



QUESTÕES + JUSTIFICATIVAS



Questão 01:

Um homem de 82 anos de idade está internado no hospital na sequência de implantação de prótese aórtica biológica por estenose aórtica há 15 dias. A cirurgia teve um pós-operatório complicado por necessidade prolongada de apoio ventilatório, pneumonia associada a ventilação invasiva e necessidade de suporte com aminas vasopressoras. O doente teve melhoria do quadro clínico com critérios para alta. Hoje, o doente apresenta febre e deterioração do estado geral, com cansaço marcado. Os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência cardíaca 98/min, com pulso de amplitude muito aumentada, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 155/45 mm Hg. A oximetria de pulso revela saturação de O₂ de 92 % em ar ambiente. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico 2/6 ao longo do bordo esquerdo do esterno (previamente conhecido) e sopro diastólico 2/6 no 3º espaço intercostal esquerdo de novo. A auscultação pulmonar revela crepitações em ambas as bases. O restante exame físico não apresenta alterações relevantes.

Sangue

Hemoglobina	10,2 g/dL Normocromia Normocitose
Leucócitos	16 000/mm ³
Neutrófilos	84 %
Plaquetas	141 000/mm ³

Soro

Proteína C reativa	45 mg/dL
--------------------	----------

Qual dos seguintes estudos mais provavelmente confirmaria o diagnóstico do quadro clínico atual?

- A. Ecocardiograma.
- B. Marcadores de necrose do miocárdio
- C. Raio-X do tórax
- D. TC torácico
- E. Serologia viral



RESPOSTA: A

A endocardite é a inflamação da camada mais interna do coração (endocárdio), de etiologia majoritariamente infecciosa (endocardite infecciosa), cuja lesões macroscópicas típicas são as vegetações. Em geral, acomete as válvulas cardíacas, porém pode afetar áreas de defeitos septais ou dispositivos intracardíacos.

Os fatores de risco incluem a presença de válvula cardíaca prostética; dispositivos intracardíacos; doenças valvulares (congenitas ou não); cardiopatias congênitas não corrigidas; pós-operatório de cirurgia cardíaca(6 meses); o uso de drogas injetáveis e outros. O quadro clínico é composto por febre; calafrios e sudorese; anorexia; perda de peso; mal-estar; sopro cardíaco; esplenomegalia; manifestações periféricas (baqueteamento digital, nódulos de Osler, lesões de Janeway, manchas de Roth, manchas de Splinter, petequias); sinais de insuficiência cardíaca; anemia; leucocitose; aumento de proteínas de fase aguda e outros. Os critérios maiores para diagnóstico se baseiam na hemocultura e na visualização das lesões através do ecocardiograma. Os critérios menores incluem febre, a vigência de condição predisponente, eventos vasculares, imunológicos e microbiológicos. A antibioticoterapia para tratamento deve se iniciar de forma empírica e posteriormente ser adaptada segundo o resultado da cultura.



JUSTIFICATIVA:

Letra B: Os marcadores de necrose do miocárdio seriam mais úteis na suspeita de síndrome coronariana aguda, a qual se manifestaria com queixas de dor torácica com possível irradiação mandibular ou para braço esquerdo, diaforese, hipo ou hipertensão, palidez e outros.

Letra C: A radiografia torácica não auxilia no diagnóstico da endocardite.

Letra D: A tomografia pode auxiliar no diagnóstico de abscessos e aneurismas micóticos, além de infecções relacionadas a válvulas protéticas e dispositivos intracardíacos. Trata-se de uma opção auxiliar ao ecocardiograma que é recomendada em alguns guidelines europeus, mas não é a primeira opção diagnóstica.

Letra E: A endocardite é uma lesão principalmente de origem bacteriana ou fúngica, o que também é corroborado pela presença de neutrofilia ao hemograma. Assim, sorologias virais não seriam de grande valia.

Objetivo da questão:

O somatório de história de implantação de válvula cardíaca protética predisponente, sopro novo, febre superior a 38° deve suscitar a suspeita de endocardite. A elevação da proteína de fase aguda (PCR) também favorece a suspeita. Assim, o próximo passo é a realização de um ecocardiograma para buscar visualização.



**Questão 02:**

Um homem de 78 anos de idade é trazido ao serviço de urgência pela sua família devido a dificuldade progressiva em engolir desde há dois meses, da qual resultou uma perda ponderal de 7 kg. Tem tido fraqueza generalizada progressiva e dificuldade em deglutir nos últimos dois anos. A família ficou preocupada quando reparou que o que ele come não era suficiente para manter o peso. Não toma qualquer medicação. Ele tem 180 cm de altura e pesa 58 kg; IMC 18 kg/m². Os sinais vitais são temperatura 37,0°C, frequência cardíaca 68/min, frequência respiratória 13/min e pressão arterial 108/76 mm Hg. A oximetria de pulso em ar ambiente revela saturação de 96 %. O exame físico mostra reflexo de vômito preservado, mau controlo motor da língua e contrações da língua. Observa-se fraqueza moderada e atrofia da extremidade superior esquerda e contrações frequentes dos músculos do antebraço. Os reflexos rotulianos estão exagerados bilateralmente e há clônus sustentado no tornozelo esquerdo. Engasga-se num teste de deglutição de água.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- A. Acidente vascular cerebral lacunar da ponte.
- B. Botulismo de origem alimentar.
- C. Esclerose lateral amiotrófica.
- D. Esclerose múltipla.
- E. Infecção por *Corynebacterium diphtheriae*.





RESPOSTA: C

A **esclerose lateral amiotrófica** (ELA) é uma doença neurodegenerativa, que acomete tanto o primeiro neurônio motor do córtex cerebral, quanto o segundo neurônio motor no corno anterior da medula espinhal. A disfunção neuronal gera um comprometimento muscular, decorrente da ausência de transmissão adequada do estímulo nervoso na placa motora. Como resultado, temos os sintomas como fraqueza muscular, espasticidade, hiperreflexia, sinal de Babinski (síndrome do neurônio motor superior); além de atrofia muscular, miofasciculações, disartria, disfonia, disfagia (síndrome do neurônio motor inferior). O diagnóstico é clínico, de modo que exames complementares são solicitados para exclusão de diagnósticos diferenciais.

JUSTIFICATIVA:

Letra A: Os quadros de acidente vascular encefálico possuem evolução súbita, diferente do relatado no quadro, e os nervos cranianos mais provavelmente afetados seriam o V, VI, VII e/ou VIII. Além disso, o déficit motor de membros seria preferencialmente unilateral.

Letra B: A apresentação mais frequente do botulismo é um quadro de paralisia flácida bilateral descendente com elevado risco de parada respiratória e morte.

Letra D: A esclerose múltipla cursa com desmielinização neuronal em qualquer parte do sistema nervoso central, de modo que não apenas os sintomas motores podem estar presentes, como podem acompanhar também sintomas sensitivos (diminuição da acuidade visual, parestesias), déficits de controle de esfíncter, desordens cerebelares, entre outros.



Letra E: A difteria pode incorrer com manifestações respiratórias ou cutâneas, características pela formação de pseudomembranas. Nesse caso, outros sintomas do quadro como cefaleia, febre e fraqueza seriam esperados além da disfagia. Tardiamente, pode ainda haver um quadro de polineuropatia tóxica, que geralmente inicia por disfunções de nervos cranianos, seguindo para afecção de tronco e membros. Não só o componente motor pode estar afetado, como podem também surgir ataxia sensitiva e outros déficits da sensibilidade.

Objetivo da questão:

Notamos que esse paciente cursa com sintomas de síndrome do neurônio motor superior (clônus e exaltação dos reflexos patelares) e do neurônio motor inferior (disfagia, fasciculações, atrofia muscular), o que é característico da esclerose lateral amiotrófica.



Questão 03:

Uma mulher de 34 anos de idade foi internada no hospital por quadro de falta de ar e febre baixa com cerca de duas semanas de duração. Tem antecedentes de febre reumática aguda na infância. A avaliação clínica mostrou a presença de uma endocardite bacteriana subaguda e a doente iniciou penicilina por via endovenosa.

O resultado do estudo laboratorial na altura foi o seguinte:

Sangue	
Leucócitos	13 700/mm ³
Hematócrito	33 %
Plaquetas	254 000/mm ³

Os eletrólitos séricos e o perfil bioquímico hepático eram normais. A doente foi tratada com uma dose elevada de penicilina endovenosa e os seus sintomas desapareceram gradualmente. No 10º dia após o início do tratamento, a doente refere sentir-se fraca. Está sem febre e apresenta coloração ictérica das escleróticas.

Os resultados laboratoriais nesta altura são os seguintes:

Sangue	
Leucócitos	8 200/mm ³
Hematócrito	22 %
Plaquetas	228 000/mm ³





Os eletrólitos séricos e o perfil bioquímico hepático são novamente normais exceto a bilirrubina sérica total ser de 3,4 mg/dL, com uma fração de indireta de 3,1 mg/dL.

O passo mais apropriado para tomar de seguida é solicitar qual dos seguintes exames?

- A. Ecografia do quadrante superior direito.
- B. Teste da antiglobulina direta (Coombs).
- C. Teste da antiglobulina indireta (Coombs).
- D. Teste da fragilidade osmótica dos eritrócitos.
- E. Título do anticorpo sérico da hepatite C.

RESPOSTA: C

A **esclerose lateral amiotrófica** (ELA) é uma doença neurodegenerativa, que acomete tanto o primeiro neurônio motor do córtex cerebral, quanto o segundo neurônio motor no corno anterior da medula espinhal. A disfunção neuronal gera um comprometimento muscular, decorrente da ausência de transmissão adequada do estímulo nervoso na placa motora. Como resultado, temos os sintomas como fraqueza muscular, espasticidade, hiperreflexia, sinal de Babinski (síndrome do neurônio motor superior); além de atrofia muscular, miofasciculações, disartria, disfonia, disfagia (síndrome do neurônio motor inferior). O diagnóstico é clínico, de modo que exames complementares são solicitados para exclusão de diagnósticos diferenciais.



JUSTIFICATIVA:

Letras A e E: Nesse caso, não acreditamos que a elevação da bilirrubina indireta se deva a uma disfunção hepática, visto que essa veio acompanhada de uma queda importante do hematócrito. Nossa principal hipótese no momento é uma anemia hemolítica.

Letra C: Mais usado como teste preventivo, para avaliar a possibilidade de haver anticorpos no soro de um paciente. É o teste a ser solicitado na suspeita de sensibilização prévia para a doença hemolítica perinatal, por exemplo. Nesse teste, os anticorpos ainda não estão ligados à hemácia, de modo que são usados eritrócitos de um banco para avaliar a possibilidade da ligação.

Letra D: Trata-se do principal teste para o quadro de esferocitose hereditária, responsável por uma anemia hemolítica que mais comumente se manifesta no início da vida. Nessa patologia, defeitos da membrana da hemácia promovem a fagocitose dessas células pelos macrófagos no baço, gerando uma anemia hemolítica extravascular que cursa com esplenomegalia e formação de esferócitos.

Objetivo da questão:

Nos foi descrito o quadro de uma paciente que desenvolveu anemia com elevação de bilirrubina indireta – ou seja, provavelmente hemolítica – após uma exposição à penicilina. Diante disso, precisamos considerar a possibilidade de uma anemia hemolítica autoimune secundária ao uso de tal fármaco. No caso de suspeita de uma anemia hemolítica autoimune, o teste de escolha é o Coombs direto, que visa a identificar possíveis anticorpos já ligados à superfície eritrocitária.



Questão 04:

Um homem de 64 anos de idade é referenciado a consulta hospitalar por aumento recente do perímetro abdominal. O doente tem antecedentes de hipercolesterolemia medicada com sinvastatina. É fumador desde os 24 anos de idade (30 UMA). Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 56/min, frequência respiratória 13/min e pressão arterial 125/68 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se desnutrido e com telangiectasias faciais. O abdómen apresenta-se globoso e tenso, com sinal de onda ascítica presente. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro	
Creatinina	0,8 mg/dL
Glucose	108 mg/dL
Albumina	1,8 g/dL
Bilirrubina	2 mg/dL
α-fetoproteína	20 U/L (N < 0,5)

Sangue	
Hemoglobina	8 g/dL
VGM	102 fL
Leucócitos	7600/mm ³
Neutrófilos segmentados	52 %
Linfócitos	21 %
Plaquetas	15 x 10 ⁹ /L
INR	2,8



Foi realizada endoscopia digestiva alta que revela a presença de varizes esofágicas. A ecografia abdominal revela um nódulo hepático com 2,2 cm de diâmetro no segmento II. A TC toracoabdominopélvica revela fígado com alterações sugestivas de cirrose e um nódulo no segmento II hipervascular e com wash-out em fase portal.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Carcinoma hepatocelular
- B. Colangiocarcinoma intra-hepático
- C. Hemangioma hepático
- D. Hidatidose hepática
- E. Hiperplasia nodular focal

RESPOSTA: A

O carcinoma hepatocelular é a principal neoplasia maligna primária do fígado e o seu maior fator de risco é a cirrose hepática, a qual está muito associada ao alcoolismo, infecção pelo vírus da hepatite B e C, síndrome metabólica e outros.

Os sintomas do quadro frequentemente estão mesclados aos da cirrose e podem incluir, portanto, telangiectasias, ascite, perda de peso e desnutrição, varizes esofágicas, hipoalbuminemia e mais. Ainda, níveis de alfa-fetoproteína superiores a 20 U/L são altamente sugestivos de hepatocarcinoma.



JUSTIFICATIVA:

Letras B: O colangiocarcinoma intra-hepático têm como sua apresentação principal a presença de uma massa ao exame de imagem. Todavia, sua sintomatologia, quando presente, incorre com icterícia. Adicionalmente, a elevação da alfafetoproteína é útil para diferenciação desse quadro com o carcinoma hepatocelular.

Letra C: O hemangioma hepático é o tumor benigno mais frequentemente encontrado no fígado. Sua apresentação é assintomática e, à tomografia com contraste, cursa com impregnação periférica em progressão centrípeta ao longo das fases arterial e portal, com realce persistente na fase de equilíbrio.

Letra D: A hidatidose é uma doença parasitária que cursa com evolução lenta. Geralmente assintomática, pode associar sintomas compressivos e até agudos com a rotura do(s) cisto(s). À imagiologia, evidencia-se a presença de cistos, que podem hipoecoicos ou hipodensos e contar com componente sólido e calcificações.

Letra E: A HNF é um tumor hepático não neoplásico que cursa com clareamento (wash-out) em fase portal. Todavia, sua apresentação mais frequente é assintomática (90%) e o exame de imagem contrastado costuma revelar cicatriz central no tumor.

Objetivo da questão:

a hipótese de hepatocarcinoma pode ser levantada diante de um quadro de ascite e perda de peso, principalmente em pacientes que associem demais sintomas do quadro de cirrose ou apresentem fatores de risco para tal.



Questão 05:

Uma mulher de 52 anos de idade recorre ao serviço de urgência por dor no flanco e fossa ilíaca esquerdos e obstipação com dois dias de evolução. Tem antecedentes de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Está medicada com metformina e carvedilol. Os sinais vitais são temperatura 37,9°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 145/90 mmHg; SpO2 98% (ar ambiente). Ela tem 162 cm de altura e pesa 73 kg; IMC 28 kg/m². Ao exame físico observa-se pele e mucosas coradas e hidratadas. A palpação do abdómen desperta dor e defesa no flanco e fossa ilíaca esquerdos; ausência de dor à compressão e descompressão rápida da fossa ilíaca direita; não se palpam massas ou organomegalias. A auscultação abdominal revela ruídos peristálticos de timbre normal. O toque retal revela tónus normal do esfíncter, sem sinais de hemorragia.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro	
Creatinina	1 mg/dL
Glucose	110 mg/dL
AST	29 U/L
ALT	30 U/L
GGT	34 U/L
Bilirrubina total	0,8 mg/dL
Fosfatase alcalina	102 U/L
Proteína C reativa	12 mg/dL

Sangue	
Hemoglobina	13 g/dL
VGM	92 fL
Leucócitos	16050/mm ³
Neutrófilos segmentados	52 %
Linfócitos	26 %
Plaquetas	300 x 10 ⁹ /L



A ecografia evidenciou ansa digestiva com parede espessada no flanco direito, com hiperecogenicidade da gordura adjacente. A TC abdominopélvica revela espessamento da parede do sigmóide, com imagens de divertículos e abscesso pericólico com 6 cm de diâmetro. Foi prescrita antibioterapia.

Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada?

- A. Drenagem percutânea guiada do abscesso.
- B. Laparoscopia exploradora e drenagem.
- C. Operação de Hartmann.
- D. Sigmoidectomia com anastomose primária.
- E. Vigilância clínica e laboratorial.

RESPOSTA: A

A diverticulite é uma doença intestinal cuja principal apresentação é a dor em quadrante inferior esquerdo do abdome, acompanhada de febre e constipação, e que deve ser confirmada ao exame de imagem, sendo a TC o padrão-ouro.

Ainda, o quadro pode cursar com complicações como abscesso, perfuração e fístula, as quais podem ser estagiadas pela classificação de Hinchey modificada: Ia – flegmão ou inflamação pericólica; Ib – abscesso pericólico; II – abscesso distante; III – peritonite purulenta; IV – peritonite fecal.

O tratamento pode ser guiado pela classificação, incluindo desde a antibioterapia isolada até a cirurgia exploratória de urgência.



JUSTIFICATIVA:

Letras B: A cirurgia exploradora pode ter um papel na diverticulite complicada. Geralmente, na vigência de sinais de peritonite aguda, a laparotomia é o acesso preferido. A laparoscopia é uma via de acesso mais empregada na ressecção do segmento colônico, que ocorre em um breve período após o manejo agudo da complicação.

Letra C: A operação de Hartmann é uma opção de tratamento cirúrgico da diverticulite complicada, sendo principalmente utilizada nos casos que cursam com peritonite ou outras situações que dificultem a realização ou o sucesso de uma anastomose.

Letra D: A sigmoidectomia com anastomose é uma opção de procedimento definitivo para a diverticulite. Todavia, seu emprego requer que o abscesso seja inexistente ou de tamanho reduzido (< 4 cm), que não haja peritonite, instabilidade hemodinâmica, entre outros.

Letra E: A antibioticoterapia pode ser suficiente para o tratamento de lesões < 5 cm, mas recomenda-se que lesões > 3 cm sejam manejadas com drenagem percutânea associada.

Objetivo da questão:

O manejo do abscesso pericólico confinado (Hinchey Ib) pode ser feito com antibioticoterapia isolada, quando lesões < 4 cm, ou associar a drenagem percutânea guiada, quando coleção > 3 cm.



Questão 06:

Um recém-nascido de 15 dias de vida é trazido ao serviço de urgência pela mãe devido a temperatura retal de 39,5°C desde esta manhã e dificuldade no aleitamento. A gravidez e o parto eutócico decorreram sem complicações e o período pós-natal imediato decorreu sem intercorrências. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. Com exceção de maior irritabilidade, o exame físico é normal. As análises laboratoriais revelaram leucócitos de 12 800/mm³ e concentração de proteína C reativa de 4,5 mg/dL (N = 0,9 mg/dL).

Qual dos seguintes é o próximo passo mais apropriado?

- A. Dar alta ao doente prescrevendo paracetamol.
- B. Iniciar antibioticoterapia empírica.
- C. Internar o doente para vigilância.
- D. Realizar colheita de urina.
- E. Realizar raio-X do tórax.



RESPOSTA: D

A febre se caracteriza pela temperatura axilar superior a $37,8^{\circ}\text{C}$, sendo um sintoma indicativo de diversos possíveis processos patológicos. Sua fisiopatologia relaciona-se a três eventos principais: ação de pirogênicos, produção de calor excedendo a perda, e eliminação defeituosa de calor. O primeiro é caracterizado pela influência de mediadores endógenos ou exógenos no hipotálamo, região responsável por regular a temperatura corporal. Os pirogênicos endógenos mais comuns são IL-1, IL-6, TNF-alfa, ITF-beta, IFN-gama e prostaglandina E2 enquanto os exógenos são micróbios, toxinas microbiais e outros produtos microbianos. O segundo mecanismo patogênico da febre é a produção de calor excessivo sem suficiente perda deste, e está relacionado a duas condições: intoxicação por salicilatos e hipertermia maligna. Já o terceiro mecanismo, a eliminação defeituosa, está relacionado à displasia ectodérmica e exposição a temperaturas elevadas. Em neonatos ou crianças com menos de 3 meses de idade, as causas mais comuns para a febre são infecções virais, bacteremias ou meningite. Antes dos primeiros 30 dias de idade, a propedêutica inicial inclui uma investigação exaustiva com hemo e urocultura, radiografia torácica e punção liquórica, além de internação hospitalar e realização de antibioticoterapia empírica.

JUSTIFICATIVA:

Letras A: Toda criança com menos de 30 dias de vida deve ser hospitalizada e submetida a investigação para sepse, com hemocultura, urocultura, análise liquórica e radiografia de tórax, além de ser empiricamente medicada com antibióticos.



Letras B, C e E: Recém-nascidos com menos de 30 dias de vida que cursem com uma febre de origem indeterminada, quer essa acompanhe comprometimento do estado geral ou não, devem ser internados e submetidos a investigação com hemocultura, urocultura, análise líquórica e radiografia de tórax, além da antibioticoterapia empírica. Todavia, a normalidade do exame físico torácico nos aponta que seu estudo provavelmente não será frutífero, o que afasta a radiografia de tórax como uma primeira medida. Também a antibioticoterapia deve ser iniciada após a coleta do material necessário para a investigação do quadro. Tampouco a internação é a medida mais urgente no momento, embora deva ser uma das medidas realizadas a posteriori.

Objetivo da questão:

Tendo em vista a investigação inicial extensa que devemos realizar a priori nessa criança para que sua antibioticoterapia seja iniciada sem mais delongas e considerando a normalidade do exame físico desse lactente, é mais adequado que iniciemos a conduta com a coleta e análise de sua urina.



Questão 07

Uma mulher caucasiana de 29 anos de idade, nuligesta, é observada na consulta de infertilidade. Os ciclos menstruais foram sempre irregulares e ocorrem em intervalos de 45 a 60 dias. A data da última da menstruação foi há seis semanas. Não tem antecedentes médicos de relevo e não toma medicação habitual. Não tem hábitos tabágicos nem de consumo de bebidas alcoólicas. Refere dificuldade em controlar o peso, apesar de praticar exercício físico diariamente e de ter cuidado com a alimentação. Tem 160 cm de altura e pesa 75 kg; IMC 30 kg/m². Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência cardíaca 64/min, frequência respiratória 22/min e pressão arterial 120/78 mmHg. O exame físico, incluindo o exame ginecológico, não revela qualquer alteração patológica. A histerossalpingografia efectuada há cinco semanas demonstrou permeabilidade bilateral das trompas uterinas.

Soro	
FSH (hormona foliculo-estimulante)	1 mg/dL
LH (hormona luteinizante)	18 mU/mL
Prolactina	9 ng/mL (N 1,9-25 ng/mL)

A ecografia pélvica realizada hoje mostra ovários micropoliquísticos, bilateralmente. O marido da doente realizou espermograma há duas semanas e o resultado foi normal. A doente deve ser alertada que tem um maior risco para qual das seguintes situações?

- A. Anomalias cromossómicas do feto.
- B. Cancro colorretal.
- C. Cancro do ovário.
- D. Endometriose.
- E. Insulinorresistência.



RESPOSTA: E

A síndrome do ovário policístico (SOP) é uma síndrome clínica secundária a um distúrbio funcional complexo e caracterizada por disfunções endócrinas, metabólicas e reprodutivas. Associada a essas disfunções há presença de cistos ovarianos que tipicamente medem de 2-6 mm, com possibilidade de atingir tamanhos consideravelmente maiores. Afeta de 5-15% das mulheres em idade fértil e é a causa mais comum de hiperandrogenismo (e, conseqüentemente, de hirsutismo) e infertilidade em mulheres. Pacientes com SOP, além da infertilidade, tem risco aumentado a longo prazo de:

- Depressão, ansiedade.
- Alterações do sono (incluindo Apneia Obstrutiva do Sono).
- Síndrome metabólica (Insulinorresistência, Obesidade abdominal, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes mellitus, etc).
- Doenças cardiovasculares.
- Esteatose hepática não alcóolica.
- Hipertrofia endometrial que aumenta risco de Câncer de endométrio.
- Diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e parto prematuro, particularmente se apresentam obesidade associada.



JUSTIFICATIVA:

Letra A, B, C, D: A síndrome do ovário policístico não é associada a anomalias cromossômicas do feto, cancro colorretal, cancro do ovário ou endometriose. O único cancro cuja doença apresenta aumento de risco é o cancro de endométrio devido à hipertrofia endometrial característica do SOP.

Objetivo da questão:

A Síndrome do Ovários Policístico é fator de risco para diversas condições, em particular aquelas associadas a outras síndrome metabólicas como resistência à insulina, obesidade, dislipidemia e Diabetes Mellitus.



Questão 08

Um homem de 45 anos de idade, com história de consumo abusivo de álcool, é trazido ao serviço de urgência após perda de consciência na via pública. O doente está letárgico, mas despertável. Quando o doente se tenta levantar perde a consciência novamente. A frequência cardíaca é de 138/min e a pressão arterial de 60/30 mm Hg. O toque retal revela fezes pretas tipo carvão e são positivas para pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Qual dos seguintes é o passo inicial mais apropriado na gestão deste doente?

- A. Administrar soro cristalóide com débito alto.
- B. Administrar dopamina.
- C. Administrar vasopressina.
- D. Solicitar lavagem nasogástrica com soro gelado.
- E. Realizar transfusão de sangue tipo O Rh-negativo.





RESPOSTA: A

O sangramento digestivo pode surgir em qualquer lugar ao longo do trato gastrointestinal. De modo que a hemorragia digestiva alta corresponde ao sangramento gastrointestinal decorrente de lesão do esôfago, estômago ou duodeno proximal; o sangramento intestinal médio engloba hemorragias do intestino delgado; e o sangramento intestinal baixo é decorrente de afecção do cólon e/ou reto. O quadro pode cursar com variadas etiologias, como úlceras, rotura de varizes intraluminais, neoplasias, divertículos, doença inflamatória, entre outros. O quadro clínico pode incorrer como achados de fadiga, anemia, hematêmese, hematoquezia, melena e mais. O diagnóstico inclui exames de imagem como a endoscopia digestiva alta, a colonoscopia e a retossigmoidoscopia, e exames laboratoriais. O tratamento implica em medidas de estabilização hemodinâmica nos casos necessários e possível abordagem endoscópica ou cirúrgica (eletiva ou de urgência), a depender da fonte e severidade do sangramento.

JUSTIFICATIVA:

Letras B e C: O fato de o paciente apresentar perda de sangue por via gastrointestinal indica que a instabilidade hemodinâmica se deve ao componente hipovolêmico. Dessa forma, nossa conduta inicial para otimizar sua pressão deve envolver a reposição da volemia perdida.



Mini Simulado Portugal

Letras D: O paciente apresenta uma instabilidade hemodinâmica importante, de modo que nossa primeira medida deve ser corrigir tal disfunção.

Letras E: Quando um paciente incorre com choque hemorrágico, a característica da perda de todos os componentes do sangue promove uma inicial manutenção da proporção da hemoglobinemia. A seguir, inicia-se um processo no qual o líquido extravascular adentra o espaço intravascular e promove a hemodiluição, que geralmente se desenvolve dentro de 72 horas. A hemotransfusão encontra-se indicada quando a hemoglobina atinge níveis menores que 7 g/dL.

Objetivo da questão:

Temos um paciente com franca instabilidade hemodinâmica devido a hipovolemia secundária a hemorragia gastrointestinal. Qual a nossa primeira conduta? Estabilizar o parâmetro hemodinâmico e para tal devemos iniciar a ressuscitação volêmica com cristaloides.



Questão 09

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sediada pela Organização Mundial da Saúde na República do Cazaquistão expressou a necessidade da união entre as instâncias governamentais a cerca de uma amplitude do conceito de saúde e abordagem mais ampla e multidisciplinar. Como resultado, a Declaração de Alma Ata, sintetizou este acordo a partir de pontos-chave para que o enfoque na saúde e em sua promoção pudesse se disseminar, em especial aos países em desenvolvimento. Relativamente a declaração de Alma Ata selecione a afirmação falsa:

- A.** A obtenção do mais elevado nível de saúde é a meta social mundial mais importante cuja realização requer unicamente a ação do sector da saúde de cada país.
- B.** Tinha como objetivo proporcionar saúde para todos no ano de 2000.
- C.** Foi realizada em 1978 em Alma Ata.
- D.** Salientou as desigualdades existentes do estado de saúde da população entre os vários países e mesmo dentro de cada país.
- E.** Reafirmou que a saúde é um direito humano fundamental.

RESPOSTA: A

A alma ata foi o principal dispositivo da formulação de um rol internacional de direitos e responsabilidades no campo da saúde pública. Sua publicação foi um marco histórico e diplomático cuja importância permanece até os dias atuais.



JUSTIFICATIVA:

Letras B: Verdadeiro. O artigo V da Alma Ata dispõe: "Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social."

Letra C: Verdadeiro. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 12 do mês de setembro de 1978.

Letra D: Verdadeiro. O artigo II da Alma Ata dispõe "A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países."

Letra E: Verdadeiro. O artigo I da Alma Ata dispõe "A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde."

Objetivo da questão:

O conhecimento da Alma Ata e a leitura dos seus 10 artigos é de suma importância para os direitos e responsabilidades no campo da saúde pública em nível internacional.



**Questão 10**

Uma mulher de 23 anos comparece a consulta médica queixando-se de desânimo com suas atividades laborais e perda de interesse em seu cotidiano. Paciente refere anedonia presente há cerca de 3 anos com crises frequentes de tristeza intensa e perda de capacidade funcional para atividades diárias básicas. Tentou automedicação com suplementos vitamínicos porém sem remissão clínica de seus sintomas. Há cerca de 2 meses refere presença de ideações suicidas. Possui histórico de miopia com uso de lentes divergentes e de enxaqueca, realizando acompanhamento regular com Neurologista. Tem histórico familiar de transtorno depressivo em avô materna e pai. Refere etilismo social, frequência 2-3x/semana, nega tabagismo. Nega uso de substâncias ilícitas. Ao exame físico, apresenta-se lúcida e orientada, com bom estado geral, anictérica, acianótica, afebril. Possui humor depressivo com afetividade reduzida, fala rápida, porém sem disartrias. Pensamento é lentificado, apresenta prejuízo discreto de memória e atividade psicomotora. No que diz respeito a depressão, assinale a verdadeira:

- A.** Para o diagnóstico de depressão maior os sintomas devem estar presentes pelo menos 6 semanas consecutivas
- B.** A presença de atividade alucinatória auditiva na depressão maior exclui o diagnóstico
- C.** A depressão não se associa a sintomas somáticos
- D.** Aproximadamente 10% das pessoas apresentará um episódio depressivo ao longo das suas vidas
- E.** O abuso de álcool pode induzir o aparecimento de sintomatologia depressiva



RESPOSTA: E

O transtorno depressivo maior (TDM) ou depressão unipolar é um transtorno do humor caracterizado por tristeza intensa e/ou perda de prazer ou interesse que perdura por ao menos 14 dias e associa alterações como disfunções do padrão de sono, do apetite ou do peso e da psicomotricidade, ideias de morte, sentimento de culpa, diminuição da capacidade de concentração e fadiga. Seu diagnóstico, como em diversas outras patologias psiquiátricas, não pode ser selado na vigência de uma causa orgânica que melhor explique o quadro. Diversos neurotransmissores parecem estar envolvidos na fisiopatologia do TDM, dentre os quais a serotonina (principal), norepinefrina, glutamato e dopamina. Ainda, são sugeridas alterações estruturais e funcionais em regiões como hipocampo, córtex pré-frontal e gânglios da base. O tratamento do quadro se baseia principalmente na realização de psicoterapia associada a medidas farmacológicas antidepressivas, sendo os inibidores seletivos da recaptação de serotonina as drogas inicialmente sugeridas. Outras possíveis classes a serem utilizadas incluem os inibidores duais da recaptação de serotonina e noradrenalina, os antidepressivos tricíclicos e os atípicos, entre outras.



JUSTIFICATIVA:

Letra A: No diagnóstico de depressão maior, a evolução temporal requerida para os sintomas de forma a satisfazer o diagnóstico deve ser de ao menos duas semanas.¹⁰

Letra B: A presença de delírios e/ou alucinações não exclui um quadro depressivo, podendo meramente caracterizar uma depressão com sintomas psicóticos.

Letra C: Os sintomas somáticos, em especial a dor em suas várias formas (cefaleia, tensão muscular, lombalgia), podem estar por vezes associados ao quadro de depressão.

Letra D: Estima-se que cerca de 15% da população incorrerá com um episódio depressivo ao longo da vida.

Objetivo da questão:

O álcool pode exercer tamanho papel no surgimento da sintomatologia depressiva, que os transtornos do humor são estratificados entre transtornos bipolares, transtornos depressivos e transtornos depressivos relacionados ao abuso de álcool ou substâncias.



Revalide seu diploma Médico em Portugal e dê o start na sua carreira no exterior.

Saiba como funciona o calendário do processo de revalidação:

Inscrição no processo > Prova Teórica > Prova Prática > Prova pública

Estude com a academia líder em Medicina no Exterior



Aulas ao vivo online

e acesso às aulas gravadas



Suporte burocrático

inscrições nas provas, vistos e mais



Materiais de estudo

apostilas impressas, bancos de questões e livros



100% de aprovação

em turmas do Revalida Portugal e mais

Quero ter o acesso completo aos cursos agora!

