO se trata de doença ativa.

A conduta fundamental aqui é a **vacinação contra hepatite B**. Esta paciente é profissional de saúde e está completamente desprotegida contra o vírus B - uma situação de alto risco ocupacional. O esquema vacinal para hepatite B consiste em 3 doses aplicadas nos tempos 0, 1 e 6 meses (primeira dose no momento do atendimento, segunda dose 1 mês depois, e terceira dose 6 meses após a primeira). Em profissionais de saúde, existe uma particularidade importante: devemos realizar sorologia Anti-HBs entre 1 e 2 meses após a terceira dose para confirmar soroconversão adequada. O título protetor é considerado quando Anti-HBs ≥ 10 mUI/mL. Caso o profissional não responda adequadamente à primeira série (não respondedor), pode ser necessário um esquema reforçado com doses adicionais. Aproximadamente 90-95% dos adultos jovens e saudáveis desenvolvem resposta protetora após o esquema completo.

Precisamos redigir o encaminhamento para vacinação contra hepatite B, preenchendo adequadamente o documento fornecido. A justificativa deve deixar claro: "Profissional de saúde (técnica de enfermagem) não imunizada para hepatite B, com Anti-HBs não reagente, para iniciar esquema vacinal completo (0, 1 e 6 meses) e realizar sorologia de controle pós-vacinal." Este documento deve ser lido em voz alta e mostrado para a câmera, conforme instruções da estação.

As orientações sobre **medidas preventivas** são essenciais, especialmente para uma profissional de saúde. Devemos orientar:

- Uso correto e consistente de equipamentos de proteção individual (luvas, óculos, máscaras) durante procedimentos com risco de exposição a material biológico
- Descarte adequado de perfurocortantes em caixas rígidas
- Não reencapar agulhas
- Relações sexuais protegidas (uso de preservativo)
- Não compartilhar objetos que possam conter sangue, como alicates de unha, lâminas de barbear, escovas de dente
- Procurar atendimento imediato em caso de novo acidente ocupacional para avaliação de necessidade de profilaxias

Como ela já teve hepatite C curada, reforçamos que a cura não confere imunidade e ela pode se reinfectar.

Pontos-chave para fixação:

(1) **Anti-HCV reagente SEMPRE exige pesquisa de carga viral (HCV-RNA)** para diferenciar infecção ativa de cicatriz sorológica - nunca assumir doença ativa apenas pelo anticorpo;

(2) Profissional de saúde sem marcadores de hepatite B (*HBsAg*, *Anti-HBs* e *Anti-HBc* negativos) = **vacinação obrigatória e urgente**, com sorologia de controle 1-2 meses após a terceira dose;

(3) Cicatriz sorológica para hepatite C (*Anti-HCV* positivo + *RNA* negativo) **NÃO confere imunidade protetora** - diferentemente da hepatite B, a paciente pode se reinfectar;

(4) A **eliminação espontânea do HCV** (15-25% dos casos) ocorre quando a resposta imune celular (linfócitos T CD4+ e CD8+) consegue controlar a replicação viral na fase aguda.

O padrão esperado de procedimento valoriza: apresentação adequada, investigação de sintomas e fatores de risco, solicitação explícita da carga viral, verbalização clara de que **NÃO** há doença ativa, identificação da cicatriz sorológica para HAV e HCV, reconhecimento da susceti-

bilidade a HBV, orientação e encaminhamento para vacinação com justificativa adequada (profissional de saúde não imunizada), e orientações preventivas completas. Lembrem-se: em estações práticas, a **comunicação clara e a documentação adequada** são tão importantes quanto o raciocínio clínico correto.

Visão do aprovado

Este tipo de estação é recorrente em provas práticas de R1, especialmente com profissionais de saúde em exames admissionais. O grande diferencial está em reconhecer que **sorologias alteradas nem sempre significam doença ativa**, e a banca espera que verbalizemos claramente a ausência de infecção atual. A armadilha mais frequente é interpretar o *Anti-HCV* positivo como hepatite C ativa e já partir para discussão de tratamento, quando na verdade temos apenas uma cicatriz sorológica. Sempre que virmos *Anti-HCV* reagente, devemos mentalizar imediatamente a solicitação da carga viral como próximo passo obrigatório, jamais assumindo doença sem confirmação molecular.

Nas provas objetivas sobre hepatites virais, conforme vemos nas questões anteriores, o padrão de cobrança gira em torno da **interpretação de painéis sorológicos completos**. A banca frequentemente mistura marcadores de diferentes hepatites para avaliar se sabemos diferenciar infecção ativa, cura com imunidade, cura sem imunidade e vacinação. Um erro clássico é olhar apenas para o *Anti-HBs* positivo e concluir cura, esquecendo de checar o *Anti-HBc*: se este estiver negativo, trata-se de vacinação e não de infecção prévia. Essa distinção costuma aparecer em alternativas confundidoras.

Para profissionais de saúde especificamente, outro padrão recorrente é a avaliação da necessidade de **vacinação contra hepatite B**. A presença de todos os marcadores negativos (*HBsAg*, *Anti-HBs* e *Anti-HBc*) configura uma urgência ocupacional que não pode passar despercebida. Em estações práticas, esquecer de encaminhar para vacinação ou não justificar adequadamente no documento são erros que custam pontos preciosos. Vale lembrar também que, diferentemente das questões teóricas que focam na interpretação sorológica, nas estações práticas somos avaliados pela comunicação e documentação, então verbalizar que "não há doença ativa" é tão importante quanto identificar corretamente os marcadores.

Questão 7

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: secundária. Tipo de atendimento: atendimento de urgência em Unidade de Pronto Atendi-

mento (UPA). A unidade apresenta a seguinte infraestrutura: ● sala de observação clínica com leito para internação de curta permanência; ● setor de radiologia convencional; ● laboratório de análise clínica. **DESCRIÇÃO DO CASO** Você está atuando em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e atenderá um homem de 33 anos que procura atendimento por dor intensa na região da virilha direita. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar anamnese direcionada à queixa principal do paciente; ● solicitar exame físico direcionado à queixa principal do paciente, descrevendo os achados do exame; ● solicitar e interpretar exames complementares pertinentes ao caso; ● formular e verbalizar a hipótese diagnóstica; ● orientar a conduta definitiva; ● orientar as medidas iniciais de manejo do tratamento. **ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. O PACIENTE NÃO DEVERÁ SER TOCADO DURANTE O ATENDIMENTO.** IMPRESSO – EXAME FÍSICO GERAL - Imagem IMPRESSO – EXAME FÍSICO DA REGIÃO INGUINAL / ABDOME - Imagem IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS - Imagem IMPRESSO – RX SIMPLES DE ABDOME - Imagem

IMPRESSO – EXAME FÍSICO GERAL

Paciente em estado geral regular, aparentando dor intensa, normocorado, desidratado ++/4+, consciente e orientado.

SINAIS VITAIS

Pressão arterial: 140 mmHg x 90 mmHg.

Frequência cardíaca: 90 batimentos por minuto.

Frequência respiratória: 20 incursões respiratórias por minuto.

Temperatura axilar: 37,2 °C.

Saturação de O₂: 96% em ar ambiente.

Aparelho respiratório: normal.

Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros audíveis.

Extremidades: sem edema; pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

IMPRESSO – EXAME FÍSICO DA REGIÃO INGUINAL / ABDOME

ABDOME

- Inspeção: discretamente distendido.
- Ausculta: ruídos hidroaéreos diminuídos.
- Palpação superficial: dor difusa, mais intensa em abdome inferior, sem defesa voluntária.
- Palpação profunda: dor à palpação em abdome inferior, sem sinais de irritação peritoneal.
- Percussão: timpanismo predominante.

REGIÃO INGUINAL DIREITA

- Inspeção: abaulamento visível, com hiperemia local.
- Palpação: massa endurecida, dolorosa à palpação, não redutível.
- Temperatura local: discretamente aumentada em relação à região contralateral.
- Sinais flogísticos: presentes (dor e hiperemia).

REGIÃO INGUINAL ESQUERDA

- Sem alterações ao exame físico.

IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS

Nome: João Carlos
Nascimento: 20 de janeiro de 1993

Exame		Valor de referência
Hemoglobina.....	13,2 g/dL	13,5 – 17,5 g/dL
Hematócrito.....	40%	41% – 53%
Leucócitos.....	12.200/mm ³	4.500 – 11.000/mm ³

Observação: diferencial — desvio à esquerda; ausência de formas jovens.

Plaquetas.....	280.000/mm ³	150.000 – 450.000/mm ³
PCR.....	45 mg/L	< 5,0 mg/L
Ureia.....	38 mg/dL	10 – 50 mg/dL
Creatinina.....	1,1 mg/dL	0,7 – 1,3 mg/dL
Sódio.....	134 mEq/L	135 – 145 mEq/L
Potássio.....	3,3 mEq/L	3,5 – 5,1 mEq/L

IMPRESSO – RX SIMPLES DE ABDOME

Técnica: radiografia simples de abdome.



OLHE PARA A CÂMERA E DESCREVA AS ALTERAÇÕES PRESENTES NESSE EXAME.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Um homem de 33 anos chega à UPA com dor intensa na virilha direita há 8 horas - nesse tipo de queixa, nossa primeira pergunta deve ser: existe história prévia de hérnia? E é exatamente isso que precisamos investigar de forma direcionada nessa estação prática, que avalia nossa capacidade de reconhecer e manejar uma **emergência cirúrgica** em ambiente de urgência.

Nossa anamnese precisa ser objetiva e focada. Devemos investigar as características da dor (início súbito, intensidade, fatores de alívio ou piora), sintomas associados (náuseas, vômitos, alteração do hábito intestinal) e, fundamentalmente, se existe história de "bolinha" ou abaulamento prévio na região. Nesse caso específico, o paciente vai nos contar que há 5 anos tem uma "bolinha" na virilha direita que sempre desaparecia quando ele deitava, mas que agora está fixa, endurecida, dolorosa e avermelhada. Essa mudança no padrão - de *reduzível* para *irreduzível* - é o sinal de alerta que transforma uma hérnia crônica em uma emergência.

No exame físico geral, vemos sinais de **desidratação e taquicardia** - reflexos dos vômitos e da obstrução intestinal em curso. O paciente está normocorado, afebril, mas claramente desconfortável. Quando partimos para o exame físico específico da região inguinal e do abdome, os achados se tornam ainda mais evidentes e preocupantes.

O abdome está discretamente distendido, com ruídos hidroaéreos diminuídos (não ausentes, pois ainda estamos em fase relativamente inicial da obstrução), timpânico à percussão, doloroso difusamente mas sem sinais de irritação peritoneal. Na região inguinal direita encontramos o achado-chave: abaulamento visível, massa endurecida, dolorosa, não reduzível, com hiperemia e aumento de temperatura local. Esses **sinais flogísticos** - dor, calor, rubor - indicam que estamos diante de uma hérnia que não está apenas encarcerada, mas caminhando para o estrangulamento, onde há comprometimento vascular do conteúdo herniário.

Os exames complementares confirmam nossa suspeita. Devemos solicitar hemograma, PCR, eletrólitos (sódio e potássio), função renal (ureia e creatinina) e RX simples de abdome. O laboratório mostra **PCR elevado** (45 mg/L, quando o normal é menor que 5 mg/L), sinalizando

processo inflamatório/isquêmico em andamento. O RX de abdome traz as informações definitivas sobre a obstrução intestinal.

A radiografia mostra distensão de alças do intestino delgado, redução de ar no cólon distal e ausência de ar no reto - o padrão típico de obstrução intestinal. Esse achado, associado à história de hérnia prévia agora irreduzível, fecha o diagnóstico: **hérnia inguinal encarcerada/estrangulada** complicada com obstrução intestinal. É fundamental verbalizar esses achados de forma clara durante a estação.

Agora vem a parte crítica da conduta. O erro mais grave seria tentar reduzir manualmente essa hérnia. Por quê? Porque se há comprometimento vascular e uma alça intestinal isquêmica dentro do saco herniário, ao reduzirmos forçadamente estaríamos colocando uma alça potencialmente necrótica de volta na cavidade abdominal, o que pode levar à *peritonite* e *sepse*. Além disso, a manipulação pode piorar a isquemia ou mesmo perfurar a alça. Portanto: **hérnia encarcerada com sinais de estrangulamento NÃO se reduz** - vai direto para o centro cirúrgico.

Nossa hipótese diagnóstica deve ser verbalizada como "*hérnia inguinal encarcerada*" ou "*hérnia inguinal estrangulada*" associada a "*obstrução intestinal*". Devemos deixar claro que se trata de uma emergência cirúrgica que requer resolução urgente. A conduta definitiva é a **transferência regulada imediata** para um hospital com centro cirúrgico, pois a UPA não tem essa estrutura disponível.

Enquanto organizamos a transferência, precisamos iniciar o manejo clínico de suporte. As medidas incluem:

- Manter o paciente em jejum absoluto
- Iniciar hidratação venosa vigorosa
- Administrar analgesia adequada
- Fornecer antiemético
- Corrigir distúrbios eletrolíticos se presentes
- Passar *sonda nasogástrica* aberta para descompressão gástrica

A SNG alivia os vômitos, reduz a distensão e diminui o risco de aspiração. **Alguns candidatos esquecem** desse passo fundamental.

Para pontuar integralmente nessa estação, precisamos: apresentarnos adequadamente, realizar anamnese completa e direcionada, solicitar e descrever os achados do exame físico geral e específico, pedir os exames complementares pertinentes, interpretar corretamente o RX (verbalizando distensão de delgado, redução de ar em cólon e ausência no reto), formular a hipótese diagnóstica correta, reconhecer que é emergência cirúrgica, indicar transferência regulada e instituir todas as

medidas de suporte (jejum, hidratação, analgesia, antiemético, reposição eletrolítica e SNG). A banca aceita termos como "*hérnia inguinal encarcerada*", "*hérnia inguinal estrangulada*" ou simplesmente "*hérnia inguinal complicada*" - o essencial é demonstrar que **reconhecemos a gravidade** e a necessidade de cirurgia urgente.

Visão do aprovado

O principal erro que derruba candidatos nesse tema é a **tentativa de redução manual** da hérnia encarcerada com sinais de estrangulamento. As provas adoram colocar essa armadilha como alternativa tentadora, especialmente quando o paciente está em ambiente de urgência sem centro cirúrgico imediato. A presença de sinais flogísticos locais - hiperemia, aumento de temperatura, massa endurecida e dolorosa - indica comprometimento vascular, e reduzir uma alça potencialmente isquêmica para dentro da cavidade pode mascarar temporariamente o problema enquanto evolui para *peritonite*. Essa pegadinha aparece de forma recorrente em diferentes formatos de questão, sempre testando se reconhecemos que hérnia estrangulada vai direto para o bisturi.

Nas provas de R1, o tema se repete em contextos variados: desde o prematuro com hérnia bilateral recorrente até o adulto com hérnia incisional complicada, mas o raciocínio é uniforme. A banca costuma testar se sabemos diferenciar a hérnia redutível crônica da emergência cirúrgica aguda, se reconhecemos os sinais radiológicos de obstrução intestinal e, principalmente, se entendemos que o ambiente de UPA exige verbalização clara da **transferência regulada**. Outro formato comum é questionar a conduta definitiva após a cirurgia, incluindo tipo de tela utilizada (*inabsorvível*, como polipropileno, é padrão) e restrições pós-operatórias.

Candidatos frequentemente esquecem de verbalizar a passagem de *sonda nasogástrica* na lista de medidas iniciais, perdendo pontos em estações práticas. Outro deslize comum é não deixar explícito que se trata de emergência cirúrgica - usar termos vagos como "programar cirurgia" ao invés de "resolução cirúrgica urgente" pode custar a pontuação. Em casos de estação OSCE, lembrar de solicitar exame físico específico da **região inguinal contralateral** também é detalhe que diferencia quem está habituado ao raciocínio completo de quem decorou apenas o fluxo básico.

Questão 8

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: primária. Tipo de atendimento: ambulatorial — Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade pos-

sui a seguinte infraestrutura: • consultório. **DESCRIÇÃO DO CASO** Você está atuando em uma Unidade Básica de Saúde e atenderá a mãe de uma paciente do sexo feminino de 2 meses e 15 dias de idade. A mãe busca orientação quanto ao esquema vacinal da criança a partir dos 3 meses. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar anamnese direcionada à queixa da mãe da paciente; ● formular e verbalizar as hipóteses diagnósticas, com base na história clínica da criança; ● indicar a conduta adequada, conforme as hipóteses diagnósticas. **ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A MÃE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO — EXAME FÍSICO - Imagem IMPRESSO — CADERNETA DE VACINAÇÃO - Imagem IMPRESSO — FICHA DE NOTIFICAÇÃO - Imagem**

IMPRESSO — EXAME FÍSICO

Paciente em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica.

SINAIS VITAIS

Frequência cardíaca: 115 batimentos por minuto.

Frequência respiratória: 40 incursões respiratórias por minuto.

Saturação de O₂: 98% em ar ambiente.

Dados antropométricos normais para a idade.

Otoscopia e oroscopia normais. Sem alterações oculares.

Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios.

Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, normofonéticas, a 2 tempos, sem sopros; pulsos cheios e simétricos; enchimento capilar = 2 segundos.

Abdome globoso, flácido indolor, fígado e baço não palpáveis, ruídos hidroaéreos normais.

Genitália típica feminina.

Pele sem lesões.

Paciente sorri, é ativa, movimentada bem os 4 membros, apresenta equilíbrio cervical; fontanela anterior 2 cm x 2 cm de diâmetro, plana e normotensa.

IMPRESSO — CADERNETA DE VACINAÇÃO

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

NOME: *Tainá Oliveira Franco* Data de Nascimento: *01/03/2026*

BCG	Hepatite B		Penta			Rotavírus humano	
	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose
Data: 01/03/2026 Lote: BCG-23 Lab. Produt: Unisida-UBS II Ass.: Berenice Santos	Data: 01/03/2026 Lote: HBV-05 Lab. Produt: Unisida-UBS II Ass.: Berenice Santos	Data: 01/03/2026 Lote: PNT-1781 Lab. Produt: Unisida-UBS II Ass.: Berenice Santos	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: 01/03/2026 Lote: ROTV-187 Lab. Produt: Unisida-UBS II Ass.: Berenice Santos	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /
Pneumocócica 10V (conjugada)		VIP			Meningocócica C (conjugada)		
1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	
Data: 01/03/2026 Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: Berenice Santos	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: 01/03/2026 Lote: VFP-215 Lab. Produt: Unisida-UBS II Ass.: Berenice Santos	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	
Febre amarela		Tríplice viral		Difteria			
1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose		
Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /	Data: / / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unisida: / / / Ass.: / / /		

Uma lactente de 2 meses e 15 dias retorna à UBS após apresentar hipotonia, palidez e arreatividade duas horas depois de receber as vacinas dos 2 meses, com resolução espontânea em poucos minutos. A mãe está preocupada e insegura quanto à continuidade do calendário vacinal. Esta estação prática avalia nossa capacidade de realizar anamnese direcionada, formular o diagnóstico correto e orientar adequadamente a família sobre a conduta, que é um ponto crítico: **substituir o componente pertussis, não suspender a vacinação.**

Ao conduzir a anamnese, devemos focar nos detalhes do episódio: início (quanto tempo após a vacina?), características (o que exatamente aconteceu com a criança?), duração (quanto tempo durou?) e evolução (como a criança ficou depois?). A mãe relata que 2 horas após a vacinação, a criança ficou "mole, muito pálida, com olhar parado e sem reação", durando apenas alguns minutos, com retorno completo ao normal. Esse relato caracteriza a **tríade clássica do episódio hipotônico-hiporresponsivo**: hipotonia (criança "mole"), hiporresponsividade (sem reação a estímulos, olhar parado) e alteração da cor da pele (palidez). Também devemos investigar antecedentes gestacionais, perinatais, desenvolvimento neuropsicomotor e história familiar de convulsões ou reações vacinais. No nosso caso, tudo é normal: pré-natal adequado, parto normal a termo, triagem neonatal normal, desenvolvimento adequado (sorri, sustenta a cabeça), sem antecedentes neurológicos pessoais ou familiares.

Ao solicitar a caderneta de vacinação, verificamos que está atualizada para a idade. Aos 2 meses, a criança recebeu: BCG (ao nascer), Hepatite B (ao nascer e aos 2 meses), Pentavalente (2 meses), VIP (2 meses), Pneumocócica 10-valente (2 meses), Rotavírus (2 meses) e Meningocócica C (2 meses). O evento adverso está **relacionado ao componente pertussis presente na vacina pentavalente.**

Quando verbalizamos que faremos o exame físico, recebemos o impresso mostrando que a criança está em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril e eupneica. Sinais vitais normais para a idade. Exame físico sem alterações: cardiovascular, respiratório e neurológico normais. Isso confirma que **o evento foi transitório e não deixou sequelas**, diferenciando-se de uma *encefalopatia pós-vacinal*.

Nossa hipótese diagnóstica deve ser verbalizada claramente: "episódio hipotônico-hiporresponsivo decorrente da vacinação com componente pertussis" e "evento supostamente atribuível a vacinação ou imunização (ESAVI)". Mas o que causa esse evento? O *EHH* ocorre por uma **resposta inflamatória sistêmica ao componente pertussis de células inteiras**, com liberação de citocinas (principalmente IL-1 e IL-6) que causam vasodilatação transitória e hipotonia muscular. É uma reação imu-

nológica exagerada, mas autolimitada, sem comprometimento neurológico verdadeiro. Por isso a criança se recupera completamente em minutos a poucas horas, sem deixar sequelas.

É fundamental entender a diferença entre as vacinas disponíveis. A vacina pentavalente tradicional do PNI contém o componente pertussis de células inteiras (*DTPw*), que inclui a bactéria *Bordetella pertussis* inativada inteira. Essa formulação é altamente imunogênica (estimula bem o sistema imune), mas também mais reatogênica (causa mais eventos adversos). Já a vacina acelular (*DTPa* ou pentavalente/hexavalente acelular) contém apenas antígenos purificados da bactéria: toxina pertussis destoxificada, hemaglutinina filamentosa e pertactina. Com isso, mantém a eficácia imunológica, mas tem reatogenicidade significativamente menor. É exatamente por isso que, após um *EHH*, **substituímos a vacina de células inteiras pela acelular nas doses subsequentes.**

Aqui precisamos fazer um diagnóstico diferencial importante com outros eventos neurológicos pós-vacinais. A convulsão pós-vacinal se manifesta com movimentos clônicos ou tônicos, pode ser febril ou afebril, e também não contraindica a continuidade da vacinação (mantém-se o componente pertussis acelular). Já a *encefalopatia pós-vacinal* é muito mais grave: alteração persistente do nível de consciência, crises convulsivas recorrentes, déficits neurológicos focais, alterações do equilíbrio ou marcha. Nesse caso, sim, o componente pertussis é contraindicado definitivamente, e as próximas doses serão com DT (dupla infantil: apenas difteria e tétano). O *EHH* é um evento intermediário: **assustador para a família, mas benigno e sem sequelas**, que apenas exige substituição por vacina acelular.

Um ponto crucial é contextualizar o risco-benefício para tranquilizar adequadamente a família. O *EHH* ocorre em aproximadamente 1:1000 a 1:1750 doses da vacina de células inteiras. Por outro lado, a coqueluche em lactentes não vacinados tem mortalidade de 1-2% e complicações graves (pneumonia, convulsões, encefalopatia) em 10-20% dos casos. Ou seja: **o risco de não vacinar é MUITO maior que o risco do EHH**. Além disso, o *EHH* é totalmente benigno e autolimitado, enquanto a coqueluche pode ser fatal ou deixar sequelas graves. Por isso, a conduta correta não é suspender a vacinação, mas sim substituir por uma formulação mais segura (acelular) que mantém a proteção.

Nossa conduta deve incluir:

- tranquilizar a mãe, explicando que o evento foi benigno, autolimitado e não deixou sequelas
- orientar que a vacinação deve ser mantida, mas com substituição do componente pertussis de células inteiras pelo acelular a partir

dos 4 meses (pentavalente acelular ou hexavalente acelular - disponíveis em clínicas privadas, ou *DTPa* do PNI em situações especiais)

- solicitar a ficha de notificação de *ESAVI* e preencher adequadamente
- verbalizar que faremos a notificação ao sistema oficial (e-SUS Notifica ou Vigimed)

O *EHH* é um **ESAVI grave e de notificação compulsória**, mesmo sendo benigno.

Um erro frequente que devemos evitar: NÃO solicitar investigações adicionais desnecessárias. Não há indicação de neuroimagem, EEG, punção lombar ou outros exames, exceto se houver déficit neurológico persistente (o que caracterizaria encefalopatia, não *EHH*). No nosso caso, **a criança voltou completamente ao normal**, então nenhuma investigação adicional é necessária. Apenas observação e substituição da vacina.

Na comunicação com a família, é essencial usar linguagem acessível. Podemos dizer algo como: "Dona Teresa, o que aconteceu com a Tainá foi uma reação à vacina chamada *episódio hipotônico-hiporresponsivo*. É uma reação rara, mas conhecida, que acontece em algumas crianças após a vacina da coqueluche. O sistema imune reage de forma mais intensa e libera substâncias que deixam a criança molinha e pálida por alguns minutos, mas passa completamente, sem deixar nenhuma sequela. A Tainá está ótima agora, e vai continuar assim. A boa notícia é que não precisamos parar de vacinar - isso seria muito perigoso, pois a coqueluche é uma doença grave que pode matar bebês. O que vamos fazer é trocar a vacina por uma formulação diferente, chamada acelular, que tem menos chance de dar essa reação. A próxima dose será aos 4 meses, com essa vacina mais segura. **Vou preencher uma notificação para o Ministério da Saúde**, pois isso ajuda a monitorar a segurança das vacinas no país."

Para finalizar, vamos consolidar os **PONTOS-CHAVE** desta estação:

- *EHH* é um evento adverso benigno e autolimitado, sem sequelas neurológicas, causado por resposta inflamatória ao componente pertussis de células inteiras
- A conduta é substituir por componente acelular (*DTPa* ou pentavalente/hexavalente acelular), NUNCA suspender a vacinação - o risco da coqueluche é muito maior que o risco de novo *EHH*
- A próxima dose deve ser aos 4 meses conforme o calendário, já com a vacina acelular
- Notificação obrigatória de *ESAVI* ao sistema de vigilância

- Não há necessidade de investigações adicionais se a criança voltou ao normal
- Comunicação adequada com a família é fundamental para manter a confiança no programa de imunizações e evitar hesitação vacinal

Visão do aprovado

Em estações práticas sobre eventos adversos pós-vacinais, a primeira armadilha é o candidato se assustar com o relato dramático da mãe e acabar suspendendo a vacinação ou solicitando investigações desnecessárias. Devemos treinar o raciocínio rápido de classificação: o evento foi transitório ou persistente? Houve recuperação completa ou ficou algum déficit? Essas duas perguntas separam o *EHH* benigno da encefalopatia grave. Quando o quadro reverte em minutos a horas sem deixar sequelas, estamos no terreno do *EHH* e **a conduta é substituição, nunca suspensão**. Outro erro frequente é esquecer a notificação de *ESAVI*, que é obrigatória e costuma ser critério de pontuação em estações desse tipo.

Nas provas objetivas, quando o tema é evento adverso vacinal, a banca geralmente explora três cenários: reações locais simples que não contraindicam nada, *EHH* que exige apenas troca para acelular, e encefalopatia que contraindica definitivamente o componente pertussis. A pegadinha clássica é misturar esses três na mesma questão e ver se o candidato consegue diferenciar pela duração do evento e pela presença ou ausência de sequelas. Vale memorizar que **convulsão febril pós-vacinal também não contraindica**, apenas exige observação e eventualmente troca para acelular se recorrente.

Na comunicação com a família durante uma estação prática, muitos candidatos pecam por usar termos técnicos demais ou por não tranquilizar adequadamente, deixando a mãe ainda receosa. O examinador está avaliando se conseguimos equilibrar seriedade técnica com empatia e clareza, enfatizando que o risco de não vacinar é muito maior que o risco do evento se repetir, e que temos uma alternativa segura disponível. **Esquecer de enfatizar a continuidade da vacinação** ou deixar margem para dúvida quanto à importância das próximas doses costuma custar pontos preciosos.

Questão 9

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: primária. Tipo de atendimento: ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade possui a seguinte infraestrutura: ● consultório ginecológico. DESCRIÇÃO DO CASO Você está atuando em uma UBS e atenderá uma mulher jo-

vem que comparece a uma consulta eletiva na Unidade Básica de Saúde. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar anamnese; ● verbalizar, nominalmente, os dados que deseja obter do exame físico, caso solicite; ● solicitar exames complementares pertinentes ao caso; ● apresentar hipóteses diagnósticas à paciente. **ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A PACIENTE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO.** IMPRESSO – EXAME FÍSICO - Imagem

IMPRESSO – EXAME FÍSICO



Altura: 1,58 m.

Peso: 84 kg.

IMC: 33,6 kg/m².

Pressão arterial: 120 x 70 mmHg.

Circunferência de cintura: 90 cm.

Índice de Ferrimann: 14.

Ausência de estrias abdominais.

Mamas simétricas, sem alterações à palpação. Ausência de galactorreia.

Inspeção da vulva sem alterações. Clitóris de tamanho normal.

Ao toque vaginal, útero em AVF com tamanho, consistência e mobilidade normais.

Anexos livres.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Infertilidade conjugal de dois anos associada a ciclos menstruais irregulares e sinais clínicos de hiperandrogenismo nos direciona para a **síndrome dos ovários policísticos**. Mas vamos construir o raciocínio desde o início, como faríamos na prática diante dessa paciente de 32 anos que chega à UBS com queixa de atraso menstrual.

Durante a anamnese, precisamos coletar informações-chave que aparecem no caso: ela está há 4 meses sem menstruar, suas menstruações já eram irregulares (intervalo de 1,5 meses entre ciclos), o fluxo tem aumentado em duração e volume nas últimas vezes, ela está tentando engravidar há 2 anos sem sucesso, percebeu aumento progressivo de pelos no corpo no último ano, e tem história familiar importante — mãe com diabetes e hipertensão. Outro dado fundamental: ela usou **anti-**

concepcional dos 16 aos 30 anos e parou há 2 anos justamente para tentar engravidar.

Ao verbalizar o exame físico, receberíamos o impresso mostrando dados antropométricos e achados dermatológicos importantes. Vemos uma paciente com *IMC* de 33,6 kg/m² (obesidade grau I), circunferência de cintura de 90 cm (obesidade central), e *índice de Ferriman-Gallwey* de 14 — que caracteriza hirsutismo, já que o valor normal para mulheres caucasianas é menor que 6. Mas o achado que muitos candidatos podem não valorizar adequadamente é a **acantose nigricans** visível em pescoço, região lombar e abdome — aquelas placas escurecidas e ave-ludadas características de resistência insulínica.

Agora vamos montar o quebra-cabeça. Temos *oligo-amenorreia* (critério de disfunção ovulatória), temos hiperandrogenismo clínico evidente (hirsutismo com Ferriman 14), temos infertilidade por anovulação crônica, temos marcadores de resistência insulínica (obesidade central, acantose nigricans, história familiar de diabetes). Pelos **critérios de Rotterdam**, precisamos de apenas 2 dos 3 critérios para diagnosticar SOP: hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, oligo/anovulação, e ovários policísticos ao ultrassom. Nossa paciente já preenche os dois primeiros critérios, então o diagnóstico de SOP está praticamente fechado — mesmo sem o ultrassom!

Mas atenção: SOP é **diagnóstico de exclusão**. Precisamos solicitar exames com dois objetivos claros. Primeiro, fazer diagnóstico diferencial de outras causas de amenorreia e hiperandrogenismo. Segundo, avaliar o risco metabólico dessa paciente. E aqui mora um detalhe importante que o gabarito destaca: a evolução do hirsutismo foi relativamente rápida (intensificou no último ano), o que nos obriga a pensar em tumores produtores de androgênios, mesmo que seja menos provável.

Vamos aos exames obrigatórios. Começamos sempre excluindo gravidez com β -*hCG sérico* — mesmo que ela diga ter feito teste em casa que deu negativo, ela está tentando engravidar e tem 4 meses de amenorreia, então precisamos confirmar laboratorialmente. Para diagnóstico diferencial de amenorreia e hiperandrogenismo, pedimos:

- *TSH* (excluir hipotireoidismo)
- *Prolactina* (excluir hiperprolactinemia)
- *17-OH-progesterona* (excluir hiperplasia adrenal congênita forma não clássica)
- *FSH* (avaliar função ovariana)

Para investigar melhor o hiperandrogenismo e principalmente pela evolução rápida, solicitamos **testosterona total e DHEA-S** — níveis muito elevados sugeririam tumores ovarianos ou adrenais.

Um erro frequente é esquecer o rastreamento metabólico. Essa paciente tem múltiplos fatores de risco: obesidade central, acantose nigricans, história familiar de diabetes. Precisamos solicitar **teste oral de tolerância à glicose (TOTG)** para rastrear diabetes e intolerância à glicose — a glicemia de jejum isolada não é suficiente nesse contexto. Quanto ao *ultrassom endovaginal*, o gabarito esclarece um ponto importante: não é necessário para o diagnóstico de SOP neste caso (já temos 2 critérios de Rotterdam), mas está indicado para avaliar o sangramento uterino anormal que ela vem apresentando (fluxos prolongados e aumentados), assim como o hemograma para avaliar possível anemia por sangramento.

Ao apresentar as hipóteses diagnósticas à paciente, devemos comunicar de forma clara e acolhedora. Nossa principal hipótese é **síndrome dos ovários policísticos**, mas podemos verbalizar também como "síndrome de anovulação crônica" ou simplesmente mencionar que ela apresenta "amenorreia secundária" e "hiperandrogenismo". O gabarito aceita essas variações. Devemos também mencionar que, embora menos provável dado o quadro clínico, precisamos excluir tumores produtores de androgênios — mas sem alarmar desnecessariamente a paciente. A comunicação deve ser honesta, porém tranquilizadora, explicando que os exames nos ajudarão a confirmar o diagnóstico e planejar o tratamento adequado, incluindo o manejo da infertilidade que tanto a preocupa.

Visão do aprovado

O diagnóstico de SOP neste caso se fecha pela combinação de *oligo-amenorreia* e *hiperandrogenismo clínico*, independentemente do resultado do ultrassom. A pegadinha clássica das provas é fazer o candidato acreditar que precisa dos três critérios de Rotterdam ou que o USG é obrigatório, quando na verdade qualquer combinação de dois já basta. Outra armadilha frequente é esperar que a testosterona esteja elevada, mas **hiperandrogenismo clínico isolado** (Ferriman acima de 6 para caucasianas) já preenche o critério, mesmo com androgênios séricos normais. Neste caso específico, a acantose nigricans é o achado que não podemos deixar passar, pois sinaliza resistência insulínica e obriga ao rastreamento metabólico ampliado, não apenas glicemia de jejum.

Nas provas de R1, SOP costuma aparecer em dois formatos principais: casos de infertilidade com irregularidade menstrual e sinais de hiperandrogenismo, ou adolescentes com acne e ciclos irregulares além dos dois anos pós-menarca. O padrão recorrente é testar se o candidato sabe que **SOP é diagnóstico de exclusão**, cobrando quais exames soli-

citar para afastar hipotireoidismo, hiperprolactinemia e hiperplasia adrenal congênita. Outro ponto explorado é o tratamento de primeira linha para quem não deseja gravidez no momento: anticoncepcional combinado, que além de proteger o endométrio e regularizar os ciclos, aumenta *SHBG* e melhora o hiperandrogenismo.

Vale memorizar os valores de *Ferriman por etnia*, pois isso já apareceu como pegadinha:

- Menor que seis para caucasianas e negras
- Menor que quatro para asiáticas

Quando o hirsutismo evolui rapidamente, como mencionado neste caso, devemos sempre pensar em **tumores produtores de androgênios** e solicitar testosterona total e DHEA-S, mesmo que o quadro geral aponte para SOP benigna.

Questão 10

CENÁRIO DE ATENDIMENTO Nível de atenção: primária. Tipo de atendimento: ambulatorial — consultório médico em Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade possui a seguinte infraestrutura: ● consultório médico. DESCRIÇÃO DO CASO Você está atuando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e realizará o atendimento, em consulta de retorno agendada, de uma mulher de 27 anos, branca, que pede o fornecimento de medicação injetável para emagrecer após ter realizado exames solicitados por outro médico em consulta anterior. Nos 10 minutos de duração da estação, você deverá executar as seguintes tarefas: ● realizar a avaliação clínica da paciente; ● explicar à paciente os resultados dos exames pertinentes ao caso; ● verbalizar as condutas adequadas ao caso. ATENÇÃO! CASO JULGUE NECESSÁRIO REALIZAR EXAME FÍSICO, VERBALIZE. A PACIENTE SIMULADA NÃO DEVERÁ SER TOCADA DURANTE O ATENDIMENTO. IMPRESSO – EXAME FÍSICO GERAL - Imagem IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS - Imagem

IMPRESSO – EXAME FÍSICO GERAL

Estatura: 165 cm.

Peso: 67,5 kg.

Índice de Massa Corporal: 24,79 kg/m².

Circunferência abdominal: 83 cm.

Pressão arterial: 125 mmHg x 72 mmHg.

Frequência cardíaca: 86 batimentos por minuto.

Temperatura axilar: 36 °C.

Ectoscopia: normal.

Exame físico sem outras alterações.

IMPRESSO – EXAMES LABORATORIAIS

Nome: Kimberly Silva
Idade: 27 anos

Hemograma: normal

Exame	Valor de referência
Glicemia de jejum.....	72 mg/dL 70 a 105 mg/dL
HbA1c	5,1% 4,7 – 5,7%
Insulina basal.....	2,9 µU/mL 2-20 µU/mL
Amilase.....	30 U/L 4-400 U/L
Lipase.....	20 U/L 0-160 U/L
Creatinina	0,7 mg/dL 0,5 – 1,0 mg/dL
Taxa de filtração glomerular	> 90 mL/min ≥ 90 mL/min/1,73 m ²
Potássio	4 mEq/L 3,5 – 5 mEq/L
Ácido úrico.....	3 mg/dL 2,5 – 8 mg/dL
Colesterol total	160 mg/dL 150 – 199 mg/dL
HDL-C	40 mg/dL ≥ 40 mg/dL
LDL-C	110 mg/dL ≤ 130 mg/dL
Triglicérides.....	120 mg/dL < 150 mg/dL
TSH	2,0 µU/mL 0,5-4,7 µU/mL
T4 livre	1,5 ng/dL 0,8-2,7 ng/dL
TGO.....	17 U/L 0-35 U/L
TGP	20 U/L 0-35 U/L
GGT.....	14 U/L 1-94 U/L

Exame de urina = EAS/Urina tipo 1: normal

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito:

Comentário da questão

Introdução

Kimberly tem 27 anos, IMC de 24,79 kg/m² e exames laboratoriais completamente normais, mas comparece à consulta solicitando a "canela para emagrecer" porque trabalha com beleza e quer eliminar a "pochete" para ficar "sequinha" como as influenciadoras que acompanha nas redes sociais. Essa estação prática avalia nossa capacidade de reconhecer uma situação cada vez mais comum na atenção primária: a pressão por medicalização impulsionada por padrões estéticos irreais propagados pelas mídias digitais.

Precisamos começar nossa avaliação investigando sistematicamente as condições que justificariam o uso de medicações antiobesidade. Os análogos de GLP-1 (como *semaglutida* e *liraglutida*) e a *tirzepatida*

têm indicação para pacientes com **IMC ≥ 30 kg/m² ou IMC ≥ 27 kg/m² na presença de comorbidades** como diabetes, hipertensão ou dislipidemia. Nossa paciente tem IMC de 24,79 kg/m², o que a classifica como eutrófica (peso normal está entre 18,5 e 24,9 kg/m²). Portanto, já de início, não há indicação clínica para tratamento farmacológico.

A anamnese completa deve investigar todas as comorbidades relevantes: hipertensão, diabetes ou pré-diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica, esteatose hepática, distúrbios do sono (apneia, insônia), doença do refluxo, alterações tireoidianas, transtornos alimentares (bulimia, anorexia), transtornos psiquiátricos (ansiedade, depressão, distorção corporal) e histórico familiar de obesidade e diabetes. Também devemos explorar hábitos de vida: padrão alimentar, tentativas prévias de emagrecimento, atividade física, etilismo, tabagismo. No caso de Kimberly, ela nega todas essas condições e os exames laboratoriais confirmam: **glicemia de 72 mg/dL, HbA1c de 5,1%, perfil lipídico normal**, funções hepática, renal e tireoidiana preservadas.

O ponto crucial desta estação é investigar a motivação real para a busca do tratamento. Quando perguntamos por que ela quer a medicação, descobrimos que ela nunca se considerou gorda, mas quer eliminar uma "gordura localizada" para atingir o padrão estético "sequinha" que vê nas redes sociais. Trabalha com beleza, acompanha influenciadoras e está exposta constantemente a padrões corporais que, muitas vezes, são resultado de edição de imagens, filtros, procedimentos estéticos e até photoshop. Essa investigação sobre uso de telas, exposição a mídias e comparação com padrões estéticos é um dos **critérios obrigatórios do gabarito** e representa um aspecto fundamental da saúde mental na atualidade, especialmente entre jovens adultos.

Ao verbalizar os resultados, devemos deixar claro que tanto o exame físico quanto os exames laboratoriais estão normais. A pressão arterial está adequada (125/72 mmHg), não há sinais de síndrome metabólica, e todos os marcadores metabólicos estão dentro da normalidade. A armadilha aqui é ceder à pressão da paciente e prescrever a medicação "porque ela pediu" ou "porque ela pode pagar". Isso seria **medicalização desnecessária, uso irracional de medicamentos** e poderia até caracterizar erro ético, já que estaríamos prescrevendo uma medicação sem indicação clínica estabelecida.

Nossa conduta deve focar em educação em saúde e abordagem multiprofissional. Primeiro, não indicamos tratamento medicamentoso. Depois, orientamos medidas de promoção de saúde: praticar atividade física regularmente, manter alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processados (evitando os "lanchinhos" que ela menciona), hidratação adequada e higiene do sono. Mas igualmente

importante são as orientações de saúde mental: discutir o uso excessivo de telas, alertar sobre os padrões irreais propagados nas redes sociais (filtros, edição, procedimentos não divulgados) e valorizar a **diversidade corporal e a saúde real** em detrimento de padrões estéticos inalcançáveis.

O encaminhamento para acompanhamento compartilhado com o **e-Multi** (equipe multiprofissional) é essencial e obrigatório no gabarito. Kimberly se beneficiaria do acompanhamento com nutricionista para orientação alimentar individualizada, com psicólogo para trabalhar a questão da imagem corporal e a influência das redes sociais, e with educador físico para um plano de atividade física que possa ajudá-la a alcançar seus objetivos de forma saudável. Esse tipo de abordagem é muito mais adequado do que simplesmente prescrever uma medicação para alguém que não tem indicação clínica.

Durante toda a consulta, devemos manter uma comunicação empática e acolhedora. Não se trata de julgar a paciente por querer emagrecer ou por seguir influenciadoras, mas de educá-la sobre os riscos da medicalização desnecessária, validar seus sentimentos e oferecer alternativas realmente efetivas e seguras. A apresentação adequada (cumprimentá-la, identificar-se, chamá-la pelo nome), o contato visual, a escuta ativa sem interrupções e o uso de linguagem acessível (evitando jargões médicos) são **critérios de comunicação** que também são avaliados nesta estação.

O gabarito oficial deixa claro que o desempenho esperado inclui:

- apresentação adequada
- comunicação empática
- investigação completa da história clínica e de hábitos (incluindo uso de telas)
- verbalização da normalidade dos exames
- não indicação de tratamento medicamentoso
- orientações de educação em saúde e saúde mental
- encaminhamento para e-Multi

Erros comuns incluem prescrever a medicação por pressão da paciente, focar apenas em dizer "não" sem oferecer alternativas, não investigar adequadamente a motivação real, ou **esquecer de abordar a questão das redes sociais** e padrões estéticos, que é um dos pontos centrais do caso.

Visão do aprovado

Esta estação reflete uma realidade crescente na atenção primária: a demanda por análogos de *GLP-1* impulsionada por redes sociais, mes-

mo sem indicação clínica. O desafio não está apenas em reconhecer a ausência de critérios para prescrição, mas em comunicar isso de forma que a paciente se sinta acolhida e receba alternativas concretas. Temos aqui uma avaliação que integra **competência clínica, comunicação difícil e posicionamento ético** frente à pressão por medicalização.

Um ponto que merece atenção é o IMC de 24,79 kg/m², que está no limite superior da normalidade (eutrofia vai até 24,9). Isso pode gerar hesitação, mas a classificação permanece como peso normal e, sem comorbidades, não há justificativa para tratamento farmacológico. A circunferência abdominal de 83 cm também está abaixo do ponto de corte para risco metabólico em mulheres (≥ 80 cm é considerado risco aumentado, mas ≥ 88 cm é risco muito aumentado), reforçando que não há indicação. A tentação de "arredondar" ou "flexibilizar" critérios diante da insistência da paciente é uma **armadilha que devemos evitar**.

O centro da estação não é apenas dizer "não", mas construir um plano alternativo genuíno. Quando verbalizamos o encaminhamento para *e-Multi*, precisamos deixar claro que nutrição pode ajudá-la com padrão alimentar individualizado, educação física pode auxiliar na composição corporal sem medicação, e psicologia pode trabalhar a questão da imagem corporal e a influência das mídias. Oferecer essa rede de suporte transforma o "não posso prescrever" em "vamos fazer diferente", mantendo a **aliança terapêutica** e mostrando que levamos a demanda dela a sério, ainda que não pela via medicamentosa.

A investigação sobre uso de telas e comparação com influenciadoras não é um detalhe secundário, é critério obrigatório do gabarito e representa uma competência cada vez mais exigida: reconhecer determinantes sociais de saúde mental ligados ao ambiente digital. Estações práticas modernas avaliam se sabemos integrar esses aspectos contemporâneos ao raciocínio clínico tradicional, especialmente em casos onde a queixa da paciente não corresponde a uma necessidade clínica objetiva, mas a uma **construção social mediada por padrões estéticos irreais**.