



**FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ - FMJ**  
**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – 2024**

**GABARITO DEFINITIVO DA PROVA PRÁTICA**

(Data de aplicação: 4 de janeiro de 2024)

**ESPECIALIDADES COM ACESSO DIRETO**

400 CIRURGIA GERAL / 401 CLÍNICA MÉDICA / 402 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE / 403 OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA /  
405 PEDIATRIA / 406 RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

# CIRURGIA GERAL

## CASO 01

Paciente de 69 anos, diabético controlado, hipertenso em uso de losartana, apresenta quadro de dor abdominal há 2 meses que vem piorando nas últimas semanas e com piora mais significativa nos últimos dois dias, motivo o qual o fez procurar unidade de pronto socorro. Segundo o paciente, a dor lembra uma queimação na região epigástrica, que depois se torna em cólica e aperto com irradiação para hipocôndrio direito. Diz ter calafrios a noite, e há 1 dia aferiu temperatura em cerca de 38,9 graus. Há dois dias vem com sensação de empachamento e vômitos com restos alimentares e amarelados. Relata distensão abdominal e dor. Notou alteração da cor da urina e das fezes e hábito mais diarreico, sem sangue. Sua esposa relata que o paciente há três dias tem tido prurido pelo corpo que piora a noite e notou que seus olhos estavam mais amarelados.

### Exame físico:

Regular estado geral, desidratado, emagrecido, pálido, icterício ++ / +++++, febril, PA 80x 60 mmHg. FC 110, FR 22, dispneico com diminuição do murmúrio em base direita. Abdome distendido, doloroso difusamente, com dor mais intensa em epigástrio e hipocôndrio direito. Durante exames físicos, vomitou 3 vezes.

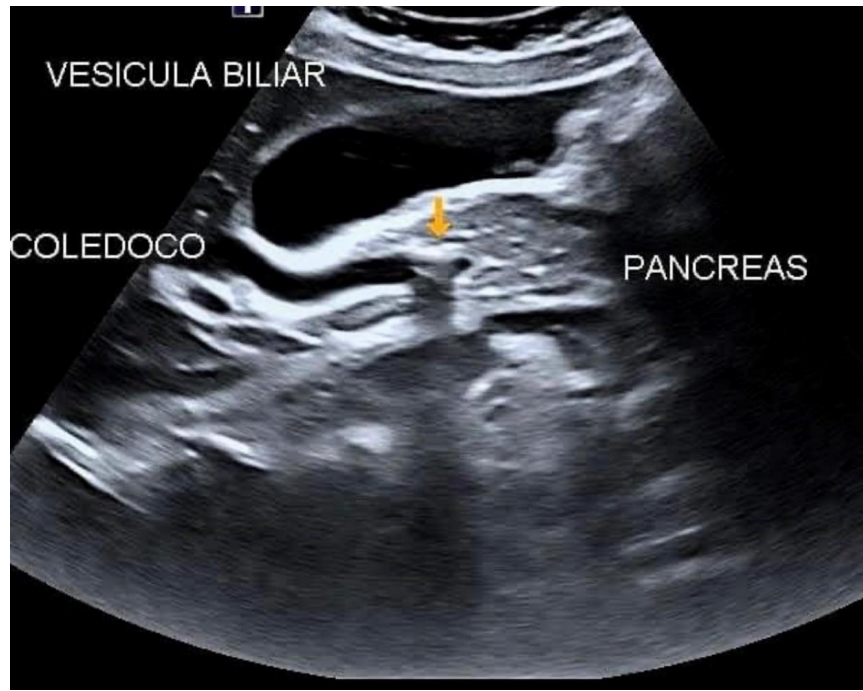
Exames Laboratoriais	
HB 9,5	FA 1230
Leucócitos 18,799	GGT 1890
Bastões 5%	Bilirrubina total 10
PCR 15	BD 8,7
VHS 20	BI 1,3
TGO 489	Amilase 3.800
TGP 578	Glicemia 329

Realizou os exames de imagem mostrados abaixo:

Exame 1:



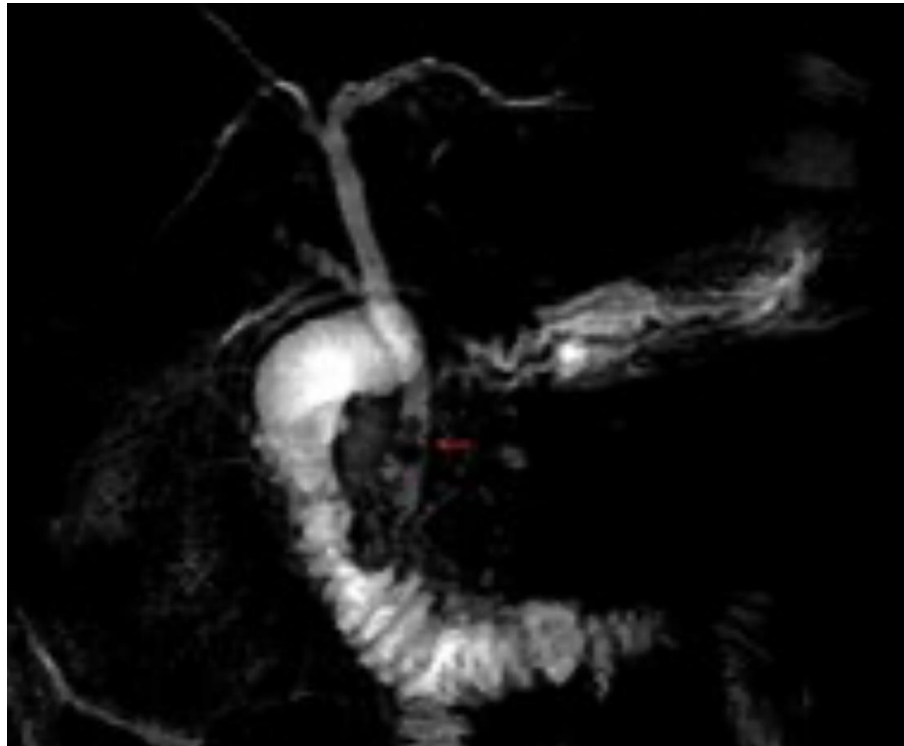
Exame 2:



Exame 3:



Exame 4:



Considerando que você é médico plantonista que atenderá este paciente e encontra-se em um hospital terciário com todos os recursos à sua disposição, pergunta-se:

**QUESTÃO 01:**

Qual sua conduta imediata com este paciente na sala de emergência?

Monitorização, oxigênio, ressuscitação volêmica, dois acessos calibrosos, sonda nasogástrica aberta, sonda vesical, hidratação vigorosa, controle da glicemia, gasometria, antibiótico endovenoso empírico, jejum, internação em setor fechado se disponível.

**QUESTÃO 02:**

Diante dos exames de imagem solicitados e demonstrados no caso, cite os principais achados nestes exames de forma resumida, citando o nome do exame e seus principais achados.

RX de abdome para descartar pneumoperitônio e distensão difusas das alças.

Ultrassom com provável alteração de parede veicular com cálculos, além de dilatação de vias biliares com provável cálculo em colédoco com espessamento da parede vesicular.

Tomografia para visualizar dilatação de via biliar, classificar a magnitude da pancreatite aguda, ColangioRNM - coledocolitíase, dilatação de vias biliares, borramento peripancreático, cole litíase com espessamento da parede vesicular, ar dentro da vesícula.

**QUESTÃO 03:**

Com o diagnóstico realizado, quais seriam as próximas etapas no tratamento deste paciente? Descreva sua conduta terapêutica.

Diante de um quadro de pancreatite aguda com coledocolitíase e colangite inicial, a conduta após jejum e hidratação e analgesia seria estabilizar os níveis de Amilase, e logo a seguir indicar uma CPRE para desobstrução das vias biliares. Na mesma internação proceder a colecistectomia vídeo. O ideal das ações terapêuticas seria após melhora do quadro de pancreatite, porém se quadro de colangite e sepse forem prioridade, deverá seguir a desobstrução das biliares através de exame endoscópico (CPRE) de urgência. Também será considerado como uma forma de tratamento a punção guiada por us da vesícula biliar – colecistostomia - bem como drenagem da mesma (colecistendese).

**QUESTÃO 04:**

Caso você estivesse em um hospital sem grandes recursos, onde dispõe apenas de centro de radiologia mais simples com Rx e Ultrassom, e um Centro Cirúrgico que comporta cirurgias de médio e grande porte, a sua conduta nesta situação mudaria? Se sim, explique o que faria diferente nesta situação.

Sim, mudaria. Caso não tivesse como realizar uma colangioRNM e nem acesso a CPRE, o ideal neste cenário seria internação, melhora da pancreatite e a seguir indicar cirurgia com exploração de vias biliares, com colecistectomia e colangiografia intra operatória e caso evidenciasse cálculo na via biliar, realizar coledocotomia com remoção dos cálculos seguido de colocação de dreno de Kehr, bem como dreno na cavidade vigiando o Kehr além da antibiótico terapia. Também será considerada como forma terapêutica a punção guiada por ultrassom.

## CASO 02

Paciente jovem, 23 anos, sexo feminino, sem comorbidades, começa a sentir cólicas abdominais intensas em andar inferior associado a intensa diarreia com sangue nas fezes em todas as evacuações nos últimos 45 dias. Sente-se fraca, com desânimo, reclama que seus punhos e tornozelos doem muito e ficam inchados ao final do dia, relatando muito fadiga. Nos últimos 15 dias as evacuações chegaram a 8 episódios ao dia, sempre com cólicas e sangramento. Chegou a ficar internada por dois dias para hidratação endovenosa e analgesia. Refere também uma dor perianal com alguma sujidade em suas roupas íntimas de coloração amarelada de forma esporádica. Tem histórico familiar de neoplasia gástrica e hepática na família. Devido a piora do quadro, procura o pronto socorro onde o colega de plantão, ao examinar a paciente, encontra os seguintes achados de exame físico:

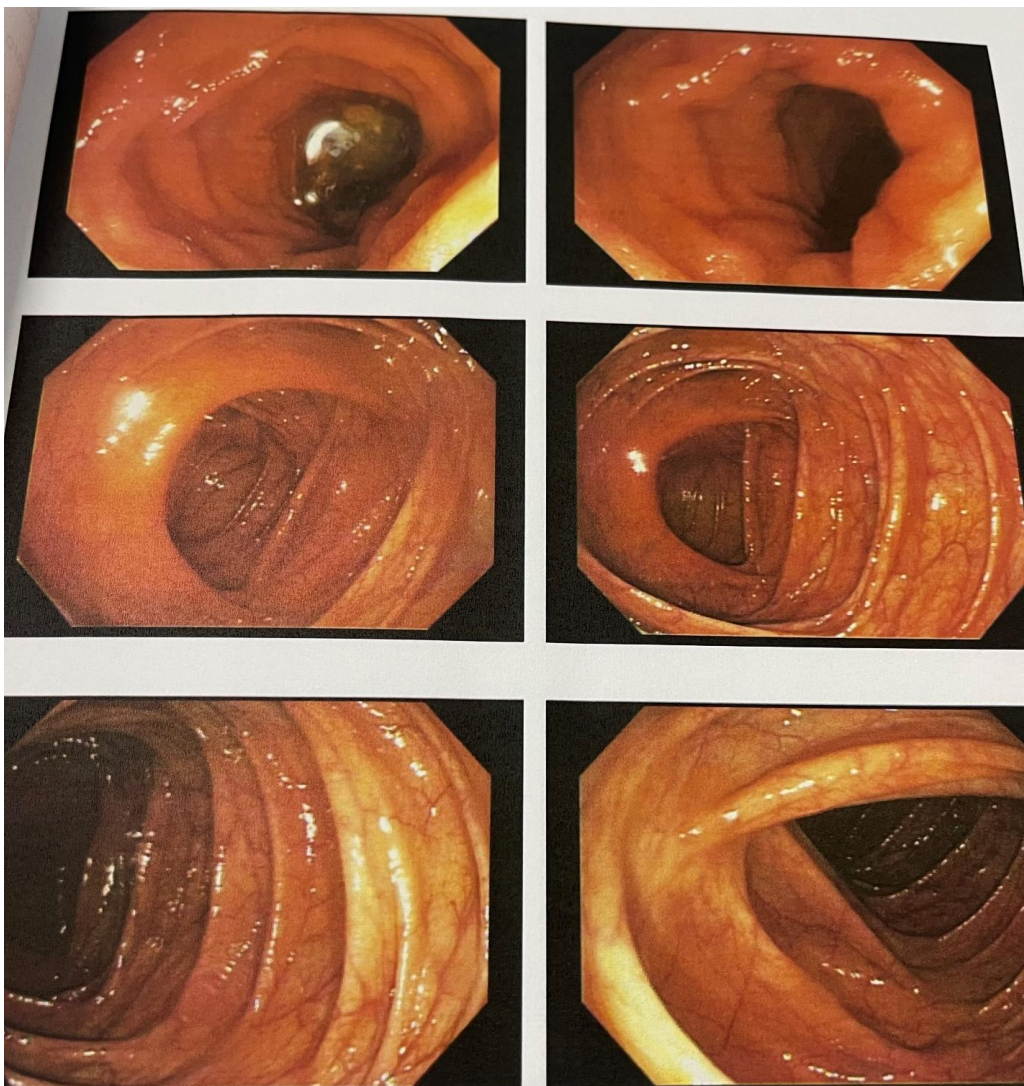
Regular estado geral, descorada, desidratada, dores nos punhos e edema dos tornozelos bilateral, abdômen distendido, doloroso, porém sem sinais de peritonite.

FC 100  
FR 18  
PA 110 x 80 mmgh

Paciente é então internada pelo colega de plantão para investigação diagnóstica, já que é a terceira passagem dela pelo pronto-socorro.

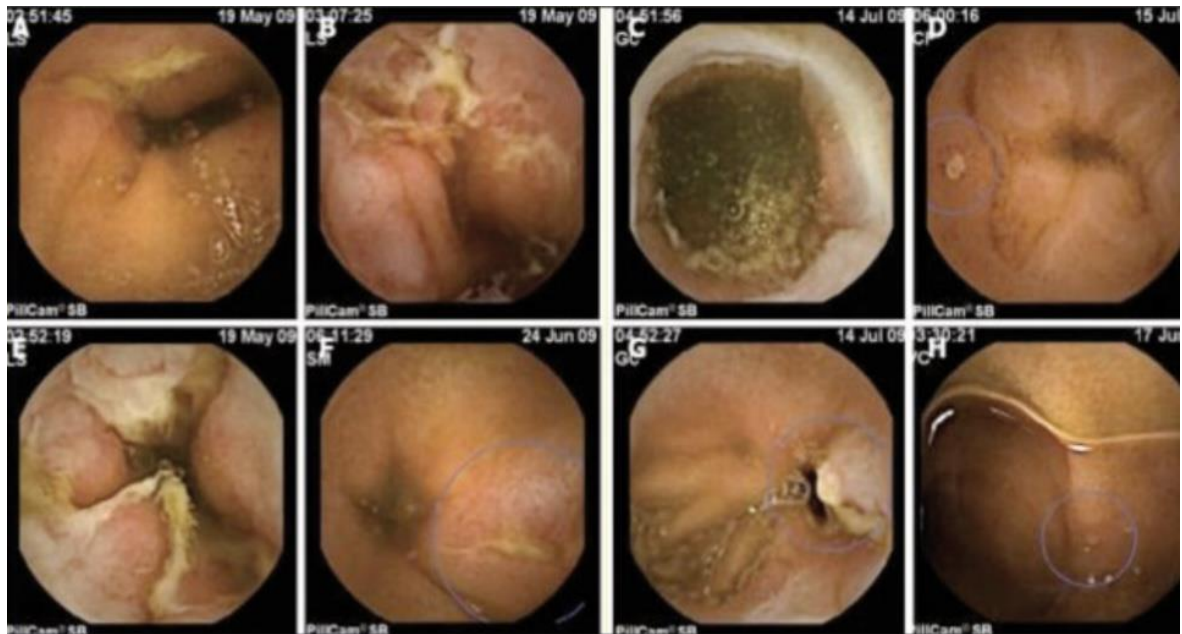
Exames realizados:	Creatinina 2,5
HB 8,0	PCR 20
Leucócitos 15,700	VHS 60
Bastões 4%	Calprotectina fecal 1.389
Ureia 30	Amilase 110

A seguir iniciou-se preparo de cólon e realizou o exame abaixo:



Resultado do exame: colonoscopia normal sem alterações desde reto até ceco.

O colega então na enfermaria com paciente internada realiza mais dois exames a seguir:



Paciente continua internada com diarreia e família gostaria de maiores explicações sobre o quadro. Você está de plantão nesta enfermaria e deve responder as seguintes perguntas da família:

**QUESTÃO 05:**

Qual é sua principal hipótese diagnóstica frente ao caso? E cite 2 diagnósticos diferenciais.

Doença de crohn, retocolite ulcerativa, doença celíaca, intolerância a lactose, síndrome do intestino irritável e câncer colo retal.

**QUESTÃO 06:**

Diante dos exames realizados, quais alterações foram evidenciadas que justifiquem a sintomatologia da paciente?

Colono normal, porém, com enterotomografia com atividade doença em íleo e delgado, calprotectina alta, doença perianal e cápsula endoscópica mostrando lesão de delgado inflamatória, sugerindo Crohn de delgado em atividade.

**QUESTÃO 07:**

Cite as opções e estratégias de tratamento para esta paciente tanto na fase aguda como para manutenção a médio longo prazo.

Na fase aguda, hidratação, analgesia, antibiótico endovenoso, corticoide em dose alta EV e reposição volêmica.

Manutenção: corticoide em dose baixa, azatioprina e eventual preparação para terapia com imunobiológico.

Uso de imunossupressor e eventual uso de terapia biológica.

**QUESTÃO 08:**

Caso a doença não seja controlada na sua fase clínica inicial, cite 3 possíveis complicações que poderão surgir para esta paciente.

Perfuração, estenose, abscesso, eventual neoplasia, hemorragia, fístula colo vesical, neoplasia colo retal e eventual necessidade de enterectomia.

## CLÍNICA MÉDICA

### CASO 03

Paciente feminina, 82 anos, apresenta quadro de tosse produtiva com secreção amarelada há 7 dias, acompanhada de febre e queda do estado geral. Não havia rinorreia, congestão nasal ou odinofagia. Portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, controladas com enalapril (inibidor da enzima conversora de angiotensina) e metformina. Diante do quadro atual, procurou, há 2 dias, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) próxima à sua residência, onde foram prescritos amoxicilina, um antitussígeno a base de codeína (opioide fraco) e analgésicos/antipiréticos. Seguiu o tratamento recomendado, mas familiares retornaram à UPA por não conseguirem despertar a paciente desde hoje cedo. Ao exame, os seus sinais vitais eram: pressão arterial 124x72 mmHg; frequência cardíaca 110 bpm; frequência respiratória 10 rpm; saturação de pulso de oxigênio 76% em ar ambiente; temperatura axilar 36° C; escala de coma de Glasgow = 7 (abertura ocular = 1; resposta verbal = 2; resposta motora = 4). Estava em mau estado geral, descorada +/-4, desidratada +/-4, anictérica e com cianose labial e de extremidades. Não havia sinais neurológicos focais. Flapping (asterix) presente. A propedêutica pulmonar mostrava hipoexpansibilidade torácica global, estertores finos em base e campo médio pulmonares à esquerda e macicez à percussão destas regiões. A ausculta cardíaca era normal, os pulsos cheios e não havia turgência jugular à 45°. O abdome era plano, normotenso, sem dor aparente à palpação e não foram notadas massas ou visceromegalias. As extremidades estavam quentes, com tempo de enchimento capilar < 3 segundos e não havia edemas. Foi colhida uma gasometria arterial em ar ambiente e obtida uma radiografia de tórax no leito mostradas abaixo.



Parâmetro	Resultado	Referência
pH	7,17	7,35-7,45
pCO2	60 mmHg	35-45 mmHg
pO2	40 mmHg	> 60 mmHg
Gradiente alvéolo-arterial	30 mmHg	< 20 mmHg

### QUESTÃO 09:

Baseado no quadro clínico e na gasometria, informe o principal diagnóstico sindrômico e a sua classificação.  
**Insuficiência respiratória aguda mista.**

### QUESTÃO 10:

Qual a principal terapia indicada para o diagnóstico informado no item anterior, neste caso específico? Justifique.  
**Suporte ventilatório invasivo, Intubação orotraqueal, Ventilação mecânica e termos correlatos. Rebaixamento do nível de consciência (aceito Glasgow < 9; ou necessidade de proteção de via aérea; ou contraindicação formal à ventilação não invasiva).**

### QUESTÃO 11:

Após a intervenção indicada no item anterior, uma nova gasometria arterial foi colhida com uma fração inspirada de oxigênio de 80%, mostrada ao lado.

Parâmetro	Resultado	Referência
pH	7,28	7,35-7,45
pCO <sub>2</sub>	50 mmHg	35-45 mmHg
pO <sub>2</sub>	50 mmHg	> 60 mmHg

Com base neste novo dado, quais dentre os mecanismos fisiopatológicos básicos responsáveis pela ocorrência de hipoxemia explicam os achados gasométricos iniciais? Justifique correlacionando sua resposta com o quadro clínico.

**Hipoventilação alveolar secundária a depressão respiratória por uso de opioide em idosa. Shunt por pneumonia evidenciado por ausência de aumento significativo da PaO<sub>2</sub> com suplementação abundante de oxigênio.**

### QUESTÃO 12:

Após o 5º dia de internação, a paciente evoluiu com recorrência da febre que já havia cessado, além de piora dos parâmetros laboratoriais indicados para o controle de tratamento. A ausculta do tórax modificou-se para abolição do murmúrio vesicular à esquerda. A macicez à percussão persistiu. A radiografia de tórax foi repetida em projeções anteroposterior e em decúbito lateral esquerdo com raios horizontais, mostradas abaixo. O que explica esta evolução? Como confirmar esta hipótese?

**Derrame pleural parapneumônico (será aceito empiema pleural). Toracocentese diagnóstica.**



## CASO 04

Paciente masculino, 42 anos, fez uma primeira avaliação ambulatorial em 2019, motivada por infarto agudo do miocárdio que acometeu a sua mãe aos 60 anos e seu irmão aos 45 anos. Na época, encontrava-se assintomático e com exame físico normal. Negou etilismo ou tabagismo. Alimentação até então primordialmente com refeições preparadas em casa, com 2-3 porções de vegetais ou frutas por dia, arroz, feijão e carne preferencialmente branca. Não realizava atividades físicas na hora de lazer. Realizou avaliação laboratorial, demonstrada na primeira coluna da tabela abaixo (exame 1 – 2019). Recomendada atividade física e retorno em 6 meses com novo perfil lipídico. Desde então, teve início a pandemia e perdeu o seguimento. Passou a trabalhar em escritório e houve piora do estilo de vida. Resumidamente, começou a ingerir *fast-foods* cerca de 3x/sem; bebidas adoçadas frequentemente durante o trabalho (refrigerantes e cappuccinos de máquina) e bebidas alcoólicas aos fins de semana (4-5 doses). Ganhou 25 kg no período e seu IMC passou de 23 para 31 kg/m<sup>2</sup>. Sua esposa notou que nos últimos meses tem roncado excessivamente à noite. Retomou acompanhamento somente agora, aos 44 anos, queixando-se principalmente de ter menos energia/disposição do que antigamente. Sua PA era de 134x88 mmHg e a circunferência abdominal de 110 cm. Restante do exame físico permanecia normal. Realizou exames laboratoriais (exame 2 – 07/23). Após os resultados, foi encaminhado para nutricionista, recomendado que fizesse atividade física e prescrito sinvastatina 40 mg/dia.



Seguiu as orientações, mas passou a se preocupar com informações obtidas na internet sobre as estatinas. Recordou-se então de 2 episódios de câibras desde que iniciou a medicação há 3 meses, além de dores musculares em “fisgadas”, sem localização preferencial, com duração de poucos segundos e frequência de 2-3 episódios por semana. Incomodava-o também a dificuldade em ganhar massa muscular nesse período, mesmo tendo finalmente iniciado academia. Além disso, iniciou relacionamento recente e apresentou um episódio de disfunção erétil. Desde então, preocupado com o seu desempenho sexual. Neste contexto, buscou um segundo médico que ampliou a avaliação laboratorial (exame 3 – 11/23). Além disso, solicitou um ultrassom de abdome, cujo principal achado foi aumento da ecogenicidade hepática, sugestiva de doença de depósito. Diante dos novos resultados, as queixas do paciente e as alterações laboratoriais foram atribuídas à estatina. A sugestão de descontinuação desta medicação foi reforçada pela melhora expressiva do perfil lipídico. Por fim, foram iniciadas reposições hormonais (levotiroxina sódica 1,6 mcg/kg e injeções trimestrais de testosterona), para tratamento da obesidade e dislipidemias ocasionadas por disfunção da tireoide; reversão dos efeitos deletérios musculares da estatina; além de tratamento da fadiga crônica e disfunção sexual.

Exames séricos	Exame 1 (2019)	Exame 2 (07/23)	Exame 3 (11/23)	Referência
Colesterol total	290	310	188	< 190 mg/dl
HDL-c	32	30	30	> 40 mg/dl (homens)
LDL-c	230	248	125	< 130 mg/dl (para risco cardiovascular baixo)
Triglicérides	140	160	165	< 150 mg/dl
Glicose	90	102	110	70 – 100 mg/dl
TSH	3,2		5,2	0,5-4,5 mUI/L
T4-livre			0,9	0,7-1,48 ng/dL
CPK		155	180	38-174 U/L
Aspartato Aminotransferase (AST)		62	85	<35 U/L
Alanina Aminotransferase (ALT)		67	94	< 35 U/L
Fosfatase Alcalina		60	110	40-129 U/L
Gama-GT		110	150	8-78 U/L
Ferritina			620	26-446 mcg/L
Índice de saturação de ferro			35%	20-50%
Testosterona total			270	< 300 ng/dL: compatível com hipogonadismo

### QUESTÃO 13:

Qual(is), dentre os efeitos colaterais **cientificamente** aceitos das estatinas, julga que esteja(m) presente(s) neste paciente? Baseando-se em uma análise da relação entre o nível de suspeita clínico-laboratorial de efeito adverso e o benefício esperado do medicamento para este paciente, como procederia em relação à continuidade da estatina neste caso?

Candidato deve deixar claro que:

- Mialgia/miosite poderia ser o único efeito colateral a ser considerado nesta situação.
- No entanto, os sintomas são pouco típicos, a CPK é pouco elevada e, de todo modo, não é incomum que aumente em baixos níveis mesmo em pacientes sem sintomas em tratamento com estatinas
- O risco cardiovascular do paciente é elevado. As estatinas permanecem como a principal classe terapêutica para a dislipidemia e redução de risco cardiovascular para este paciente.

### QUESTÃO 14:

Cite 2 outras opções de classes medicamentosas para o tratamento da dislipidemia além das estatinas. Explique, sucintamente, o mecanismo de ação e pelo menos uma desvantagem destas opções em comparação às estatinas como 1ª linha de tratamento?

Respostas possíveis (quaisquer 2 das opções abaixo)

- Ezetimibe; inibe absorção intestinal de colesterol; menor redução do colesterol em comparação à estatina / redução de eventos cardiovasculares não documentada em monoterapia.
- Fibratos: pequena redução do colesterol, destinado principalmente à redução do triglicérides; sem benefício comprovado na redução de eventos cardiovasculares na era das estatinas.
- Inibidores da PCSK-9: diminui a degradação do receptor hepático de LDL após a sua internalização; custo bastante elevado.
- Sequestrantes de ácidos biliares: aumenta a excreção biliar de colesterol; pouco efetiva (redução discreta do colesterol e baixa tolerância à ingestão).
- Ômega-3: redução dos triglicérides e aumento do HDL/efeito anti-inflamatório e antiplaquetário; resultados inconsistentes na redução de eventos cardiovasculares/necessidade de ingestão em altas doses pouco disponíveis comercialmente.

### QUESTÃO 15:

Com base nas informações fornecidas, qual a sua **principal** hipótese diagnóstica (etiologia) para as alterações dos exames hepáticos? Proponha, sucintamente, o seu tratamento.

**Esteato-hepatite não alcoólica. Perda de peso, alimentação saudável, moderação ou mesmo abstenção de álcool, atividade física regular. Esteatose será considerado com mesmo valor de doença hepática gordurosa não-alcoólica e NASH.**

### QUESTÃO 16:

Discuta brevemente (em até 7 linhas) a reposição hormonal instituída, considerando os dados clínico-laboratoriais sobre a qual ela foi baseada. Especificamente, de que forma os achados deste paciente modificam as causas principais na população para as queixas relatadas: ganho de peso, dislipidemia, composição corporal indesejada e disfunção erétil associadas a testosterona baixa.

**Candidato deve exprimir claramente que:**

- **Obesidade é relacionada, sucintamente, a desbalanço entre ingestão e gasto calórico**
- **Dislipidemia, na maioria dos casos, é interação entre genética e hábitos de vida**
- **Perfil tireoidiano do paciente compatível com hipotireoidismo subclínico**
- **No contexto apresentado, a testosterona baixa está relacionada à obesidade, síndrome metabólica e esteatose hepática**
- **O padrão da disfunção erétil relatado não caracteriza um problema médico de fato (não há recorrência/persistência). Há indícios psicológicos para o evento relatado e não orgânico.**

## GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

### CASO 05

Aline, paciente feminina de 24 anos, procurou o serviço de ginecologia devido quadro de atraso menstrual. Refere última menstruação há 6 meses. Relata que apresenta ciclos menstruais irregulares desde a menarca, com intervalos de até 4 meses. Nega uso de método contraceptivo no momento, mas não deseja engravidar atualmente.

Antecedentes Pessoais: nega.

Ao exame físico:	
IMC: 32Kg/m <sup>2</sup>	Circunferência abdominal 100cm
PA 120x80mmHg	Acantose nigricans em axila e pescoço
Acne em face	Esp: vagina trófica, colo sem alterações, muco filante e abundante
Índice de Ferriman Gallwen =9	TV: útero AVF, intrapelvico e anexos sem alterações

Vem em consulta trazendo os seguintes exames:

Exames:	TSH: 2,1mUI/ml (0,4 a 5,6)
Beta HCG negativo	Testosterona total: 35ng/dL (8 a 60)
FSH: 7 mUI/ml (normal entre 5 e 20)	Glicemia 102mg/dl
PRL: 12ng/ml (normal < 25)	HDL 30mg/dl

Após sua primeira consulta foi prescrito acetato de medroxiprogesterona 10mg durante 7 dias e após 3 dias que parou esse progestagênio apresentou sangramento vaginal.

### QUESTÃO 17:

Qual o diagnóstico da amenorreia da paciente Aline? Quais os outros diagnósticos dela?

**Amenorreia Secundaria devido anovulação crônica hiperandrogenica (SOP)**

**Obesidade**

**Síndrome Metabólica**

### QUESTÃO 18:

Quais as condutas não medicamentosas você faria para essa paciente?

**Orientar praticar atividade física.**

**Melhorar os hábitos alimentares, orientar serviço de nutricionista.**

**Orientar perda de peso.**

### QUESTÃO 19:

Você faria alguma conduta medicamentosa? Qual? Por quê?

Anticoncepcional oral combinado (ou pílula combinada ou contraceptivo combinado).

Porque o etinilestradiol presente nas pílulas combinadas, quando metabolizado no fígado, aumenta os níveis de SHBG. Essa proteína se liga à testosterona circulante. Uma vez que ela se liga à testosterona, cai os níveis de testosterona livre, que é a testosterona metabolicamente ativa, e desta forma melhorando os sintomas hiperandrogênicos da paciente, como a acne e o hirsutismo.

Além disso, o progestagênio da pílula, ao bloquear o LH, e conseqüentemente a ovulação, também reduz a produção ovariana de testosterona, melhorando ainda mais os sintomas da paciente. Pacientes com anovulação crônica passam longos períodos com estrogênio agindo no endométrio, sem a oposição de progesterona, o que leva a um aumento de risco de hiperplasia e câncer de endométrio. O uso de anticoncepcional também leva a uma proteção do endométrio pela ação do progestagênio.

E não esquecendo que a paciente não deseja engravidar e necessita de um método contraceptivo no momento.

Metformina - resistência à insulina devido acantose nigricans, aumento da circunferência abdominal e obesidade.

Espironolactona devido quadro clínico de hirsutismo evidenciado pelo IFG e acne em face.

### QUESTÃO 20:

Cite 2 diagnósticos diferenciais para a paciente acima, caso você ainda não tivesse o acesso aos resultados dos exames de sangue.

Hipotireoidismo, hiperprolactinemia, hiperplasia adrenal congênita, tumor adrenal, tumor ovariano, tumor hipofisário, gestação.

## CASO 06

MLLL, primigesta, 15 anos, proveniente de Várzea Paulista, idade gestacional 32 semanas e 4 dias. Chega ao pronto socorro do HU trazida por familiares, com queixa de cefaleia occipital insuportável há 3 horas acompanhada de epigastralgia, dor em hipocôndrio direito e escotomas. Refere pré-natal sem intercorrências (cartão pré-natal normal, última consulta há 15 dias).

### Ao exame:

Estatura 1,50 m, peso = 82kg (IMC 36).

Bom estado geral, corada, hidratada, eupneica, saturação de 99%.

PA=180x120mmHg, altura uterina =27cm dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal.

BCF=136bpm, movimentação fetal presente.

Espeular = conteúdo vaginal de aspecto fisiológico, KOH negativo, colo epiteliado.

Toque vaginal = colo amolecido, posterior, impérvio, apresentação cefálica alta e pouco móvel.

MMII - edema3+/4+

Foi realizada cardiocografia com padrão tranquilizador para a idade gestacional.

Em relação a este caso, responda:

### QUESTÃO 21:

Quais as hipóteses diagnósticas? Cite ao menos 5.

- Gestação do terceiro trimestre
- Gestação de 32 semanas e 4 dias
- Gestação de alto risco
- Primigesta
- Adolescente
- Pré-eclâmpsia
- Iminência de Eclâmpsia
- Obesidade
- Provável Restrição de Crescimento
- Provável Oligoâmnio

### QUESTÃO 22:

Cite os exames laboratoriais recomendados para a adequada avaliação materna neste caso. Cite ao menos 5.

- Hemograma Completo.
- TGO/TGP.
- DHL.
- Bilirrubina Total e frações.
- Creatinina.
- Proteinúria de 24horas ou relação Proteína/creatinina.
- Pesquisa de Esquizócitos.
- Haptoglobina.
- Coagulograma.

### QUESTÃO 23:

Qual a terapêutica medicamentosa a ser adotada?

- Sulfato de magnésio endovenoso ou intramuscular dose de ataque e manutenção. Prevenção de convulsão.
- Hidralazina endovenosa (anti-hipertensivo) podendo também ser Nifedipino oral.
- Corticoide para maturação pulmonar fetal (betametasona ou dexametasona).
- Introduzir anti-hipertensivo de manutenção.

No 12º dia de internação a paciente apresenta queixa de dor em andar superior de abdômen em faixa de forte intensidade, acompanhada de vômitos e duas aferições de pressão arterial (PA) de 150x100mmHg.

Dentre os exames laboratoriais: Pla-q-90.000; TGO-190; TGP-195; BT-5,0 (BI 4,5 e BD 0,5).

Realizada cardiocardiografia com padrão tranquilizador (STV de 6,0 milissegundos).

Ultrassonografia do dia anterior: feto único, cefálico, placenta anterior grau 1, líquido amniótico de 10,0cm, PEF 1780g, dopplerfluxometria normal. IG (Idade Gestacional) de 33 semanas.

### QUESTÃO 24:

Qual a principal hipótese diagnóstica e quais as possíveis complicações maternas? Cite ao menos 4.

Hipótese Diagnóstica: HELLP Síndrome.

Complicações:

- Desenvolver CIVD
- Edema Agudo de Pulmão
- Descolamento Prematuro de Placenta
- Atonia Uterina
- Choque hipovolêmico
- Hemorragia pós-parto
- Insuficiência renal
- Insuficiência Hepática
- Ruptura Hepática
- Histerectomia
- AVC Hemorrágico
- Eclâmpsia
- Morte Materna
- Hemorragia intracraniana
- Coma

## PEDIATRIA

### CASO 07

Pedro tem 1 ano e 8 meses e foi levado por Milena, sua mãe, ao pronto-socorro infantil devido a quadro de diarreia há 3 dias, com fezes aquosas e amareladas, cerca de 7 episódios ao dia, sem muco ou sangue. Refere inapetência e pouca aceitação da dieta, porém tem muita sede e toma bastante água. Ela relata que Pedro teve quadro muito parecido no mês passado, porém ficou internado por 3 dias. Antecedentes: amamentação ao seio materno até 3 meses, introdução alimentar sem dificuldades. Vacinação em dia. Hoje compartilha da dieta da família, faz uso de leite de vaca, ingere pouco vegetais e frutas. Mora em região urbana, em casa de madeira, 2 cômodos, sem saneamento básico, com os pais e 4 irmãos.

Ao exame físico:

Peso 10,5 kg Comp: 84 cm

FC=120 bpm FR= 30 ipm

IG: regular estado geral, descolorado+/4+, afebril, perfusão periférica de 4 segundos, pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios. Criança chorosa e irritada.

Sinal da prega 2 segundos

Cabeça e pescoço: olhos encovados, língua seca

ACV e AR: ambas sem alterações

Abdome: globoso, sem visceromegalias RHA pouco aumentados

### QUESTÃO 25:

Baseado na sua hipótese diagnóstica, cite três dados da anamnese que corroboram para o seu raciocínio clínico.

O diagnóstico da diarreia aguda é eminentemente clínico. Deve constar na anamnese: duração da diarreia, características das fezes, número de evacuações diarreicas por dia, vômitos (número de episódios/dia), febre, diurese (volume, cor e tempo decorrido da última micção), uso de medicamentos, sede, apetite, tipo e quantidade de líquidos e alimentos oferecidos após o início da diarreia, doenças prévias, estado geral, presença de queixas relacionadas a outros sistemas, viagem recente, contato com pessoas com diarreia e ingestão de alimentos suspeitos, além do uso prévio recente de antibióticos.

### QUESTÃO 26:

Na sua avaliação, qual o agente etiológico mais provável? Justifique.

O agente etiológico mais provável é o rotavírus. No mundo inteiro, os vírus são os principais causadores das diarreias infecciosas, sendo os mais prevalentes os rotavírus, os calicivírus, os astrovírus e os adenovírus entéricos. Os rotavírus têm ocorrência universal, sendo os principais responsáveis por episódios de diarreia aguda, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento representando 40% dos casos graves com hospitalização. A infecção por rotavírus é autolimitada, com pico de incidência na faixa etária de 6 a 24 meses.

### QUESTÃO 27:

Qual o tratamento a ser instituído a esse paciente?

Segundo a avaliação do estado de hidratação, segundo a OMS este paciente apresenta desidratação leve a moderada, pela presença de: sinal da prega lentificado, sede com avidez a líquidos, mucosa oral seca e olhos fundos, enchimento capilar de 4 segundos. Neste cenário, realiza-se a reposição fluidica com soro de reidratação oral, no volume de 50 a 100 mL/kg em 3 a 4 horas, oferecendo em pequenos volumes, com copo, com frequência, de modo supervisionado por profissional de saúde. Durante o período de reidratação, não alimentar a criança, exceto se estiver em aleitamento materno e avaliar diurese durante o tratamento. O uso do zinco oral deve ser recomendado na dose de 20 mg por dia, durante 10 dias para o tratamento da diarreia aguda.

### QUESTÃO 28:

Cite 2 orientações para prevenir a recorrência do quadro.

O uso de água tratada, de alimentos adequadamente preparados e acondicionados, e esgotamento sanitário apropriado previnem a incidência de diarreia. O hábito de lavar as mãos reduziu a incidência de doença diarreica em até 31%.

### Referências:

- Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria - 4º edição – 2017.
- Manejo do paciente com diarreia – Ministério da Saúde.

## CASO 08

Paciente masculino, 1 ano e 8 meses de idade, natural e procedente de Jundiá, procura atendimento médico em Unidade Básica de Saúde (UBS), por queixa de 48h de febre alta (40°C), acompanhada de irritabilidade, recusa alimentar e sialorreia. Ao exame físico presença de lesões vesiculares na mucosa bucal, na língua e região perioral, além de erupção pápulo-vesicular em palma de mãos, planta de pés e cotovelos. A acompanhante refere ter feito uso apenas de paracetamol, após o início da febre.

Traz a carteira vacinal, demonstrada nas páginas 11 e 12.

Nega antecedentes pessoais relevantes, está em aleitamento materno complementado e frequenta a creche há 2 meses, desde que a mãe voltou a trabalhar.

### QUESTÃO 29:

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e seu principal agente etiológico?

Síndrome pé-mão-boca.

Agente Etiológico: Coxsackievírus A16 e EV71 e menos frequentemente por outros coxsackievírus A e B (Enterovírus).

### QUESTÃO 30:

Cite e explique UM diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial com disidrose, cujas vesículas são pruriginosas e localizam-se na face lateral dos dedos das mãos e pés, acometendo mais a faixa etária dos escolares e adolescentes. Também faz diagnóstico diferencial com aftose e gengivoestomatite herpética, que acometem a cavidade oral isoladamente. As formas atípicas podem ser confundidas com varicela, cujas lesões apresentam-se em vários estágios evolutivos (mácula, pápula e vesícula) numa mesma região anatômica e com farmacodermias, como a síndrome de Steven Johnson, na qual existe relação temporal com o uso do fármaco e apresentam lesões sob a forma de placas e bolhas.

### QUESTÃO 31:


Cite e explique UMA complicação referente a sua hipótese diagnóstica.

A complicação mais frequente é a desidratação, devido principalmente à dificuldade de ingestão de líquido pelas lesões aftosas na cavidade oral que algumas vezes resultam em dificuldade de engolir a própria saliva. Pode acometer o sistema nervoso central (mioclonia, tremores, ataxia e paralisia de nervos cranianos) e mesmo o autonômico (sudorese fria, pele moteada, taquicardia, taquipneia, hipertensão arterial e hiperglicemia), provocando alterações circulatórias, cardíacas e edema pulmonar (comprometimento da vasculatura pulmonar, que culmina com edema pulmonar e alterações cardíacas).

## Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

Nome: JS

Data de Nascimento: 01/05/2022

BCG		Hepatite B		Penta			VIP		
Dose única	Dose ao nascer	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose		
Data: 02/05/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/05/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/07/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/09/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/11/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/07/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/09/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/11/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/09/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/11/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni
Rotavírus humano									
1ª Dose		2ª Dose		Pneumocócica 10V (conjugada)			Meningocócica C (conjugada)		
Data: 01/07/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/09/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/07/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/09/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/08/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/10/2022 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/02/2023 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/05/2023 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni		
Pneumocócica 10V (conjugada)									
Reforço		Reforço		DTP			VOP		
Data: 01/05/2023 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/05/2023 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
Hepatite A									
Uma dose		Uma dose		HPV			Influenza		
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: 01/11/2023 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni	Data: 01/11/2023 Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.: UBS Vila Ranni
<p>Proteja a criança. Mantenha a vacinação atualizada.</p> 									
A partir de 12 meses					Até 12 meses				

## QUESTÃO 32:

Quais vacinas a criança deverá receber na próxima visita à UBS? Há atraso vacinal?

Em atraso: 1ª dose de reforço DPT, 1ª dose de reforço VOP, 1ª dose de Hepatite A, 2ª dose de Tríplice viral (SCR) e 1ª dose de varicela OU 1ª dose de reforço DPT, 1ª dose de reforço VOP, 1ª dose de Hepatite A, 1ª dose de Tetra Viral (SCR + Varicela).

## Imagem referente ao Caso 08

## Registro de Outras Vacinas e Campanhas

NOME: JS

Data de Nascimento: 01/05/2022

Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:
Vacina: <b>Influenza - D2</b> Data: <b>01/12/2023</b> Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: <b>UBS Vila Ramil</b>	Vacina: <b>COVID - D1</b> Data: <b>01/12/2023</b> Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: <b>UBS Vila Ramil</b>	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____
Vacina: <b>Tríplice Viral Intensificação</b> Data: <b>01/11/2023</b> Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: <b>UBS Vila Ramil</b>	Vacina: <b>COVID - D2</b> Data: <b>02/01/2024</b> Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: <b>UBS Vila Ramil</b>	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Ass.: _____

# SAÚDE COLETIVA

## CASO 09

O seu próximo atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) será para Sra. Francisca da Silva Oliveira, 68 anos, negra, cisgênero feminina heterossexual. Natural de Piracicaba. Cozinheira aposentada. Casada com três filhos. Ensino médio completo. Evangélica. Mora no bairro São Camilo, em Jundiá há 30 anos.

### SUBJETIVO:

Compareceu para seguimento de doença crônica não transmissível. Assintomática, espera saber o resultado dos exames e receber orientações sobre como melhorar sua saúde. Relata ser hipertensa há 20 anos, em uso de hidroclorotiazida 25mg por dia e supeita de diabetes (última glicemia de jejum 151mg/dL. Nega tabagismo e etilismo. Alimentação baseada em carboidratos, proteínas animais, gorduras trans, açúcares e sal (acima de 5g por dia). Sedentária. Desconhece alergias. Gesta 3:3 (2PN e 1PC). Refere SHEG na última gestação. Vacinas atualizadas: dT, Hep B, Febre amarela e COVID (4 doses).

Pai falecido de infarto agudo do miocárdio aos 51 anos.

Mãe hipertensa e diabética, falecida por AVC aos 78 anos.

Irmão e filho hipertensos.

### OBJETIVO:

Peso: 87 kg. Altura: 1,62 m. IMC: 33,15 kg/m<sup>2</sup>. Circunferência abdominal: 118 cm.

PA: 155 x 98 mmHg. Saturação O<sub>2</sub>: 98%. Frequência cardíaca: 82 bpm.

ACV: ritmo cardíaco regular em dois tempos. Normofonese de bulhas. Sem sopros.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular audível e uniforme bilateral, sem ruídos adventícios. Abdome: sem visceromegalias.

Resultado de exames:		
Glicemia jejum: 178mg/dL HbA1C: 9,2% Colesterol total: 279mg/dL COL - HDL 38mg/dL Triglicérides: 288mg/dL Ácido úrico: 5,9mg/dL TSH: 3,8μUI/mL	Creatinina: 1,1mg/dL Potássio: 4,2mmol/L TGO (AST): 46UI/L TGP (ALT): 42UI/L CPK: 69UI/L Microalbuminúria: 65mg/24h	Sorologias não reagentes: Hepatite B e C, Sífilis, HIV. Pesquisa sangue oculto nas fezes: negativa em três amostras.

### QUESTÃO 33:

Em relação à hipertensão arterial sistêmica da Sra. Francisca, qual o Risco Cardiovascular considerado, e consequentemente qual a meta/alvo pressórico?

**RISCO ALTO. ALVO/ Meta Pressórica abaixo de 130x80 mmHg e acima de 120x70 mmHg.**

### QUESTÃO 34:

A paciente é portadora de DM Tipo2? Justifique sua resposta.

**O diagnóstico de DM tipo 2 ocorre quando a pessoa apresenta dois resultados alterados de glicemia de jejum superior à 126mg/dL e/ou hemoglobina glicada acima de 6,5%. Portanto a Sra Francisca apresenta critérios para o diagnóstico (uma glicemia de de jejum de 126mg/dL e segunda glicemia 178mg/dL.**

### QUESTÃO 35:

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, qual o estágio pressórico considerado na consulta e quais os fatores de risco adicionais cardiovasculares estão presentes nesse caso?

#### Estágio Pressórico 1

- Idade acima de 65 anos.
- Pai falecido com IAM precocemente (inferior a 55 anos).
- História de SHEG.
- Síndrome metabólica.
- Obesidade grau I.
- DM tipo 2.
- Dislipidemia mista.



### QUESTÃO 36:

Qual o plano de tratamento? Utilize como referência o Registro Clínico Orientado por Problemas (ReCOP).

**Plano diagnóstico:** solicitar eletrocardiograma, e automonitoramento da pressão arterial (AMPA). **Plano terapêutico:** prescrever: iECA ou BRA associado à hidroclorotiazida, estatinas (à noite) e antiabetogênico oral, nas doses terapêuticas e intervalos posológicos recomendados.

Referência para nutricionista e oftalmologia para realização de fundoscopia.

Referência para avaliação do Pé Diabético pela equipe de enfermagem.

**Plano educação em saúde:** incentivo à prática de atividade física aeróbica 150 minutos por semana, alimentação hipocalórica, hipossódica e com redução de carboidratos.

Redução de 5 a 7% do peso corporal.

**Plano seguimento:** retorno breve entre 7 e 15 dias para avaliação do eletrocardiograma e observação do monitoramento pressórico (AMPA) e glicêmico após prescrição dos medicamentos. Avaliação do alvo pressórico abaixo 130 x 80 mmHg e glicemias de jejum abaixo de 130mg/dL.

Referências:

- Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
- BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p. ISBN: 978-85-93746-02-4
- ALUDI, André Arpad et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da Aterosclerose – 2017. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 109, n. 2, p. supl. 1 1-76, 2017 Tradução.

### CASO 10

Sra. Maria de Souza Correa, 66 anos, viúva, técnica de enfermagem aposentada há seis meses. Durante a semana cuida de quatro crianças entre 3 e 5 anos de vizinhas que trabalham diurnamente. Veio à consulta na Unidade Básica de Saúde preocupada com a perda de peso não intencional de 8kg nos últimos dois meses, acompanhada de febre diária não aferida, adinamia e tosse seca. Por esse motivo, não está conseguindo cuidar das crianças adequadamente. Acredita que possa estar com “uma doença ruim tipo câncer”. Gostaria de realizar alguns exames para esclarecer o que está ocorrendo e, tomar vitaminas para ficar mais forte. Nega etilismo e tabagismo. Relata ser hipertensa há 18 anos utilizando diariamente losartana 50mg duas tomadas e hidroclorotiazida 25mg uma tomada. Há cinco anos foi diagnosticada com diabetes melito, e medicada com metformina 850mg três vezes por dia e glicazida 60mg três comprimidos pela manhã.

Ao exame físico: mucosas normocoradas e hidratadas,

PA: 130 x 80mmHg,

Peso: 67kg, Altura: 1,57m.

ACV: ritmo regular em dois tempos sem sopros.

Ap. Resp: murmúrio reduzido em 1/3 superior pulmão direito, com estertores subcrepitantes.

SatO<sub>2</sub>: 96%.

Resultados de exames:

Mamografia há um ano Birads 2.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes: negativa em três amostras.

TSH: 3,2μUI/mL

Considerando o caso acima responda às perguntas abaixo:

### QUESTÃO 37:

Considerando o Método Clínico Centrado na Pessoa, quais os componentes identificados na descrição da história que contemplam o acrônimo SIFE?

**Sentimento (S):** preocupação com a perda de peso.

**Ideia do que está acontecendo (I):** uma doença ruim tipo câncer.

**Funcionalidade (F):** prejuízo no cuidado com as crianças.

**Expectativa (E):** realizar alguns exames e tomar vitaminas para ficar mais forte.

**QUESTÃO 38:**

Qual a principal suspeita diagnóstica a ser abordada na consulta? E quais as condições ou fatores de risco envolvidos?

Tuberculose pulmonar.

Idade acima de 60 anos, diabetes e profissional de saúde.

**QUESTÃO 39:**

Qual ou quais os principais exames complementares podem ser solicitados para confirmação do diagnóstico?

Exame de escarro: Teste Molecular Rápido para MTb (PCR).

Radiografia de tórax PA e Perfil.

**QUESTÃO 40:**

Caso os exames principais confirmem a suspeita, qual a conduta?

- Solicitar baciloscopia e cultura de escarro.
- Notificar o caso na vigilância epidemiológica.
- Iniciar esquema básico para tuberculose: 4 comprimidos com rifampicina 150mg, isoniazida 75mg, pirazinamida 400mg etambutol 275mg durante dois meses e 4 comprimidos com rifampicina 150mg, isoniazida 75mg durante quatro meses.
- Orientar e reforçar o Tratamento Diretamente Observado.
- Avaliar clinicamente os contactantes (crianças de 3 a 5 anos) solicitar Prova Tuberculínica ou IGRA e radiografia de tórax.

São Paulo/SP, 15 de janeiro de 2024.  
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ - FMJ