

RESIDÊNCIA MÉDICA/2013

01 – Mulher, 23 anos, em tratamento com antirretroviral há 7 anos, sendo os últimos 3 anos em resgate. Encontra-se na segunda gestação. Abandonou o pré-natal após apresentar efeitos adversos à zidovudina, interrompendo o uso de todos os medicamentos. Na 35ª semana de gravidez, deu entrada no Serviço de Urgência em péssimo estado geral devido a quadro de sangramento vaginal, falta de ar e dores intensas em baixo ventre. Evoluiu com dispneia importante necessitando de intubação orotraqueal, falecendo após 3 horas. No material de aspirado pulmonar foi detectado BAAR positivo e na radiografia de tórax áreas de cavitações.

A declaração de óbito (DO) foi preenchida da seguinte maneira:

I - CAUSA DA MORTE <small>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte</small>	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	TEMPO APROXIMADO ENTRE O INÍCIO DA DOENÇA E A MORTE	CID
a)	Insuficiência Respiratória Aguda	Ignorado	
CAUSAS ANTECEDENTES <small>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica</small>	b) Tuberculose Pulmonar	Ignorado	
c)			
d)			
II - <small>outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém na cadeia acima</small>			

a. Faça uma avaliação crítica desse documento justificando-a.

R. Tratava-se de um caso de paciente com Aids não aderente, com histórico de multirresistência a ARV e sem história de realização de pré-natal.

b. Qual a importância das informações da declaração de óbito para o sistema de saúde, principalmente nesse caso?

R. Forma correta de preenchimento da DO:

Causas da morte PARTE I	Anote somente um diagnóstico por linha	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a) insuficiência respiratória aguda	3 horas	
Causas antecedentes Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b) tuberculose pulmonar c) AIDS d)	Ignorado 7 anos	

PARTE II outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que na entraram, porém na cadeia acima	Gestação na 35ª semana	105 dias	
--	------------------------	----------	--

2011 - Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito tem dois grandes objetivos:

- ser o documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, conforme o determina o artigo 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009

- atender ao artigo 77 da Lei Nº. 6.216, de 30 de junho de 1975 – que altera a Lei 6.015/73 dos Registros Públicos e determina aos Cartórios de Registro Civil que a Certidão de Óbito para efeito de liberação de sepultamento e outras medidas legais, seja lavrada mediante da Declaração de Óbito.

Os dados informados na Declaração de Óbito alimentam as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte no Brasil. A partir das informações extraídas das DO são definidas grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas em saúde. Por esta razão, a Declaração de Óbito precisa se garantir, cada vez mais, como um instrumento de amplitude máxima, capaz de captar informações nos mais remotos aglomerados populacionais do país. Além disto, precisa ser corretamente preenchida, de modo que as informações dela extraídas estejam perfeitamente concatenadas com as estratégias, métodos, metas e indicadores sugeridos pelas análises da situação de saúde no país.

As informações consignadas no documento são utilizadas na produção das estatísticas de mortalidade e concorrem para a identificação do processo mórbido, conduzindo ao conhecimento do perfil saúde-doença. É importante que o responsável pelo preenchimento o faça com respeito aos preceitos legais e epidemiológicos vigentes.

Nesse caso a omissão da gestação tem consequências ainda mais sérias para a saúde das pessoas, pois trata-se da mortalidade materna.

02 – Com base na integralidade de assistência à saúde, discuta as ações que são desenvolvidas pelo médico de um serviço de Pronto Atendimento e de uma Unidade da Estratégia da Saúde da Família.

R. Ações desenvolvidas pelo PA: atendimentos médicos individuais, de urgência e emergência ou não, à pessoas advindas de qualquer região da cidade ou mesmo de cidades vizinhas. São ações puramente curativas, desvinculadas do contexto de vida do paciente.

Na UESF: atendimentos da clientela adstrita, tanto do indivíduo como de sua família, tendo como base as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

03 – A Hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae* que tem alta infectividade e baixa patogenicidade. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro da hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura. No Brasil, cerca de 47.000 casos novos são detectados a cada ano, sendo 8% deles em menores de 15 anos. Visando contribuir com a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabeleceu diretrizes operacionais para a execução de

diferentes ações, articuladas e integradas, a partir de cinco áreas: vigilância epidemiológica; gestão; atenção integral; comunicação e educação, e pesquisa.

Exemplifique estas 5 áreas com pelo menos uma ação para cada .

R.

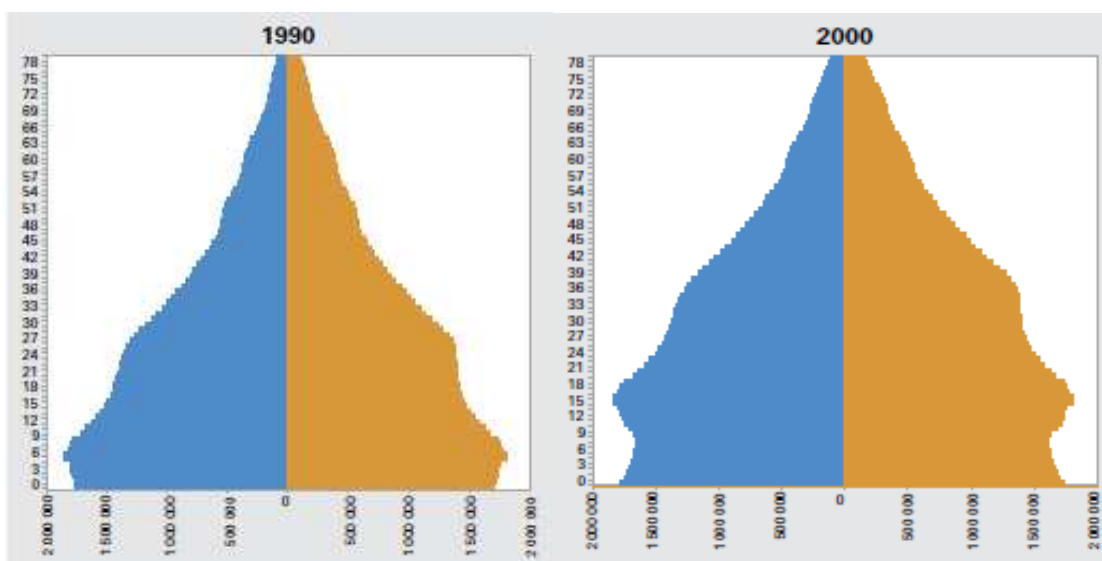
- . Vigilância epidemiológica – monitoramento e análise das informações
- . Gestão – planejamento, monitoramento e avaliação, descentralização
- . ATENÇÃO INTEGRAL – diagnóstico precoce, tratamento e vigilância de contatos domiciliares, prevenção de incapacidades e reabilitação, resgate social
- . Comunicação e educação – comunicação, educação permanente e mobilização social
- . Pesquisa – centros de referência, pesquisa operacional

04 – A sífilis congênita é caracterizada pela transmissão do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o bebê por via transplacentária podendo ocorrer em qualquer momento da gestação. A sífilis permanece até o momento, como uma complicação comum na gravidez apesar de testes diagnósticos baratos e acurados estarem disponíveis no mercado e da persistente sensibilidade do *Treponema pallidum* à penicilina. O Ministério da Saúde tem como objetivo eliminar a doença até 2015, enquanto problema de saúde pública. Para isso, conta com a implantação da Rede Cegonha, que visa ampliar a oferta do teste rápido de sífilis no pré-natal. Uma grande vantagem dessa estratégia é a possibilidade da gestante sair da consulta de pré-natal já com o resultado do teste e com seu tratamento iniciado, caso necessário.

Além dessas estratégias apresentadas, qual é o maior desafio a ser vencido para se interromper a cadeia de transmissão da sífilis congênita no Brasil?

R. O maior desafio para interromper a cadeia de transmissão da sífilis congênita é tratar também o parceiro. Geralmente os homens são mais resistentes em cuidar da saúde, fato que acaba causando impacto na família, pois a parceira pode ser reinfectada, mesmo sendo tratada corretamente.

05- Identifique e explique a mobilidade da composição absoluta da população brasileira, por idade e sexo, nos anos de 1990, 2000, 2010 e 2020.





Composição absoluta da população, por idade e sexo – 1990 / 2000 / 2010 / 2020

Homens - cinza escuro

Mulheres – cinza claro

Fonte IBGE Brasil

Quais as consequências desse fato para o sistema de saúde brasileiro?

R. A taxa de mortalidade infantil vem declinando no Brasil como resultado do efeito combinado de vários fatores. As variáveis tipicamente associadas com as variações na mortalidade infantil vêm mostrando graduais melhorias ao longo do tempo, tais como o aumento da escolaridade feminina, a elevação do percentual de domicílios com saneamento básico adequado (esgotamento sanitário, água potável e coleta de lixo) e um maior acesso aos serviços de saúde, proporcionando uma relativa melhoria na qualidade do atendimento pré-natal e durante os primeiros anos de vida da criança. Mais recentemente, diversas ações (não somente partidas das esferas governamentais) foram introduzidas com o propósito de reduzir a mortalidade infantil no Brasil: campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, agentes comunitários de saúde, entre outras.

Reduções na mortalidade infantil estão associadas aos aumentos na esperança de vida ao nascer. O Brasil por algum tempo experimentou declínios nas taxas de mortalidade em todas as idades, mas, a partir de meados dos anos de 1980, as mortes associadas às causas externas (acidentes de qualquer natureza e violência) passaram a desempenhar um papel de destaque, e infelizmente de forma desfavorável, sobre a

estrutura por idade das taxas de mortalidade, particularmente dos adultos jovens do sexo masculino. A esperança de vida no Brasil continuou elevando-se, mas poderia, na atualidade, ser superior em dois ou três anos à estimada, se não fosse o efeito das mortes prematuras de jovens por violência.

A fecundidade no Brasil foi diminuindo ao longo dos anos, basicamente como consequência das transformações ocorridas na sociedade brasileira, de modo geral, e na própria família, de maneira mais particular. Com isso, a fecundidade, em 1991, já se posicionava em 2,89 filhos por mulher e, em 2000, em 2,39 filhos por mulher. As PNAD 2006 e 2007 já apresentam estimativas que colocam a fecundidade feminina no Brasil abaixo do nível de reposição das gerações (1,99 e 1,95 filhos por mulher, respectivamente). Ao utilizar este conjunto de estimativas para projetar o nível da fecundidade, a taxa estimada e correspondente ao ano de 2008 é de 1,86 filhos por mulher. O efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil tem produzido transformações no padrão etário da população do Brasil, sobretudo a partir de meados dos anos de 1980. O formato tipicamente triangular da

pirâmide populacional, com uma base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide populacional característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento.

O envelhecimento populacional caracteriza-se pela redução da participação relativa de crianças e jovens, acompanhada do aumento do peso proporcional dos adultos e, particularmente, dos idosos. Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total (Tabelas 14 e 15 e Gráfico 19).

As taxas de crescimento correspondentes às crianças de 0 a 14 anos de idade já mostram que este segmento vem diminuindo em valor absoluto desde o período 1990-2000. Em contrapartida, as correspondentes ao contingente de 65 anos ou mais de idade, embora oscilem, são as mais elevadas, podendo superar os 4% ao ano, entre 2025 e 2030, e, ao longo de todo o horizonte da projeção, com cifras superiores à média da população total e às taxas do grupo de 15 a 64 anos de idade (Tabela 16 e Gráfico 20). As pirâmides etárias, a seguir, mostram que, mantidas as tendências observadas até 2006 nos parâmetros demográficos, o Brasil caminha velozmente rumo a um perfil I demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno que, sem sombra de dúvidas, implicará em adequações nas políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. Muito embora estes resultados atestem que a influência da perda de participação relativa da população de crianças tenha superado os efeitos do aumento da população idosa, resultando na queda do indicador razão de dependência, este último fenômeno também vem se firmando como fator importante no entendimento da evolução da estrutura etária brasileira. Assim, os ganhos sobre a mortalidade e, como consequência, os aumentos da expectativa de vida, associam-se à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos da medicina, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como o acompanhamento clínico do recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno, ao aumento do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infra-estrutura de saneamento básico e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades. O aumento da esperança de vida ao nascer em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resulta no aumento absoluto e relativo da população idosa.

Por volta de 2007, a razão de dependência total atingiu a marca dos 50% e continuará em ritmo decrescente até 2020, quando o indicador retoma uma trajetória ascendente, pressionado pela razão de dependência da população de 65 anos ou mais de idade.

As pirâmides etárias (Gráficos 25 e 26) que se seguem são ilustrativas das transformações pelas quais passará a estrutura por sexo e idade da população do Brasil, ao longo do período 1980-2050, de acordo com resultados da projeção da população.

De qualquer forma, as rápidas transformações no perfil demográfico do Brasil em direção a uma população bastante envelhecida devem ser acompanhadas por medidas que promovam o bem-estar da sociedade, que logo estará frente a situações pouco comuns até um passado recente, destacando-se o convívio de várias gerações dentro de um mesmo grupo familiar, proporcionando enriquecedoras transferências

intergeracionais. Face a este novo cenário, o mobiliário urbano, as edificações públicas, privadas e para fins de moradia, os meios de transporte público, os conteúdos das disciplinas associadas à área médica, o próprio mercado de trabalho, os sistemas público e privado de saúde, bem como a previdência e a assistência social deverão passar por reestruturações para assegurar a inclusão, na família, na cidade e na sociedade de modo geral, de um contingente a cada dia mais volumoso de idosos.

06 – Em um estudo realizado no ambulatório de ginecologia de um Hospital Central foi investigado a possível relação do uso de anticoncepcionais orais com infecções vaginais por clamídia, a partir de uma amostra de 100 mulheres. Foram colhidas as informações quanto ao uso ou não do anticoncepcional e realizado exame de microbiologia no esfregaço vaginal de todas estas mulheres. Os resultados obtidos foram: 50 mulheres apresentavam história de uso de anticoncepcionais orais no último ano, tendo 10 delas culturas positivas para clamídia; 50 mulheres não tinham história de uso de anticoncepcionais orais, apresentando 5 delas culturas positivas.

Qual foi a prevalência de infecções por clamídias nessa amostra de mulheres? Existe associação entre o uso de anticoncepcional oral e infecção? Justifique.

R. Assim, a prevalência de infecção por Clamídia nessa amostra de mulheres seguidas no Serviço de Ginecologia foi de 15% e concluiu-se haver uma associação entre o uso de anticoncepcionais orais e a presença de infecção por Clamídia com um risco relativo (RR) de  $(10/50)/(5/50)=2,0$ . A medida de associação - o risco relativo ou razão de riscos - que foi já descrita para os estudos de coorte e que pode ser calculada, do mesmo modo, nos estudos transversais, tem a sua interpretação, também, semelhante. Neste contexto, define-se risco relativo como a razão entre a prevalência da doença nos indivíduos que possuem o fator em estudo e a prevalência da doença nos que não o possuem, podendo, assim, ser, também, designado de prevalência relativa. Encontrou-se um risco relativo de 2,0 o que é interpretado como sendo 2 vezes superior o risco de estar doente nos que apresentam o fator em estudo em comparação com aqueles que o não apresentam. O risco relativo calculado a partir de um estudo transversal é uma boa estimativa do risco relativo calculado a partir de um estudo de coorte, especialmente se o fator em estudo não afeta a duração da doença (vide infra os vieses de incidência/prevalência).

#### Vantagens:

A maior vantagem dos estudos transversais sobre os estudos de coorte prende-se com a prontidão com que se podem tirar conclusões e com a não existência de um período de seguimento. Estas questões tornam os estudos transversais mais rápidos, mais baratos, mais fáceis em termos logísticos e não sensíveis a problemas como as perdas de seguimento e outros, característicos dos estudos longitudinais. Este tipo de estudos é a única maneira de calcular a prevalência das doenças e dos fatores de risco. São também estudos adequados à análise de redes de causalidade.

Os estudos transversais podem ser levados a cabo como a primeira etapa de um estudo de coorte ou ensaio clínico sem grandes custos adicionais. Os resultados definem as características demográficas e clínicas de base da amostra em estudo e podem, por vezes, revelar associações de interesse para o restante do estudo.

#### Desvantagens:

A maior desvantagem dos estudos transversais prende-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento da doença.

Estes estudos partilham as desvantagens dos estudos observacionais em geral, já anteriormente expostas.

Estes estudos são pouco práticos no estudo de doenças raras, uma vez que estas obrigam à seleção de amostras muito numerosas.

O fato de nos estudos transversais só se poder medir a prevalência, e não a incidência, torna limitada a informação produzida por este tipo de estudos no que respeita à história natural das doenças e ao seu prognóstico.

Este tipo de estudo é susceptível aos chamados vieses de prevalência/incidência que acontecem quando o efeito de determinados fatores relacionados com a duração da doença é confundido com um efeito na ocorrência da doença. Por exemplo, num estudo realizado na

década de 70 encontrou-se uma grande frequência de antígeno linfocitário humano A2 (HLA-A2) entre crianças que sofriam de leucemia linfocítica aguda (LLA) e os investigadores concluíram que as crianças com este tipo de HLA tinham um risco acrescido de desenvolver esta doença. Estudos subsequentes vieram, no entanto, demonstrar que o HLA-A2 não era um factor de risco para o desenvolvimento da LLA, mas sim, um fator que estava associado a um melhor prognóstico em crianças com esta doença. Assim, a maior sobrevivência dos doentes com HLA-A2 fazia com que na amostra de doentes do estudo transversal houvesse uma maior probabilidade de encontrar doentes com este tipo de HLA em comparação com os outros tipos. Observou-se, assim, que uma aparente maior incidência era na realidade o efeito de uma maior prevalência devido a um melhor prognóstico.

07 – Paulo Cesar, de 52 anos de idade é comerciário, casado e católico. É hospitalizado com queixas de náuseas, vômitos, diarreia, dores pelo corpo e “febrícula” até 37,6° C, sintomas iniciados há três dias. Nas últimas 24h, notou diminuição do volume urinário e “tonturas” (escurecimento da visão) quando fica em pé. Relata ter feito uso de diclofenaco (anti-inflamatório não hormonal) nesses 3 dias devido as dores pelo corpo. Ao exame físico: PA (deitado) = 96/60 mmHg; PA (em pé) = 70/50 mmHg; FC (deitado) = 96 bpm; FC (em pé) = 120 bpm; Temperatura = 37,6 °C. Cabeça e Pescoço: Tônus ocular, turgor da língua, e turgor da pele diminuídos. Enchimentos dos vasos da base da língua e das jugulares diminuído. Tórax: Inspeção, percussão, palpação e ausculta sem alterações. Precórdio: Bulhas rítmicas normofonéticas e taquicárdicas. Abdome: Ruídos hidroaéreos aumentados; difusamente doloroso a palpação, sem sinais de irritação peritoneal ou organomegalias. Membros: enchimento de polpa digital lento. Diurese nas últimas 24h aproximadamente 200 mL. Exames complementares: glicemia = 120 mg/dL; Ht = 48%; Hb = 16 mg/dL; leucócitos = 13.200 mm<sup>3</sup>, com metamielócitos = 0%, mielócitos = 0%, bastões = 2%, neutrófilos = 54%, eosinófilos = 0%, linfócitos = 39% e monócitos = 5%. Ureia plasmática = 135 mg/dL; creatinina plasmática = 4,2 mg/dL; sódio plasmático = 130 mEq/L e potássio plasmático = 5,2 mEq/L. Gasometria venosa: pH = 7,33; PCO<sub>2</sub> = 28 mmHg; PO<sub>2</sub> = 56 mmHg; HCO<sub>3</sub> = 18,0 mEq/L; CO<sub>2</sub> total = 19,5 mmHg; BE = 6,0 mEq/L; saturação O<sub>2</sub> = 60%. Osmolaridade plasmática = 290 mOs/Kg; sódio urinário = 48 mEq/L; osmolaridade urinária = 187 mOs/Kg; densidade urinária = 1005 e fração de excreção de sódio = 3,2.

a. Caracterize o quadro clínico apresentado por Paulo César com base nos resultados dos exames laboratoriais.

R. Paulo está apresentando uma resposta inflamatória sistêmica devido ao foco infeccioso abdominal, associado a taquicardia e hipotensão. Diagnóstico final Choque Séptico.

b. Qual (Quais) distúrbio (s) ácido-básico está (ão) presente (s) nesse caso. Justifique.

R. Paciente apresenta acidose: PH 7,33 portanto menor que 7,35 caracterizando acidose.

08 – A Organização Mundial da Saúde preconiza, quando da realização de endoscopia digestiva alta, que seja investigado *Helicobacter pylori* devido ao risco de desenvolvimento de carcinoma gástrico.

Com base nesse enunciado, explique o mecanismo de desenvolvimento desse carcinoma.

R. O desenvolvimento de infecção/doença ou erradicação do micro-organismo depende da relação parasito-hospedeiro. A influência sobre tal relação é multifatorial, tanto em consideração do micro-organismo quanto de fatores do hospedeiro. No hospedeiro, tem papel essencial a resposta imune que por si só já é multifatorial. Devido ao fato de haver indivíduos cuja resposta imune e inflamatória evolui para um processo crônico. Nestas pessoas vai

ocorrer a indução da atrofia da mucosa do estômago associada a redução da produção de ácido e ao elevado risco de desenvolvimento do carcinoma gástrico.

09 – Paciente de 53 anos, está em atendimento no Pronto Socorro devido a quadro de dispneia há 2 horas, rapidamente progressiva, sem precordialgia ou palpitação. Ao exame físico: FR = 34 ipm; FC = 92 bpm; Saturação O<sub>2</sub> = 89%; PA = 210 x 110 mmHg; bulhas normofonéticas regulares, sem sopros; estase jugular presente a 45° e ausculta pulmonar com estertores crepitantes difusos. Relata hipertensão arterial sistêmica com tratamento irregular e tabagismo de cinco cigarros/dia.

Qual o diagnóstico? Explique com base nos sinais e sintomas apresentados.

R. Edema agudo pulmonar hipertensivo. Medidas iniciais: Levar à sala de emergência, Instalar monitor, oxigênio suplementar e acesso venoso. Medicação: Nitroprussiato/ Nitroglicerina intravenosa, Furosemida intravenosa.

10 – Na cidade de Marília em outubro de 2012, por determinação da vigilância sanitária houve interdição de um poço de água profundo devido a altas concentrações de nitrato.

Explique qual o motivo desta interdição pelo sistema de saúde?

R. Em criança abaixo de 2 anos dá quadro de metahemoglobinemia e em adultos dá quadro de náuseas, vômitos e tonturas.

11 – Senhora de 71 anos, queixa-se de dispneia progressiva há 4 meses com piora acentuada no último mês. Refere ainda fadiga, palpitações aos mínimos esforços, dificuldade para cuidar de sua casa tendo que parar para descansar. De antecedentes refere ser portadora de asma controlada com uso de medicação inalada. No interrogatório dos diversos aparelhos refere alteração do hábito intestinal para obstipação mesmo com dieta rica em fibras, sendo necessário uso de laxantes para evacuar. Refere períodos de mudança de coloração das fezes e às vezes com presença de muco. Sem qualquer outra queixa. Exame físico: palidez cutânea de +++/4+ e mucosas descoradas +++/4+. Sem outras alterações.

Qual o diagnóstico sindrômico e etiológico? Como deve ser feita na investigação diagnóstica nesse caso?

R. Anemia; neoplasia de colon.

Exames: deve incluir hemograma com medida dos índices eritrocitários, sobretudo o volume corpuscular médio (VCM) e o índice de anisocitose (RDW), contagem de plaquetas e de reticulócitos, além do esfregaço de sangue periférico, pesquisa de sangue oculto nas fezes; colonoscopia

12 – Paciente portador de DPOC avançada apresenta melhora da dispneia com uso de oxigenioterapia domiciliar.

Explique a ação do oxigênio na correção da dispneia com base na fisiologia respiratória.

R. A hipoxemia aumenta a estimulação dos quimiorreceptores no corpo carotídeo e leva ao aumento da frequência respiratória e, conseqüentemente, da sensação de dispneia. Pode-se observar um aumento na sensação de dispneia na realização de atividade física, já que os pacientes hipoxêmicos precocemente mudam o substrato energético e acumulam ácido láctico, com conseqüente aumento da frequência respiratória e dispneia. Em ambas as situações a administração de oxigênio, evitando a queda da sua concentração no sangue, alivia substancialmente a dispneia.

Quando a causa da hipoxemia é uma doença obstrutiva, como a DPOC, outros fatores estão envolvidos. Estes pacientes têm diminuição da retração elástica e, quando a frequência respiratória aumenta, não há tempo suficiente para expiração do volume corrente, com conseqüente aumento do volume pulmonar que causa desconforto respiratório. Outra



consequência da hiperinsuflação pulmonar é a diminuição da capacidade inspiratória, que diminui a capacidade de aumentar suficientemente o volume corrente para suprir os músculos com adequada oxigenação. A má oxigenação muscular aumenta o estímulo do centro respiratório, fechando o ciclo vicioso da hipoxemia-dispneia.

13 – Homem, 28 anos, dá entrada em uma unidade de emergência após quadro de síncope com dor abdominal e hipotensão. Há cinco dias, iniciou quadro de dor abdominal com irradiação dorsal, de rápida duração com episódios de hipotensão postural. Exame físico: PA deitado = 80 x 60 mmHg, taquicardia, taquisfigmia, sudorese profusa, extremidades frias, mucosas descoradas e hidratadas. Dor difusa à palpação abdominal, com presença de tumor pulsátil em epigástrio e mesogástrio. Pulsos periféricos presentes. Ultrassonografia abdominal de urgência: líquido em cavidade abdominal, dilatação aneurismática e grande hematoma retroperitoneal. Hemograma: Hb = 6 mg%; Ht = 18%; leucócitos = 15.200/mm<sup>3</sup>; Plaquetas = 50.000/mm<sup>3</sup>; TTPA = 45 seg e TAP com INR = 0,98. Ureia = 50 mg% e creatinina = 1,5 mg%. Foi submetido a tratamento cirúrgico endovascular para correção do aneurisma com resultado satisfatório.

Após o procedimento endovascular o paciente evoluiu com sangramento generalizado pelas mucosas e incisões. Os exames laboratoriais mostraram TTPA incoagulável, fibrinogênio < 40 mg, D-dímero = 200 µg/L, plaquetas = 50.000/mm<sup>3</sup>.

a. Considerando o tratamento realizado, explique o distúrbio de coagulação apresentado pelo paciente.

R. As alterações da coagulação são compatíveis com a coagulação intravascular disseminada (CID) que pode ser desenvolvida a partir de um coágulo gigante retido. Existe consumo de fatores de coagulação e ativação do sistema fibrinolítico.

No pós-operatório, o paciente apresentou, além da alteração de coagulação, distúrbio ventilatório, insuficiência renal, alterações das enzimas hepáticas e grave acidose metabólica.

b. Explique, com base na fisiopatologia, o desenvolvimento do quadro evolutivo apresentado pelo paciente.

R. SIRS (Síndrome de resposta inflamatória) sem o fator desencadeante infeccioso. O processo inflamatório sistêmico produz alteração do sistema de coagulação, no pulmão devido ao edema da membrana alvéolo capilar dificulta as trocas gasosas, no rim a dificuldade de filtração, no fígado também o processo inflamatório faz com que as células hepáticas edemaciadas perca a função e devido a dificuldade de trocas de metabólitos tecidual e de gases o organismo apresenta uma acidose grave metabólica.

14 – Paciente, após doação de rim esquerdo, procura médico da equipe de transplante relatando que seu escroto aumentou de tamanho após sete dias da alta hospitalar.

Explique anatomicamente a alteração apresentada.

R. A veia gonadal esquerda esvazia-se na veia renal esquerda, é provável que após ligadura da veia gonadal, houve dificuldade no retorno venoso com aumento da pressão hidrostática, com extravasamento de líquido.

15 – Paciente do sexo masculino, 42 anos, pedreiro, comparece ao ambulatório de especialidades Mário Covas queixando-se de dor lombar progressiva com irradiação para os membros inferiores, há 10 meses. Durante o exame físico foi encontrado déficit de extensão do joelho esquerdo e de flexão plantar do pé direito. O médico ortopedista, somente pelo exame físico, fez diagnóstico de hérnias de disco em coluna.

Quais as raízes neurológicas acometidas pelas supostas hérnias, no quadro clínico apresentado?

R. A raiz de L3 inerva o quadríceps, que é o responsável pela extensão do joelho. A raiz de S1 inerva o gastrocnêmio, que é o responsável pela flexão plantar do pé.

16 – No pronto atendimento, o médico residente atende um trauma por vidro em antebraço, com um corte longitudinal atingindo pele e subcutâneo, sem lesão muscular, vascular ou de nervo. Rapidamente solicita o material de sutura e anestésico. Por falta do anestésico comumente utilizado, usa a Bupivacaina 5 mg/mL sem adrenalina. Logo após a infiltração no local da lesão inicia a sutura e o paciente reclama muito de dor local.

Explique a causa da dor apresentada pelo paciente.

R. A Bupivacaina possui lipossolubilidade baixa causando pouca analgesia em pele e subcutâneo.

17 – Homem, 43 anos, com história de dor abdominal intermitente em cólica, há 16 horas, além de vômitos biliares. Declara que os sintomas começaram três horas depois do almoço do dia anterior, melhorando depois de vomitar, mas retornando depois de uma a duas horas. Teve uma evacuação logo depois do início da dor, mas não houve mais eliminação de gases ou fezes, desde então. Refere laparotomia exploradora devido a ferimento por arma de fogo em abdome, há três anos. Exame físico: T = 38°C; P = 105 bpm; PA = 140/80 mmHg; FR = 24 ipm. Abdome distendido; sensível à palpação; cicatriz mediana; ruídos hidroaéreos aumentados. O exame retal não revela massas, presença de fezes ou sangue na ampola. Este paciente, enquanto aguarda os exames no Pronto Socorro, evolui para quadro de PA = 80/60 mmHg; FC = 146 bpm; FR = 30 ipm; confusão mental; sudorese profusa; extremidades frias e palidez cutânea.

Qual o diagnóstico? Explique, fisiopatologicamente, o quadro clínico apresentado pelo paciente.

R.: Abdome Agudo Obstrutivo. Choque hipovolêmico por terceiro espaço

18 – Paciente com história de alteração do hábito intestinal, permanecendo até 7 dias sem evacuar. De antecedentes, pai falecido de câncer de intestino. No exame físico abdominal não foi encontrada alteração. Indicado colonoscopia que detectou um pólipó na região de sigmoide de 1 cm de diâmetro. Imediatamente foi realizada a polipectomia com alça, com boa hemostasia e remoção total da base do pólipó.

3 horas após o procedimento o paciente passou a apresentar dores abdominais difusas, reação peritoneal e rigidez da parede abdominal.

Explique fisiopatologicamente os sinais e sintomas apresentados nesse momento. Considerando a relação custo benefício, qual exame deve ser solicitado para confirmar o diagnóstico e qual alteração é esperada.

R. Perfuração intestinal durante a realização da polipectomia com alça. Saída do conteúdo intestinal para cavidade abdominal.

Ultrassonografia de abdome.

19 – Adrian, 13 anos, deu entrada na emergência com cefaleia intensa em região occipital, vômitos, palidez cutânea, sudorese profusa e tonteados. Há 3 meses vem apresentando dificuldade para deambular, justificando o fato por não praticar nenhuma atividade física. Permanece em sua casa, na TV e videogame o tempo todo.

Nasceu à termo com baixo peso. Não recebeu leite materno fazendo uso de leite de vaca integral desde os primeiros meses.

Ao exame físico: peso= 78kg (>P95); estatura = 1,46cm (P10); índice de massa corpórea (IMC) = 36,6 (>>P95); pregas tricpitais de 32mm ( )FC= FR= PA= 130/88 mmHg (percentil 99); cintura abdominal = 95cm (P90). Apresenta manchas escuras e ásperas na região cervical e axilar; edema e dor em ambos os joelhos.

Colhidos exames laboratoriais: glicemia= 108mg/dL; colesterol total = 210mg/dl; colesterol LDL = 132mg/dL; colesterol HDL = 38mg/dL; triglicérides = 150mg/dL; sódio plasmático = 130 mEq/l; potássio plasmático = 4,8mEq/L

a. Considerando os sinais e sintomas de Adrian ao chegar à emergência, qual o diagnóstico?

R. Urgência hipertensiva mais cefaléia mais obesidade.

b. Tendo em vista o quadro clínico e laboratorial de Adrian explique, com base na fisiopatologia, o desfecho apresentado na emergência.

R. Deslipidemia, elevação da glicemia, necessitando de investigação e confirmação. Devido o aumento do peso e da Deslipidemia, há aumento da resistência arterial, levando à HAS.

20 – Mãe comparece ao ambulatório de Pediatria com seu filho de um ano de idade, relatando que a criança tem os joelhos tortos: “joelhos como os de cowboy”. A mãe está muito preocupada, pois o filho de sua vizinha teve que usar aparelhos nas pernas devido ao mesmo problema. O desenvolvimento pondero-estatural e neuropsicomotor estão normais.

Qual o diagnóstico e qual deve ser o plano de cuidado frente o caso?

R. Geno varo fisiológico. Nada a fazer senão observação.

21 – Giovana, 6 meses de idade, vem a consulta na UBS após ter apresentado um episódio de sangramento vivo pelas fezes há 1 dia, precedido de cólica importante. Está mais chorosa e não consegue mamar adequadamente. Tem hábito intestinal variado, alternando períodos de fezes endurecidas, com esforço e períodos de fezes semilíquidas e líquidas, sem que que a mãe consiga identificar fatores desencadeantes ou de piora. Está recebendo aleitamento materno e complemento com leite de vaca pasteurizado desde os 2 meses de idade. A mãe refere também aparecimento de lesões avermelhadas em face e tronco, com irritabilidade, desde os 2 meses de idade e que não tem remissão com o uso de pomadas de corticosteroide. Já apresentou alguns episódios de resfriado com sibilância na época do frio, resolvidos com o uso de inalação com” berotec”. A mãe e o pai são portadores de rinite alérgica e são tabagistas desde a adolescência.

Qual o diagnóstico? Justifique com base na fisiopatologia os sintomas apresentados por Giovana.

R. Alergia ao leite de vaca. A criança não apresenta quadros obstrutivos, afastando-se dessa maneira volvo e intussuscepção.

22 – Sandy, 4 anos de idade, veio a consulta na USF trazida pela mãe, devido diarreia caracterizada por fezes amolecidas em pequena quantidade, 1 vez ao dia. Nem sempre percebe ter evacuado e fica sempre com a calcinha suja de fezes. Desde os 2 anos de idade só consegue evacuar em grande quantidade uma vez por semana, fezes endurecidas e volumosas, com bastante esforço. Já apresentou sangramento algumas vezes devido o esforço. Há 1 semana tem visto a filha fazendo força, agachada atrás do sofá. Refere dor abdominal intermitente desde os 2 anos de idade, sem localização exata e tem muitos gases.

A mãe também se queixa pelo fato da criança “não comer nada”, desde que desmamou do peito, com 1 ano e meio, aceitando só guloseimas o dia todo e 5 mamadeiras de leite de vaca com Maisena. Nega alteração do peso e altura, internações e refere alguns resfriados que trata

com xarope caseiro. Vacinação em dia pelo calendário local. DNPM dentro da normalidade para a idade.

Ao exame físico, está com o peso e estatura entre o percentil 25 e 50 (curva de referência WHO, 2006 e MS, Brasil), em bom estado geral, corada e ativa. Sem alterações nos diversos segmentos corpóreos.

Qual o diagnóstico? Justifique.

R. Trata-se de constipação intestinal crônica com escape fecal, justificado pela alimentação de guloseimas e leite de vaca com Maisena, fezes endurecidas e volumosas com esforço evacuatório até com sangramento de longa data. O escape fecal é interpretado pela família como evacuação diarreica diária, deixando a calcinha sempre suja; a posição estranha é devido a tentativa de diminuir a pressão de fezes acumuladas na ampola fecal.

A manutenção do estado nutricional dada pelo peso e altura no gráfico do desenvolvimento pondero-estatural afasta a etiologia orgânica neste caso.

23 – Paciente de 4 anos vem ao PS encaminhada de outra cidade (região noroeste do estado de SP) com queixa de distensão abdominal e febre há 15 dias. Mãe refere que há 15 dias paciente iniciou com picos febris 2 vezes ao dia de 38°C a 38,7°C, com melhora com antitérmico, e aumento progressivo do diâmetro abdominal. Passou em serviço de saúde de sua cidade de origem onde iniciaram empiricamente tratamento com Amoxicilina e mesmo assim paciente continuou com os picos febris, hepatoesplenomegalia e queda nos índices hematimétricos com pancitopenia nos exames laboratoriais de controle. Vem para nosso serviço com os seguintes exames físicos e laboratoriais: BEG, descorada ++ a +++/4+, hidratada, eupneica, febril (38,2°C), anictérica, FC: 128, bulhas cardíacas rítmicas sem sopros audíveis, murmúrio vesicular sem ruídos adventícios, abdome globoso, doloroso à palpação difusamente, fígado a 5 cm do RCD e baço a 7 cm do RCE, extremidades sem edemas ou equimoses; Hb/Ht: 6g/dL / 18,7%; Leucograma: 2200/mL (0-0-0-42-2-1-45-2-8); Plaquetas: 90000/mL.

Qual a principal hipótese diagnóstica e o plano de cuidados?

R. Trata-se quadro bastante sugestivo de Leishmaniose visceral não só pelo quadro clínico, mas também pela localidade de sua cidade de origem, uma vez que a região noroeste do estado de SP é área endêmica para Leishmaniose, apresentando dificuldade de controle dos animais doentes e de seu vetor. Sendo assim a paciente deve ser internada a princípio em enfermaria de Pediatria para iniciar esquema terapêutico e, se possível, ter uma retaguarda de UTI, visto ser uma paciente que encontra-se neutropênica com possibilidade de infecção grave e piora importante de seu estado geral. Deve-se realizar mielograma e/ou teste rápido para detecção de anticorpos para Leishmania a fim de diagnosticar e conseguir disponibilização da medicação para tratamento. Além de iniciar com terapia para a leishmaniose a paciente também deve ser transfundida com concentrado de glóbulos vermelhos pois apresenta queda importante de sua hemoglobina. O tratamento específico pode ser feito com antimoniato pentavalente ou anfotericina B e durante o tratamento exames laboratoriais como hemograma completo e provas de função hepática e renal devem ser realizados para avaliação da melhora laboratorial da paciente. Na alta deve-se seguir este paciente ambulatorialmente por no mínimo seis meses para considerá-la curada.

24 – Michel, 3 meses de idade, branco, procedente de Gália (município a 30km desta cidade), é trazido ao Pronto Socorro pela mãe Shirlene com a seguinte queixa: há 09 dias iniciou coriza leve, com espirros, obstrução nasal importante, febre baixa esporádica e hiporexia. Evoluiu com crises de tosse produtiva com piora ao mamar e à noite; após estas crises, apresenta vômitos esporádicos com secreção espessa amarelada. Há dois dias mãe observou que tosse tanto que fica com o rosto muito vermelho; ficou cianótico três vezes, parecendo

“estar engasgado e fica todo suado e exausto”. Hoje apresentou 01 episódio de febre (38,5° C), sem piora da tosse e sem dispneia. Nega alergia medicamentosa. Nega internações prévias e doenças de base. Está em aleitamento materno exclusivo desde a maternidade. A vacinação está em dia, segundo calendário básico da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo (para a idade). Dona Shirlene está preocupada, pois também está com tosse e na Unidade de Saúde foi medicada com um xarope expectorante, sem apresentar melhora.

Ao exame físico: bom estado geral, acianótico, mucosas úmidas e coradas, ativo e com bom contato. FR = 44 ipm, FC= 120 bpm, T= 36,8oC. Petéquias em pálpebras superiores e inferiores. Alguns pontos de hemorragia conjuntival bilateralmete. Pulmões: MVFD, com estertoração em ambos os pulmões. Restante: sem alterações.

Qual o diagnóstico e qual o plano de cuidado para este paciente?

R: Coqueluche

Internação hospitalar devido a baixa idade e crises de cianose, com isolamento respiratório por 5 dias após a administração de antibioticoterapia (eritromicina por 14 dias), suporte de O2 nas crises de cianose, alimentação fracionada e mantendo o aleitamento materno e antibioticoterapia para a mãe ( provável comunicante da doença).

25 – P.P.A., 16 anos, relata que desde que “ficou moça”, aos 15 anos, suas mamas permaneceram pequenas e ela não pode colocar uma roupa mais aberta, pois suas colegas ficam fazendo brincadeiras com ela. Sua menstruação é irregular 45/-/60 / 2/-/5 dias, em grande quantidade e com muita cólica. Sexualmente inativa e virgem. Apresenta-se em consulta com a mãe e manifesta desejo de colocar uma prótese mamária ou tomar um remédio para aumentar as mamas.

a. Explique, fisiologicamente, a condição clínica da paciente considerando o eixo hipotálamo/hipófise/ovário.

R. Devido à imaturidade do eixo hipotálamo – hipófise – ovário ainda incompleto e os níveis hormonais ainda não regulares e adequados, seu corpo ainda não se definiu totalmente.

Deve-se aguardar pelo menos 2 anos da menarca, avaliar níveis hormonais, avaliar estatura da paciente e função menstrual.

b. Qual a orientação deve ser dada em relação ao desejo de realizar cirurgia para colocar prótese de mama.

R. Devido à imaturidade do eixo hipotálamo – hipófise – ovário ainda incompleto, e os níveis hormonais ainda não regulares e adequados, seu corpo ainda não se definiu totalmente. Deve-se aguardar pelo menos 2 anos da menarca, avaliar níveis hormonais, avaliar estatura da paciente e função menstrual. Somente após este período é que pode tratá-la com medicamentos ou até cirurgicamente, pois antes disto podem interferir na natureza da paciente e depois poderá até advir o arrependimento pois poderá aumentar muito e até atrofiar.

26 – S.S.A. 21 anos, gestação a termo, está na sala de pré-parto. É G2 P1 A0 sendo que seu primeiro filho nasceu de parto tipo cesárea há 2 anos porque “não dilatou” e a criança pesou 2920g. Está em trabalho de parto com dilatação total, descida +2, variedade de posição occipto transverso direito ( OTD). Há 40 minutos está em fase expulsiva, com 4 contrações de 55 segundos e não progride.

Como conduzir este parto?

R. Analgesia com Raqui + + Forceps de Killand. (rotação e extração em OP). Será feito uma analgesia para “parar a dor” e isto é muito importante para evoluir o parto pois as contrações ficarão mais efetivas (desaparecerão os marca passos ectópico) Caso o parto não evolua vou pegá-lo com um aparelho para livrar a cabeça dele e nascer pois não da mais para fazer

cesareana, pois está muito baixo. Se eu esperar mais fará sofrimento, se eu retirá-lo provavelmente nascerá bem melhor.

27 – Jovem de 16 anos, solteira, estudante, queixa-se de estar com ardência, coceira na vulva e na vagina. Quando vai urinar ou lavar a genitália com água, relata queimação intensa. Não tem corrimento, é sexualmente ativa, com uso de anticoncepcional oral e está com este parceiro há 5 meses, sendo seu primeiro e único parceiro. A DUM foi dia 01/12/12. Seu parceiro tem 17 anos.

Exame físico especializado: Órgão genital externo: vestíbulo com micropápulas agrupadas e eritematosas, com algumas fissuras na fosseta navicular. Exame especular: vagina e colo hiperemiados difusamente.

Quais as hipóteses diagnósticas e qual a conduta para este caso?

R.

- Vulvovaginite +
- D.S.T. tipo HPV
- Citologia Oncológica seguido da Captura Híbrida
- Uso de medicações, cremes, anti-inflamatórios e cicatrizantes intra vaginal
- Com a posterior melhora, uso de IMIQUIMOLDE tópica em vestíbulo e vulva
- Abstinência sexual por 60 dias
- Orientar para parceiro procurar urologista
- Usar preservativo
- Aguardar resultados do C.O e captura híbrida
- Após, seguimento semestral dependendo do resultado anterior
- Orientação sobre D.S.T. sempre procurando responder todas as perguntas do paciente

28 – Paciente de 30 anos, G0 P0 A0, casada, branca, refere menarca aos 12 anos com ciclos regulares a cada 28 com duração de 5 dias. DUM 23/11/2012. Iniciou sua atividade sexual aos 18 anos sem uso de método contraceptivo. Há 3 anos refere ciclos hiperpolimenorreicos e dor tipo cólica em hipogastro. Ao exame físico, pressão arterial de 120/70 mmHg, pulso e frequência cardíaca de 72bpm, rítmico. Toque: vagina justa para 2 dedos; fundos de saco anterior ocupado pelo corpo uterino; colo uterino fibroelástico móvel, indolor, posteriorizado com óstio imperveo; útero aumentado de volume comparável a gestação de mais ou menos 6 semanas, em AVF com superfície irregular e móvel.

Qual o provável diagnóstico e que exame(s) complementar(es) deve ser solicitado para confirmar a hipótese diagnóstica?

R. Leiomioma uterino ou Leiomioma + gravidez

Ecografia transvaginal + teste de gravidez

29 – Antonia, 40 anos, advogada bem sucedida, casada há 01 ano, planeja sua primeira gravidez. Procura atendimento médico para informação sobre o risco materno e deseja orientações para minimizar os riscos gestacionais. Refere boa saúde, faz atividade física regular e já fez mastoplastia há 05 anos. Tem peso adequado para a estatura.

Quais orientações com relação à abordagem pré-concepcional? No caso de gravidez, qual o plano de cuidado para esta paciente?

R. Esclarecimento sobre o maior risco de abortamento espontâneo pela idade materna avançada, risco de fetos sindrômicos Down - aproximadamente 1/300. Risco maior de complicações maternas gestacionais tipo diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. Os exames sorológicos de rotina AIDS, sífilis, hepatites B e C, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, urina I, urocultura, ABO – Rh. Avaliação ginecológica com exame de citologia oncológica

cérvico-vaginal, avaliação das condições cervicais, processo inflamatórios e infecciosos, com necessidade de tratamento prévio destas condições previamente à gestação.  
As vacinas recomendadas são rubéola, varicela, e hepatite B.

30 – Sandra, 34 anos, doméstica, casada há 07 anos com Roberto, 39 anos. Apresenta histórico obstétrico de 03 abortos recorrentes sendo todos espontâneos.

Cite uma causa endócrina, uma genética, uma anatômica, uma infecciosa e uma imunológica responsáveis pelos abortamentos recorrentes de Sandra.

R. Tratam-se de abortamentos habituais e suas possíveis causas estão assim discriminadas:

- Causas endócrinas:
  - Tireoidopatias
  - Diabetes mellitos
  - Defeito de fase lútea
- Fatores genéticos:
  - Mutação de um gene ou de vários locos não detectadas pelo cariotipo
  - Mosaicismos (48%), translocações balanceadas(44%).
- Fatores anatômicos:
  - Útero bicornio
  - Útero septado, didelfo
  - Leiomioma
  - Incompetência cervical
  - Sinéquias uterinas
- Fatores infecciosos
  - DIP
  - Infecção primária com toxoplasmose, citomagalovirus e herpes simples.
- Fatores Imunológicos
  - Resposta materna anormal para os antígenos paternos
  - Presença de anticorpos antifosfolípides