

GABARITO COMENTADO – TEMFC 28

1) Resposta: B

Referência: Tratado Cap 153, Duncan Cap 78.

Justificativa: A história ocupacional é o dado mais importante para o diagnóstico de doença pulmonar ocupacional, no caso contato com poeira de madeira. As pneumopatias intersticiais cursam geralmente com dispneia progressiva de início recente. A tosse seca é um sintoma comum. O exame físico pode revelar hipocratismo digital e estertores crepitantes à ausculta pulmonar. As DPLs são classificadas em cinco grupos: no primeiro, as de causa conhecida (pneumoconioses, infecções, drogas, relacionadas ao tabaco); no segundo, as idiopáticas, como a pneumonia intersticial usual e a pneumonia intersticial não específica. O diagnóstico é feito por espirometria, exame de imagem e muitas vezes biópsia pulmonar. A espirometria apresenta padrão restritivo. A radiografia simples torácica pode ser normal. (Tratado Cap 153).

As causas psicogênicas geralmente se apresentam como episódios súbitos, associados a quadros de ansiedade, pânico ou depressão, em indivíduos sem causas orgânicas evidentes. No entanto, devem ser tratadas como diagnóstico de exclusão, considerando a potencial gravidade das causas citadas.

a) Na DPOC a espirometria seria compatível com distúrbio ventilatório obstrutivo. Apesar do paciente ser tabagista, não é a hipótese mais provável considerando o quadro clínico de tosse seca sem expectoração e apenas esporádica, e a espirometria compatível com padrão restritivo.

b) A história clínica é compatível com Doença intersticial pulmonar devido à antecedente ocupacional de carpinteiro, em que há inalação de partículas derivadas da madeira e produtos químicos e a espirometria com distúrbio ventilatório restritivo é compatível à essa hipótese diagnóstica. A ausculta de crepitantes também é compatível. Pode não demonstrar alterações intersticiais na radiografia de tórax, apenas na tomografia.

c) Apesar de haver crepitantes e dispneia progressiva há 3 meses, essa hipótese não é a mais provável porque não há história clínica atual e nem prévia compatível, nem sinais ao exame físico de insuficiência cardíaca direita (abdome sem visceromegalias, sem edema de membros inferiores, sem refluxo jugular), nem alterações sugestivas de ICC na radiografia de tórax. A tosse na ICC geralmente é produtiva, noturna ou ortopnéia. A história clínica e exame físico não preenchem critérios de Framingham para o diagnóstico de insuficiência cardíaca (Cap 164 Tratado). E para uma maior suspeita de ICC precisaríamos ter uma avaliação com ecocardiograma transtorácico com diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Além disso a

espirometria mostra padrão restritivo, o que torna a hipótese de Doença intersticial pulmonar mais provável no momento.

d) Transtorno de Ansiedade não é o diagnóstico mais provável, pois há alteração na espirometria e crepitanes no exame físico. Esse seria um diagnóstico de exclusão e a história clínica não é compatível.

2) Resposta: D

Referencia: Tratado Cap 153, Duncan Cap 78.

Justificativa: O distrator B está errado em função do rastreamento não está disponível e nem é recomendado no Brasil.

Quadro 153.1 | Recomendações para realização de radiografia torácica de acordo com características clínicas (tratado cap 153)

A espirometria é o padrão-ouro para avaliação da função pulmonar (Duncan Cap 78).

A identificação incidental de um nódulo pulmonar solitário (na radiografia ou tomografia de tórax) requer avaliação de acordo com o tamanho, as características da imagem e os fatores de risco para câncer de pulmão, especialmente história de tabagismo, de malignidade e idade maior do que 65 anos. Imagens maiores do que 8 mm, com densidade de vidro fosco, bordas irregulares e que duplicam de tamanho entre um mês e um ano, são sugestivas de malignidade.

A identificação incidental de um nódulo pulmonar solitário (na radiografia ou tomografia de tórax) requer avaliação de acordo com o tamanho, as características da imagem e os fatores de risco para câncer de pulmão, especialmente história de tabagismo, de malignidade e idade maior do que 65 anos. Imagens maiores do que 8 mm, com densidade de vidro fosco, bordas irregulares e que duplicam de tamanho entre um mês e um ano, são sugestivas de malignidade. Algumas características à radiografia torácica são sugestivas de tipos particulares de câncer de pulmão. Lesões centrais estão mais relacionadas a carcinoma de pequenas células ou epidermoide e são mais sintomáticas. Lesões periféricas são mais típicas de adenocarcinoma. Pode-se identificar, também, adenopatia mediastinal e DP. De maneira complementar, a tomografia computadorizada (TC) (com contraste) é capaz de detalhar melhor a anatomia da lesão, o acometimento de linfonodos e as estruturas contíguas, além de ser o exame de escolha nas situações em que permanece a suspeita de câncer, apesar da radiografia normal.

3) Resposta: C

Referência: Tratado Cap 242, Duncan Cap 60.

Justificativa: O paciente já usou apenas os adesivos sem melhora e em fumantes com escore do teste de Fargerström igual ou maior do que 5 recomenda-se tratamento farmacológico. Segundo a revisão sistemática da Cochrane, todas as formulações de reposição de nicotina contribuem para o aumento da chance de cessação de tabagismo em fumantes motivados. A mesma revisão mostrou que o uso da TRN aumentou, nos estudos avaliados, a taxa de abstinência tabagística em 50 a 70%, independentemente da definição utilizada para caracterizar abstinência. Contraindicações Bupropiona: • Absolutas. Epilepsia ou história de convulsões prévias (inclusive, convulsão febril na infância) ou anormalidades reconhecidas no eletrencefalograma, tumores do SNC, trauma craniano e uso de inibidor da monoaminoxidase (IMAO) nos últimos 15 dias. Nortriptilina: Antidepressivo tricíclico que promove o bloqueio da recaptção de norepinefrina no SNC, aumentando, assim, os seus níveis na fenda sináptica. A sua ação como medicação antitabagismo ainda não está totalmente esclarecida, mas as evidências sugerem que é independente da sua ação antidepressiva. É considerado medicamento de segunda escolha para cessação do tabagismo. No caso do distrator D, não há indicação de Diazepam para o tratamento de tabagismo, além do recurso do adesivo já utilizado com falha terapêutica.

4) Resposta: C

Referência: Tratado cap 75, Duncan cap 57 e 60.

Justificativa: Paciente demonstra estar em fase contemplativa.

Quadro 242.2 | Tarefas para executar na entrevista motivacional (tratado) ► Acolher o paciente ► Rever em conjunto com o paciente as informações preenchidas ► Avaliar as razões que o mantêm fumando e as razões para deixar de fumar ► Descrever os benefícios fisiológicos imediatos, médios e em longo prazo na cessação do tabagismo ► Com os resultados do questionário da dependência à nicotina e outras informações coletadas, comunicar ao paciente a sua taxa de prevalência de dependência: nicotínica (física) ou psicológica ao objeto cigarro ► Se possível, avaliar nível de monóxido de carbono (CO) – monoximetria ► Avaliar os apoios familiares e sociais na etapa de cessão do tabagismo ► Oferecer material (folheto informativo) sobre as condutas ► Orientar sobre início ou continuidade de atividade física ► Buscar prazer na realização de alguma atividade física ou do cotidiano para preencher o vazio da sensação prazerosa que o tabaco lhe fornecia (p. ex., caminhar, dançar, pedalar, pintar, etc.) ► Atitude do profissional: evitar atitude paternalista, respeitar o desejo do paciente e não ceder à atitude “terrorista” perante ao paciente que não aceita essas mudanças comportamentais oferecidas ► Recomendações para o dia a dia sem o cigarro: beba bastante líquido, especialmente água e em goles pequenos; procure comer alimentos saudáveis e com o mínimo de açúcar, para evitar o ganho de

peso nesta fase; pratique exercícios, realize exercícios de respiração profunda, evite situações em que há aumento do estresse

Fatores que são armadilhas, ou seja, que prejudicam ou até impedem o engajamento: ●Confrontar a negação: quanto mais confrontar a pessoa com sua situação, mais ela se torna mais resistente e relutante em mudar. ●Assumir o papel de expert: oferecer, com as melhores intenções, respostas e soluções para a pessoa, levando-a a assumir um papel passivo e pouco produtivo para encontrar suas próprias motivações para a mudança. ●Focalização prematura: focar prematuramente o assunto que parece mais importante quando a pessoa quer falar sobre outros assuntos ou por lhe serem mais importantes ou por não estar preparada para abordar o problema. É importante evitar o confronto sobre o que é mais adequado para iniciar a entrevista e começar com as preocupações da pessoa facilita a tarefa: tentar focalizar a questão rapidamente fará com que ela se distancie e fique na defensiva.

5) Resposta: A

Referência: Tratado Cap 98 Queixas relacionadas à sexualidade e transformações corporais na transexualidade, Duncan Cap 113.

Justificativa: Tratado: Não deve ser prescrita testosterona para pessoas com níveis normais desse hormônio. O tratamento farmacológico de primeira escolha para disfunção erétil são os inibidores da fosfodiesterase-5 (inibidores PDE-5) (Quadro 98.6), que podem ser utilizados de acordo com a demanda (1A). O tratamento farmacológico de primeira escolha para a ejaculação precoce são os antidepressivos ISRS (1A) ou tricíclico.

Técnicas de abordagem comportamental demonstraram benefício no tratamento da ejaculação precoce. Elas incluem a técnica stop-start e squeeze, que podem ser orientadas pelo médico.

Duncan: Desenvolvida por Masters e Johnson,³ a técnica squeeze é específica para retardar a ejaculação. A mulher estimula manualmente o pênis até que o homem atinja a ereção completa e comece a sentir urgência ejaculatória. A estimulação é interrompida e a mulher pressiona a glândula do pênis por alguns segundos, o suficiente para retardar a ejaculação, mas sem que haja perda da ereção.

Para a EP, utilizam-se medicamentos que interferem na transmissão serotoninérgica, retardando a ejaculação. São fármacos de primeira escolha para essa finalidade os ISRS, os quais determinam retardo ejaculatório como efeito adverso B. Tricíclicos também podem ser administrados para tratar a EP, apesar de contarem com tolerância menor, dados os seus efeitos adversos. Para a DE, os medicamentos de primeira escolha são os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (iPDE-5), que recuperam e mantêm a resposta erétil frente ao estímulo

sexual B. Na ausência do estímulo sexual, esses medicamentos não são capazes de iniciar ou manter a ereção.

6) Resposta: B

Referência: Tratado Cap 199, Dunca Cap 94.

Justificativa: Tratado Quadro 199.1 | Úlceras comumente encontradas

Quadro 199.2 | Características das úlceras venosas e arteriais

O caso trata-se de uma úlcera de pé diabético, pois o paciente apresenta diabetes descompensada, sem história clínica de antecedente de insuficiência venosa crônica e está sendo avaliado pelo vascular quanto a indicação de amputação, isso sugere que a úlcera é arterial, cujas características estão descritas na alternativa B, que é a correta.

O distrator A descreve as características de uma úlcera venosa. O C, de uma úlcera de decúbito e não é o local habitual de úlceras arteriais. O D mistura características de úlcera venosa e arterial. Assim, o distrator que apresenta as características mais prováveis da lesão na perna de Luis é o B, úlcera pequena, distal, anterior, com margens bem definidas e tecido necrótico, como descrito na referência.

7) Resposta: A

Referência: Tratado Cap 177, no Duncan não encontrei.

Justificativa: O uso de estatinas requer alguns cuidados: dosagem dos níveis basais de bilirrubina direta, creatinofosfocinase (CPK), também chamada de creatinocinase (CK), e transaminases, devendo ser repetidos na primeira reavaliação ou quando houver aumento de dose. Aquelas pessoas com aumento de CK de 3 a 7 vezes o limite superior da normalidade (LSN) ou com dor muscular devem ser monitoradas cuidadosamente, devendo suspender a medicação se houver aumento progressivo da CK, aumento da CK acima de 10 vezes o LSN ou persistência dos sintomas musculares. Naquelas com sinais de hepatotoxicidade (icterícia, hepatomegalia, aumento de bilirrubina direta e do tempo de protrombina), recomenda-se a suspensão da estatina e pesquisa da etiologia. Nas assintomáticas, uma elevação das transaminases isolada e superior a 3 vezes o LSN deve ser confirmada por meio de novo exame, e a etiologia deve ser investigada. Nesses casos, a redução da dose ou a suspensão da estatina deverá ser baseada no julgamento clínico. Cabe ressaltar que não há contraindicação ao uso de estatinas em pessoas com doença hepática crônica ou esteatose não alcoólica. Entretanto, seu uso é contraindicado na presença de hepatopatias agudas.

8) Resposta: C

Referência: Tratado Cap 16, 52 e 75, Duncan Cap 8.

Justificativa: A decisão compartilhada é o processo em que médico e pessoa decidem juntos sobre exames, tratamentos e suporte, levando em consideração as preferências da pessoa e as melhores evidências. Garantir que pessoa e médico chegaram a uma decisão baseada na mútua compreensão dessas informações. Mesmo em situações de maior gravidade é esta indicado realizar uma aliança terapêutica. A aluna realizou a culpabilização do paciente e gastar tempo e energia para analisar de quem é a culpa do problema deixa a pessoa na defensiva. A culpa é irrelevante e convém enfrentá-la com reflexão e reformulação das preocupações da pessoa (Cap 75 tratado).

não informou o paciente para que pudesse decidir e nem levou em consideração as preferências da pessoa. Apenas deu um tempo para pensar.

A internação por amputação é considerada um indicador de acesso e qualidade efetividade da atenção primária à saúde por ser a complicação de diabetes uma condição sensível a APS (Cap 52 tratado).

O médico de família tem o papel de coordenador do cuidado e de auxiliar no processo de decisão compartilhada. Explicar as indicações e ajudar o paciente a participar do processo de decisão não significa interferir na conduta do cirurgião.

9) Resposta: B

Referência: Borrell e Duncan Cap 8. No tratado não há nada específico sobre esse tema.

Justificativa: Borrell pag 132: Má notícia é qualquer diagnóstico ou impressão sobre a saúde de nossos pacientes que tenha impacto emocional negativo (Prados JA, 1998)

Borrell Pag 134: Evite também começar com o típico "Tenho de dar uma má notícia". Deixe que cada pessoa qualifi que a notícia em todos os seus tons de cinza.

o processo de como uma má notícia foi comunicada influenciou decisivamente na sua maneira de se adaptar (Buckman R, 1992).

Duncan Cap 8: Assim sendo, na hora de dar notícias desagradáveis, é importante que o médico leve em consideração os seguintes aspectos: →O quanto o paciente já sabe do seu quadro: algumas vezes há grande temor em comunicar algo que o paciente de algum modo já sabe. →O que o paciente deseja saber sobre o seu diagnóstico e prognóstico: algumas pessoas desejam apenas saber se sua situação é grave, outras desejam saber detalhes da evolução; há quem deseje saber se a doença pode ser fatal e quem deseje saber quanto tempo de vida ainda pode esperar; certos indivíduos querem saber detalhes da evolução e todas as possíveis complicações, e outros só querem saber genericamente o que pode acontecer. →O quanto o paciente

é capaz de entender: em alguns casos o uso de expressões matemáticas, como proporções e porcentagens, pode ser impossível de ser entendido; os jargões médicos, também, devem ser evitados ao máximo, mesmo com pacientes que tenham um maior grau de instrução.

10) Resposta: C

Referência: Tratado CAP 57 (Avaliação do ensino de medicina de família e comunidade), não encontrei esse tema no Duncan.

Justificativa: Tratado CAP 57: O feedback é entendido como a comunicação ou devolutiva do resultado de uma observação de um processo aos seus participantes, no caso os aprendizes, com o objetivo de ajudá-los a melhorar o seu desempenho. É uma ferramenta de comunicação fundamental, principalmente na avaliação formativa, em que é um ponto-chave. O principal objetivo é fornecer ao aprendiz ferramentas para melhorar o seu desempenho. A identificação dos pontos fracos, lacunas e potencialidades ajuda o aprendiz a criar alternativas para melhorar sua formação.

Para ser efetivo, o feedback deve ser assertivo, ou seja, precisa ser claro e objetivo, sendo que o preceptor não deve se comunicar de forma vaga ou ambígua, de modo a interferir na mensagem que quer passar, para assim despertar a reflexão do aprendiz, pois somente desta maneira haverá impacto no comportamento. O feedback também deve ser respeitoso, já que, sendo um processo compartilhado, preceptor e aprendiz devem encontrar pontos de concordância sobre os comportamentos e compreender e respeitar a opinião do outro, tornando o feedback construtivo. Além disso, o feedback deve ser descritivo, descrevendo determinado comportamento ou ação e não focando na personalidade; oportuno, ou seja, em momento e local adequados, se possível logo após a observação do comportamento e em local reservado; e específico, isto é, o preceptor deve indicar claramente os comportamentos nos quais o aluno está tendo bom desempenho e aqueles nos quais ele precisa melhorar.

Características de um feedback adequado ► Possui regularidade ► Promove partilha de ideias, participação de ambas as partes envolvidas ► Destaca pontos positivos e negativos ► Promove a autorreflexão ► Motiva para o aprendizado ► Proporciona associação do aprendizado à realidade ► Promove melhora nas habilidades de ensinar e aprender ► Foca no comportamento observado ► Foca em observações específicas

Erros mais frequentemente cometidos: ► Fornecer informação insuficiente sobre o assunto ► Julgar antes de dispor de toda a informação sobre o que será abordado ► Centrar-se na personalidade, em vez de focar no comportamento ► Deixar-se envolver em discussões de outros assuntos, em vez de ser claro e objetivo ► Dar um feedback geral, sem abordar as questões específicas (objetivos pouco claros e ambíguos) ► Não agir com honestidade, sem

comprometimento com a confidencialidade das informações ► Não apresentar ideias e sugestões para melhorar o desempenho

11) Resposta: B

Referência: Tratado CAPÍTULO 104 Anemias e Duncan Cap 91.

Justificativa: Tratado figura 104.1 Algoritmo para investigação e classificação morfológica das anemias segundo o volume corpuscular médio.

A anemia da paciente é hipocrômica microcítica

Os distratores A, C e D apresentam causas de anemia normo ou macrocítica, por isso estão incorretos. A deficiência de ácido fólico e vitamina B12 causam alterações na síntese de hemoglobina, produzindo células imaturas e grandes. O distrator D, além disso, apresenta também anemia com aumento de reticulócitos. A única alternativa compatível com as alterações descritas no hemograma é o distrator B, como pode ser observado na figura da referência citada.

12) Resposta: C

Referência: Duncan cap 58

Justificativa: Duncan cap 58: O profissional de saúde deve estar preparado para acolher e respeitar padrões alimentares individuais e os aspectos culturais, religiosos e ideológicos que podem ter impacto sobre as escolhas alimentares.

Dietas vegetarianas, bem planejadas, são apropriadas durante todas as fases do curso da vida. Considerando que a dieta vegetariana apresenta alimentos com baixa biodisponibilidade de ferro, a necessidade de ferro dos indivíduos que adotam esse padrão alimentar é 1,8 vezes maior. Por isso, é importante orientar sobre a importância de consumir, em uma mesma refeição, alimentos que sejam fonte de ferro e alimentos que contenham os elementos que facilitam a absorção do ferro não heme presente nos vegetais, como alimentos ricos em vitamina A e C.

O ferro heme, que é o ferro presente nas carnes, é mais biodisponível, sendo que sua absorção acontece em percentuais de 20 a 30%. No entanto, o ferro não heme, presente em frutas, verduras, legumes e leguminosas, possui baixa biodisponibilidade e sua absorção é de aproximadamente 2 a 10%, dependendo da composição total da dieta. A absorção será maior se, na mesma refeição, também estiverem presentes alimentos ou compostos que facilitem a absorção do ferro (alimentos ricos em vitamina C, vitamina A e as carnes que potencializam a absorção do ferro não heme e diminuem o efeito de compostos que dificultam a absorção do ferro como cálcio, fitatos e polifenóis). As leguminosas, quando cozidas, contêm 6 a 11% de proteína.

Incluem os feijões de todas as variedades, as lentilhas, as ervilhas secas, a fava, a soja e o grão-de-bico.

13) Resposta: A

Referência: Tratado cap 134 e Duncan Cap 48.

Justificativa: Tratado: A mama pode ser sede de vários tipos de tumores benignos, visto que todos os tecidos que compõem a mama, ou que são adjacentes a ela, podem gerar tumor benigno. Clinicamente, aparece como nódulo com características benignas tanto no exame físico como no complementar. O tratamento consiste no referenciamento ao especialista.

Mulheres com menos de 35 anos de idade: a US é o método de escolha para avaliação das lesões neste grupo etário. Mulheres com 35 anos de idade ou mais: a MMG é o método recomendado. O exame mamográfico pode ser complementado pela US em determinadas situações clínicas. A US complementar não deve ser solicitada nas lesões categorias 2 e 5 (BIRADS®, do inglês Breast Imaging Reporting and Data System)

A Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda, desde 1994, após decisão resultante de Reunião de Consenso, a utilização da expressão alteração funcional benigna da mama (AFBM), chamada anteriormente de doença fibromicrocística, displasia mamária e mastopatia fibrocística. A AFBM manifesta-se, clinicamente, por mastalgia, adensamentos e presença de micro ou macrocistos. Considerando as características do quadro, a sua elevada prevalência e a ausência de associação a risco de câncer, o tratamento deve ser orientado de acordo com a classificação do sintoma após a avaliação clínica do caso. A orientação verbal é a conduta inicial, ou seja, deve-se esclarecer, de forma precisa, que a sua condição é benigna e não há aumento de risco para o desenvolvimento de câncer de mama. Muitas vezes, as mulheres possuem um quadro de extrema ansiedade e angústia pela possibilidade daquele sintoma ser uma lesão maligna. Dessa forma, a orientação verbal quanto à origem funcional e sua evolução natural são suficientes para alívio sintomático, e o índice de sucesso pode atingir até 85% nos casos mais leves. É o momento mais importante da atuação do médico de família e comunidade, pois ele poderá evitar consultas a especialistas e fortalecer o vínculo médico-paciente.

Duncan: Se os fibroadenomas forem sintomáticos ou apresentarem crescimento, recomenda-se a exérese em qualquer faixa etária.

14) Resposta: C

Referência: Tratado cap 32, no Duncan não encontrei.

Justificativa: “o principal dano do rastreamento considerado pelo painel foi o sobrediagnóstico”, definido como um câncer “diagnosticado por rastreamento e que, de outro modo, não seria nem percebido pela mulher durante toda a sua vida”.²²

Uma causa importante é a crença disseminada em relação aos cuidados de saúde de que “quanto mais, melhor”, de que o novo é melhor, junto com uma profunda crença nos benefícios do diagnóstico precoce – o que não se modificou, apesar da conscientização de que a detecção precoce funciona como uma “faca de dois gumes”. A experiência da celebridade Angelina Jolie, com sua mastectomia preventiva, reforçou a fé profunda no poder da detecção precoce.¹⁶ Combinada com essa fé está a intolerância em relação às incertezas, o que pode levar a buscar um excesso de informações que algumas vezes pode ser desnecessário e prejudicial. Outro fator importante é a mudança cultural mais ampla na direção da medicalização cada vez maior da vida diária, assim como os relatos distorcidos da mídia, os quais tendem, muitas vezes, a exagerar os benefícios das intervenções médicas e a minimizar seus danos.

O sobrediagnóstico pode, algumas vezes, ser confundido com o erro diagnóstico, mas, na realidade, são situações diferentes. Um erro diagnóstico implica algum tipo de engano ao nível do médico. O sobrediagnóstico ocorre quando os médicos aplicam regras amplamente aceitas de definições de doenças e diagnósticos – e as pessoas terminam com um “rótulo de doença” que não irá ajudá-las. O problema é a maneira como se está detectando e definindo as doenças – um erro ao nível dos sistemas –, em vez de ser um engano cometido por um médico individualmente. Além disso, é importante reforçar que a conscientização sobre o problema do sobrediagnóstico não desconsidera os problemas bastante reais do subdiagnóstico e do subtratamento. Ao contrário, a principal motivação para abordar o problema de pessoas receberem diagnósticos desnecessários é liberar tempo e recursos para prevenir doenças e tratar aqueles que realmente precisam, aqueles que serão beneficiados por um diagnóstico legítimo e tratamento subsequente.

15) Resposta: B

Referência: Tratado CAPÍTULO 244 Dependência de drogas ilícitas e Duncan Cap 114.

Justificativa:

a) ecstasy causa midríase, aumento da PA e a duração dos efeitos é de 4 a 6 horas, e o desenvolvimento de tolerância rápida impede o uso compulsivo e aditivo.

b) A cocaína é a substância ilícita mais associada a problemas cerebrovasculares.

c) Antipsicóticosfenotiazínicos, como a clorpromazina, devem ser evitados no tratamento de intoxicações agudas pela redução significativa que provoca no limiar de convulsão, mas podem ser úteis, em doses baixas, para o manejo da insônia na abstinência dos estimulantes.

d) a redução de danos é indicada quando o paciente têm dependência e deseja continuar o uso da substância apesar de saber dos riscos.

16) Resposta: C

Referência: OLIVEIRA, R.S.R.; CASANOVA, F. Dor no pé e no tornozelo. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 218. Pág. 5628 a 5661 e Duncan cap 127.

Justificativa: espera-se a melhora da dor e do processo inflamatório agudo em poucos dias, com o uso de analgésicos. Caso não haja alívio da dor, (a paciente refere que não houve melhora em duas semanas), a paciente deve ser reavaliada para possível lesão oculta que não foi diagnosticada previamente, em especial lesões vasculares e neurológicas. Descarta-se fratura óssea pela radiologia realizada na UPA à época da lesão. Lesão estável é, na realidade, um dos prováveis diagnósticos e para o qual vinha sendo realizado o tratamento, sem melhora. Rotura completa dos ligamentos, apesar da gravidade, podem se apresentar sem dor importante, e a paciente relatava que sua dor persistia e procurou o atendimento por causa desta dor. Explicação para a ausência da dor é devido à perda das fibras aferentes nociceptivas presentes nos ligamentos.

Duncan cap 127: Entorses Quando uma articulação é forçada a um movimento além do normal ou em um plano em que não tem mobilidade, ocorre uma resistência ativa e outra passiva a esse movimento. A resistência ativa é exercida pelos músculos que se opõem ao movimento em questão, e sua contração é determinada por um reflexo cujo estímulo centrípeto parte das terminações nervosas proprioceptivas existentes nos ligamentos. A pronta contração dos músculos protege os ligamentos, aliviando-os do estiramento. Esse mecanismo ativo de defesa é muito importante em articulações de carga, sobretudo tornozelo e joelho. Se já houve lesão ligamentar prévia, o ligamento fica laxo por já ter sido rompido e alongado, e o estímulo proprioceptivo falha ou ocorre tarde demais, fazendo com que toda a força de estiramento incida sobre o ligamento, ocasionando nova lesão (entorse crônica ou de repetição). Os elementos passivos de contenção são a cápsula e os ligamentos. A distensibilidade dos ligamentos é muito pequena e varia de um ligamento para outro, e também conforme idade, sexo, inatividade e presença de problemas endócrinos e metabólicos. A intensidade, a velocidade e a direção em que atua a força de tensão determinam o local e o grau da lesão. Velocidades menores tendem a produzir avulsões ósseas das inserções ligamentares. Velocidades maiores produzem estiramentos maiores e, dependendo da intensidade da força, pode

haver: →Ruptura apenas de feixes esparsos de fibras do ligamento (distensão ligamentar ou lesão de primeiro grau). →Ruptura da parte mais esticada do ligamento, na ocasião do trauma, pela posição em que se encontrava a articulação (ruptura parcial ou lesão de segundo grau). →Ruptura completa dos ligamentos de um lado da articulação (lesão de terceiro grau). A entorse ou distorção de primeiro grau de uma articulação (distensão ligamentar) é acompanhada de lesão de poucos e pequeníssimos vasos, e apenas poucas terminações nervosas são atingidas. Por isso, produz dor inicial de curta duração, não acompanhada de aumento de volume nem perda funcional. Apenas algumas horas mais tarde, a dor retorna e já há, então, um discreto aumento de volume e dor localizada à palpação sobre o ligamento ou ao forçar o movimento que produziu a lesão. O tratamento da entorse leve de tornozelo, como na contusão articular, baseia-se na proteção da articulação para evitar novos traumas, no repouso relativo, na aplicação de gelo, na contenção compressiva elástica que restrinja os movimentos e na elevação do membro afetado (em inglês, PRICE – protection, rest, ice, compression, elevation) D. Como não há solução de continuidade do ligamento, essas medidas são suficientes para levar à cura sem sequelas, no prazo de 2 a 4 semanas. Não há necessidade de imobilização, sendo o tratamento funcional (imobilização que permita função do membro com parte do tratamento – braces) superior em relação à melhora clínica C.18 A elevação do membro e a aplicação de gelo, 15 a 20 minutos 3 a 4 vezes por dia, no primeiro e no segundo dia, diminuem a dor e o edema D.19 Na entorse de segundo grau (ruptura parcial de ligamento), ocorre rompimento de vasos maiores e de ramos nervosos, provocando dor imediata, duradoura e ininterrupta. Há um aumento rápido de volume local, uma acentuada limitação funcional e, muitas vezes, surge derrame articular sanguinolento. A pesquisa clínica da firmeza do ligamento é bastante dolorosa, porém permite verificar a mobilidade anormal para o lado contrário do ligamento, em pequeno grau. Isso pode ser avaliado após o quadro doloroso ter diminuído. A anestesia local do ligamento afetado facilita a realização do teste. Se o teste for feito com radiografia, será verificada maior abertura da fenda articular no lado da lesão (de poucos milímetros). É o sinal do “bocejo articular”, que deve ser comparado com a articulação contralateral. Na entorse de terceiro grau (ruptura completa de ligamento), todos os feixes do ligamento estão rompidos de forma mais ou menos irregular, e as pontas podem estar dobradas sobre si mesmas, criando uma diástase na fenda articular que não se desfaz mesmo na posição de relaxamento do ligamento. Ocorre dor intensa no momento da lesão e, com frequência, o paciente percebe um ruído de rasgamento. Depois, há alívio da dor porque, estando rompidos os filetes nervosos, cessa a condução de sensibilidade dolorosa e proprioceptiva. A ruptura de vasos maiores, que sempre acompanha a lesão, leva à formação imediata de hematoma e, posteriormente, de sufusões extensas a jusante. Visto que a cápsula está aberta de um lado da articulação, não há derrame articular, como é comum na entorse de segundo grau. Excetua-se o caso do ligamento

cruzado anterior do joelho, que, por ser intra-articular, provoca hemartrose importante. O teste de estabilidade do ligamento é pouco doloroso e francamente positivo, obtendo-se abertura maior da fenda articular (“bocejo grande”) e um desvio importante no alinhamento entre os ossos para o lado contrário ao ligamento. Radiograficamente, o teste se traduz por grande abertura articular e/ou certo grau de desalinhamento entre os ossos. Esses casos também devem ser tratados por especialista. Nos casos de entorse de segundo e terceiro graus, o tratamento inicial também é realizado utilizando-se as mesmas medidas que no tratamento da entorse de primeiro grau, mas é recomendável que a imobilização seja feita com uma tala gessada em vez de uma contenção elástica D.20 Posteriormente, esses casos devem ser encaminhados a um especialista.

17) Resposta: A

Referência: SILVA, S.A; MACIEL, L. M. Z; MAGALHÃES, P.K.R. Problemas de tireoide. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 179. Pág. 4628 a 4659.

Justificativa: Frente à detecção de um nódulo de tireóide, o desafio encontrado pelo médico de família e comunidade é excluir neoplasia maligna, pois de 5 a 10% dos nódulos de tireóide são carcinoma de tireóide. Desta forma, se faz necessário encaminhamento para investigação do nódulo por cintilografia de tireoide para estabelecer o diagnóstico diferencial e verificar a necessidade de se realizar PAAF. O tratamento medicamentoso prescrito tem como objetivo a compensação do hipertireoidismo, até que se tome a conduta definitiva, depois de realizada a investigação do nódulo. A alternativa b) está errada pois tireotoxicose apresenta-se com TSH suprimido e, não elevado, a c) está errada pois o tratamento não é para remissão do nódulo e nem o encaminhamento é para acompanhar esta remissão e a d) está errada pois nódulo de tireóide necessita investigação e não haverá como o tratamento do mesmo ficar restrito a APS.

18) Resposta: B

O médico deve se utilizar da confiança a ele conferida pela paciente e se colocar disponível para ajudá-la a lidar com o problema, o que envolverá escolher a rede de apoio necessária.

Referência: OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L. B. Abordagem à violência doméstica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 82. Pág. 2132 a 2156.

Justificativa: a pessoa em situação de violência precisa sentir-se segura e podendo confiar na ajuda oferecida para enfrentar o problema de forma ativa, sem vitimização. Uma vez estabelecida a relação de confiança, a forma de enfrentamento do problema, em que se inclui a rede de apoio, deve ser compartilhada e escolhida pela paciente.

19) Resposta: B

Foi equivocada, pois o médico abusou da confiança a ele conferida e não respeitou o sigilo e a privacidade.

Referência: d`OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L. B. Abordagem à violência doméstica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 82. Pág. 2132 a 2156.

Justificativa: na técnica da conversa na abordagem de pessoa em situação de violência, o sigilo e a privacidade devem ser respeitados. A paciente deve escolher para quem e com quem contar, mesmo considerando que a abordagem requer cuidado em rede de serviços.

20) Resposta: B

Diferencia-se do atendimento em pronto socorro, mesmo com resposta rápida à demanda, pois fortalece a qualidade da APS devido ao vínculo e à longitudinalidade. (quarto parágrafo do cap 25, pagina 209 - organização da agenda).

Referência: GUSSO, G; NETO, P.P. Gestão da clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v1., 2019. Cap. 25. Pág. 687 a 707.

Justificativa: Apesar de na APS em questão e no pronto socorro o acesso estar facilitado e ambos servirem como porta d entrada do sistema de saúde, na APS a gestão da agenda se beneficia e se utiliza dos atributos da própria APS como forma de qualificar o atendimento e ser resolutivo para a população sob sua responsabilidade, diferentemente da atenção prestada no pronto socorro, em que o atendimento é pontual, do tipo "queixa-consulta", sem considerar o retorno do paciente para atendimento com o mesmo profissional e, tampouco o registro em prontuário para continuidade do atendimento.

21) Resposta: A

Referência: Tratado Cap 105 e Duncan Cap 88.

Justificativa:

- a) Linfonodomegalia supraclavicular direita ou esquerda Altamente sugestivo de malignidade: tumor gastrointestinal, pulmonar, mediastinal, retroperitoneal, linfoma, infecções bacterianas ou fúngicas de caixa torácica ou retroperitônio
- b) Sugestivo de leucemia e não de linfoma
- c) HIV apresenta-se com linfonodomegalia generalizada aguda com febre.
- d) Linfonodomegalia generalizada associada a lesões eritematosas maculopapulares é sugestivo de sífilis secundária.

22) Resposta: B

Referência: Tratado Cap 105 e Duncan Cap 88.

Justificativa: *Tratado*: Primeiramente, verificar se trata-se mesmo de um linfonodo, pois existem outras estruturas que podem ser confundidas com linfonodomegalia, como uma glândula parótida aumentada, lipomas, cistos branquiais, abscessos e tumores. O tamanho do linfonodo também é importante, pois quanto maior o linfonodo, maior a chance de se tratar de um processo neoplásico.

Dependendo do caso, pode-se iniciar com uma investigação geral, com exames que possam ser mais rápidos, como hemograma, e, no primeiro retorno, solicitar exames mais dirigidos para evitar um tempo longo sem reavaliar a pessoa, o que muitas vezes ocorre quando se solicita muitos exames para quadros inespecíficos. Entre os exames mais úteis na investigação de linfonodomegalia não explicada, destaca-se o hemograma, que pode fornecer várias pistas para o diagnóstico. Linfocitose sem atipia pode indicar infecções virais como influenza; leucocitose com neutrofilia pode sugerir infecção bacteriana; aumento no número de blastos ou nos linfócitos pode sugerir, respectivamente, leucemia aguda ou leucemia linfoide crônica; linfócitos atípicos, em uma pessoa jovem com linfonodomegalia generalizada, podem sugerir mononucleose; já um hemograma com eosinofilia pode sugerir reação a fármacos.

Sugere-se referenciar as pessoas com maior risco de neoplasia, que são aquelas com sintomas crônicos, com mais de 40 anos (se for fator de risco isolado, pode-se iniciar a investigação no serviço de atenção primária), com linfonodos de tamanho muito aumentado (principalmente se > 2,25 cm), com linfonodos endurecidos e aderidos a planos profundos, linfonodomegalia cervical

associada a fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo, etilismo e idade avançada) e linfonodomegalia supraclavicular. Sugere-se referenciar, também, aquelas pessoas com linfonodomegalia inexplicada após investigação inicial, quando estiver sendo proposta a realização de biópsia. A paciente não tinha febre, não faz sentido solicitar exames de doenças agudas como dengue.

Duncan: A ultrassonografia pode auxiliar a diferenciar a linfadenopatia das outras condições que podem se apresentar de forma semelhante. Além disso, pode ser útil para estabelecer com maior precisão as características dos linfonodos acometidos, podendo ajudar a estabelecer a etiologia mais provável. Entretanto, em geral não substitui a biópsia na diferenciação de condições benignas de malignas. Outros exames que podem ser solicitados na investigação de linfadenopatia generalizada sem causa definida a partir da avaliação clínica inicial incluem hemograma completo, Mantoux, anti-HIV, HBsAg, sorologias para toxoplasmose e citomegalovírus e fator antinuclear.

23) Resposta: C

Referência: Cap 244 Tratado e Duncan Cap 114 e 115.

Justificativa: Tratado: O estabelecimento do vínculo é um dos aspectos mais importantes da entrevista, uma vez que é uma patologia crônica e recidivante. Devem-se evitar confrontos e julgamentos, apenas estimulando-se mudanças compatíveis com o estado motivacional da pessoa e utilizando-se o bom senso. Intervenções desse tipo auxiliam a motivar a pessoa e melhoram o planejamento do tratamento. Os principais objetivos são: ●Estabelecer ou reforçar vínculo de confiança. ●Investigar percepções da pessoa acerca de sua relação com o uso de substâncias. ●Investigar motivações para mudança de comportamento. ●Coletar dados do indivíduo para o planejamento em conjunto de seu tratamento. ●Investigar queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo, sua condição social e econômica e como seu padrão de uso tem influenciado esses aspectos. ●Investigar fatores estressores atuais. A avaliação inicial deve incluir: ●Rastreamento breve e efetivo. ●Descrição detalhada do problema. ●Avaliação da motivação. ●Diagnóstico precoce com investigação de comorbidades. ●Plano de tratamento. ●Avaliação de processo e resultados.

24) Resposta: B

Referência: Tratado Cap 129 e 135 e Duncan Cap 38 e 51.

Justificativa:

Tratado: considerar risco de gravidez e fazer e se ha laboratório disponível coleta primeiro. A inserção de DIU de cobre também pode ser usada como método

anticoncepcional de emergência e tem se mostrado efetiva em prevenir a gestação,

A OMS considera adolescentes candidatas adequadas à contracepção com DIU e registra a ausência de risco aumentado de infertilidade entre nulíparas.

Quadro 135.6 | Opções terapêuticas para corrimento vaginal

Candidíase vulvovaginal, Miconazol creme 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite, por 7 dias Ou Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação via vaginal à noite, por 14 dias Ou Clotrimazol creme vaginal 1%, 1 aplicação à noite, por 6-12 dias Fluconazol 150 mg, VO, dose única Ou Itraconazol 200 mg, VO, de 12/12 h, por 1 dia Ou Cetoconazol 400 mg, VO, por 5 dias. Gestantes e mulheres amamentando podem utilizar todos os tratamentos por via vaginal considerados de 1ª opção. Está contraindicado o uso de antifúngico oral durante a gestação e lactação.

25) Resposta: B

Referência: Tratado Cap 79 e 248, Duncan Cap 33.

Justificativa: Inquirir, com respeito, o adolescente sobre temas como sexualidade, uso de drogas e violência é necessário. De forma sistemática, pergunta-se sobre práticas sexuais, sem supor previamente comportamentos. Tratado cap 248

O comportamento sexual de adolescentes é muito motivado pelas expectativas do grupo. Palestras sobre os riscos das doenças ou da gravidez indesejada são pouco efetivas, pois na adolescência há o sentimento de invulnerabilidade.⁴² Abordar as relações sexuais como prazer e erotismo⁴³ e organizar atividades coletivas para conversar sobre situações vividas são mais propícias para empoderar o adolescente. Dinâmicas com perguntas anônimas evitam a exposição e permitem o surgimento de dúvidas sem constrangimento. Profissionais não devem emitir conselhos pessoais, julgamentos ou opiniões sobre virgindade e tipos de relacionamentos.

Condições de vulnerabilidade, de baixa autoestima e de isolamento social devem ser identificadas, e o diagnóstico de uma IST ou gravidez não deve ser compreendida como mero desconhecimento ou irresponsabilidade.

Duncan: Drogas: é importante reforçar a educação e a prevenção ao uso de drogas. As evidências existentes são inconclusivas em relação ao benefício do rastreamento do uso de drogas na adolescência. DST: a American Academy of Family Physicians (AAFP) recomenda aconselhamento comportamental para prevenir DST em adolescentes sexualmente ativos. A efetividade do aconselhamento varia de acordo com o risco individual, o modelo do aconselhamento e, sobretudo, a sua intensidade. Planejamento reprodutivo: deve-se oferecer orientação contraceptiva aos adolescentes que manifestarem interesse em iniciar vida sexual (ver Capítulo Planejamento Reprodutivo).

26) Resposta: D

Referência: Tratado Cap 140 e Duncan Cap 44.

Justificativa: Tratado: É importantíssimo realizar seguimento adequado do tratamento: ●Durante o primeiro ano após o tratamento, os pacientes devem ser orientados a retornar à unidade de saúde e realizar o VDRL a cada 60 dias (as gestantes, mensalmente). ●O aumento do título do VDRL duas diluições acima da última sorologia, mesmo na ausência de sintomas, justifica a realização de novo tratamento, em especial quando a titulação é baixa como 1:8. Ou seja, titulações abaixo de 1:16 não descartam sífilis. ●Indica sucesso de tratamento a diminuição de 2 diluições em 3 meses e de 3 diluições em 6 meses. ●Pode haver persistência de títulos baixos, a chamada "cicatriz sorológica", que pode persistir pelo resto da vida. É importante a certeza de não haver novas exposições, ou seja, o uso de preservativo é fundamental.

Duncan Cap 44: Até o final da gestação, o controle pós-tratamento deve ser feito com a solicitação de dosagens mensais do VDRL. Os títulos devem cair de forma progressiva, permanecendo negativos ou inferiores a 1:8. Ao término da gestação e em não gestantes, recomenda-se a repetição do VDRL quantitativo de três em três meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses até a estabilização. Após um ano, pode-se dar alta na presença de título baixo e estável em duas oportunidades. Deve-se suspeitar de reinfecção quando houver elevação de duas diluições no título. Nesse caso, a gestante deve ser submetida a novo tratamento completo, revisando se o(s) parceiro(s) realizou(aram) o tratamento. Mediante tratamento inadequado ou quadruplicação dos títulos do VDRL, um novo tratamento é recomendado D.

27) Resposta: B

Referência: Tratado Cap 133 e Duncan Cap 38.

Justificativa:

Paciente está em aleitamento parcial.

Tratado: Quadro 133.4 | Principais orientações quanto a métodos contraceptivos A mulher deve saber que: ►O uso de contraceptivos à base de progestagênio não afeta a amamentação (A) ►O método da amenorreia da lactação tem efetividade maior do que 98% para prevenir nova gestação se utilizada nos primeiros 6 meses após o parto, em amamentação exclusiva e por livre demanda, enquanto estiver em amenorreia (B) ►A efetividade do método da amenorreia da lactação diminui em caso de diminuição da frequência das mamadas (não amamentação à noite, alimentação suplementar, uso de bicos ou chupetas), retorno da menstruação ou após 6 meses do parto (C) ►Não é necessário iniciar métodos contraceptivos até 21 dias após o parto (C) ►Contraceptivos hormonais combinados não devem ser iniciados antes de 21 dias após o parto devido ao aumento do risco de trombose (C) ►Se não estiver

amamentando e não houver outras contraindicações, pode iniciar o uso de contraceptivos hormonais combinados após 30 dias (B) ►Se amamentando, deve evitar contraceptivos hormonais combinados nas primeiras 6 semanas após o parto, até que evidências indiquem sua segurança nesse período (C) ►O uso de contraceptivos hormonais combinados entre 6 semanas e 6 meses após o parto não é recomendado para mulheres em aleitamento exclusivo, a menos que outros métodos não sejam aceitáveis ou disponíveis. Se o aleitamento é misto, os benefícios podem superar os riscos (D) ►Se não estiver amamentando, pode iniciar o uso de progestagênio injetável a qualquer momento após o parto (C) ►Se estiver amamentando, deve iniciar o uso de progestagênio injetável após 21 dias do puerpério, a não ser que o risco de engravidar seja grande. ►O dispositivo intrauterino de cobre pode ser inserido nas primeiras 48 horas após o parto ou, se não for possível, após o 28o dia do puerpério, e não há necessidade de uso de método complementar.

28) Resposta: A

Referência: Duncan, 4ª edição, capítulo 40.

VIDOR, A. C. Cuidados no puerpério. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 133. Pág. 3339 a 3366.

Justificativa: É comum certo grau de depressão poucos dias após o parto. Isso reflete uma fase transitória de adaptação a uma situação nova, na qual se destacam como elementos importantes os desconfortos do puerpério imediato, a fadiga, a ansiedade relativa aos cuidados e responsabilidades com o recém-nascido e as mudanças físicas. Em geral, este é um estado de curta duração, não persistindo por mais de 10 dias. Quando se torna mais prolongado ou com sinais de agravamento, pode haver necessidade de avaliação especializada e tratamento específico. Ainda é cedo para fazer diagnóstico de depressão puerperal, mesmo Sueli apresentando alterações de humor. E, desta forma, também, seria precoce a introdução de antidepressivos, além do que outras medidas terapêuticas poderiam ser tentadas como: intervenções comportamentais, suplemento com ômega 3 ácido fólico, S-Adenosyl L-Methionina e Hypericum Perforatum, fototerapia, massagens. Embora a rede de apoio seja importante neste período, a relação entre o casal não parece ser favorável para que Sueli converse com o marido ao ponto de conseguir ajuda com a casa e com o bebê. Solicitar ajuda para a mãe de Sueli seria o mais adequado, considerando-se fortalecer a rede de apoio. É importante o aleitamento materno, sem dúvidas, mas deve haver um olhar atento para os cuidados com a mãe, neste momento e a alternativa foca, somente, na importância dos cuidados com o bebê, fortalecendo as angústias de Sueli, que, justamente, está com dificuldades com este cuidado.

29) Resposta: D

Referência: Tratado Cap 111 e Duncan Cap 27

Justificativa:

Duncan: A amamentação em livre demanda, iniciada logo após o parto e com técnica correta, e o não uso de suplementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento. As manobras para protrair o mamilo antes das mamadas são para mamilos planos ou invertidos.

Antibioticoterapia: indicada quando houver sintomas de mastite graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12 a 24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. Como o *S. aureus* é a bactéria mais encontrada nas mastites infecciosas, o antibiótico de escolha recai sobre os fármacos antiestafilocócicos. O uso de antibioticoterapia preventiva não é indicado D.

A mulher com diagnóstico de abscesso mamário deve ser prontamente encaminhada para drenagem cirúrgica, guiada por ultrassom, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção purulenta para cultura e antibiograma. Além da drenagem, faz parte do tratamento do abscesso mamário o esvaziamento regular da mama afetada, antibioticoterapia e demais medidas indicadas para o tratamento da mastite. A mãe pode continuar a amamentação na mama comprometida. Porém, se a sucção causar muita dor, ela pode interromper temporariamente a amamentação na mama afetada até a dor melhorar. A amamentação deve ser mantida na mama sadia. Os abscessos mamários, se não tratados de modo adequado, podem drenar espontaneamente, com necrose e perda do tecido mamário. Abscessos muito grandes podem exigir ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional.

Tratado: Mastite lactacional e abscesso mamário: a mastite lactacional pode ser evitada por meio de medidas que impeçam a instalação da estase lática, como: a boa pega, o aleitamento sob livre demanda, o esvaziamento completo da mama durante a amamentação, a ordenha das mamas nos casos de produção de leite maior do que a demanda do lactente e, também, o estímulo ao aleitamento materno e ao autocuidado. Na mastite instalada, manifesta por dor, sinais inflamatórios na mama e febre, usar analgésico/antitérmico e antibióticos. O uso de cefalexina, ou amoxicilina, por 7 dias, e orientação para não suspender a amamentação são suficientes. No caso de já ter formado um abscesso mamário, a puérpera deve ser encaminhada para drenagem, às vezes sendo necessário suspender a amamentação naquele peito.

30) Resposta: B

Referência: Tratado cap 35 e 41 e Duncan Cap 10.

Justificativa: Não deve ser convocação e sim um convite.

Duncan: O ecomapa é também um instrumento de avaliação familiar, por meio de uma representação gráfica, que identifica todos os sistemas envolvidos e relacionados com a pessoa, com a família em questão e o meio onde vivem. Inicialmente, foi desenvolvido como ferramenta facilitadora do trabalho de assistentes sociais com famílias com problemas, mas é um excelente instrumento que resume uma grande quantidade de informações e facilita a visualização de áreas que podem ser exploradas para melhorar o sistema social de apoio por toda a equipe de saúde. Esse mapa é uma forma de registro de rede social, do momento a que se refere o informante na consulta. Ninho vazio é quando os filhos saem de casa.

31) Resposta: C

Comentários: Segundo Gusso e Lopes, “entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Os objetivos são adotar e manter padrões de vida saudáveis, usar de forma judiciosa os serviços de saúde à sua disposição, tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e a do meio ambiente. (...) Deve-se ter cuidado em relação à história natural das doenças e aos “exemplos de comportamentos desejáveis”, pois, muitas vezes, são culpabilizantes e em nada ligados ao que se quer evitar (...)

A “palestra do doutor que vai ensinar os alunos” até pode ter alguma utilidade, mas certamente muito menor do que a realizada com a consciência de que, na verdade, o aprendizado é mútuo, e não de uma via única. É fundamental o respeito ao senso comum dos membros, pois os aspectos cognitivos são indissociáveis dos afetivos.”

Assim, as alternativas A, B e D trazem exatamente uma metodologia “bancária” de explanação de assuntos, desconsiderando a subjetividade dos usuários participantes do grupo.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 40

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduitas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Capítulo 11

32) Resposta: C

Comentários: Para que se possa administrar os conflitos que porventura surjam nas equipes de saúde, algumas habilidades são necessárias ao MFC, a considerar:

Habilidades necessárias ao médico de família e comunidade na administração de conflitos (Gusso e Lopes, 2019):

- ▶ Saber ouvir
- ▶ Identificar o problema-alvo e sua causa
- ▶ Negociar até encontrar a melhor solução
- ▶ Falar clara e objetivamente
- ▶ Ter uma postura ética e respeitosa
- ▶ Colocar-se no lugar do outro
- ▶ Fazer críticas construtivas, sem procurar culpados, mas sim soluções. (Por isso a alternativa A está incorreta)
- ▶ Evitar preconceitos e crenças pessoais
- ▶ Reconhecer seus erros
- ▶ Não ignorar os problemas
- ▶ Superar-se sempre

Não existe nenhum veto sobre o assunto na Lei do Ato médico, por isso a alternativa B está incorreta.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo: 42.

Consulta: Lei 12842, de 10 de Julho de 2013, dispõe sobre o exercício da Medicina - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm

33) Resposta: A

Comentários:

A) Trata-se de um quadro de insônia secundária e devido ao luto agudo e com prejuízo das atividades diárias, pode ser feito uso de hipnótico para indução do sono, além das medidas de higiene do sono.

B) Trata-se de um quadro de insônia primária e não parassonia (Englobam as mioclonias, SAOS, Alterações do ciclo circadiano, pesadelos, terror noturno e sonambulismo).

C) Trata-se de um caso de hipertireoidismo com repercussão no sono (insônia secundária por causas médicas) e o tratamento deve ser iniciado com o controle da doença de base.

D) Trata-se também de um caso de insônia secundária por causa médica, que neste caso, trata-se de um quadro de asma descompensada.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo: 241

34) Resposta: C

Comentários: Trata-se de um caso de tinea cruris ou inguinal. O uso de corticoide pode ser associado a antifúngico, desde de baixa potência, por isso as alternativas a e d podem ser descartadas (os corticoides indicados nas alternativas são de média a alta potência). Além disso, a nistatina é indicado para o tratamento da candidíase, não para tratamento de dermatófitos que tem como indicação para tratamento de melhor eficácia, a terbinafina. Como alternativas, pode-se usar imidazólicos (cetoconazol seria uma opção, mas não é a medicação com melhor evidência de cura).

Por isso, a alternativa correta é a C.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo: 204;

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Capítulo 177.

35) Resposta: B

Comentários: Os critérios da ADA são:

Quadro 178.2 | Critérios para rastreamento do diabetes em adultos assintomáticos segundo a American Diabetes Association*

- IMC > 25 kg/m² e
1. Sedentarismo
 2. História familiar (1º grau) para diabetes
 3. HAS
 4. Dislipidemia (triglicérides ≥ 250 mg/dL ou HDL ≤ 35 mg/dL)
 5. História de DMG ou RN com mais de 4 kg
 6. SOP
 7. História prévia de alteração do nível glicêmico
 8. Acantose nigricante
 9. História de DCV

*Na ausência dos critérios anteriores, o rastreamento deve ser iniciado a partir dos 45 anos.
IMC, índice de massa corporal; HAS, hipertensão arterial sistêmica; DMG, diabetes melito gestacional; HDL, lipoproteína de alta densidade; SOP, síndrome dos ovários policísticos; DCV, doença cardiovascular; RN, recém-nascido.
Fonte: American Diabetes Association.²

Assim, a alternativa A está errada porque tios não são parentes de primeiro grau, a pessoa não está com sobrepeso e o isso de ACO não é considerado como critério de eleição para rastreamento;

A Alternativa B é a correta porque além de sedentário, a pessoa tem obesidade, apresenta acantose, o que pode indicar resistência insulínica.

A alternativa C está incorreta porque não tem nenhum critério de rastreamento (considera-se macrossomia quando o bebê nasce com peso ≥ 4kg)

A alternativa D também está errada porque avós não são parentes de primeiro grau e o uso de corticoide inalatório não aumenta risco de diabetes. Além disso, apenas 1 aferição alterada da pressão não fecha diagnóstico de hipertensão.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 157, 178

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Capítulo 93.

36) Resposta: A

Comentários: A alternativa A é a correta pois, além da pessoa ter 72 anos, tem piora progressiva há 1 ano, com terapia múltipla para dor sem resposta.

A alternativa B é incorreta porque a dor, apesar de intensa, tem 30 dias de curso e sem relato de tratamento.

A alternativa C está incorreta porque também tem menos de 30 dias de curso de dor, o exame físico está equivocado por interpretar que o Lasegue é positivo a 90°. Lembrando que Lasegue é positivo com menos de 60° e com irradiação para perna e não somente coxa.

A alternativa D está incorreta porque trata-se de um caso de síndrome de cauda equina e precisa de intervenção imediata e por isso precisa ser encaminhado para o pronto socorro e não para serviços ambulatoriais. A espera por uma vaga ambulatorial pode levar a sequelas neurológicas.

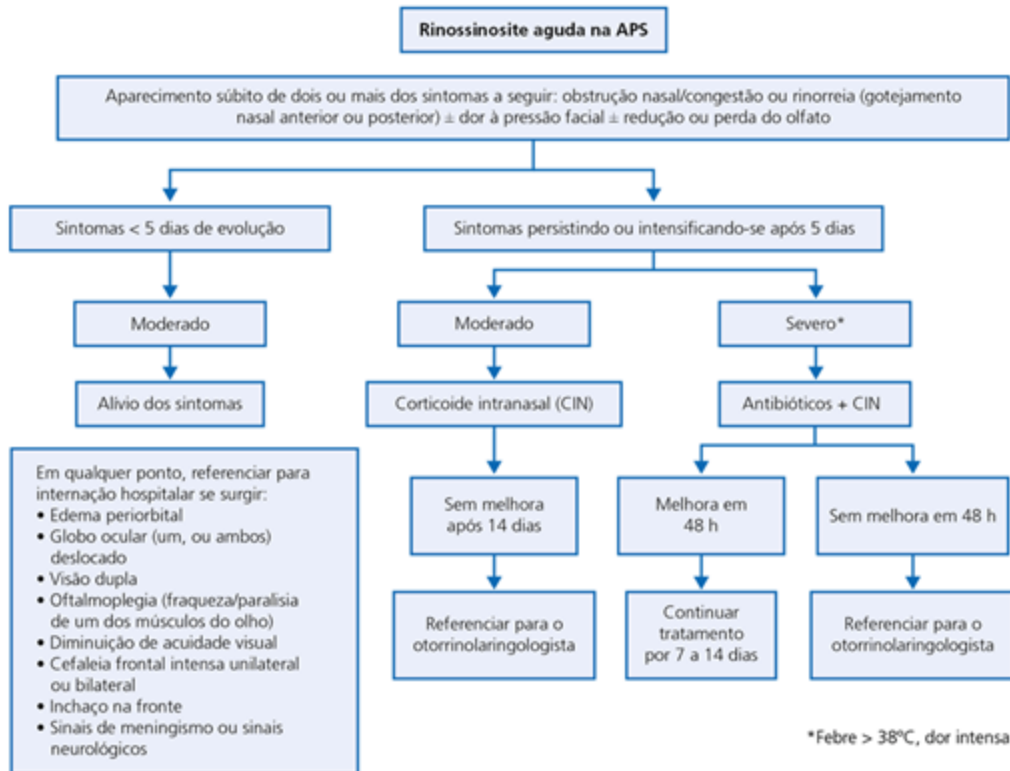
Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 212

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Capítulo 123.

37) Resposta: C

Comentários: Por se tratar de um caso de rinosite aguda não complicada, não se fazia necessário o uso de antibiótico e apenas sintomáticos poderiam ser prescritos, como mostra a árvore decisória abaixo, extraída do Tratado de Medicina de Família e Comunidade.



Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 188.

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Capítulo 158

38) Resposta: C

Comentários: Segundo Gusso, 2019:

“A deficiência de zinco, assim como o uso de algumas medicações ototóxicas (p. ex., ácido acetilsalicílico [AAS], anti-inflamatórios não esteroides [AINEs], aminoglicosídeos), também podem estar relacionadas com a ocorrência de zumbido”

Por isso, alternativa correta é a letra C.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 185

39) Resposta: B

Comentários: O uso off label deve ser desestimulado em qualquer idade e jamais prescrito se não houver indicação clara de qualquer medicação, sob o risco de o MFC estar deixando de fazer prevenção quaternária e incorrendo em medicalização da vida e da educação, contribuindo assim, com o doping educacional.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 240.

40) Resposta: C

Comentários: Trata-se de um caso de hidrocele septada. Os principais diagnósticos diferenciais neste caso são: hérnia inguinal, hidrocele comunicante e cistos de cordão. A hidrocele septada é caracterizada por aumento de volume escrotal fixo (não variável) diferente da hidrocele comunicante em que o volume é variável. E a transiluminação é positiva (presença de líquido) diferente da hérnia inguinal em que é negativa. O tratamento da hidrocele septada é conservador desaparecendo até 12 a 24 meses. Já na hérnia inguinal e hidrocele comunicante o tratamento é cirúrgico.

Não há necessidade de realização de exames complementares para confirmar o diagnóstico. Apenas em caso de dúvida estaria indicada a ultrassonografia da região inguino escrotal.

O encarceramento da hérnia inguinal é motivo para referenciar a criança para urgência para manobras de redução.

Bibliografia utilizada:

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019. **Capítulo 126: Condições cirúrgicas na criança. Página 3173-3187(versão digital)**
2. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 30: Problemas comuns nos primeiros meses de vida 284-299.**

41) Resposta: B

Comentários: O melhor método de avaliação do excesso de peso é o IMC (peso/estatura). O IMC já foi validado como um bom indicador de adiposidade e excesso de peso, guardando estreita relação com outros parâmetros como pregas cutâneas e bioimpedância eletromagnética¹.

O índice peso/idade expressa a massa corporal para idade cronológica. É o índice mais sensível para monitorar o crescimento de menores de um ano. Já índice estatura/idade reflete o crescimento linear da criança. É parâmetro importante na avaliação do crescimento, mas de forma isolada não avalia o excesso de peso^{1,2}.

A medida da circunferência abdominal faz parte da avaliação complementar do excesso de peso em conjunto com a avaliação da pressão arterial sistêmica e o estágio de desenvolvimento puberal segundo a classificação de Tanner².

Bibliografia utilizada:

1. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 31: Excesso de peso em crianças 299-303.**
2. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019. **Capítulo 112: Problemas de crescimento e ganho de peso. Página 2873-2913(versão digital)**

42) Resposta: B

Comentários:

A estrutura de uma consulta de avaliação de problemas relativos de saúde mental na infância deve envolver passos que são diferentes de uma consulta habitual do adulto. Inicialmente deve-se ouvir a opinião dos pais (responsáveis ou cuidadores legais), sendo recomendável esta escuta em separado da criança.

Em um segundo momento, procede-se a escuta da criança se possível sem a presença dos pais. Nesta escuta é importante a criança sentir-se confortável: disponibilizar brinquedos, jogos, sugerir elaboração de um desenho ou uma brincadeira com bonecos. Explorar de forma lúdica e na linguagem da criança suas percepções e sentimentos. Após esta etapa se reúnem os pais e criança para proceder o exame e eventualmente se solicitar exames complementares ou combinar a presença de outras pessoas importantes para a criança.

E após esta avaliação se constrói um plano que pode envolver encaminhamento a outra especialidade ou centros especializados, acompanhamento na APS em conjunto outros profissionais como psicólogo e assistente social ou ainda contato com pedagogo da escola para plano conjunto.

Bibliografia utilizada:

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019. **Capítulo 248: Saúde Mental na Infância. Página 6454-6491(versão digital)**
2. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 22: Saúde Mental da Criança.193-208.**

43) Resposta: A

Comentário:

Trata-se de **caso de Escroto agudo por torção testicular** que é caracterizado por dor e edema escrotal de início súbito com ausência do reflexo cremastérico no exame físico. As principais causas de escroto agudo são: torção do cordão espermático, torção dos apêndices testiculares, epididimite e

orquiepididimites¹. A anamnese e exame físico ajudam no diagnóstico diferencial. A dor e edema escrotal estão presentes tanto nas torções como nas orquiepididimites. Na epididimite a palpação pode demonstrar que o aumento de volume é apenas do epidídimo e que o testículo está poupado. No exame físico o reflexo cremastérico é quase sempre ausente na torção testicular¹.

Os exames complementares só devem ser solicitados para confirmar suspeitas da anamnese e exame físico e não devem atrasar a abordagem cirúrgica¹. Nos casos de suspeita de torção testicular deve-se encaminhar o paciente a emergência para avaliação cirúrgica^{1,2}.

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019. **Capítulo 139: Doenças testiculares e escrotais. Página 3496-3512(versão digital)**
2. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 186: Doenças comuns em Urologia 1835-1844.**

44) Resposta: A

Comentário:

O trabalho na atenção primária à saúde propicia a longitudinalidade do cuidado e conhecimento da comunidade como aliados para certificar uma provável situação de violência ou abuso.

Portanto antes de elaborar um plano de ação ou mesmo notificar uma suspeita de violência o MFC deve fazer uma observação criteriosa da situação. E somente após confirmada a situação de violência notificar e se for o caso acionar outros profissionais ou autoridades como o conselho tutelar.

No caso relatado é importante abordar o adolescente separadamente, garantindo o sigilo e confiabilidade da consulta. E posteriormente ouvir o familiar, no caso a mãe. Uma vez confirmada a suspeita de violência, deve-se notificar e elaborar um plano de ação visando o bem estar e proteção da criança ou adolescente.

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto

Alegre: ARTMED, 2019. **Capítulo 124: Abuso infantil. Página 3140-3157(versão digital)**

2. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 36: Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de violência. Página 343-354.**

45) Resposta: C

Comentários: Esse caso traz os conceitos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde em uma Unidade e com foco em uma família que faz o seguimento na unidade, em especial a D. Magda. Ela já faz o seguimento na unidade, mas não é rotineiro, sendo assim, o primeiro contato já ocorreu em outro momento e o seguimento longitudinal não é rotineiro, e não está descrito uso de outros serviços para ser coordenado. Percebendo que o enfoque de seu pouco uso é o auto-cuidado e a utilização de suas culturas familiares com o uso de plantas medicinais, reforçando a competência cultural do médico em conhecer a pessoa em sua cultura e comunidade (Duncan, p.70-1/ Gusso, cap.4 e cap. 8) / Starfield, p.205-415)

Referências bibliográficas:

Starfield, Atenção Primária. Seção III – Responsabilidade na Atenção Primária. Tratado de MFC – Cap. 4 Atenção Primária à Saúde / Cap. 8 Cultura, Saúde e o médico de família e Comunidade. (e-book)
Duncan. Antropologia e Atenção Primária à Saúde (p.66)

46) Resposta: A

Comentários: Tanto a biguanida (metformina) quanto o iECA (enalapril) podem ser usados para pessoas com TFGe maior ou igual a 30mL/min/1,73. (Gusso, Alterações da Função Renal – Cap.147), pois o iECA é nefroprotetor e não aumenta o risco de acidose metabólica com a mefromina e Função renal acima do estadio 4.

Referências bibliográficas: Gusso, cap. 147 – Alterações da Função Renal.

47) Resposta: A

Comentários: O CAB 30, Duncan e Tratado de Medicina de Família e Comunidade indicam drenagem de abscesso, sem sutura após e indicação de antibioticoterapia em casos específicos (celulite, imunossupressão, corpo estranho, febre) – CAB 30, pg. 15. Duncan, Cap. 182 pg1814, Gusso, cap. 91 – Drenagem de Abscesso. Os abscessos devem permanecer abertos e se possível com um material auxiliando a drenagem (penrose ou gase).

Referências:

CAB 30 – pg 15 – Drenagem de abscesso

TMFC – Cap. 91 – Drenagem de Abscesso

Duncan – cap 182, pg. 1814 – Abscesso Cutâneo

48) Resposta: A

Comentários: A utilização crônica de AINES não está indicada, devendo-se trocar para outro analgésico, além de iniciar tratamento de inativação de PG.

Gabarito: A

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap.117, Abordagem do Paciente com Dor Musculoesquelética. Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 210, Dores Musculares.

49) Resposta: A

Comentários:

No caso da paciente acima, a história previa indica tanto a realização de urocultura como a necessidade de investigação complementar com exame de imagem. No entanto, não há necessidade imediata de encaminhamento ao hospital, criança não está toxêmica.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 139, Infecção do Trato Urinário.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 145, Infecções do Trato Urinário em Crianças.

50) Resposta: A

Comentários:

No caso de incontinência urinária inicialmente se deve proceder com exame físico direcionado (ginecológico) e excluir causa infecciosa com parcial de urina (segundo tratado). Nesta questão também se aborda comunicação clínica.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap.68, O cuidado do paciente idoso.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 142, Incontinência Urinária no Adulto.

51) Resposta: B

Comentários:

No capítulo do Duncan, quando se aborda esse assunto, o abortamento inseguro é prática comum. No entanto ela teria garantido direito a informação e sigilo médico. A referência ao serviço de referência não está indicado, apenas em caso de aborto retido constatado.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 47, Abortamentos.

52) Resposta: A

Comentários:

No capítulo do Duncan, quando se aborda esse assunto, o ajuste de analgésicos é essencial, sendo seguida escala da dor, com possibilidade de medicações adjuvantes. Provavelmente iria-se para opoide forte. A fluoxetina não é adjuvante. O tratamento pode ser domiciliar.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 73, Cuidados Paliativos.

53) Resposta: C

Comentários:

- A. O acidente por lacraias não é abordado no Tratado. No Medicina Ambulatorial é abordado como de menor interesse toxicológico, ressaltando que a dor pode ser intensa. Não há necessidade de encaminhamento.
- B. Tanto o Tratado como o Medicina Ambulatorial contraindicam fazer garrotes e torniquetes.
- C. Tratado não aborda acidentes com celenterados/cnidários. No Tabela 189.6 do Medicina Ambulatorial é abordado o manejo como descrito na questão
- D. Além de ser arriscado orientar a comunidade a atentar-se somente à cor do escorpião, acidentes por *T bahiensis* (conhecido com “escorpião preto” ou “escorpião marrom” dependendo da região), por exemplo, são incluídos no Tratado e Medicina Ambulatorial como importantes; embora o Medicina Ambulatorial ressalte na Tabela 189.3 que os quadros moderados a graves são mais frequente em crianças picadas pelo *T serrulatus*. Como observação própria, adiciono que noto ser comum a veiculação na mídia de que só acidentes por escorpiões amarelos são graves.

Referências:

SOUSA TCJ. Picadas de cobras, aranhas e escorpiões Em: GUSSO G; LOPES JMC; DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.
DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

54) Resposta: B

Comentários:

- A. Após observar a criança não responde, uma adulto sozinho em casa com a criança deve, segundo o Tratado, iniciar a RCP por 2 minutos antes de ligar para o SAMU. Não é o caso.
- B. Correta, pois nesta situação temos mais de um socorrista treinado.
- C. Erro comum salientado pelo Tratado.
- D. A frequência é de 100 compressões por minuto.

Referências:

GUSSO G; LOPES JMC; DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

55) Resposta: C

Comentários:

- A. Segundo o capítulo 190 do Medicina Ambulatorial, a ingestão de 10 a 20mg/kg é potencialmente fatal
- B. Algo geralmente bastante abordado. Tratado trás como a primeira “armadilha” na abordagem do risco de suicídio
- C. A lavagem gástrica com sonda orogástrica está indicada conforme o Medicina Ambulatorial; dado presente na Tabela 190.4 e durante o capítulo 190. No Tratado isso é abordado no capítulo 253 que traz a seguinte informação:
 - a. “A realização de lavado gástrico (LG) não deve ser indicada de rotina. Seu uso deve ser restrito à ingestão de doses reconhecidamente tóxicas ou potencialmente letais quando a pessoa chega ao atendimento dentro de 1 hora da exposição. Em raras situações, como medicamentos que retardam o esvaziamento gástrico, o LG mais tardio teria algum benefício.”
- D. Medicina Ambulatorial traz no capítulo 115 o aumento do risco de comportamento e ideação suicida relacionado ao uso de antidepressivos em adolescentes, evidenciado por **metanálises de ensaios clínicos randomizados**. No mesmo capítulo é abordado, segundo **estudos observacionais** que a redução na prescrição de antidepressivos, após o *black-box* do FDA, aumentou o número de suicídios (tal fator pode confundir, mas não deveria). Tratado traz no capítulo 256 que em

“indivíduos jovens, sua prescrição tem sido associada ao aumento do risco de suicídio” (não há conflitos com o capítulo 238). Para confirmar a idade, verifiquei a referência citada pelo Tratado [Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. Washington: Department of Veterans Affairs; 2013] que traz as seguintes recomendações (obs: as duas recomendações foram removidas da atualização de 2019 guideline do VA/DoD sem justificativa):

- a. *Patients ages 18 to 25 who are prescribed an antidepressant are at increased risk for suicidal ideation and warrant increase in the frequency of monitoring of these patients for such behavior*
- b. *Young adults (18-24) started on an antidepressant for treatment of depression or another psychiatric disorder should be monitored and observed closely for emergence or worsening of suicidal thoughts or behaviors during the initiation phase of treatment.*

Referências:

SILVA FD. Emergência psiquiátrica. Em: GUSSO G; LOPES JMC; DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

SILVA CAM; RODRIGUES RD. Intoxicações agudas. Em: GUSSO G; LOPES JMC; DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

NETO PP; FREITAS FL. Tristeza, sensação de depressão e perturbações depressivas. Em: GUSSO G; LOPES JMC; DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

TORRES JB; PEDROSO JAR; RAZERA JC. Envenenamentos Agudos. Em: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KIELING C; ISOLAN L; ROHDE LA; ZAVASCHI MLS. Transtornos Mentais na Infância e Adolescência. Em: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

56) Resposta: C

Comentários:

- A. Para o rastreamento de bacteriúria assintomática é solicitado urocultura, sendo o EQU solicitado para rastreamento de proteinúria.
- B. HBsAg para rastreio de hepatite B.
- C. Segundo o enunciado não consulta com médico e enfermeiro há três anos, então muito provavelmente tem indicação de rastreamento segundo o Medicina Ambulatorial e o Tratado.
- D. Medicina Ambulatorial e Tratado recomendam o TOTG após 24 semanas e citam a glicemia de jejum como rastreio no primeiro trimestre.

Referências:

GAIO DZM. Acompanhamento de Saúde da Gestante e da Puérpera. Em: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LENZ MLM; TAKIMI LN; WOLLMANN L. Pré-natal de baixo risco. Em: GUSSO G; LOPES JMC; DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

57) Resposta: B

Comentários:

A alternativa correta é a letra B. Conforme capítulo 14 sobre Modelo de Atenção Às Condições Crônicas (pág 124) do DUNCAN, o paciente possui uma boa capacidade de autocuidado e condição clínica está controlada, neste sentido poderia ser alocado no estrato 3 do MACC, por meio da tecnologia da gestão das condições de saúde e com ênfase relativa nas ações de autocuidado apoiado. A letra A está errada pois a proposta de Gestão de Caso dentro do MACC deve ser priorizada para pacientes do estrato 5. A letra C também está errada pois o paciente não é do estrato 5, pois tem boa capacidade de autocuidado e sua condição clínica está controlada. A letra D está errada, pois o paciente apresenta uma condição clínica, que mesmo estando controlada demanda ações de atendimento clínico da equipe, não sendo caracterizada apenas para demanda de ações de prevenção e promoção da saúde (estratos 1 e 2 do MACC). O Tratado de Medicina de Família e Comunidade não aborda o tema Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Referências bibliográficas:

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

58) Resposta: A

Comentários:

A alternativa correta é a letra A. O Duncan (p. 624-626) cita com base em evidências quais as melhores opções de associação de anti-hipertensivos. Neste sentido a associação de um diurético ao Captopril já em uso se mostra a melhor opção. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Capítulo 161) aponta que a associação preferencial do IECAs se dá com os diuréticos tiazídicos e bloqueadores de canais de cálcio, sendo que destes a questão apresenta a opção diuréticos tiazídicos.

Referências bibliográficas:

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

59) Resposta: D

Comentários:

A resposta correta é a letra D, pois o paciente acima de 75 anos não tem indicação de exames de rastreamento, conforme Duncan p. 638. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 72) da mesma forma orienta que a partir de 75 anos não há orientação para rastreamento de câncer de colon, nem há evidências que embasem rastreamento de outras doenças nesta faixa etária acima dos 75 anos. O CAB Rastreamento do MS aponta a mesma orientação de não mais fazer exames de rastreamento após os 75 anos.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 29: rastreamento. Brasília, 2010

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

60) Resposta: C

Comentários: A resposta correta é a letra C. O Duncan na página 1091 no capítulo destinado ao tratamento de transtorno de ansiedade aponta a disfunção sexual associada ao uso de Inibidores da receptação da serotonina, a exemplo da Fluoxetina. Desta forma a letra A está errada, considerando que a primeira hipótese é que esta disfunção esteja associado ao uso da Fluoxetina. A letra B também está errado, pois os tratamentos medicamentosos para transtorno de ansiedade devem ser continuados por pelo menos 6 meses. A letra C está correta, pois a introdução da Bupropiona pode reduzir os efeitos indesejados de disfunção sexual da Fluoxetina. A letra D está errada pois esta situação não configura piora da condição clínica como primeira hipótese diagnóstica, não havendo necessidade de busca de consulta especializada de psiquiatria. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 236) também considera a Bupropiona como escolha para apoio nos efeitos de disfunção sexual gerados pelos inibidores da receptação da serotonina.

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

61) Resposta: C

Comentários: A ideia proposta das visitas domiciliares não parte da necessidade de existir uma doença. O enunciado fala em visitar todos os recém-nascidos. Embora essa seja uma oportunidade para conhecer o ambiente familiar e social das crianças, em geral não será um momento em que se buscará o

entendimento da experiência com uma doença, como citado no distrator A. Também não é uma abordagem com foco no gerenciamento de recursos, visto que em geral não irá envolver a solicitação de exames, prescrição de medicamentos ou encaminhamento para outros especialistas, o que torna os distratores A e B incorretos. A proposta é de se realizar visitas domiciliares, mas não de morar no mesmo habitat em que os recém-nascidos vivem, o que é citado nos distratores B e D. A visita domiciliar é um princípio da medicina de família e comunidade. Ao fazê-la para recém-nascidos, é possível realizar promoção e prevenção, além de identificar os riscos existentes nessa população. Envolve avaliações quanto a amamentação, cuidados com a criança, vacinas, entre outros.

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

Freeman, Thomas R. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Freeman, Thomas R. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

62) Resposta: C

Comentários: O terceiro componente do método clínico centrado na pessoa (MCCP) envolve a definição do problema a ser manejado, o estabelecimento de metas e prioridades de tratamento e a identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico. Embora, tecnicamente, todas as condutas apontadas possam ser consideradas apropriadas, o MCCP recomenda que o plano de cuidados seja estabelecido por meio de decisão compartilhada. “A prática médica é realizada, na maior parte das vezes, de forma vertical, em que o médico decide a melhor opção de tratamento ou intervenção para sua pessoa, com base nas evidências disponíveis. Entretanto, há evidências de que a adesão medicamentosa, as mudanças de hábitos de vida e a satisfação com o tratamento são maiores quando a decisão é tomada de forma compartilhada” (Tratado de MFC, capítulo 16, p. 143). Os distratores A, B e C trazem prescrições definidas pelo médico. Somente o C propõem uma abordagem com compartilhamento da decisão quanto ao tratamento a ser adotado.

Referências bibliográficas:

Lopes, José Mauro Ceratti; Dias, Lêda Chaves. Consulta e abordagem centrada na pessoa (Capítulo 15). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Umpierre, Roberto; Engel, Laureen. Tomando decisões compartilhadas: colocando a pessoa no centro do cuidado (Capítulo 16). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Kolling, Marcelo Garcia. Método clínico centrado na pessoa (Capítulo 8). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

63) Resposta: D

Comentários: O enunciado descreve um estudo experimental, em que os pacientes são distribuídos ao acaso para receber a intervenção (hidroxicloroquina) ou nenhum tratamento antiviral (controle). Portanto, é um ensaio clínico controlado randomizado, o que torna os distratores A e C incorretos. O desfecho primário é o resultado de um exame. Resultados aferidos com base em testes bioquímicos ou laboratoriais, de acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, capítulo 29, avaliam evidência orientada pela doença (DOE). Desfechos como morte, morbidade e qualidade de vida seriam evidências orientadas para assuntos relevantes para as pessoas (POEM). Portanto, os distratores B e C estão errados.

Referências bibliográficas:

Stein, Airton Teitelbom. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do médico de família e comunidade (Capítulo 29). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Duncan, Bruce B.; Schmidt, Maria Inês; Falavigna, Maicon. Prática da medicina ambulatorial baseada em evidências (Capítulo 5). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Schmidt, Maria Inês; Duncan, Bruce B. Aplicando evidências em decisões clínicas: conceitos básicos de epidemiologia clínica (Capítulo 6). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Molina-Bastos, Cynthia Goulart; D'Avila, Otávio Pereira; Rigatto, Maria Helena S. P. Pesquisa quantitativa (capítulo 67). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

64) Resposta: B

Comentários: Trata-se de um estudo para avaliar fatores prognósticos para complicação de uma doença. Portanto, de acordo com o quadro 29.11 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, o estudo de coorte seria o melhor tipo de delineamento para este tipo de pergunta clínica.

Referências bibliográficas:

Stein, Airton Teitelbaum. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do médico de família e comunidade (Capítulo 29). In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Duncan, Bruce B.; Schmidt, Maria Inês; Falavigna, Maicon. Prática da medicina ambulatorial baseada em evidências (Capítulo 5). In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Schmidt, Maria Inês; Duncan, Bruce B. Aplicando evidências em decisões clínicas: conceitos básicos de epidemiologia clínica (Capítulo 6). In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Molina-Bastos, Cynthia Goulart; D'Avila, Otávio Pereira; Rigatto, Maria Helena S. P. Pesquisa quantitativa (capítulo 67). In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

65) Resposta: A

Comentários: O enunciado descreve um quadro de pneumonia em uma mulher idosa com diabetes. O manejo da pneumonia envolve a decisão sobre o local adequado de tratamento e a escolha da antibioticoterapia apropriada. Em pessoas com comorbidades, como diabetes, quando a opção é por tratamento ambulatorial, o antibiótico de escolha é uma fluoroquinolona como levofloxacino, podendo-se utilizar alternativamente amoxicilina+clavulanato. É essencial reavaliar o paciente entre 48 e 72 horas, se possível precedido por um contato telefônico em 24 horas. No entanto, antes de definir o antibiótico adequado, é necessário avaliar qual o melhor local para realizar o tratamento. Na Atenção Primária à Saúde, deve-se utilizar o escore CRP-65, que não depende da realização de exames laboratoriais ou de imagem. Esse escore atribui um ponto para cada um dos seguintes: confusão mental; frequência respiratória (FR) maior ou igual a 30; pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg e/ou pressão diastólica menor ou igual a 60 mmHg; idade maior ou igual a 65 anos. Claudete apresenta CRP-65 de 2 pontos (FR 36 e idade de 70 anos). Nesse caso, deve-se considerar o encaminhamento para tratamento hospitalar, o que

torna os demais distratores incorretos. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, p. 1308, um dos erros mais frequentemente cometidos é “não reconhecer a gravidade do quadro de pneumonia pelo fato de não usar os critérios de gravidade que orientam a antibioticoterapia inicial e o local adequado de tratamento”.

Referências bibliográficas:

Fernandes, Eduardo de Oliveira; Teixeira, Cassiano. Infecções das vias aéreas inferiores (Capítulo 155). In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Teixeira, Paulo José Zimmermann; Brito, Renata Ulmann. Infecções do trato respiratório no adulto (Capítulo 136). In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

66) Resposta: D

Comentários: A ausência de sintomas ginecológicos e de atraso menstrual afastam a possibilidade de gravidez ectópica e de doença inflamatória pélvica como causas mais prováveis. Embora tenha ocorrido diarreia no primeiro dia, esse pode ser um sintoma de apendicite, que tende a evoluir com dor localizada na fossa ilíaca direita, podendo se encontrar no exame físico os sinais de Blumberg e de Rovsing (dor referida na fossa ilíaca direita à palpação da fossa ilíaca esquerda). O tratamento é cirúrgico, devendo se encaminhar para avaliação hospitalar.

Referências bibliográficas:

Trindade, Thiago Gomes. Dor abdominal (Capítulo 165). In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Osvaldt, Alessandro Bersch; Costa, Mário Sérgio T. Borges. Avaliação inicial da dor abdominal aguda (Capítulo 81). In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

67) Resposta: B

Comentários: A primaquina é um medicamento importante no tratamento de infecção por *P. vivax*, pois é o único com ação esquizonticida tecidual

(hipnozoitocida) e, portanto, capaz de evitar as recaídas da doença. O tratamento deve ser feito por 14 dias. Embora possa se realizar o tratamento com dose dobrada por 7 dias para tentar melhorar a adesão, a eficácia é menor em relação ao esquema de 14 dias. "Devido à presença de hipnozoítas (formas metabolicamente inativas presentes no fígado, próprias da malária por *P. vivax*), em cerca de 60% dos pacientes não tratados ou inadequadamente tratados para o *P. vivax*, os sintomas clínicos recorrem após um período de latência. Isso depende da cepa do parasito, caracterizando as recaídas precoces (8-10 semanas após o ataque inicial) e as recaídas tardias (entre 30-40 semanas do ataque inicial, podendo ocorrer até mesmo após vários anos)" (Tratado de MFC, capítulo 258, p. 2228; Medicina Ambulatorial, capítulo 148, p. 1567). O paciente em tratamento para malária deve ser acompanhado pela equipe de atenção primária à saúde a cada 2 dias. Uma evolução desfavorável deve levar a suspeita de coexistência de outra espécie de *Plasmodium* (infecção mista), não detectada no primeiro exame. A recaída dos sintomas antes de 28 dias, deve ser tratada com derivados da artemisinina, medicamentos utilizados na malária causada por *P. falciparum*. No caso de Pedro, ele evoluiu com melhora dos sintomas no acompanhamento realizado nos primeiros dias e a recaída aconteceu 2 meses depois. Portanto, o mais provável é que a recaída seja por *P. vivax* e não por infecção mista, visto que o tratamento com primaquina foi incompleto, estando o distrator A errado. O distrator C é incorreto, pois não se trata de recaída tardia e o tratamento descrito é para *P. falciparum* ou para infecção mista. A malária grave tem como sinais de alerta convulsões, anemia intensa, sangramentos, dispneia, vômitos repetidos, hipotensão arterial, oligúria, icterícia e distúrbio da consciência. Tais achados não estão presente no caso, tornado o distrator D incorreto.

Referências bibliográficas:

Fontes, Cor Jesus F.; Rodrigues, Alex Miranda. Malária (Capítulo 258). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Fontes, Cor Jesus F. Malária (Capítulo 148). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

68) Resposta: D

Comentários: A vacina BCG é efetiva na prevenção da hanseníase, estando indicada aos contatos intradomiciliares que estejam sem sinais e sintomas da doença. É considerado contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos cinco anos com a pessoa que tenha

hanseníase, independente da sua forma clínica. Contatos com menos de 1 ano de idade, já vacinados com BCG, não precisam de uma nova dose. Os demais, sem cicatriz da vacina ou com uma cicatriz, devem receber uma dose. Se alguém já tiver duas cicatrizes de BCG, não precisa ser vacinado.

Referências bibliográficas:

Zanoli, Robson A. Hanseníase (Capítulo 205). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Pena, Gerson; Grossi, Maria Aparecida de Faria. Hanseníase (Capítulo 150). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

69) Resposta: C

Comentários: Embora neuropatia diabética seja um diagnóstico possível, a simples associação entre neuropatia e diabetes não leva necessariamente a esse diagnóstico, sendo necessário prosseguir a investigação para descartar outras causas. Portanto, o distrator A está errado. A ressonância nuclear magnética estaria indicada para investigação de mielopatia e radiculopatia, condições que mimetizam neuropatia periférica. No caso, não há relato de dor lombar e de incontinência urinária ou fecal, ou hiperreflexia no exame físico para levantar essas suspeitas, estando B incorreto. O distrator D está errado, pois não há indicação de encaminhamento para neurologia. Na neuropatia periférica simétrica, axonal e sensitivo-motora, o encaminhamento estaria indicado se fossem descartadas causas como diabetes, alcoolismo, medicamentos, deficiência de B12, hipotireoidismo e Aids. Nélio não toma bebidas alcoólicas e não faz uso de medicamentos que possam causar diretamente neuropatia. A investigação deveria prosseguir então para descartar outras causas (deficiência de B12, hipotireoidismo e Aids), que se ausentes, apontariam para o diagnóstico de neuropatia diabética. Outras indicações de encaminhamento seriam doença desmielinizante na eletroneuromiografia, mononeuropatias em sítios incomuns de compressão, dificuldade diagnóstica e polineuropatias com características atípicas, como sintomas proximais, acometimento de nervos cranianos, sintomas maiores nos membros superiores do que nos inferiores, predomínio de sintomatologia motora ou evolução aguda.

Referências bibliográficas:

Roman, Rudi; Vidal, Tiago Barra; Schuh, Artur F. Schumacher. Neuropatias periféricas (Capítulo 233). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Leitão, Cristiane Bauermann; Canani, Luis Henrique; Schmidt, Maria Inês; Duncan, Bruce B. Prevenção e manejo das complicações crônicas do diabetes (Capítulo 94). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

70) Resposta: A

Comentários: Nos casos de doença meningocócica, a quimioprofilaxia deve ser realizada em até 48 horas da exposição com o caso índice. Está indicada para todos os contatos domiciliares, sendo rifampicina o medicamento de escolha. Ceftriaxona e ciprofloxacino são esquemas alternativos. A vacina meningocócica conjugada C faz parte do calendário vacinal de rotina.

Referências bibliográficas:

Petta, Helena Lemos; Freitas, Felipe Teixeira de Mello; Gualberto, Felipe Augusto Souza. Meningite (Capítulo 234). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Não há um capítulo sobre esse tema no Medicina Ambulatorial.

71) Resposta: D

Comentários: Teleconsulta é uma “consulta registrada e realizada entre um profissional da área da saúde e um usuário ou paciente, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de diagnosticar, prescrever, tratar ou esclarecer dúvidas sobre sinais e sintomas de, especificamente, uma pessoa ou um grupo de pessoas sem existir a avaliação presencial direta no momento ou em um momento anterior” – identificada na interação entre Márcia e Evalda. Teleconsultoria é uma “consulta registrada e realizada entre profissionais e gestores de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. – identificada na interação entre Márcia e a endocrinologista. Segunda opinião é uma “resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas, considerando o papel ordenador e coordenador do cuidado da APS. O objetivo é auxiliar a prática profissional em serviços de APS, promovendo um cuidado integral e longitudinal, garantindo a gestão dos recursos disponíveis de acordo com cada realidade.”

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 19: Atendimento em saúde por meio de recursos digitais.

72) Resposta: B

Comentários: De acordo com Código de Ética Médica, é vedado ao médico: “Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.” (vide Duncan, p. 142). Como no caso em questão, a liberação do prontuário não tende a pôr em risco João Alfredo, os distratores A e D estão incorretos. Também se destaca no Código de Ética Médica que o prontuário deve permanecer “sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente”, o que torna distrator C incorreto. Com base nas afirmações acima o distrator B é o correto.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 16, Registros Médicos, Certificados e Atestados, p. 137-144.
Gusso; Lopes; Dias. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 13: Ética na atenção primária à saúde.

73) Resposta: D

Comentários: A transmissão vetorial do *T. cruzi* foi substancialmente reduzida no Brasil nos últimos anos, tendo sido ultrapassada pela transmissão oral (distrator A incorreto). O maior impacto em termos de mortalidade da Doença de Chagas ocorre por meio das complicações cardíacas – cardiopatia chagásica crônica (distrator C incorreto). “Mulheres portadoras da infecção crônica não devem restringir a amamentação, exceto na vigência de sangramento mamilar” (Tratado; distrator B incorreto). Dois medicamentos são utilizados para o tratamento da Doença de Chagas: benzonidazol e nifurtimox, sendo este reservado para situações em que há impossibilidade do uso do primeiro.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 146: Doença de Chagas, p. 1551-6.
Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 259: Doença de Chagas.

74) Resposta: A

Comentários: O ferimento é superficial, único e ocorreu em membros (excetuando extremidades – mãos ou pés), caracterizando um ferimento leve. O cão é conhecido, não suspeito para raiva. A conduta mais adequada seria observar o cão por um período de 10 dias. Caso saudável ao fim do período, encerrar o caso. Caso morto, desaparecido ou com sintomas de raiva nesse período, iniciar vacinação antirrábica.

Gabarito: A

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 152: Raiva, p. 631-639.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 74: Imunização e vacinação.

75) Resposta: B

Comentários: Quadro clínico característico de paralisia de Bell, sem sinais de alerta que indiquem necessidade de encaminhamento para hospital ou mesmo atenção secundária em momento subsequente (distratores A e D incorretos). Hiperacusia é sintoma comum nos casos de paralisia de Bell, inclusive tornando o diagnóstico mais provável. Frente ao diagnóstico de casos leves, como de Renata, está indicado a orientação quanto ao curso benigno usual da doença bem como o uso de corticoide oral por 7 dias. Não há evidência de benefício com o uso de antivirais em casos de paralisia de Bell (distrator C e D incorretos).

Observação: Duncan não aborda este tema.

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 227: Paralisia facial.

76) Resposta: B

Comentários: Bruno apresenta episódios recorrentes de palpitação, a princípio, sem doença estrutural cardíaca (embora faltem informações). Ao exame observa-se quadro de taquiarritmia com ritmo regular, sem instabilidade hemodinâmica. O eletrocardiograma realizado em outro episódio com quadro clínico semelhante, mostrou taquiarritmia com QRS estreito (<0,12ms) e ausência de onda P, sugestivo de taquiarritmia supraventricular, com resposta à massagem do seio carotídeo. O quadro global torna o diagnóstico de taquicardia supraventricular paroxística o mais provável. Além disto, fibrilação atrial cursa com ritmo cardíaco irregular. Taquicardia sinusal, que também poderia estar presente em uma crise de ansiedade, apresenta onda P no eletrocardiograma.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 97: Arritmias, p. 957-965.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 159: Palpitação e arritmia.

77) Resposta: D

Comentários: “A hiperidrose focal idiopática atinge um ou mais dos seguintes sítios anatômicos: axilas, palmas das mãos, plantas dos pés, face e couro cabeludo”, enquanto a “hiperidrose generalizada atinge a maior parte da superfície corporal e geralmente representa a manifestação de uma causa subjacente” (Duncan). Pode-se afirmar com segurança que o diagnóstico mais provável para Bruno é hiperidrose idiopática focal (exclui distratores A e B). “Exames laboratoriais devem ser solicitados quando, a partir da história e do exame físico do paciente, há suspeita de alguma causa secundária”, que não é o caso de Bruno. (Duncan – exclui distrator C). “O tratamento com produtos tópicos é considerado a primeira opção no manejo dos pacientes com hiperidrose. A maioria desses produtos é composta de algum tipo de antitranspirante” (Duncan), sendo o cloreto de alumínio o mais prescrito.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 170: Ressecamento da Pele e Sudorese Excessiva, p. 1743-1747.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 195: Sudorese.

78) Resposta: D

Comentários: Trata-se de uma lesão elevada, em lábio superior, com cerca de cinco centímetros, com centro ulcerado que se desenvolveu em cicatriz de queimadura prévia. Além disto, tabagista e etilista. Ou seja, características clínicas e fatores de risco compatíveis com carcinoma epidermoide.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 173: Tumores Benignos e Cistos Cutâneos, p. 1758-1763.
Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 174: Cânceres de Pele, p. 1763-1769.
Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 4ed, cap. 202: Nevos,

79) Resposta: C

Comentários: O quadro clínico de Juarez é sugestivo de tendinopatia do tendão calcâneo. De acordo com Duncan "exames complementares são em geral desnecessários. A radiografia pode mostrar a presença de calcificações intratendíneas, principalmente junto à inserção do tendão calcâneo. A ultrassonografia é útil para evidenciar o espessamento do tendão e alterações do seu padrão fibrilar, inclusive rupturas." (Duncan) O caso é leve, de início recente, associado às corridas de Juarez. O uso de corticosteroide local não está indicado e o "tratamento cirúrgico está indicado na falha do tratamento não cirúrgico." (Duncan)

Referências bibliográficas:

Duncan et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 129: Dor no Quadril, Joelho e Pé, p. 1279-1294.
Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 218, Dor no pé e tornozelo.

80) Resposta: A

Comentários: O primeiro passo no tratamento da epistaxe anterior, caso de Roberto, deve ser fletir a cabeça para frente e fazer a compressão da região da asa nasal por aproximadamente 10 minutos (distrator A). Tanto a aplicação tópica de Lidocaína com Oximetazolina como o tamponamento anterior

(distratores B e C) costumam ser reservadas para situações em que houver persistência do sangramento mesmo após as primeiras medidas apontadas no distrator A. De acordo com Tratado, há indicação de avaliação hospitalar se houver complicações da perda de sangue, sangramento persistente ou na presença de comorbidades, não sendo o caso de Roberto.

Referências bibliográficas:

Duncan et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, cap. 157: Epistaxe, p. 1627-33.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ed, cap. 182, Epistaxe na atenção primária à saúde.