

**PROCEDIMENTO CONCURSAL DE INGRESSO NO IM 2020**  
**PROVA NACIONAL DE ACESSO À FORMAÇÃO ESPECIALIZADA**  
**FUNDAMENTAÇÕES – 13/03/2020**

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	3	57	65
ANÁLISE	<p>O quadro apresentado é a de uma hipertensão arterial num jovem, possivelmente secundária. O estudo inicial de um doente com hipertensão consiste na avaliação do ionograma plasmático. Os outros exames podem ser adequados, mas numa fase posterior e orientados pela situação do doente, nomeadamente resultados laboratoriais e resposta a terapêutica.</p> <p>A alínea <b>c) Determinação do Ionograma sérico</b> é por isso a mais adequada</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	4	51	74
ANÁLISE	<p>O quadro clínico de cefaleia súbita intensa e acompanhada de vômito sugere uma hemorragia subaracnoideia (HSA), apesar do TC ser normal, o que pode de facto suceder no início do quadro clínico. <b>Com esta hipótese diagnóstica está preconizada a punção lombar.</b> Só após a confirmação de presença de sangue no líquido se deve avançar para a realização de uma angiografia. O sumatriptano prescreve-se para a enxaqueca, o que não é o caso pois é uma cefaleia súbita e não em crescendo. Manter em observação não será a melhor opção, pois o risco de re-hemorragia existe e o diagnóstico de HSA deve ser feito tão breve quanto possível. A ultrasonografia não está indicada na situação pelo que a alínea <b>c) Realizar punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano</b> é a mais adequada.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	5	71	8
ANÁLISE	<p>O presente caso clínico descreve um doente com insuficiência cardíaca (fração de ejeção de 40% associada a insuficiência mitral), assintomático sob terapêutica com IECA. Deve ressaltar-se que a fração de ejeção normal deve ser superior a 50% e que a coexistência de insuficiência mitral sobrestima o cálculo da fração de ejeção. Estando assintomático, a terapêutica deve orientar-se para o prognóstico. As terapêuticas prognósticas só incluem (1) IECA/ARA; (2) beta-bloqueantes; (3) inibidores da aldosterona. Assim, a associar algum medicamento neste doente, seria <b>a) carvedilol</b>.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	6	10	34
ANÁLISE	<p>Trata-se de uma mulher de 50 anos e sintomatologia própria da menopausa, com indicação para iniciar tratamento hormonal. Na decisão de qual o tipo de terapêutica hormonal de substituição a prescrever, com estroprogestativo ou estrogénio isolado, torna-se determinante averiguar se a mulher foi ou não submetida a histerectomia dado o risco de hiperplasia endometrial e de adenocarcinoma endometrial que a administração contínua de</p>		

	estrogénios isolados acarreta se a mulher tiver útero. A proporção de tumores do ovário hormonodependentes é extremamente reduzida, comparado com a proporção de doentes histerectomizadas. No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>(B) História de histerectomia.</b>
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>7</b>	<b>58</b>	<b>51</b>
<b>ANÁLISE</b>	De acordo com o algoritmo da reanimação <b>neonatal</b> , se, após estimulação e aspiração da via aérea, o recém-nascido apresentar frequência cardíaca inferior a 100 batimentos /minuto ou <i>gasping</i> , deve proceder-se a ventilação com pressão positiva e monitorização da saturação periférica de O <sub>2</sub> . A opção mais adequada face ao quadro clínico e ao exposto é a alínea <b>e) Ventilação com pressão positiva.</b>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>9</b>	<b>62</b>	<b>36</b>
<b>ANÁLISE</b>	Trata-se de uma criança de 12 anos de idade com síndrome nefrótica – proteinúria, hipoproteinemia, edema e hipercolesterolemia, que apresenta também consumo de complemento (C3 diminuído). A idade (mais de 7 anos), o sexo e principalmente a hipocomplementémia tornam menos provável a presença de síndrome nefrótica por lesões mínimas, pelo que o início de corticoterapia sem <b>e) realizar biópsia renal</b> prévia não está indicado.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>10</b>	<b>64</b>	<b>9</b>
<b>ANÁLISE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Em doentes com síndrome de dependência a evicção alcoólica é uma parte importante do tratamento;</li> <li>2) A evicção do consumo de álcool (“withdrawal FROM alcohol”) é designado como sinónimo de desintoxicação alcoólica (“alcohol detoxification”);</li> <li>3) A preocupação mais importante na desintoxicação alcoólica consiste na prevenção das complicações “major” de evicção do consumo do álcool, nomeadamente convulsões ou <i>delirium tremens</i>;</li> <li>4) O tratamento mais adequado para a prevenção dessas complicações é o uso de benzodiazepinas, sendo especificamente a possibilidade de lorazepam.</li> </ol> <b>A alínea a) Iniciar desintoxicação alcoólico com lorazepam é o próximo passo mais adequado na gestão inicial do doente.</b>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	11	2	63
ANÁLISE	O quadro clínico descrito de icterícia obstrutiva e epigastralgia, com antecedentes de diabetes e hábitos tabágicos e alcoólicos marcados, é muito sugestivo de patologia pancreática. O aparecimento de icterícia neste contexto deve encaminhar o diagnóstico para neoplasia da cabeça do pâncreas e/ou pancreatite crónica. O sinal ecográfico sugestivo destas entidades nosológicas <b>torna a alínea a) ectasia do canal de wirsung</b> a resposta mais sugestiva desta etiologia.		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	12	61	5
ANÁLISE	<p>A situação descrita aborda o caso de uma mulher de 32 anos, cuidadora da sogra e de 3 filhos menores, que exerce funções num trabalho por turnos, com um conjunto de sintomas compatíveis com o diagnóstico de síndrome depressivo, que parecem ser relativamente incapacitantes e que preocupam o marido por esta se revelar menos capaz de cuidar dos filhos e sogra. Em relação ao que se deve transmitir à doente neste momento, a alínea considerada mais correta é a <b>d) Penso que poderá ter um problema de saúde para o qual há tratamento e podemos discutir já as várias opções.</b></p> <p>Reclama-se em relação ao facto da hipótese considerada correta ser “pouco empática” e “demasiado direta”, propondo-se a hipótese (B) – “É natural que, com tanto trabalho, se sinta cansada. Não se preocupe. Se descansar mais e tiver ajuda, vai recuperar.” Numa outra reclamação argumenta-se pela Hipótese (E) – “Talvez seja melhor falar sobre este assunto com o seu marido. Importa-se de esperar lá fora para eu poder falar um pouco com ele?” Por fim noutra reclamação alude-se ao fato de não existir evidência que permita afirmar que há um problema de saúde e propondo-se que nenhuma das hipóteses seja correta.</p> <p>Na abordagem da doente deverá ter-se em conta que o enunciado termina com uma questão do marido, sobre tratamento com vitaminas (desqualificando os sintomas - não os assumindo como fazendo parte de uma perturbação psiquiátrica) e a preocupação deste, essencialmente com o facto das tarefas da doente estarem a ser negligenciadas (preocupação com o desempenho e não com o sofrimento). Entrevistar o marido, neste momento, de modo individual, transmite à doente uma eventual aliança entre o marido e o médico e, por outro lado, desqualifica a doente. O mesmo resulta de atribuir o quadro da doente a cansaço, e nenhuma destas duas alternativas orienta a interação clínica no sentido de fortalecer a aliança terapêutica, discutir o diagnóstico e iniciar tratamento.</p> <p>No entanto, os sintomas apresentados são suficientes, para formular um diagnóstico inicial de episódio depressivo, pelo que a Hipótese (D) deve ser considerada. Esta hipótese (D), valida as queixas da doente, e abre resposta às três primeiras questões que doentes e familiares querem saber sobre a depressão (Harrison et. al, 2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “O que está mal comigo?”;</li> <li>- “Posso recuperar?”;</li> <li>- “Que tratamento necessito?”.</li> </ul>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	13	5	14
ANÁLISE	<p>O quadro clínico descrito enquadra-se no diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), questionando-se o mecanismo que melhor explica esta situação. A hipótese apontada como mais correta é a alínea e) – <b>Viés cognitivo para estímulos ameaçadores</b>, e é desafiada por citações bibliográficas considerando existir uma sobre-generalização da resposta de medo a estímulos não ameaçadores, pedindo-se revisão/anulação da pergunta.</p> <p>Na realidade, sendo correto que nos indivíduos padecendo de PAG existe sobre-generalização da resposta de medo a estímulos não ameaçadores, é também correto que sob o ponto de vista cognitivo este quadro ocorre em indivíduos com traços prévios de viés cognitivo na forma de aumento da atenção em relação a estímulos potencialmente ameaçadores, sobre-avaliação das ameaças ambientais e aumento da evocação de material ameaçador (<i>looming cognitive style</i>). Ou seja, os dois mecanismos estão descritos, e não se contradizem.</p> <p>Algumas reclamações argumentam a favor de considerar correta a Hipótese (D) – Níveis elevados de emoção expressa. Este conceito é aplicado a famílias, principalmente no caso de psicose, não se aplicando a este caso.</p> <p>Também é argumentado não existir nenhum mecanismo claro, pelo que o item deveria ser anulado. Existe suficiente evidência quanto à etiologia da PAG, incluindo a incluída na hipótese correta, que pode ser encontrada na bibliografia recomendada.</p> <p>Por último 2 reclamações fazem referência à alínea b) – Condicionamento clássico pelo medo. A literatura aborda as teorias do condicionamento, considerando não existir evidência objetiva que as suporte.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	15	34	45
ANÁLISE	<p>Trata-se de uma doente com obesidade mórbida (IMC 44 kg/m<sup>2</sup>) e diabetes <i>mellitus</i> tipo 2. Nestas circunstâncias a perda de peso, qualquer que seja, ajudará certamente no controlo da glicemia. Assim a alínea d) <b>É provável que consiga melhorar o controlo da glucose sérica após perder algum peso, como 5 kg</b>, é claramente a melhor opção. Todas as outras alíneas são de validade duvidosa.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	17	21	37
ANÁLISE	<p>O diagnóstico mais provável é o de enjoo do movimento, com ocorrência de sintomas apenas durante viagens marítimas e aéreas longas. A patogénese tem relação com disfunção do labirinto, pelo que não se trata de patologia depressiva mascarada, crise de pânico ou enxaqueca com quadro clínico de episódios de vómitos incoercíveis. A medicação prolongada com antidepressivo não será a primeira linha de terapêutica.</p> <p>A ação anticolinérgica da butilescopolamina inibe o esvaziamento gástrico e poderá agravar a alteração de motilidade com vómitos, por manter o preenchimento gástrico com alimentos e suco gástrico; apesar da sua ação anti-espasmódica a nível gástrico, essa não permite inibir o reflexo de vômito.</p>		

	<p>O <b>c) dimenidrato</b> é o fármaco anti-histamínico adequado para inibir a patogénese do enjoo do movimento, pela minimização da disfunção labiríntica. A hipertrofia prostática constitui um motivo para precaução, não uma contra-indicação ao seu uso neste doente.</p> <p>A domperidona é um procinético que actua como agonista dopaminérgico periférico, com aceleração da peristalse piloro-duodenal e promoção do trânsito gastroduodenal. No entanto, a sua ação não impede a náusea de origem central, que persistirá, desencadeando vômitos mesmo após esvaziamento gástrico. Não está indicado como primeira linha no tratamento do enjoo do movimento.</p> <p>A metoclopramida é um anti-emético com acção central, sendo agonista dos receptores 5-HT4 e anti-dopaminérgica, podendo ser útil para alívio sintomático em caso de vômitos, mas não está indicada como primeira linha para o enjoo do movimento, mas antes para a gastroparésia.</p>
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>64</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Quadro clínico paucisintomático em mulher de 85 anos sem dor à palpação profunda do abdómen. Os resultados dos estudos laboratoriais são característicos de colestase com citólise e discreto aumento dos parâmetros inflamatórios.</p> <p>Das hipóteses diagnósticas constantes na pergunta, a alínea <b>d) litíase via biliar principal)</b> é a mais provável.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>66</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O caso clínico descreve uma primigesta de 35 semanas, bem vigiada, com um quadro clínico típico de descolamento de placenta normalmente inserida (DPPNI), completo ou de grande extensão, situação cuja gravidade não tem qualquer relação com a intensidade das perdas visíveis. Esta grávida tem hipertensão arterial crónica que é um relevante fator de risco para DPPNI e sinais e sintomas concordantes com este diagnóstico (dor abdominal intensa, hipertonía uterina, palidez, perda hemática genital de sangue vermelho escuro e bradicardia fetal). Às 35 semanas de gestação perante um diagnóstico de DPPNI com sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal de 96/min) e ausência de trabalho de parto, o próximo passo mais adequado na gestão desta grávida é a extração fetal por cesariana emergente. As restantes opções não se adequam à melhor resolução desta situação hemorrágica de emergência.</p> <p>No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>(A) Cesariana emergente</b>.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>46</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Doente submetido a resseção transuretral da próstata 36 horas antes do episódio de provável obstrução do cateter vesical por coágulos.</p> <p>O “próximo passo” mais adequado é a alínea <b>C) desobstrução por lavagem com soro fisiológico</b>.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	21	56	6
ANÁLISE	O quadro clínico é muito sugestivo de <b>c) hipotiroidismo</b> . As restantes opções são muito menos frequentes e prováveis face aos sintomas, sinais e avaliação laboratorial. Alguns reclamantes argumentam que “os exames laboratoriais estão dentro dos intervalos de referência” o que excluiria o diagnóstico. Tendo em conta que a doente era previamente saudável, não é expectável que tenha feito análises orientadas para as várias patologias supracitadas – nomeadamente, enzimas musculares, provas de função tiroideia, esfregaço de sangue – entre outras.		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	23	22	38
ANÁLISE	A curva débito-volume com ansa expiratória convexa será a resposta certa por considerarmos que estamos perante um quadro clínico sugestivo de pneumoconiose com padrão restritivo. Um doente a trabalhar numa mina, com exposição a partículas ou gases nocivos, poderia ter uma DPOC por exposição profissional com um padrão obstrutivo o que faria das alíneas B, C e D possíveis respostas certas, sobretudo a D. No entanto, perante uma situação altamente provável (pneumoconiose) e outras patologias menos prováveis, aceita-se como melhor opção <b>a) curva débito-volume com ansa expiratória convexa</b> .		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	24	26	17
ANÁLISE	Mulher de 43 anos com quadro clínico e imagiológico compatível com uropatia obstrutiva em urosépsis. O próximo passo mais adequado é <b>b) colocar cateter uretral</b> .		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	27	9	67
ANÁLISE	Trata-se de uma grávida de risco (gravidez mal vigiada, hipertensão gestacional) com 41 anos de idade, na fase ativa do trabalho de parto (6 cm de dilatação, 100% de extinção). A grávida está a ser observada num centro de saúde não equipado com monitor para avaliação contínua da frequência cardíaca (cardiotocógrafo) mas que tem um cardioscópio (com Doppler). Desta forma, perante a pergunta de qual o intervalo mínimo mais adequado à monitorização intermitente do bem-estar fetal, a única possível, é a resposta correta <b>c) 15 minutos</b> . No caso clínico específico, as restantes opções aumentam ou diminuem a frequência recomendada para avaliação do bem-estar fetal por auscultação intermitente. No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>(C) Quinze minutos</b> .		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		



VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	28	48	12
ANÁLISE	Doente de sexo feminino com 38 anos com quadro sugestivo de alterações da motilidade esofágica. A disfagia inicial e intermitente para líquidos manifesta-se frequentemente na acalásia. Neste contexto “será com maior probabilidade detetado no estudo manométrico”: <b>e) relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior e aperistalse do corpo do esófago.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	30	53	25
ANÁLISE	O quadro clínico é de síndrome do túnel cárpico associado à compressão do nervo mediano no túnel cárpico. Associa-se a atrofia da iminência tenar e alterações de sensibilidade e motoras na área de enervação. A melhor resposta é por isso <b>b) atrofia da iminência tenar.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	31	37	26
ANÁLISE	Trata-se de uma criança de 18 meses de idade com um quadro clínico de otite média aguda (OMA) à direita com três dias de evolução. O tempo de evolução associado à idade da criança preconizam como a resposta mais correta a <b>b) Prescrever Amoxicilina oral.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	33	29	60
ANÁLISE	A presente situação clínica não apresenta uma situação de acidente vascular cerebral. Não se afigura a necessidade de procura de evento embólico conforme referido pelo reclamante. O quadro clínico (diplopia, perda de visão) intermitente sugere um quadro neurológico central que deve ser avaliado por estudo de imagiologia, nomeadamente <b>e) RM cerebral.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	34	70	48
ANÁLISE	O quadro clínico considera um doente com hematúria microscópica. O próximo passo mais adequado é a <b>c) ecografia renal</b> (e vesical) para excluir tumores/massas/cálculos ou outra alteração que justifique o quadro de forma a orientar o doente para a terapêutica correta. Não existindo nada de urológico, encaminhar-se-á o doente para a nefrologia. A biópsia prostática, invasiva, não será nunca um exame de 1ª linha. O tratamento com ciprofloxacina não é adequado, pois não há sinais de infeção do trato urinário (sem leucócitos na urina e não é opção antibiótica de 1ª linha), pelo que se terá de prosseguir com mais investigação.		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	35	8	57
ANÁLISE	<p>O quadro clínico apresentado é mais sugestivo de nefropatia de contraste provocada pela TC com contraste efetuada e cujo mecanismo etiopatogénico de nefropatia é por <b>d) nefrotoxina</b>. A hipótese de doença ateroembólica é pouco provável porque não houve terapêutica endovascular (e a espontânea é rara). A hipótese de isquemia renal também é improvável porque não há hipotensão (pressão arterial de 139/87mmHg); nada aponta para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca que justifique uma insuficiência renal pré-renal. A presença de estase pulmonar e edemas maleolares é melhor explicada pela insuficiência renal, oligoanúria e congestão. A hipótese de nefrite também não é de considerar, uma vez que não iniciou nenhuma terapêutica de novo, não há evidência de infeção e não apresenta eosinófilos na urina. A hipótese de vasculite também não será de considerar uma vez que o sedimento urinário é inocente (sem eritrócitos).</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	39	39	68
ANÁLISE	<p>O quadro clínico apresentado é de uma polimialgia reumática com diagnóstico de mais de um ano. Surge com clínica de agravamento e com cefaleia de novo – o que é sugestivo de arterite de células gigantes/arterite temporal. Neste contexto, o achado mais preocupante será a alínea <b>a) cefaleia temporal de novo</b>, que pode sugerir risco de cegueira por trombose. Assim, neste contexto, a oclusão da artéria temporal e consequente cegueira é a preocupação mais relevante a que deve responder-se com reajuste terapêutico. Outras situações alternativas apresentadas como a perda de peso, a temperatura axilar ou a velocidade de sedimentação podem ser importantes, mas não são o “mais preocupante”.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	40	27	71
ANÁLISE	<p>O quadro clínico apresentado é, segundo os dados fornecidos, o de malária não complicada (importada de uma região onde deve ser considerado <i>P. falciparum</i> como agente provavelmente implicado). Por falta de informação especificamente fornecida sobre a região ou nível de resistências existentes – tanto a forma sensível como a multirresistente pode ser considerada. São opções válidas para este contexto: (a) artesunato + sulfadoxina-pirimetamina; (b) artesunato + amodiaquina; (c) arteméter + lumefrantina; (d) artesunato + mefloquina; (e) dihidroartemisinina + piperaquina; (f) artesunato ou quinina + tetraciclina; (g) artesunato ou quinina + doxiciclina; (h) artesunato ou quinina + clindamicina ou (h) atovaquona-proguanil. A resposta mais correta é assim, das possíveis, atovaquona-proguanil. Simplificando: a terapêutica da malária deve ser feita com fármacos associados para evitar o desenvolvimento de resistências à terapêutica e a única terapêutica de associação apresentada no enunciado é <b>b) atovaquona-proguanil</b>.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		



VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	42	14	15
ANÁLISE	O quadro clínico apresentado é o de uma uretrite num homem que melhorou com a terapêutica antibiótica instituída (dois antibióticos). Surge com quadro de novo de “dor ao urinar” e agora acompanhada de “corrimento uretral” – achado não presente no primeiro quadro. Este dado fundamenta uma maior probabilidade de <b>d) reinfeção</b> (por agente distinto) e não por recorrência da doença. Acresce que a não adesão a apenas um dos antibióticos prescritos se afiguraria como pouco provável.		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	44	47	44
ANÁLISE	O quadro apresentado sugere sintomas de patologia cardíaca nomeadamente isquémica ou de disfunção cardíaca. A questão prende-se com o potencial de um exame estabelecer um diagnóstico definitivo. Admite-se que a apresentação possa não ser suficiente para estabelecer qual a melhor resposta pelo que o item é anulado.		
DELIBERAÇÃO	Item anulado		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	45	44	49
ANÁLISE	O quadro clínico apresentado em nada aponta para a existência de lesão vertebral associada a atingimento medular pelas seguintes razões: (1) na fase aguda realizou Raio-X da coluna cervical – sem alterações; (2) na avaliação 3 dias depois não apresenta qualquer alteração ao exame neurológico; (3) ausência de referência a dor ao toque/compressão das apófises espinhosas. Assim não há necessidade de fazer mais estudos. A melhor resposta é por isso <b>e) Nenhum estudo está indicado.</b>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	47	3	27
ANÁLISE	A opção <b>d) salbutamol via nebulizador</b> é a melhor perante a presença de sibilância e retenção de CO <sub>2</sub> por obstrução das vias aéreas. O montelucaste via oral não tem indicação ou evidência em contexto de agudização infecciosa de DPOC. O oxigénio por cânula nasal não tem indicação dado a doente ter valores de oxigénio em repouso normais a respirar ar ambiente. A teofilina via oral é um fármaco acessório e não de primeira linha nesta situação. A prednisolona por via oral pode estar indicada em exacerbações de DPOC durante um curto período dado que acelera a recuperação e diminui a mortalidade em doentes com os 3 critérios mencionados – agravamento da dispneia, volume e purulência da expectoração mas, apesar disso, não pode ser considerada a mais adequada face à opção salbutamol.		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	48	1	21
ANÁLISE	Num homem de 19 anos, vítima de traumatismo do joelho direito que se terá “deslocado, mas voltou ao normal”, o risco de lesão vascular é significativo. Pode ser a causa da persistência de dor intensa. O passo que necessita de uma ação mais imediata, ou seja o passo inicial mais adequado, será <b>c) determinar o estado vascular do membro inferior.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	49	6	61
ANÁLISE	O quadro clínico apresenta uma doente com múltiplos critérios de gravidade, nomeadamente a dificuldade em manter uma oxigenação adequada já sob máscara de Venturi a 60%, pelo que é fundamental assegurar uma via aérea e trocas gasosas adequadas: “A”irway e “B”reathing; antes de C ou de realizar exames imagiológicos ou outras medidas. A melhor opção é por isso <b>d) Proceder a intubação orotraqueal.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	50	35	13
ANÁLISE	O quadro clínico apresentado é de uma doente imunodeprimida com sintomas e sinais de infeção respiratória aguda, com raio-X de tórax compatível com pneumonia pelo que é primordial <b>a) iniciar antibioterapia.</b> As outras medidas, em situação de abordagem inicial, são secundárias.		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	51	72	35
ANÁLISE	O quadro descrito é compatível com uma perturbação de pânico, considerando-se que a evolução mais provável para o doente seria a alínea <b>a) A sua condição irá melhorar, mas terá novos episódios, mesmo sob tratamento farmacológico.</b> As reclamações defendem três aspetos: a alínea b) – Irá desenvolver episódios de gravidade crescente até à incapacidade; a alínea c) – Não irá ter mais episódios após tratamento farmacológico e a Hipótese (E) O seu problema irá resolver-se espontaneamente. Algumas reclamações exploram a possibilidade do caso corresponder a uma Perturbação de Ajustamento com ansiedade (DSM-5), que, no entanto, evolui com sintomas diferentes dos enunciados, nomeadamente sem a apresentação paroxística em forma de crises recorrentes. Cerca de 30% dos doentes com perturbação de pânico efetivamente remitem sem recaída subsequente, com uma proporção semelhante revelando melhoria, embora com sintomatologia persistente. Assim, nestes casos são habitualmente atingidos razoáveis níveis de regressão sintomática e que, mesmo deixando o quadro evoluir sem tratamento o mesmo só raramente irá evoluir, por si só, para a incapacidade. Por outro lado, a realização de tratamento efetivo melhora o prognóstico da perturbação de pânico, cm evidência de que a medicação com antidepressivos tem eficácia equivalente à terapia cognitiva e comportamental. Assim, a alínea <b>a)</b> é, das apresentadas, aquela que representa a evolução mais provável.		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	52	42	69
ANÁLISE	<p>Descreve-se o caso de um homem de 36 anos com cefaleia por obstrução nasal. O quadro desenvolve-se após mudança de área de residência com início de espirro e congestão nasal. O quadro sugere mais provavelmente a hipótese de rinite atópica. O tratamento mais adequado passa por um anti-histamínico. As restantes hipóteses são muito menos adequadas face ao quadro clínico.</p> <p>A melhor opção é <b>c) Terapêutica com fexofenadina</b></p>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	53	36	62
ANÁLISE	<p>O quadro clínico presente sugere o quadro de síndrome de Horner associado a provável tumor pulmonar do sulco superior pelo que o próximo passo mais adequado é realizar um exame de imagem, o <b>d) raio-X do tórax</b>.</p> <p>Os reclamantes alegam que o raio-X do tórax não faz o diagnóstico e que é necessário um exame histológico – defendendo por isso a broncoscopia como resposta mais correta. Sendo verdade que o diagnóstico histológico é essencial para o diagnóstico definitivo da situação, o que é solicitado é o “próximo passo mais adequado”; e este é o raio-X de tórax. No limite, a própria broncoscopia não daria o diagnóstico definitivo, mas sim a análise do material colhido.</p>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	54	18	22
ANÁLISE	<p>A progressão de linfoma pode cursar com derrame pleural pelo que a identificação de linfócitos atípicos no contexto atual torna esta hipótese a mais correta. Pode também ocorrer quilotórax mas, nestes casos, o líquido deveria ter características leitosas. A infeção por citomegalovírus na ausência de febre, mialgias e outros sintomas e/ou sinais de infeção viral torna esta hipótese remota. Assim a melhor opção é <b>a) Extensão do linfoma aos vasos linfáticos do pulmão</b>.</p>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	55	60	70
ANÁLISE	<p>O quadro clínico descreve um caso de infeção por VIH admitido por quadro agudo, com indícios de etiologia infecciosa (febre, proteínoráquia) e sinais neurológicos focais (alterações de memória, convulsões, parésia e anestesia de membro). Os antecedentes revelam cumprimento de terapêutica antri-retroviral e profilática de acordo com as recomendações. Os resultados analíticos recentes revelam contagem de CD4+ de 126/mm<sup>3</sup>. O exame de imagem revela múltiplas lesões cerebrais com realce de novo. Não são fornecidas serologias que estabeleceriam o diagnóstico definitivo. A questão é sobre o agente etiológico mais provável.</p> <p>Os reclamantes alegam que o quadro é compatível quer com infeção por <i>Cryptococcus</i> spp. quer com <i>Toxoplasma gondii</i> em grau similar. As referências bibliográficas de referência são claras, no entanto, que apesar de as meningites por <i>Cryptococcus</i> spp serem as mais prevalentes, estas tipicamente ocorrem quando a contagem de CD4+ é inferior a 100/mm<sup>3</sup> (não é o caso descrito) e que a presença de convulsões ou défices neurológicos focais são raras. Adicionalmente, os resultados da análise do LCR são frequentemente normais ou com</p>		

	<p>aumentos modestos de contagens de leucócitos ou concentração de proteínas (presentes no caso) e aumento do consumo de glicose (ausente neste caso). Por outro lado, a causa mais comum de aparecimento de sintomas neurológicos focais é a infeção por <i>Toxoplasma gondii</i>, que é mais provável de aparecer com contagem de CD4+ inferior a 200/mm<sup>3</sup> e que se acompanha de cefaleias, febre e défices focais, frequentemente acompanhado de convulsões, hemiparesia e afasia. A imagem cerebral tipicamente revela lesões múltiplas com sinais de edema. Assim o quadro descrito é muito mais típico de infeção por <b>e) <i>Toxoplasma gondii</i></b> que é a mais adequada.</p>
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>56</b>	<b>28</b>	<b>52</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O enunciado descreve o uso de 2,5 mg de lorazepam, ao deitar, durante 4 semanas, para controlo da insónia por uma doente que procura junto do médico aconselhamento sobre este fármaco. Não são referidos comportamentos de abuso ou sintomas de dependência (incluindo tolerância) ou de privação das BDZ. As reclamações incidem sobre a escolha da alínea e) Substituir por Diazepam 5mg, ao invés da considerada mais correta a alínea <b>a) Estabelecer plano de interrupção gradual do fármaco.</b></p> <p>A intervenção adequada, neste momento, não visa o tratamento de uma dependência de benzodiazepina, mas sim uma medida preventiva em relação aos efeitos potencialmente negativos daquele fármaco a longo prazo, tendo em conta igualmente a necessidade de controlo sintomático da doente.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>58</b>	<b>33</b>	<b>28</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>As reclamações focam-se em considerar o próximo passo mais adequado, a avaliação do abuso de substâncias - alínea a) - em relação à alínea d), considerada a correta – Avaliação da ideação suicida.</p> <p>O quadro clínico descrito obriga a uma reflexão diagnóstica incluindo a possibilidade de se estar na presença de “efeitos fisiológicos de outra substância (p.e. droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica”.</p> <p>Estas hipóteses terão de ser testadas, nomeadamente através de meios auxiliares de diagnóstico (analíticos, de imagem e outros – incluindo a avaliação do abuso de substâncias), para se chegar a um diagnóstico definitivo. Dependendo do contexto alguns desses exames poderão ser realizados de imediato ou após algum tempo.</p> <p>Contudo, anteriormente ao pedido de meios auxiliares de diagnóstico, deve completar-se a história clínica e exame do estado mental onde é obrigatória a avaliação da ideação suicida. A repercussão mais grave e imediata sobre a saúde do doente será a efetivação de um gesto suicidário, para o qual estão presentes indicadores positivos de risco: desesperança; isolamento social; sintomas de depressão.</p> <p>A ideação suicida pelas suas características, tem prioridade, para intervenção imediata, sobre um diagnóstico definitivo do quadro clínico subjacente ou co-mórbido.</p> <p>Deste modo, deve ser considerada correta a alínea <b>d) Ideação suicida.</b></p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	59	46	7
ANÁLISE	<p>Trata-se de grávida com 28 semanas de gestação, sem queixas do foro obstétrico e avaliação fetal normal. A história clínica e o exame físico apontam para o diagnóstico de herpes genital. É necessário confirmar o diagnóstico de infeção pelo vírus herpes simplex pelo que o próximo passo mais apropriado nesta doente, <i>dos apresentados</i>, é o exame cultural das lesões. O toque vaginal para avaliação da dilatação do colo numa grávida obviamente sem contrações em nada contribui para o esclarecimento da situação de uma doente como a apresentada.</p> <p>No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>c) Exame cultural das lesões</b>.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	64	49	18
ANÁLISE	<p>O quadro clínico de poliartralgia de pequenas articulações com características descritas de dor e rigidez matinal – durando a manhã – e limitação funcional; associado ao tempo de instalação de 6 meses sugerem um processo inflamatório. Associado à característica da bilateralidade – torna o diagnóstico de <b>a) artrite reumatoide</b> o mais provável.</p> <p>A doença degenerativa atinge prioritariamente as articulações de suporte (anca e joelhos). Ocasionalmente pode atingir as mãos; mas não de forma simétrica. Também se pode associar a rigidez mas, no caso presente, a rigidez “de manhã” sugere que ocupe grande parte da manhã, bem mais do que o curto intervalo de tempo a que se associa a doença articular degenerativa (&lt; 30 minutos).</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	65	50	73
ANÁLISE	<p>Trata-se de uma lactente febril, com ar tóxico e sinais de choque (aumento do tempo de perfusão capilar e hipotensão). Sendo assim a primeira preocupação será a reposição de fluídos para manter uma circulação eficaz.</p> <p>A urgência desta situação não se compadece com a administração primária de antipirético (não é a febre que induz o compromisso circulatório), nem a lactente tem condições hemodinâmicas para realização imediata de punção lombar.</p> <p>Assim a melhor opção é <b>c) Administrar bólus de soro fisiológico</b>.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	66	16	75
ANÁLISE	<p>O quadro clínico apresentado é muito sugestivo de disseção da aorta. Na condição de disseção da aorta com pressão arterial elevada – a primeira prioridade (próximo passo mais adequado) é baixar a mesma sendo o beta-bloqueante o fármaco de primeira linha (esmolol, labetalol, etc) – podendo-se associar nitratos como nitroprussiato, nitroglicerina ou outros. A melhor opção é por isso <b>a) Administrar labetalol (intravenoso)</b>.</p>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	68	69	47
ANÁLISE	Doente de 46 anos com provável doença do refluxo gastroesofágico que tem indicação operatória se for resistente ao tratamento médico. Assim a melhor opção terapêutica, no contexto do caso descrito, é <b>e) Inibidor da bomba de prótons e medidas higieno-dietéticas.</b>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	69	11	4
ANÁLISE	O quadro clínico sugere um diagnóstico de pneumonia da comunidade e insuficiência cardíaca – que apesar da boa evolução clínica surge, na preparação de alta, com alcalose metabólica enxertada numa acidose respiratória compensada. O diurético (furosemida endovenosa) é o fármaco com maior probabilidade de explicar as alterações nos gases de sangue. A melhor opção é por isso <b>a) Furosemida.</b>		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	70	40	39
ANÁLISE	O quadro clínico descrito é compatível com neutropenia febril secundária a quimioterapia. Apesar da doença descrita ter um mau prognóstico, as complicações iatrogénicas devem ser tratadas. Pelo elevado risco de choque séptico, deve-se começar <b>d) antibióticos de largo espectro por via intravenosa</b> antes de investigar a origem da infeção. O fator de estimulação das colónias de granulócitos é apropriado, mas deve ser administrado após início de antibioterapia.		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	71	73	1
ANÁLISE	Ambas as opções (B e C) são corretas para reverter a hipocoagulação secundária à varfarina. No entanto, na reversão de urgência/emergência – como é o caso presente – só <b>b) administrar plasma fresco congelado</b> permite a coagulação normal em tempo útil – condição absolutamente necessária para a cirurgia proposta. A administração de vitamina K permite a síntese de factores, mas esta só ocorre tardiamente. A resposta assinalada como correta corresponde, por isso, à “medida imediata mais adequada”.		
DELIBERAÇÃO	As reclamações são indeferidas		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	75	63	20
ANÁLISE	O quadro de choque séptico está em consideração, decorrente de diverticulite perfurada. Foi submetido a intervenção cirúrgica (laparotomia), iniciou fluidoterapia e foi admitido em unidade de cuidados intensivos. No momento da avaliação, os objetivos primários da terapêutica não estão cumpridos: pressão arterial sistólica < 90mmHg; a pressão venosa central ainda não está no objetivo 8-12 mm Hg e o débito urinário mantém-se abaixo dos 0.5mL/Kg/h; pelo que o passo mais correto, neste momento, é continuar fluidoterapia com <b>e) solução cristalóide</b> de acordo com as medições hemodinâmicas funcionais adicionais obtidas – no caso, ainda por		



	baixa volémia intravascular por demonstração ecocardiográfica de “colapso da veia cava superior durante a respiração”. Faz pouco sentido iniciar em primeira linha noradrenalina num doente que ainda apresenta hipovolémia.
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>81</b>	<b>113</b>	<b>98</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Na matriz no Domínio Pediatria – “Área de Conhecimento Neurodesenvolvimento e Comportamento” um dos conteúdos expressos é o da vigilância, rastreio e sinais de alarme em neurodesenvolvimento e comportamento. Ora o caso vertente de uma criança de 18 meses com desenvolvimento normal até aí, e que agora chora quando é contrariada, não constitui qualquer alteração do comportamento e faz parte do normal percurso do neurodesenvolvimento infantil.</p> <p>Sendo assim não são precisos conhecimentos especializados de Psiquiatria da Infância e Adolescência para escolher a resposta mais adequada: <b>alínea b) comportamento apropriado para a idade.</b></p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>84</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O caso clínico apresentado descreve uma mulher com enfarte agudo do miocárdio com 3 dias de evolução; apresenta dor torácica que agrava com a inspiração, febre e sopro sistólico 3/6 no bordo esternal esquerdo. A presença de atrito pericárdico bem como as alterações do ECG sugerem a existência de pericardite. O aparecimento do sopro sistólico 3/6 sugere, como complicação do enfarte, uma insuficiência mitral ou ruptura de septo, situações graves e potencialmente fatais. Nestas circunstâncias, a ecocardiografia permite avaliar a causa do sopro sistólico e ponderar indicação cirúrgica. Assim a resposta ao próximo mais adequado consiste em <b>b) realizar ecocardiografia</b>. Mesmo para a pericardite, não há nenhum exame prioritário e talvez o mais adequado seja mais uma vez o ecocardiograma (avaliar eventual derrame associado).</p> <p>Neste contexto, a determinação de enzimas cardíacas é pouco relevante uma vez que, após enfarte, é expectável estarem alteradas.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>85</b>	<b>136</b>	<b>76</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Trata-se de uma adolescente com anemia (Hb 7,5 g/dL) ferropénica, microcitose e hipocromia com ferritina baixa, sintomática: astenia e sopro sistólico grau 2/6.</p> <p>Tem dois fatores de risco de ferropénia: cataménios abundantes e dieta vegan.</p> <p>Neste caso a preocupação inicial é a correção da anemia e da ferropénia através da administração de ferro já que, mesmo regularizando os ciclos menstruais com estrogénico oral, a dieta vegan só por si não será suficiente para a correção da anemia e reposição dos depósitos de ferro.</p> <p>Não havendo problemas intestinais conhecidos, nem necessidade clínica transfusional, ou de especial rapidez na correção, a terapêutica</p>		

	oral com ferro é a mais adequada – <b>Alínea c) Administração de ferro oral.</b>
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>87</b>	<b>96</b>	<b>115</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>As reclamações centram-se em torno a considerar a alternativa que melhor explica as dificuldades de linguagem, a hipótese (D) – Doença de Alzheimer; (E) – Episódio Depressivo ou (C) – Demência Vascular. A queixa principal da doente é a dificuldade para encontrar palavras e acessoriamente sintomas depressivos e ansiosos.</p> <p>A genotipagem ApoE E3/E4, sendo um marcador de risco, não permite por si o diagnóstico de Doença de Alzheimer; a mutação do gene MAPtau, no entanto, aponta para o diagnóstico de demência frontotemporal (DFT).</p> <p>A RM é também fortemente sugestiva do diagnóstico de DFT, está de acordo com os sintomas apresentados pela doente e dá resposta à questão colocada sobre as dificuldades de linguagem.</p> <p>Deste modo a melhor opção é <b>b) Degeneração lobar frontotemporal</b> (congruente com a clínica e diagnóstico de imagem)</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>88</b>	<b>147</b>	<b>127</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>A exposição a fibras de asbestos ocorre em várias profissões entre as quais a referida, conduzem a alterações pulmonares e pleurais sobretudo nos lobos inferiores, podendo originar um padrão restritivo – tornando esta a alínea correta para o quadro clínico apresentado.</p> <p>Lembrando as pneumoconioses mais frequentes estas são a asbestose, silicose, carvão, beriliose e outras. Das mais frequentes surgem como opções a asbestose e silicose (em que ocorrem alterações nodulares de fibrose progressiva nos lobos superiores). A distribuição referida de maior afetação das bases pulmonares suporta como mais provável a exposição a <b>a) asbestos</b>, e não sílica, sendo por isso “a causa subjacente mais provável”.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>91</b>	<b>150</b>	<b>129</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O item descreve um jovem com o diagnóstico confirmado de esquizofrenia, observando-se no presente uma recorrência após suspensão da medicação pelo próprio. Os pais questionam a respeito do seu prognóstico.</p> <p>É considerada como correta a alínea <b>b) O tratamento irá diminuir o risco de recorrência da fase aguda da doença.</b> É reclamado o facto de se poder considerar correta a alínea d) O tratamento irá prevenir a recorrência de alucinações.</p> <p>A expressão de um surto psicótico num doente com esquizofrenia traduz-se em numerosos sintomas podendo incluir alucinações. Em termos prognósticos o conjunto, incluindo os diferentes sintomas, tem prioridade sobre um sintoma isolado.</p> <p>Desse modo, na discussão do prognóstico do doente, a ênfase em relação à adesão terapêutica visa a diminuição da recorrência da fase aguda - alínea b) e não de um sintoma específico - alínea d)</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	92	126	128
ANÁLISE	O quadro clínico apresentado sugere um prolactinoma. Nesta situação a terapêutica mais indicada é <b>a) medicar com bromocriptina</b> que reduz as dimensões do tumor e recupera a função gonádica em mais de 80% dos casos.		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	95	127	106
ANÁLISE	Trata-se de uma consulta de aconselhamento contraceutivo numa mulher de 36 anos com antecedentes de síndrome antifosfolipídico e 1 parto vaginal não complicado há 6 meses. A paciente tem alergia ao latex e não pretende engravidar no momento (atualmente). Perante este caso clínico, dos métodos contraceptivos apresentados o mais adequado é o dispositivo intrauterino. A mulher teve recentemente um parto vaginal sem complicações, o que permite excluir alterações relevantes da morfologia da cavidade uterina. As restantes opções são menos adequadas pela menor eficácia contracetiva e maior exigência na utilização do método (diafragma), pelo risco tromboembólico associado à síndrome antifosfolipídico que contraindica a toma de estrogénios (contraceção oral combinada e selo transdérmico) e porque a mulher não exprimiou o desejo de contraceção definitiva (laqueação tubar bilateral). No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>(C) Dispositivo intrauterino.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	96	125	112
ANÁLISE	O caso descrito relata uma mulher de 52, em menopausa há 4 anos, que pede aconselhamento ao médico assistente sobre o risco de desenvolver osteoporose. A pergunta questiona “Qual dos seguintes exames é o mais adequado para o estudo de osteoporose”. O construto da mesma é qual o método mais adequado para estabelecer o diagnóstico. Os reclamantes argumentam que a mulher tem baixo risco pelo que não está indicado qualquer exame de rastreio. Sendo verdade este argumento não é válido por 1) não ser uma das hipóteses de resposta; 2) não ser o construto da pergunta questionar sobre se está indicado fazer um exame de rastreio. Acresce que nas referências bibliográficas elencadas pelos reclamantes é explícito que a “osteodensitometria do fémur proximal é a que oferece maiores garantias de precisão”, “a menopausa não é, só por si, indicação para realizar osteodensitometria óssea” e “Mulheres premenopausicas e homens com idade inferior a 50 anos, saudáveis, não devem ser submetidos a Osteodensitometria” (que não é o caso da doente descrita), mas admite que “exceções são obrigatoriamente justificadas e fundamentadas pelo prescriptor de Osteodensitometria no processo clínico do doente”. Assim a melhor opção é a) <b>Densitometria óssea do colo do fémur.</b>		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	97	99	91
ANÁLISE	O quadro clínico apresentado é o de uma mulher com hipotireoidismo clínico e laboratorial. Com TSH elevada exclui-se hipotireoidismo secundário. Nestas circunstâncias a <b>e) tiroidite linfocítica crónica</b>		

	<b>(doença de Hashimoto)</b> é a hipótese mais provável e reforçada pela presença de anticorpo antitiroideu microsomal.
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>98</b>	<b>102</b>	<b>117</b>
<b>ANÁLISE</b>	Doente jovem com 36 anos apresenta lesão folicular da tiroide diagnosticada por biópsia de agulha fina. Está recomendada a realização de lobectomia porque nesta idade em cerca de 80% dos casos trata-se de adenomas benignos. O tratamento mais adequado está de acordo com a alínea <b>b) Lobectomia esquerda.</b>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>99</b>	<b>124</b>	<b>78</b>
<b>ANÁLISE</b>	O quadro clínico apresentado é o de um quisto sinovial associado à articulação do punho direito baseado na (1) cronicidade, (2) género e idade; (3) atividade laboral de risco; (4) intermitência da dor – com o movimento/trabalho/esforço; (4) local afetado e; (5) características do exame físico obtidas – indolor e móvel. O diagnóstico é clínico (história clínica e exame físico) pelo que a melhor opção é <b>e) Nenhum estudo é necessário</b> . Hipóteses alternativas são tão raras que não justificam, nesta fase, avaliação.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>100</b>	<b>122</b>	<b>123</b>
<b>ANÁLISE</b>	O quadro clínico apresentado é o de doença do fígado gordo não alcoólica/esteato-hepatite não alcoólica. É sobre esta entidade que assenta a maioria dos dados do caso clínico e sobre ela é feita uma questão de mecanismo de doença/etiologia. Assim, o diagnóstico assenta nas doenças associadas (diabetes mellitus tipo 2 e dislipidémia); a ausência de ingestão de álcool em quantidade e continuidade suficiente para ser causa (o mínimo para se considerar potencial causa seria 1 copo/dia (ou 10 r etanol/dia); os elementos do exame físico: obesidade (IMC 34 kg/m <sup>2</sup> ) e hepatomegalia; para além da elevação das transaminases e hipertrigliceridemia e de uma histologia (não necessária para o diagnóstico) – mas que suporta o mesmo e exclui outros diagnósticos diferenciais (condição necessária). A questão colocada é o de identificar o fator presente que mais aumente o risco desta condição – ou seja, que sejam fator etiológico. A obesidade estimula a acumulação de triglicédeos no hepatócito e este é o mecanismo central que leva a esteatose e doença – fundamentando a resposta correta a esta questão, como a melhor resposta possível. Um mecanismo acessório ao depósito de gordura nos hepatócitos é o de promover a produção, entre outros, de adipocinas – que promovem insulinoresistência. Insulinoresistência (e mais tarde diabetes mellitus) é apresentado – neste contexto – como consequência da obesidade e, como tal, fator de associação e não primordial da etiopatogénese. Assim, a <b>e) obesidade</b> constitui o facto primordial para o risco desta doença.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	102	87	137
ANÁLISE	O caso descreve a situação de uma consulta em que está identificado um doente com uma avaliação de risco cardiovascular de 1.9% (moderado). Da sua avaliação atual são determinados 3 alterações suscetíveis de análise/correção ou aconselhamento: Colesterol LDL de 144 mg/dL; PA 148/87 mm Hg e IMC 33,6 kg/m <sup>2</sup> . Decorrente das 3 entidades e do risco calculado (SCORE 1,9%) é o objetivo de <b>c) manter colesterol LDL&lt;115 mg/dL</b> que está correto. Nenhuma das outras hipóteses de resposta é plausível.		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	103	139	114
ANÁLISE	O quadro clínico descrito é o de uma mulher de 48 anos, com queixas de fadiga há 4 meses, queixando-se igualmente de insónia e um acontecimento de vida relativo à reorganização da sua vida em função da saída do seu filho de casa. Foi considerado mais correto, o passo mais adequado para determinar a causa da fadiga, a alínea <b>c) Investigar a presença de depressão</b> . As reclamações centram-se na possibilidade de ser correta a alínea b) Dosear a hormona estimulante da tireoide, ou investigar hábitos alimentares – alínea d). Se bem que exames auxiliares de diagnóstico possam ser pedidos para explorar diagnósticos alternativos, no momento da entrevista o próximo passo mais adequado é <b>c) investigar a presença de depressão</b> , constituindo assim a melhor opção.		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	106	81	87
ANÁLISE	Atendendo à história clínica (sintomas e fatores de risco) e exame físico trata-se de um caso de incontinência urinária de stress pelo que, das opções apresentadas, o mecanismo fisiopatológico que melhor explica a perda de urina desta doente é a hiper mobilidade da uretra. O ligamento útero-sagrado nada tem que ver com a continência urinária. No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>(D) Hiper mobilidade da uretra</b> .		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	108	100	100
ANÁLISE	Doente com 43 anos com lesão palpável da mama, clínica e radiologicamente suspeita de malignidade e metastização ganglionar axilar. O passo inicial mais adequado é a <b>b) Biópsia por agulha grossa da massa mamária</b> .		
DELIBERAÇÃO	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	109	143	119
ANÁLISE	A situação clínica apresentada corresponde, claramente, a uma síndrome de Raynaud, em que existe vasoconstricção induzida pelo frio, por emoções, ou eventualmente pela toma de alguns fármacos, como os anticoncetivos orais. Das várias terapêuticas apresentadas,		

	a única comprovada para a síndrome de Raynaud é a <b>c) nifedipina</b> (antagonista de cálcio).
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>112</b>	<b>117</b>	<b>145</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Trata-se de uma criança de 15 meses com um quadro de convulsão febril simples que no serviço de urgência está sonolenta (provavelmente em fase pós-ictal) sendo o resto do exame normal. Crianças com convulsão febril simples que recuperam completamente requerem pouca ou nenhuma avaliação laboratorial que não os estudos para avaliar a etiologia da febre.</p> <p>Como esta criança ainda está sonolenta, não se pode dizer que tenha recuperado completamente (não há regresso à linha de base pré-convulsão) pelo que a atitude recomendada não é a alta imediata, mas sim a <b>b) Manter vigilância clínica no serviço de urgência</b>, até à recuperação plena.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>117</b>	<b>129</b>	<b>109</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Trata-se de uma lactente de 3 meses, sexo feminino que, estando em aleitamento exclusivo, segundo a mãe vomita sempre que mama. Não tem alteração na evolução ponderal e o exame físico é normal. De todas as hipóteses apresentadas a mais provável, pela frequência nesta idade, é <b>e) refluxo gastroesofágico</b>.</p> <p>Não tem nem idade, nem sexo, nem impacto sobre o peso para se considerar a estenose hipertrófica do piloro como a mais provável causa do quadro.</p> <p>A referência dos reclamantes de que no refluxo o sintoma é regurgitação e não vômito não colhe, pois em primeiro lugar trata-se de sintoma reportado pela mãe, sem conhecimentos médicos para perceber as diferenças, e em segundo lugar, nesta idade é muito difícil avaliar semiologicamente o que é regurgitação (processo passivo) e o que é vômito (processo ativo com contração dos músculos abdominais), sobretudo na ausência de "retching".</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>118</b>	<b>132</b>	<b>89</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O quadro clínico apresentado é sugestivo de uma endocardite bacteriana aguda em contexto de toxicod dependência endovenosa. O agente infetante mais comum da endocardite bacteriana aguda é o <b>e) <i>Staphylococcus aureus</i></b> e em particular neste contexto específico.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>119</b>	<b>103</b>	<b>103</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Trata-se de uma criança com história familiar e pessoal e exame físico compatível com dermatite atópica (eczema), apresentando também IgE específica positiva para ácaros, leite e ovos.</p> <p>A presença de placas eritematosas e pruriginosas nas pregas indica uma agudização do quadro.</p> <p>O tratamento com corticoides tópicos, de baixa potência, é o tratamento indicado para reduzir a inflamação e o prurido.</p>		



<b>ANÁLISE</b>	Assim de todas as hipóteses apresentadas, e após aplicação de emoliente, a resposta mais adequada é a alínea <b>e) Prescrever hidrocortisona tópica.</b> Cerca de 50% de crianças pequenas com eczema apresentam sensibilização (IgE específicas elevadas) para antigénios alimentares ou inalantes, facto que poderá ter valor prognóstico: quadros de eczema mais prolongados no tempo ou aparecimento futuro de manifestações respiratórias de atopia. No entanto, a evicção alimentar não é uma medida primária (as causas do eczema são múltiplas) e apenas de considerar quando não há resposta às restantes medidas
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>124</b>	<b>91</b>	<b>99</b>
<b>ANÁLISE</b>	Trata-se um erro dactilográfico na identificação da melhor opção na preparação da chave provisória. O quadro clínico apresentado sugere uma cistite aparentemente sem relação com episódio infeccioso prévio. Nestas circunstâncias, a opção mais correta consiste em <b>e) prescrever um esquema de trimetoprim-sulfametoxazole durante 3 dias</b> tal como defendido pelos reclamantes.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são deferidas – alteração de alínea – e)</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>125</b>	<b>76</b>	<b>104</b>
<b>ANÁLISE</b>	A paraparésia aguda arreflexica apresentada no caso clínico, sem nível e sem sinais de compromisso piramidal, obriga sempre a pensar na <b>e) síndrome de Guillain-Barré (SGB).</b> A SGB consiste numa polineuropatia desmielinizante inflamatória que se revela por paralisia flácida dos membros inferiores (pode também atingir os membros superiores ou a face), com redução dos reflexos e déficite sensitivo, tal como descrito no caso. As restantes alternativas não fazem sentido porque: - O botulismo não tem envolvimento visual ou bulbar. - Para a esclerose múltipla seria de esperar compromisso central e os plantares parecem ser flexores. - A hipocaliemia dá, em geral, paralisia periódica. - A perturbação de conversão não altera os reflexos.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>126</b>	<b>145</b>	<b>143</b>
<b>ANÁLISE</b>	O caso presente é o de um homem de 38 anos que se apresenta com pressões arteriais, numa consulta, de 142/90 e 141/86mmHg. Nestas circunstâncias, o mais adequado é avaliar se de facto é hipertenso ou se se trata de uma medicação ocasional com a pressão arterial marginalmente elevada. Assim, a reavaliação a curto/médio prazo é o próximo passo mais adequado. Avançar para outros exames para avaliar a repercussão da hipertensão arterial antes de ter definido ser hipertenso faz pouco sentido. Assim a melhor opção é <b>c) Reavaliar após duas semanas.</b>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	129	120	118
<b>ANÁLISE</b>	<p>O quadro clínico apresentado é o de uma mulher de 28 anos, com hipertensão arterial provavelmente secundária. De acordo com os resultados dos exames laboratoriais, a existência de hipocaliémia aponta no sentido do hiperaldosteronismo. Perante a suspeita de hiperaldosteronismo deve fazer-se a determinação da atividade da renina plasmática e da concentração sérica de aldosterona.</p> <p>Das restantes hipóteses apresentadas, faz sentido, perante a suspeita de hiperaldosteronismo, iniciar terapêutica com espironolactona, mas após a determinação da atividade da renina plasmática e da concentração sérica de aldosterona, que seria depois comprometida. Assim, o "próximo passo mais adequado" consiste em <b>c) determinar a atividade da renina plasmática e da concentração sérica de aldosterona.</b></p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	130	149	150
<b>ANÁLISE</b>	<p>Trata-se de uma mulher de 55 anos observada em consulta de rotina, tendo sido efetuada citologia cervico-vaginal para rastreio do cancro do colo do útero. A realização da citologia cervico-vaginal é um ato médico de medicina preventiva. Requer conhecimentos essenciais da histologia cervical e do desenvolvimento de lesões pré-malignas do colo uterino (Mecanismos de doença) que permitam interpretar o resultado obtido para, atempadamente, orientar as doentes (prevenção secundária). Como referido acima, considera-se que a pergunta se inclui em "Prevenção primária e secundária em Ginecologia (MD- conhecimentos da fisiopatologia tais como: etiologia, patogénese, história natural, curso clínico)". Dos resultados da citologia cervico-vaginal apresentados aquele que requer avaliação imediata é a presença de células glandulares atípicas de significado indeterminado. As restantes opções descrevem resultados normais (alterações celulares compatíveis com atrofia; alterações de metaplasia; células colunares) ou menos preocupantes (alterações na zona de transição), de acordo com a histologia da zona de rastreio alvo.</p> <p>No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>(E) Células glandulares atípicas de significado indeterminado.</b></p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
PERGUNTA	131	138	92
<b>ANÁLISE</b>	<p>A situação descrita no item diz respeito a uma situação que decorre durante a consulta de vigilância da saúde infantil de uma criança de 18 meses, com vários problemas graves de saúde. A médica assistente notando que a mãe tem aparência cansada, questiona-a quanto a isso, obtendo uma resposta que indica uma insónia intermédia, preenchida por preocupações sobre "vários assuntos", mencionado, igualmente, a saída do marido de casa há 2 meses. Questiona-se sobre a afirmação mais apropriada para aquele momento. A alínea considerada mais correcta é a <b>e) Ultimamente tem vindo a sentir-se em baixo?</b> As reclamações centram-se nas alíneas d) Porque é que o seu marido saiu de casa? ou na c) Gostaria de tomar um comprimido para dormir durante algumas noites? como sendo corretas.</p>		

	<p>Se bem que possa vir a ser útil abordar posteriormente a saída do marido de casa, é provável que a exploração desse tema inclua conteúdos que a doente não esteja preparada para revelar naquele momento. Será muito mais útil abordar neste momento aspetos gerais, como aqueles que se obterão através da questão enunciada na alínea e), que funciona como uma questão aberta, dando à doente a oportunidade para equacionar e priorizar as preocupações variadas que a assolam (sobre “vários assuntos”), incluindo a questão conjugal se a doente assim o desejar.</p> <p>Propor um comprimido para dormir sem uma maior exploração dos sintomas apresentados, contém os riscos de medicação desadequada e perda de oportunidade para explorar a problemática que preocupa a doente.</p>
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

VERSÃO PERGUNTA	A	B	C
	<b>132</b>	<b>84</b>	<b>135</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O quadro clínico presente sugere uma hipercolesterolemia familiar fundamentado nos seguintes pontos: (a) colesterol LDL bastante elevado; (b) colesterol HDL e triglicéridos em valores normais; (c) mãe com morte precoce e colesterol elevado; e (d) presença de xantelasma na condição de jovem (&lt; 45 anos).</p> <p>Nestas circunstâncias, os familiares – nomeadamente a irmã – devem verificar os seus níveis lípidos tão cedo quando possível.</p> <p>Não podemos afirmar, com segurança, a um doente que costuma comer em restaurantes de <i>fast food</i> e que ganhou 11Kg nos últimos dois anos que a sua dislipidemia provém de uma doença genética rara. Não é adequado quer por ainda não termos análises que o comprovem, quer por podermos estar a desresponsabilizar o doente de adequar os seus comportamentos ao controlo da dislipidemia. Assim a melhor opção é <b>a) A irmã deve verificar os níveis de lípidos de imediato.</b></p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO PERGUNTA	A	B	C
	<b>133</b>	<b>97</b>	<b>111</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O quadro clínico apresentado é o de uma doente com sintomas flutuantes envolvendo os músculos extrínsecos do olho, sendo muito sugestivo de <b>c) miastenia gravis</b>. A fadiga patológica também aponta para este diagnóstico. Um meningioma do seio cavernoso ou um glioma do tronco dificilmente cursam com um exame normal. Oftalmoparésia de Graves não explica a ptose. A paralisia periódica não é consistente com o quadro apresentado.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO PERGUNTA	A	B	C
	<b>135</b>	<b>93</b>	<b>93</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O quadro clínico apresentado é de um doente com tumor metastizado de origem desconhecida. A avaliação do <b>b) estado funcional</b> (por exemplo, pelo ECOG) é considerado, de entre os apresentados, o de maior impacto no prognóstico do doente. A ausência de leucopenia ou de trombocitopenia significativa exclui a perspetiva de invasão medular apresentada pelo reclamante.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>136</b>	<b>94</b>	<b>126</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Trata-se de uma primigesta, com 12 semanas de gestação, aparentemente ansiosa porque um tio, irmão do pai, que faleceu aos 5 anos após acidente traumático, sofreria de doença hemorrágica havendo um eventual risco de transmissão ao seu filho. O pai da grávida estava no exército e faleceu de acidente de helicóptero. A resposta que melhor se adequa aos dados conhecidos da história familiar (diagnóstico incerto de hemofilia em tio paterno e pai no exército, previsivelmente submetido a escrutínio detalhado do estado de saúde), é empática, reduz a ansiedade da grávida e demonstra compromisso do médico no melhor esclarecimento da dúvida. As restantes opções não acrescentam dados à resolução dos receios da grávida, aumentam a ansiedade da grávida, incluem uma orientação que não é a mais adequada neste caso, demonstram pouca empatia por parte do médico e revelam juízo de valores do médico na relação mãe-filha.</p> <p>No caso clínico descrito, das opções de resposta à pergunta efetuada a mais correta é a <b>(D) Pelo que me contou acerca do seu pai, não penso que o seu filho esteja em risco elevado para hemofilia. Acha que me consegue arranjar mais informação acerca do irmão do seu pai?</b></p> <p>Ao contrário do referido pelos reclamantes, na alínea D não é referido “elevado risco para hemofilia”, antes pelo contrário.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>137</b>	<b>141</b>	<b>148</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Doente com 62 anos com quadro de oclusão intestinal secundária a hérnia incisional da parede abdominal com sinais de sofrimento: a doente está hipotensa (TA 80/40 mmHg) e por isso instável do ponto de vista hemodinâmico.</p> <p>O passo mais adequado antes da intervenção cirúrgica é <b>a) fluidoterapia endovenosa.</b></p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>138</b>	<b>110</b>	<b>113</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Estamos perante um quadro grave de acidose respiratória potencialmente causado por hipoventilação alveolar central no contexto de coma alcoólico. Nenhuma das outras causas é plausível. Nestas circunstâncias a causa mais provável de hipoxemia é a <b>d) hipoventilação alveolar.</b> A diminuição da ventilação alveolar leva obviamente a baixa da relação ventilação/perfusão, mas como consequência da hipoventilação e não como mecanismo dominante da hipoxemia.</p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO	A	B	C
<b>PERGUNTA</b>	<b>139</b>	<b>92</b>	<b>110</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>O quadro clínico apresentado é o de uma espondilolistese de etiologia provável traumática (de repetição) decorrente da sua atividade de ginasta – excluindo-se, nesta fase, outras. No espectro de complicações, e pela suposição da pergunta da ginasta da eventualidade de manter a atividade relacional – são apresentadas a</p>		

<b>ANÁLISE</b>	(a) dor lombar – o que se verifica nesta fase; (b) dificuldade em elevar as pernas; (c) lesão do nervo; (d) estenose do canal vertebral sintomática ou (e) síndrome da cauda equina. Dada a etiologia identificada ser o trauma repetido, e não ser estabelecido outro fator distinto de lesão – todas os eventos de complicação são justificáveis pela condição através da <b>d) progressão da espondilolistese</b> pelo que esta é a opção mais correta de responder à ginasta. Nenhuma das opções A ou D poderia ocorrer na ausência de E. B e C são condições fora do espectro da doença apresentada.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO PERGUNTA	A	B	C
<b>142</b>	<b>95</b>	<b>96</b>	
<b>ANÁLISE</b>	Doente de 52 anos com quadro clínico de provável hemorragia digestiva alta (vómitos “tipo borras de café” com 2 horas de evolução e com antecedentes de úlcera duodenal). Tendo em conta as opções sugeridas, <b>e) Volume e débito da hemorragia</b> digestiva alta são os fatores determinantes para o tratamento cirúrgico antes da possibilidade do diagnóstico da etiologia da hemorragia digestiva alta.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO PERGUNTA	A	B	C
<b>144</b>	<b>119</b>	<b>88</b>	
<b>ANÁLISE</b>	O quadro clínico apresentado é a de um homem com afasia e hemiparesia direita. Trata-se de uma afetação muito sugestiva da <b>b) artéria cerebral média esquerda</b> . A afetação da artéria cerebral anterior dá mais vezes compromisso mais pronunciado do membro inferior (ao contrário do apresentado), e a artéria cerebral posterior dá quase sempre defeito de campo. A artéria coroideia não justifica a extensão do défice.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO PERGUNTA	A	B	C
<b>145</b>	<b>105</b>	<b>107</b>	
<b>ANÁLISE</b>	O quadro clínico apresentado, ou semelhante, tem uma grande prevalência na população. Em geral, evolui favoravelmente – com quadros algícos ocasionais – mas na maior parte do tempo sem sintomas associados. Acresce no presente quadro, a ausência de alterações neurológicas associadas – o que apoia a sua benignidade. Assim a melhor opção é <b>a) Achados similares da RM são frequentemente encontrados em pacientes normais da sua idade; o prognóstico é bom.</b>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		

VERSÃO PERGUNTA	A	B	C
<b>149</b>	<b>142</b>	<b>95</b>	
<b>ANÁLISE</b>	A situação clínica apresentada é sugestiva de doença de refluxo gastroesofágico. No entanto, o doente refere também episódios de dor torácica quando corre para o autocarro. Nestas circunstâncias, não pode ser descartada a coexistência de angina de esforço. Doente com 45 anos e com hipótese de angina de esforço deve ser avaliado, nomeadamente, por <b>d) prova de esforço</b> . A prioridade de avaliação e eventual intervenção deve ser dada à doença coronária uma vez que é a que mais pode por em causa a sua esperança de vida. O ecocardiograma não é exame de primeira linha na avaliação da angina		

	de esforço – uma vez que é feita em repouso – situação em que costuma ser normal.
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>

<b>VERSÃO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>PERGUNTA</b>	<b>150</b>	<b>80</b>	<b>144</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>Trata-se de uma lactente de 7 meses trazida ao serviço de urgência pela mãe que constatou uma tumefação parietal de agravamento progressivo desde há 4 dias, sem causa traumática conhecida, e que a investigação revelou tratar-se de uma fratura parietal alinhada sem alterações parenquimatosas cerebrais.</p> <p>Numa criança saudável, não ambulante e que apresenta uma fratura craniana não explicada por traumatismo conhecido, o diagnóstico de maus tratos infantis deve imediatamente ser evocado. Tratando-se de uma situação delicada em que é necessário assegurar a proteção da criança, mas ao mesmo tempo não levantar acusações infundadas que podem afetar a família, têm de ser procurados outros sinais que possam substanciar o diagnóstico.</p> <p>Nesse sentido e até de acordo com as referências invocadas pelos reclamantes, um indicador de maus tratos físicos pode ser a descoberta de calos ósseos resultantes de fraturas.</p> <p>Como tal, o pedido de radiografia do esqueleto pode revelar achados úteis para a confirmação do diagnóstico.</p> <p>Nesta fase precoce dar alta e reavaliar em consulta pode colocar este lactente em risco grave. Por outro lado, não há numa criança saudável com este tipo de fratura (não é uma fratura patológica) motivo para suspeitar primariamente de patologia do metabolismo fosfo-cálcico.</p> <p>Assim o próximo passo mais adequado na gestão clínica deste doente é o referido em <b>d) Pedir radiografia do esqueleto.</b></p>		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>As reclamações são indeferidas</b>		