

GABARITO DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – 2021

Questão 1: **GABARITO A**

Justificativa

O médico critica os tratamentos naturais e massagens realizados por Jonas, que segundo a esposa são as únicas coisas que têm aliviado a dor no quadril e insiste no que ele próprio indicou (medicamento e fisioterapia), que não tem trazido melhora.

Além disso, não aborda a questão com empatia, deixando de fortalecer a relação médico-paciente, que faz parte do quarto componente (alternativa A correta).

O médico não compartilha a decisão sobre os tratamentos, como previsto no terceiro componente (distrator B errado).

Jonas apenas comenta que o filho lhe leva na fisioterapia e que foi pegar o resultado do exame para ele, mas o médico não aborda o contexto familiar e social, que fazem parte do segundo componente, e parece desconsiderar a dificuldade com a distância para ir na fisioterapia (distrator C errado).

As ideias, sentimentos, expectativas e o impacto dos sintomas na funcionalidade pertencem ao primeiro componente e o médico não avalia o que Jonas acha que pode estar causando suas dores no quadril, quais suas expectativas com o tratamento e como as dores tem impacto nas suas atividades diárias. Também parece não ter considerado os sentimentos (preocupações) sobre a presença de hematúria (distrator D incorreto).

Referências

Schmidt, Maria Inês; Duncan, Bruce B. Aplicando Evidências em Decisões Clínicas: Conceitos Básicos de Epidemiologia Clínica. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 6, p. 54-66.

Lopes, José Mauro Ceratti; Dias, Lêda Chaves. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 15, p. 132-142.

Questão 2: **GABARITO B**

Justificativa

- a) Indicar fisioterapia mais próxima a casa do paciente. Esta errado, pois esta é uma competência comunitária de conhecer o território e suas rede de serviços, e não competência cultural
- b) Reconhecer a sabedoria popular e potencializar o cuidado. A competência cultural do MFC deve reconhecer as crenças, cultura e sabedoria popular e não desconsiderar coo fez o médico. Deve potencializar para otimizar o cuidado
- c) Prescrever uma dieta rica em verduras da região. Deve conhecer os hábitos de vida e os recursos da comunidade, mas não é o ponto central para o cuidado do Sr Jonas
- d) Orientar que o chá e massagens com ervas não são efetivas. Está errado, pois ele pode identificar o que está sendo utilizado, valorizar e associar outros tratamentos (farmacológicos e não farmacológicos)

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 8. Cultura, saúde e o médico de família e comunidade. Pagina 74 e 75.

Questão 3: **GABARITO D**

Justificativa

S – Setting up: Preparando-se para o encontro

Treinar antes é uma boa estratégia. Apesar de a notícia ser triste, é importante manter a calma, pois as informações dadas podem ajudar o paciente a planejar seu futuro. Procure por um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular. Mantenha um acompanhante com seu paciente, isso costuma deixá-lo mais seguro. Sente-se e procure não ter objetos entre você e seu paciente. Escute atentamente o que o paciente diz e mostre atenção e carinho.

P – Perception: Percebendo o paciente Investigue o que o paciente já sabe do que está acontecendo. Procure usar perguntas abertas. I – Invitation: Convidando para o diálogo Identifique até onde o paciente quer saber do que está acontecendo, se quer ser totalmente informado ou se prefere que um familiar tome as decisões por ele. Isso acontece! Se o paciente deixar claro que não quer saber detalhes, mantenha-se disponível para conversar no momento que ele quiser.

K – Knowledge: Transmitindo as informações Introduções como “infelizmente não trago boas notícias” podem ser um bom começo. Use sempre palavras adequadas ao vocabulário do paciente. Use frases curtas e pergunte, com certa frequência, como o paciente está e o que está entendendo. Se o prognóstico for muito ruim, evite termos como “não há mais nada que possamos fazer”. Sempre deve existir um plano!

E – Emotions: Expressando emoções Aguarde a resposta emocional que pode vir, dê tempo ao paciente, ele pode chorar, ficar em silêncio, em choque.

S – Strategy and Summary: Resumindo e organizando estratégias É importante deixar claro para o paciente que ele não será abandonado, que existe um plano ou tratamento, curativo ou não

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 73, Cuidados paliativos.
Pag 720 e 721

Questão 4: **GABARITO B**

Justificativa

Os médicos de atenção primária devem estar atentos à possibilidade de câncer quando confrontados com sintomas incomuns à sua prática clínica ou quando os pacientes não conseguem se recuperar de forma adequada. Em tais circunstâncias, devem examinar sistematicamente a história do paciente e os exames complementares e encaminhá-lo com urgência se a possibilidade de câncer for plausível. A discussão com um especialista deve ser considerada se houver incerteza sobre a interpretação dos sinais, sintomas ou resultados de exames.

(Duncan, cap 104, página 1042)

Em pacientes com características típicas de câncer, as investigações aprofundadas em nível primário não são recomendadas, pois podem acarretar uma demora no encaminhamento dos pacientes, com consequências importantes para o tratamento e, potencialmente, para o prognóstico. Em doentes com menos sintomas e com sinais atípicos que podem ser decorrentes do câncer, as investigações podem ser necessárias, mas devem ser realizadas com urgência para evitar atrasos. Se as investigações específicas não estão disponíveis localmente, o paciente deve ser encaminhado em caráter de urgência a um especialista ou centro de referência.

Os pacientes adultos com suspeita de câncer devem ser prontamente informados pelo seu médico de que estão sendo encaminhados a um serviço de câncer, mas devem ser assegurados de que diagnósticos alternativos são comuns e que poderão não ser diagnosticados com uma neoplasia

(Duncan, cap 104, página 1042)

Tratamentos multidisciplinares, envolvendo esforços combinados de oncologistas da área cirúrgica, clínica e radioterápica, com frequência exigem um médico primariamente responsável pelo seu tratamento. Assim, o médico de atenção primária pode assumir o papel de coordenador ou interceder a fim de identificar aquele que será o elemento central no atendimento, aquele a quem o paciente poderá ter acesso para fazer perguntas, receber apoio, etc. Para tanto, esse médico deve ter um informe completo e atualizado sobre o diagnóstico e o plano terapêutico, bem como sobre o estado atual do paciente. Seu interesse contínuo pelo caso é de especial importância, sendo que muitas vezes é o médico de atenção primária quem assume o atendimento clínico após o tratamento oncológico inicial. Outro papel relevante a ser destacado para o médico de atenção primária é o de acompanhar a evolução do quadro do paciente e, no decorrer do tempo, identificar problemas resultantes do tratamento (efeitos colaterais, certos distúrbios familiares, problemas psicológicos, etc.). Isso é de particular importância quando o tratamento é realizado em um centro terciário ou em uma cidade distante. Alguns regimes de tratamento ambulatoriais menos tóxicos podem ser eventualmente administrados por esse médico sob a supervisão do especialista.

(Duncan, cap 104, página 1044)

Referências:

Leal FS, Brunetto AT, Marteleite M, Scharfmann G. Câncer. Duncan – Medicina Ambulatorial. Cap 104. Artmed. 2013. p. 1040-1047.

Questão 5: **GABARITO C**

Justificativa

- a) A RNM é reservada para pacientes que apresentem bandeiras vermelhas indicativas de causa mais grave que necessite de investigação ou que não respondam ao tratamento
- b) Infiltração de corticóide oferecem benefício a curto prazo, mas não a longo prazo, não devendo ser a primeira opção. A mobilização precoce deve ser estimulada.
- c) Paciente apresenta dor intensa (Escala analógica da dor – EAD: 8) e necessita de fisioterapia analgésica e reabilitação . portanto a opção está verdadeira
- d) O encaminhamento para o ortopedista deve ser reservado para casos refratários ao tratamento conservador

Referências Bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 73, Cuidados paliativos. Pag 726 a 728

Questão 6: **GABARITO B**

Justificativa

A aluna deixa a paciente falar suas queixas, mas interrompe algumas vezes com perguntas pontuais. Por meio dessas perguntas, é possível perceber parte do contexto familiar, que faz parte do segundo componente. No entanto, a aluna não é empática ao reagir com estranhamento, de forma negativa, quando a paciente responde que não tem filhos, estando o distrator A incorreto.

O quarto componente envolve a relação médico paciente, mas a aluna transparece na linguagem não verbal uma postura não empática, o que não favorece essa relação e torna o distrator C errado.

Embora a aluna traga sugestões de plano para as principais queixas da paciente ao discutir o caso com o preceptor, ela não compartilha esse plano com a paciente e não aborda o desejo dela fazer uma tomografia devido a dormência no primeiro dedo da mão direita, não colocando adequadamente em prática o terceiro componente. Portanto, o distrator D está incorreto.

A alternativa B está certa, pois a paciente manifesta a ideia de que a irregularidade menstrual pode ser devido a menopausa e de que a dormência no dedo pode ser pela hérnia, além da expectativa de fazer a tomografia. O primeiro componente abrange a abordagem dos sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas.

Referências:

Kolling, Marcelo Garcia. Método clínico centrado na pessoa. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 8, p. 71-79.

Lopes, José Mauro Ceratti; Dias, Lêda Chaves. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 15, p. 132-142.

Questão 7: **GABARITO C**

Justificativa

Não se deve iniciar ou considerar o início de terapia de reposição hormonal (TRH) sem antes realizar um exame ginecológico e uma investigação para afastar outras causas de irregularidade menstrual, como patologias endometriais e leiomioma (distrator A errado).

Diante de um aumento do fluxo da menstruação, o encaminhamento para ginecologia estaria indicado no caso de espessamento ou pólipos endometriais, o que depende da realização primeiro de uma ultrassonografia. Além disso, a investigação deve ser realizada na Atenção Primária à Saúde, onde também pode ser feita a decisão compartilhada e, se for o caso, a prescrição da TRH. O encaminhamento caberia se restassem dúvidas quanto a prescrição da TRH (distrator B errado).

A solicitação de hormônio tireoestimulante faz parte da investigação para descartar diagnósticos diferenciais da irregularidade menstrual do período do climatério, ainda mais que a mulher referiu ansiedade e perda de peso (alternativa C correta).

Se a mulher nunca teve atividade sexual, não haveria necessidade da coleta de exame preventivo do colo uterino. No entanto, não é possível afirmar isso apenas com a informação de que ela não é casada e não tem filhos. Seria necessário checar essa informação (distrator D errado).

Referências

Pessini, Suzana Arenhart. Sangramento uterino anormal. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 50, p. 476-485.

Pessini, Suzana Arenhart; Silveira, Gustavo Py Gomes. Câncer genital feminino e lesões precursoras. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 53, p. 497-511.

Wender, Maria Celeste Osório; Accetta, Solange Garcia; Oderich, Carolina Leão. Climatério. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 54, p. 511-520.

Mendes, Maria Cecília. Sangramento vaginal e distúrbios menstruais. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 137, p. 1134-1144.

Daudt, Carmen Vera Giacobbo; Machado, Daniella Borges. Climatério e menopausa. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 138, p. 1145-1155.

Wilhelms, Daniela Montano; Valvassori, Simone; Sousa, Aline Iara. Neoplasia de colo uterino. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 141, p. 1171-1180.

Questão 8: **GABARITO A**

Justificativa

Na ausência de alterações no exame neurológico, como perda de força ou de sensibilidade ou nos testes para avaliação de radiculopatia cervical, não haveria indicação para tomografia da coluna cervical. No entanto, estariam indicados exames de laboratório para investigar uma possível causa para a queixa de dormência no dedo, como glicemia, hemograma, entre outros (alternativa A correta e distrator D errado).

Entre os testes indicativos de radiculopatia cervical estão o de Spurling, que tende a causar aumento da dor, e o da tração, que promove alívio (distrator B incorreto).

Não há indicação de encaminhamento, pois não existem sinais de alerta e a investigação deve ser realizada inicialmente na Atenção Primária. A depender do diagnóstico, a falha no tratamento conservador pode ser um critério para encaminhamento futuro para a neurocirurgia (distrator C incorreto).

Referências

Sailbelman, Mauro; Cervantes, Daniela Viecceli; Gasparin, Andrese. Dor cervical. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 122, p. 1246-1252.

Ando, Nilson Massakazu. Cervicalgia. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 211, p. 1782-1793.

Roman, Rudi; Vidal, Tiago Barra; Schuh, Artur F. Schumacher. Neuropatias periféricas. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 233, p. 1999-2006.

Questão 9: **GABARITO C**

Justificativa

A abordagem da ansiedade depende da investigação de suas causas, que no caso envolve descartar condições orgânicas (distrator B incorreto), como hipertireoidismo (a paciente relata ansiedade, perda de peso e irregularidade menstrual), além de considerar fatores psicossociais, uma vez que a própria paciente relata que “sua vida está um furacão”. As opções de tratamento devem ser compartilhadas com a paciente, mas o uso de um ansiolítico e/ou de terapia de reposição hormonal deveriam ser considerados depois de descartar causas orgânicas, com a instituição do tratamento respectivo caso alguma doença fosse diagnosticada (distratores A e D errados; alternativa C correta).

Referências

Wender, Maria Celeste Osório; Accetta, Solange Garcia; Oderich, Carolina Leão. Climatério. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 54, p. 511-520.

Dora, José Miguel; Scheffel, Rafael Selbach; Maia, Ana Luiza. Doenças da tireoide. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 105, p. 1047-1058.

Salum Júnior; Giovanni Abrahão; Manfro, Gisele Gus; Cardioli, Aristides Volpato. Transtornos de ansiedade. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 108, p. 1082-1102.

Daudt, Carmen Vera Giacobbo; Machado, Daniella Borges. Climatério e menopausa. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 138, p. 1145-1155.

Silva, Anderson Soares; Maciel, Léa Maria Zanini; Magalhães, Patrícia Künzle Ribeiro. Problemas de tireoide. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 179, p. 1541-1551.

Silva, Flávio Dias. Ansiedade e estresse. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 239, p. 2054-2061.

Questão 10: **GABARITO A**

Justificativa

Todos os itens do exame físico descritos na alternativa A deveriam ser realizados diante das queixas trazidas pela paciente. Embora a consulta com a ginecologia coubesse na suspeita de um câncer do aparelho reprodutor, a perda de peso e a irregularidade menstrual poderiam ser decorrentes de outras causas, devendo-se realizar uma investigação inicial antes de considerar a hipótese de uma malignidade e a necessidade de encaminhamento (distrator B incorreto).

Como a paciente trouxe várias demandas, o ideal seria identificar quais as mais importantes para serem abordadas e aprofundadas naquela consulta (distrator C errado).

O componente dois do método clínico centrado na pessoa não precisa ser esgotado ou mesmo abordado necessariamente em todas as consultas. Compreender a pessoa como um todo é um processo que se constrói ao longo do tempo com a longitudinalidade por meio de vários encontros (distrator D incorreto).

Referências

Kolling, Marcelo Garcia. Método clínico centrado na pessoa. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 8, p. 71-79.

Wender, Maria Celeste Osório; Accetta, Solange Garcia; Oderich, Carolina Leão. Climatério. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 54, p. 511-520.

Dora, José Miguel; Scheffel, Rafael Selbach; Maia, Ana Luiza. Doenças da tireoide. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 105, p. 1047-1058.

Sailbelman, Mauro; Cervantes, Daniela Viecceli; Gasparin, Andrese. Dor cervical. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 122, p. 1246-1252.

Lopes, José Mauro Ceratti; Dias, Lêda Chaves. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 15, p. 132-142.

Daudt, Carmen Vera Giacobbo; Machado, Daniella Borges. Climatério e menopausa. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 138, p. 1145-1155.

Ando, Nilson Massakazu. Cervicalgia. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 211, p. 1782-1793.

Roman, Rudi; Vidal, Tiago Barra; Schuh, Artur F. Schumacher. Neuropatias periféricas. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 233, p. 1999-2006.

Silva, Flávio Dias. Ansiedade e estresse. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 239, p. 2054-2061.

Questão 11: **GABARITO C**

Justificativa

O exame radiológico do tórax ainda é um dos exames de imagem mais solicitados pelos médicos da APS. Isso se deve à sua versatilidade, à ampla abrangência de indicações, ao baixo custo, ao acesso facilitado, à segurança e ao baixo risco de efeitos adversos, sendo de grande utilidade na investigação de problemas relacionados ao sistema respiratório, à pleura, aos vasos torácicos, ao mediastino, ao coração e à parede torácica. Apesar de todas essas vantagens, o médico de família e comunidade deve ter consciência das limitações do exame, uma vez que a sua sensibilidade é muito variável. Por exemplo, a eficácia estimada da radiografia torácica no rastreamento do câncer de pulmão é de, aproximadamente, 36%, não sendo, portanto, indicada para esse propósito. (Página 1247 do Tratado, capítulo 150).

A radiografia de pulmão é importante na avaliação de suspeita de câncer, principalmente se comparada com exames anteriores. Uma radiografia torácica normal não descarta câncer de pulmão, porque um pequeno tumor pode estar escondido no mediastino ou em outro lugar no peito. Lesões sólidas que duplicam em menos de 2 semanas ou mais de 450 dias têm baixa chance de malignidade. Não existe recomendação para realização de radiografia torácica com objetivo de rastreamento para câncer de pulmão. Um ensaio clínico randomizado (ECR) demonstrou redução da mortalidade geral e específica por câncer de pulmão com o rastreamento de indivíduos de alto risco (tabagistas com exposição maior do que 30 anos-maço ou ex-tabagistas com menos de 15 anos de cessação e exposição equivalente) com tomografias de baixa dosagem, mas o rastreamento não está disponível e nem é recomendado no Brasil. 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. Alguns exames de laboratório (hemograma completo, fosfatase alcalina, transaminases hepáticas, níveis de cálcio, eletrólitos, ureia e creatinina) podem acompanhar o exame de imagem na avaliação inicial de uma suspeita de câncer de pulmão. (página 1283 do Tratado, cap 153) O diagnóstico definitivo de câncer de pulmão é firmado por meio de estudo anatomopatológico de material coletado por broncoscopia, aspiração percutânea com agulha ou mediastinoscopia, dependendo da localização da

lesão. Após diagnóstico, uma avaliação complementar é realizada para estadiamento e definição do plano terapêutico.

O National Institute for Health and Care Excellence faz as seguintes recomendações, corroborando com a abordagem centrada na pessoa, para construção de um plano terapêutico comum: descubra o que o paciente conhece sobre sua condição sem assumir um nível prévio de conhecimento; forneça aos pacientes a oportunidade de discutir testes e opções de tratamento em um ambiente privado, com o apoio de cuidadores e tempo para fazer uma escolha informada; ofereça informações precisas e fáceis de entender para os pacientes e seus cuidadores; explique os testes e as opções de tratamento, incluindo potenciais benefícios de sobrevivência, efeitos colaterais e efeitos nos sintomas.

Diante do exposto acima ficou claro que o distrator a) está incorreto em função da contraindicação de rastreamento de câncer de pulmão através da radiografia de tórax. O distrator b) está incorreto em função de que a tomografia realmente ajuda no estabelecimento do diagnóstico. Assertiva c) está correta. No caso do distrator d), está incorreto porque a Prevenção Quaternária incorre em não fazermos exames desnecessários, que podem causar mais malefícios que benefícios. A maioria dos nódulos pulmonares são benignos, portanto, não está indicado outros exames para busca de metástases sem o diagnóstico estabelecido.

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 150: Interpretação de radiografia torácica e espirometria. 2ed. 2019. Pág 1246-1254

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 153: Doenças Pulmonares não Infeciosas. 2ed. 2019. Pág 1281-1287

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 104: Câncer. 4ª ed. 2013. Pág 1040-1047.

Questão 12: **GABARITO A**

Justificativa

Distrator b) está incorreto porque Janaína claramente não está na fase de Preparação para a cessação do tabagismo. Distrator c) incorreto em função de que Janaína parece estar em Pré-Contemplanção do tabagismo, mostrando sim benefício de ser aplicada as técnicas da Entrevista Motivacional. Distrator d) incorreto porque na Entrevista Motivacional o médico deve evitar o paternalismo.

O tabagismo, de acordo com a OMS, é a principal causa prevenível de morte e de doenças no mundo, afetando mais de 1 bilhão de pessoas. É responsável por aproximadamente 6 milhões de mortes por ano no mundo, devendo alcançar mais de 10 milhões de mortes anuais em 2030.¹ Além disso, também se estima que o tabagismo passivo seja responsável por cerca de 600 mil mortes anuais entre os não fumantes. Atualmente, existe evidência indicando que um em cada dois fumantes morrerá em decorrência direta de uma doença tabaco-relacionada. (Tratado página 2084, cap 242).

Avaliação do grau de dependência à nicotina. A dependência ao tabaco está principalmente relacionada à ação da nicotina no sistema nervoso central (SNC), mais especificamente no núcleo accumbens, levando ao aumento dos níveis de dopamina. A avaliação do grau de dependência à nicotina é geralmente feita pela aplicação do teste de Fagerström – um questionário simples contendo seis perguntas, com pontuação variando de 0 a 10.

Avaliação do grau de motivação. Como a cessação do tabagismo envolve modificação dos hábitos e condutas do estilo de vida da pessoa, é essencial que ela esteja motivada para que se possa obter sucesso durante e após o tratamento. A prescrição de medicações antitabagismo em pessoas pouco ou não motivadas dificilmente resultará em sucesso, evoluindo, com mais probabilidade, com uma redução, às vezes, pouco expressiva do número de cigarros fumados por dia. Além disso, logo após a suspensão das medicações antitabagismo em uso, frequentemente essas pessoas tendem a retornar a consumir a mesma quantidade de cigarros que fumavam antes. Uma das escalas mais utilizadas nesse sentido é o modelo transteórico comportamental de Prochaska e cols., que classifica as pessoas em cinco estágios de mudança, conforme descrito a seguir:

1. Pré-contemplanção. A pessoa não cogita a possibilidade de parar de fumar, mesmo sendo aconselhada sobre os benefícios de cessação do tabagismo. O profissional deve procurar realizar, sempre que possível, pelo menos uma abordagem mínima, frisando com a pessoa a importância da cessação do tabagismo e os benefícios associados, de modo que ela possa passar a contemplar a ideia de parar de fumar e, assim, evoluir para os estágios a seguir.
2. Contemplanção. A pessoa começa a admitir que fumar é um problema, no entanto tem medo de dar os primeiros passos para parar de fumar. Em outras palavras, o fumante demonstra sentimento de ambivalência quanto à mudança

de comportamento. Nesse momento, a pessoa encontra-se mais suscetível a essa mudança, uma vez que já está consciente da importância de parar de fumar, precisando de apoio, estímulo e orientação para passar para os estágios seguintes. Identificar barreiras para a realização de uma tentativa e esclarecer dúvidas são fundamentais.

3. Preparação. A pessoa passa a dar os primeiros passos para a cessação do tabagismo, começando a controlar o número de cigarros fumados por dia, estabelecendo horários para fumar ou mesmo procurando ajuda profissional.

4. Ação. A pessoa adota atitudes específicas, conseguindo efetivamente parar de fumar. O estímulo à mudança, o entendimento desse processo e a atenção aos riscos de recaída devem ser abordados pelo profissional nessa fase. O indivíduo deve estar orientado a identificar e a evitar as situações relacionadas ao consumo de cigarros e a usar estratégias para lidar com os momentos de forte vontade de fumar. É importante parabenizar a pessoa por essa conquista, o que contribui para aumentar sua autoestima, também frisando todos os benefícios que ela vem sentindo desde a interrupção do tabagismo, o que contribui para o aumento da motivação.

5. Manutenção. Nessa fase, a pessoa deve estar consciente da necessidade de prevenir a ocorrência de lapsos/recaídas, devendo usar as estratégias aprendidas. Mais uma vez, é importante destacar os benefícios da cessação do tabagismo. Em outras palavras, esse estágio configura a finalização do processo de mudança ou se encerra no caso de ocorrência de recaídas. Entrevista motivacional em detalhes Para os pacientes que possuem sentimentos de ambivalência com relação ao tabagismo, a entrevista motivacional mostra-se uma técnica interessante para esses casos, auxiliando na mudança do estágio comportamental. Nessa entrevista, recomenda-se que o profissional de saúde procure:

- Acolher o fumante, de modo a entender as suas necessidades a respeito do conflito causado pelo tabagismo.
- Analisar e compreender a ambivalência como elemento perturbador da decisão de mudança.
- Minimizar junto ao fumante suas incertezas quanto à interrupção do tabagismo, e, simultaneamente, enfatizar expectativas positivas a serem observadas com a abstinência.
- Individualizar os conflitos entre fumante e tabaco, entre paciente e dependência e entre paciente e abstinência.

A entrevista motivacional é uma abordagem terapêutica que utiliza um modo particular de ajudar as pessoas para reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes, incluindo processo de ambivalência perante o ato de mudança de comportamento, nesse caso, parar de fumar. Dessa forma, a motivação deve ser entendida como a capacidade de uma pessoa se envolver e

aderir a uma estratégia específica de mudança. Esse ato deve ser encarado como um estado de prontidão ou vontade de mudança, que pode flutuar de um momento para outro; por isso, são usadas ferramentas baseadas nesse modelo.

O modelo transteórico comportamental apresentado é uma ferramenta fundamental para traçar as condutas terapêuticas nesse momento. Esse modelo tenta auxiliar a mudança de comportamento de forma mais persuasiva do que coerciva. Essa prática terapêutica pode ser empregada em um único encontro/avaliação, mas, geralmente, necessita de mais de um encontro para obter maior sucesso.

Tarefas para executar na entrevista motivacional

- ▶ 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 (página 2085 e 86 do Tratado, cap 242)

Referências Bibliográficas

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 150: Interpretação de radiografia torácica e espirometria. 2ed. 2019. Pág 1246-1254

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 60: Tabagismo. 4ª ed. 2013. Pág 564-574.

Questão 13: **GABARITO C**

Justificativa

O distrator a) está incorreto em função do quadro claramente não ser uma diarreia aguda, evidenciado pelo relato de “fezes líquidas há alguns meses”. Em virtude do alcoolismo relatado, não podemos excluir um quadro orgânico, daí o distrator b) estar incorreto. No caso do distrator d) está incorreto porque é necessário continuar a investigação clínica, porém para investigar causas orgânicas, diferenciando de um síndrome funcional. Além disso, a prevenção quaternária está relacionada à não solicitação de exames desnecessários, sendo que, neste caso, nem todos os exames citados se relacionam com uma fase inicial de investigação clínica, não sendo a melhor conduta neste momento.

Diarreia aguda: presença de três ou mais fezes diminuídas de consistência e aquosas em um período de 24 horas. Diarreia persistente: episódios de diarreia durando mais de 14 dias. Diarreia crônica: duração maior do que 30 dias. (página 1466 cap 171 Tratado)

Ao se avaliar uma pessoa com história de diarreia por mais de 30 dias, deve-se, inicialmente, explorar alguns pontos fundamentais. A partir desses dados, pode-se diferenciar sintomas sugestivos de uma síndrome orgânica daqueles de uma síndrome funcional, bem como alertas vermelhos, os quais indicam a necessidade de uma avaliação mais detalhada e imediata, com provável referenciamento a um especialista focal.

Principais pontos explorados na anamnese de uma pessoa com queixa de diarreia crônica

- ▶ Forma de início do quadro de diarreia (congenito, abrupto, gradual)
- ▶ Frequência das crises de diarreia (contínua, intermitente)
- ▶ Duração dos sintomas
- ▶ Fatores epidemiológicos (história de viagem, exposição a alimentos contaminados, história de membros da família apresentando o mesmo quadro)
- ▶ Características das fezes (aquosas, sanguinolentas ou gordurosas)
- ▶ Presença ou não de incontinência fecal
- ▶ Presença ou não de outros sintomas: dor abdominal, perda de peso, rash cutâneo, vômitos, fadiga, dores articulares e úlceras na cavidade oral
- ▶ Presença de perda de peso (objetivamente mensurada)
- ▶ Fatores agravantes (p. ex., dieta e estresse)
- ▶ Fatores atenuantes (p. ex., dieta e medicações)

- ▶ Análise de exames e de tratamentos prévios
- ▶ Investigação de causas iatrogênicas de diarreia (cirurgias, medicações e exposição à radioterapia), bem como de diarreia factícia
- ▶ Investigação de doenças sistêmicas (hipertireoidismo, DM, imunodeficiências, etc.) DM, diabetes melito.e Fine e Schiller.

Fatores que devem ser investigados na suspeita de diarreia crônica orgânica

- ▶ História familiar de doenças neoplásicas e DIIs; doença celíaca
- ▶ História de ressecções intestinais
- ▶ Doença pancreática prévia
- ▶ Doenças sistêmicas (tireotoxicose, doença da paratireoide, DM, doença da suprarrenal, esclerose sistêmica)

▶ Abuso de álcool

- ▶ Uso de medicamentos (AINEs, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antibióticos, teofilina, agentes antineoplásicos)
- ▶ História recente de viagens ou exposição a outras situações de infecção
- ▶ Uso recente de antibióticos ou infecção por Clostridium difficile
- ▶ Intolerância à lactose

A ausência dos alertas vermelhos associada à presença de dor abdominal aliviada com a defecação, ao aumento da frequência de evacuações e à diminuição da consistência das fezes no início da dor, à passagem de muco pelo reto, ao tenesmo e ao relato de distensão abdominal, bem como um exame físico sem alterações sugerem a presença de uma síndrome funcional (especificidade [E] = 52-74%). No entanto, esse quadro clínico não exclui a presença de uma possível doença orgânica.

Alertas vermelhos de doença orgânica

- ▶ Início dos sintomas em indivíduos > 50 anos de idade
- ▶ Presença de sangue nas fezes
- ▶ Perda de peso não intencional
- ▶ História familiar de câncer colorretal

► Presença de sintomas noturnos

Vale ressaltar ainda que as diarreias factícias, causadas pela ingestão de laxantes omitida pelo paciente, devem ser consideradas em todos aqueles com história de diarreia crônica associada à de transtornos alimentares, à de ganhos secundários ou à de má digestão. Por fim, a caracterização das fezes é fundamental para a diferenciação do tipo de diarreia crônica. Assim, nas formas inflamatórias e secretórias, observa-se a presença de fezes pastosas associadas a muco ou sangue, ao passo que, na disabsortiva, há esteatorreia e passagem de fezes claras, fétidas e volumosas pela ampola retal. Entretanto, em casos mais leves, essas alterações podem estar ausentes.

(Tratado, páginas 1467 e 1468, cap 171)

Diarreia crônica

Durante a investigação etiológica, as informações fornecidas pela anamnese e pelo exame físico, na maioria das vezes, são insuficientes. Por isso, é necessária a realização de alguns exames preliminares sobretudo com o intuito de categorizar a diarreia em aquosa, gordurosa ou inflamatória. Uma vez que o médico de família tenha feito isso, a investigação dos diagnósticos diferenciais, bem como o referenciamento para o especialista focal, quando necessário, tornam-se mais efetivos.

Exames laboratoriais na avaliação da diarreia crônica

GUT 2003 - Rotina de sangue: Hemograma completo, proteína C-reativa, VHS, ureia, íons, função hepática, cálcio, vitamina B12, folato, cinética do ferro, TSH

GUT 2003 - Exame de fezes: EPF e coprocultura

GUT 2003 - Sorologia para doença celíaca com Antiendomísio

AGA 1999, 2004 - Rotina de sangue: Hemograma, ionograma, proteína total e frações

AGA 1999, 2004 - Exame de fezes: Análise fecal (peso, pesquisa de leucócitos, de sangue oculto, de gordura quantitativa e qualitativa, de eletrólitos)

(Tratado, páginas 1469, cap 171)

Referências Bibliográficas

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 171: Diarreia Aguda e Crônica. 2ed. 2019. Pág 1465-1474.

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 134: Doença Diarreica. 4ª ed. 2013. Pág 1397-1409.

Questão 14: **GABARITO B**

Justificativa

O distrator a) está incorreto por uma imprecisão em relação ao método clínico centrado na pessoa, visto que o terceiro componente está voltado ao planejamento conjunto com o paciente de sua abordagem. E também por propor a substituição do Rivotril por outro benzodiazepínico. Neste caso, o indicado seria o desmame, sem substituição, visto que todos os benzo induzem ao mesmo problema.

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) é um modelo de abordagem que facilita a compreensão e a execução das competências essenciais ao médico de família e comunidade. Para ser centrado na pessoa, o médico precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhar o poder na relação, o que significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos dele.

O MCCP tem quatro componentes:

1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.
2. Entendendo a pessoa como um todo – o indivíduo, a família e o contexto.
3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.
4. Intensificando a relação entre a pessoa e o médico.

(Tratado, página 136, cap 15)

O primeiro componente do MCCP propõe que os médicos lancem um olhar mais amplo para além da doença ao incluírem a exploração da saúde e a experiência da doença das pessoas. Dessa forma, é fundamental atentarmos para seus conceitos. O conceito de saúde é definido com vistas a abranger a percepção que as pessoas têm sobre a saúde nas suas vidas, como se sentem capazes de lidar com suas aspirações e realizar suas funções dentro de suas vidas. A doença é a avaliação objetiva de seu corpo, por meio dos exames físicos e laboratoriais; o foco é no corpo, não na pessoa. A experiência da doença é definida como a experiência pessoal e subjetiva de estar doente, e essa experiência, em geral, lida com sentimentos como medo, perda, solidão e traição. Esses conceitos são fundamentais para definição do locus da atenção dispensada à pessoa acometida por uma patologia.

A prestação de um cuidado efetivo requer assistência tanto para as doenças que acometem a pessoa quanto para a experiência da pessoa com essas doenças e o entendimento sobre o que ela compreende por “ter” saúde. O método médico convencional identifica a doença, mas o entendimento sobre o que é ter saúde e sobre a experiência com a doença exige uma abordagem adicional. Para se explorar a experiência da doença, sugere-se abordar quatro dimensões designadas pelo acrônimo SIFE:

1. Sentimentos da pessoa, especialmente o medo de estar doente.
2. Suas Ideias sobre o que está errado.
3. O efeito da doença sobre seu Funcionamento de vida.
4. Suas Expectativas em relação ao seu médico.

A chave para essa abordagem é prestar atenção em “dicas” da pessoa relacionadas a esses aspectos. O objetivo é seguir a condução de quem consulta para entender a experiência do seu ponto de vista. Isso requer habilidade do médico ao entrevistar, obtendo informações que o capacitem a “entrar no mundo de quem busca ajuda”.

(Tratado, página 137, cap 15)

Os benzodiazepínicos são medicamentos de uso controverso na prática clínica por serem extremamente úteis no controle de sintomas de abstinência, depressivos, maniformes e ansiosos em curto prazo, porém com risco de dependência e prejuízos cognitivos (principalmente da memória) no uso prolongado. Assim, é importante ter em mente que essa classe de medicamento tem sua maior utilidade nos primeiros meses do tratamento, durante a fase de ajuste dos medicamentos de manutenção, devendo, sempre que possível, ser retirado assim que houver controle sintomático adequado.

Apesar de alguns serem mais sedativos, os diversos medicamentos dessa classe variam basicamente em sua potência e meia-vida. Dessa forma, o clínico pode ajustar o tratamento para melhor atender as necessidades de cada indivíduo. Um benzodiazepínico mais potente e de meia-vida mais longa, como o clonazepam, pode ser usado uma vez ao dia, à noite, por uma pessoa agitada e insone. Um benzodiazepínico menos potente e de meia-vida mais curta, como o lorazepam, pode ser usado de demanda (“se necessário”) por uma pessoa depressiva com crises de angústia ao longo do dia. É importante lembrar que, em alguns casos, como crises de ansiedade ou abstinência alcoólica, o uso de benzodiazepínicos de meia-vida curta (especialmente em doses maiores) pode levar a sintomas rebote ao final do efeito do medicamento. (Tratado, página 2034, cap 236)

A assertiva b) está correta. Esse terceiro componente do M CCP é o compromisso mútuo de encontrar um projeto comum para tratar dos problemas. É importante em qualquer situação, mas se torna fundamental como ferramenta para realizar um manejo de sucesso às pessoas com doenças crônicas, desenvolvendo intervenção terapêutica.

Desenvolver um plano efetivo de manejo requer do médico e da pessoa a busca pela concordância em três áreas principais:

1. Definição do problema a ser manejado.

2. Estabelecimento das metas e prioridades do tratamento.

3. Identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico.

Definição do problema a ser manejado. Com frequência, os médicos e as pessoas doentes têm pontos de vista divergentes em diversas áreas, e a busca de uma solução não envolve apenas barganha e negociação, mas também um movimento para conciliar opiniões ou achar terreno comum, devendo o médico incorporar ideias, sentimentos, expectativas e ocupação da pessoa ao planejar o manejo da situação.

Estabelecimento das metas e prioridades do tratamento. “Depois de a pessoa e o médico chegarem a um entendimento e concordância mútuos em relação aos problemas, o próximo passo é explorar as metas e as prioridades para o tratamento [...]”.

Identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico. Costumam ocorrer problemas na definição dos papéis entre o médico e a pessoa quando:

- a pessoa está buscando por um médico especialista que lhe diga o que está errado e o que ela deve fazer; o médico, por outro lado, deseja uma relação mais igualitária, na qual ele e a pessoa compartilhem a tomada de decisão;
- a pessoa deseja uma relação paternalista na qual o médico faça por ela o que os próprios pais não fizeram; o médico, por sua vez, deseja ser um cientista biomédico que possa aplicar as descobertas da medicina moderna aos problemas das pessoas;
- a pessoa busca apenas assistência técnica do médico; o médico, entretanto, aprecia uma abordagem holística e deseja conhecer a pessoa como um todo.

Ao praticar uma abordagem centrada na pessoa, o médico deve ser flexível com relação à abordagem que a pessoa busca ou da qual ela necessita, observando os aspectos culturais, o tipo de problema e o perfil da pessoa. A participação da pessoa na tomada de decisão irá variar, dependendo de suas capacidades emocionais e físicas, e o médico deve adaptar-se a cada situação.

A partir da contemplação dessas três áreas, o médico e a pessoa adquirem a capacidade de tomar decisões conjuntas, o que caracteriza o terceiro componente. (Tratado, página 140, cap 15)

O distrator c) está incorreto por propor retirada abrupta do benzodiazepínico, com a não renovação, podendo tanto causar um quadro de abstinência e delirium, como romper o vínculo com o paciente. No Duncan, página 1177 é proposto a retirada gradual da medicação, preconizando uma redução de 50% em duas semanas, recomendando-se a utilização de benzodiazepínicos de meia vida mais longa e uso de formas líquidas facilitando o processo. Além disso, a

não prescrição abrupta não dialoga com expectativas e decisão conjunto do paciente, indo de encontro ao método clínico centrado na pessoa.

O distrator d) está incorreto por propor uma substituição abrupta, com retirada do benzodiazepínico, sem promover o desmame gradual, portanto não evitando a síndrome de abstinência conforme relato acima. Além disso, não recomenda-se o uso prolongado de Zolpidem por também poder induzir a tolerância e abstinência, com menos frequência, mas de forma similar aos benzodiazepínicos. Por isso se orienta a menor dose possível por períodos curtos. (Tratado, página 2034, cap 236)

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 15: Consulta e abordagem centrada na pessoa. 2ed. 2019. Pág 132-142

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 236: Psicofármacos. 2ed. 2019. Pág 2026-2035

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 114: Drogas: Uso, Abuso e Dependência. 4ª ed. 2013. Pág 1162-1178.

Questão 15: **GABARITO D**

Justificativa

O distrator a) está incorreto por inverter os instrumentos diagnósticos, sendo que o CAGE é um questionário curto e pode ser utilizado como triagem. Sua sigla é composta por palavras-chave de cada pergunta do teste, e duas ou mais respostas positivas indicam uso abusivo do álcool. Neste caso, a triagem já foi feita e a paciente assume o uso diário com alguns elementos conscientes de prejuízo. Diferentemente do CAGE, o AUDIT (teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool), criado pela OMS nos anos 1980, é um questionário longo e composto por 10 perguntas que avaliam o padrão de consumo nos últimos 12 meses. Para a organização do atendimento, na perspectiva da intervenção breve, utilizar o CAGE para a detecção do uso abusivo e, em um segundo encontro, aplicar o AUDIT para definir o padrão do consumo recente e pactuar algumas intervenções, caso necessárias. (Tratado, página 2097, cap 243)

O distrator b) está incorreto porque os cuidados devem iniciar pelas ações preventivas. As ações preventivas sempre serão a primeira escolha de abordagem e consistem em diversas ações político-legais e educativas. Para os indivíduos que desenvolvem problemas de uso crônico, o tratamento deve ser ofertado em níveis crescentes de intensidade, restrições e custos. O indivíduo, cujos problemas demonstraram melhora junto à APS, provavelmente não necessitará de outros níveis assistenciais. O compartilhamento do cuidado e a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) com outros profissionais da rede de apoio, como as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são importantes estratégias para lidar com casos complexos. Caso essa abordagem inicial não seja suficiente e o problema persistir, é necessária uma nova pactuação entre o usuário, a equipe de APS e outros níveis assistenciais. Para situações de urgência, como a intoxicação alcoólica aguda (IAA) e a síndrome de abstinência do álcool (SAA), a abordagem inicial pode ser realizada pela equipe de APS. (Tratado, página 2095, cap 243)

O distrator c) está incorreto porque a intervenção breve (IB) é uma excelente abordagem para a APS, ao contrário do dito na assertiva. É considerada como a primeira escolha para abordagem a pessoas que apresentam suspeita de problemas com uso do álcool. Seu uso tem sido crescente, inclusive na abordagem de outros problemas de saúde, pois seus resultados se assemelham a outras modalidades de intervenções intensivas e prolongadas, porém com menos custos.

Passo a passo da intervenção breve

F- Feedback (devolutiva)

Comunicar os resultados da avaliação clínica e de instrumentos como o AUDIT, com esclarecimento sobre o seu nível de risco para problemas de saúde física e mental, familiares e sociais.

R Responsibility (responsabilidade)

Pode-se apresentar o contexto complexo de corresponsabilidade nos problemas relativos ao consumo do álcool na sociedade: é importante estabelecer o estágio de mudança em que a pessoa se encontra, responsabilizando-a por suas decisões. Nesse momento, podem-se definir metas coerentes com o desejo do indivíduo, enfatizando o autocuidado.

A Advice (aconselhamento)

Corresponde às orientações e às recomendações que o profissional deve oferecer à pessoa, fundamentadas no conhecimento empírico atual, sendo estas claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, que preserve a autonomia de decisão da pessoa.

M Menu (menu de opções)

Fornecer à pessoa um “cardápio” de alternativas de ações que possam ser implementadas por ela e pela equipe de saúde.

E Empathy (empatia)

O profissional deve comunicar-se com o usuário de forma empática, solidária e compreensiva.

S Self-efficacy (autoeficácia)

Reforçar o otimismo e a autoconfiança da pessoa, enfatizando seus avanços nas metas estabelecidas.

(Tratado, página 2097, cap 243)

Conforme literatura referenciada devemos sempre motivar o paciente para as mudanças necessárias para alcançar sua saúde. Tentar motivar para a abstinência é uma das estratégias possíveis nesse tipo de situação. No caso da abstinência, o tratamento farmacológico apresenta papel coadjuvante na abordagem terapêutica do uso abusivo do álcool. O seu principal efeito não é alcançar a abstinência, mas ajudar na sua manutenção e na prevenção de recaídas. A pessoa deve ser orientada sobre o uso devido das medicações e seus efeitos e receber apoio da família e da equipe de saúde para a adesão ao tratamento. Naltrexona, dissulfiram e acamprosato são as principais medicações para o tratamento farmacológico do uso abusivo do álcool (ABEAD). O dissulfiram é indicado para os usuários que necessitam alcançar a abstinência. É o primeiro medicamento aprovado pela Food and Drug Administration para tratamento do alcoolismo.

(Tratado, página 2098, cap 243)

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 243: Problemas relacionados ao consumo de álcool. 2ed. 2019. Pág 2026-2035

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 114: Drogas: Uso, Abuso e Dependência. 4ª ed. 2013. Pág 1162-1178.

Questão 16: **GABARITO D**

Justificativa

corticoides tópicos, como a hidrocortisona, podem ser usados no tratamento do eczema de estase, no entanto, a classificação CEAP 1 não condiz com um quadro com estase sanguínea, compatível com CEAP 4 (alternativa A). O ecodoppler venoso não faz parte da avaliação da insuficiência venosa classe I, (telangiectasias) (alternativa B). A avaliação das varizes deve ser feita em ortostatismo (alternativa C)

Referências Bibliográficas:

Ribeiro MTAM et al. Doenças do sistema venoso In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC (orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 163.

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 99: Doenças Venosas dos Membros Inferiores. 4ª ed. 2013. Pág 973-979.

Questão 17: **GABARITO B**

Justificativa

A fala de Antônio é uma pista para um problema de ordem sexual como disfunção erétil ou ejaculação precoce, e não conflito familiar ou violência doméstica (alternativa A). Homens têm muita dificuldade de conversar sobre esse tema espontaneamente em consulta (alternativa B). Sem uma estratégia efetiva ou uma mudança de postura, é difícil reverter a falta de vínculo com os homens, criando um ciclo de invisibilidade: os homens vêm pouco ao serviço de saúde, os profissionais de saúde não aprendem como abordá-los, o sistema de saúde não os percebe como usuários e, finalmente, os homens continuam percebendo o serviço de saúde como um “não lugar” e continuam não vindo a consultas. Portanto, deve-se aproveitar a oportunidade para discutir os assuntos referentes à sexualidade nesta consulta. Tornando o distrator B errado. (página 2272 do Tratado). Não se deve evitar falar de sexualidade, esse tema deve ser abordado oportunisticamente, pois homens costumam ocultar o tema. Distrator D incorreto.

Referências Bibliográficas:

Lopes JMC, Dias LC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC (orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 15.

Dantas GC, Modesto AAD. Saúde do homem. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC (orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 87.

Questão 18: **GABARITO A**

Justificativa

O risco absoluto de haver progressão clinicamente significativa dos sintomas em 4 anos (4 ou mais pontos na escala da AUA) nos homens sem tratamentos ativo (grupo placebo) é de 13,1%. Portanto, 86,9% não apresentaram piora clínica significativa, sendo possível a conduta expectante em homens que considerem que seus sintomas não estejam afetando a qualidade de vida ou causando prejuízo funcional (alternativa A correta). O risco absoluto de incontinência urinária foi semelhante entre os homens dos grupos placebo, doxazosina e finasterida, sendo, respectivamente, de 0,8%, 0,9% e 0,9% (distrator B incorreto). A redução de risco absoluto e o número necessário tratar (NNT) para necessidade de terapia invasiva com doxazosina comparado ao placebo estão corretos, mas não podem ser considerados na prática clínica, pois não foram estatisticamente significantes. Para que houvesse diferença estatística significativa, p deveria ser menor ou igual a 0,05 (distrator C incorreto). Doxazosina reduziu o risco absoluto de progressão clínica dos sintomas em 4 anos comparado a finasterida em 1,2%, com NNT de 83 e se fosse apresentado o valor de p , esse não seria estatisticamente significativo ($p=0,3891$), estando o distrator D incorreto.

Referências:

Kolling, Marcelo Garcia. Método clínico centrado na pessoa. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 8, p. 71-79.

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

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

Questão 19: **GABARITO D**

Justificativa

É relevante saber e comunicar ao paciente que a prevalência de câncer de próstata em pessoas com STUIs é a mesma da população sem tais sintomas e, portanto, STUI, por si só, não é razão para se pesquisar câncer de próstata. Realizar toque retal e dosagem de PSA em busca de câncer de próstata leva a um aumento no número de falso-positivos e ansiedade, sem redução na mortalidade. Pessoas com STUI devido a câncer costumam ter tumores mais diferenciados, reforçando a ideia de que os sintomas não são nem indicativos de câncer, nem de tumores com pior prognóstico. A investigação do câncer de próstata nos pacientes com STUI segue, portanto, a mesma recomendação dos pacientes que não têm os sintomas. Recomenda-se repetir a dosagem do PSA para confirmação, antes de se indicar biópsia, pois seu valor pode ter flutuações ao longo do tempo. Se o resultado da biópsia for normal (e prostatite crônica tiver sido excluída): se o PSA for muito elevado (acima de 10 ng/mL), repetir a biópsia; se for pouco elevado (4-10 ng/mL), fazer acompanhamento. Após uma segunda biópsia negativa, biópsias adicionais não são necessárias.

Portanto, faltam elementos para a solicitação de uma nova biópsia, neste caso, tornando a alternativa A incorreta.

(Tratado de MFC, cap 143, versão em pdf, página 3633)

Referências:

Kolling, Marcelo Garcia. Retenção urinária, encurtamento do jato e problemas prostáticos. In: Gusso, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 143, p. 1194-1203.

Kolling, Marcelo Garcia. Método clínico centrado na pessoa. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013. Capítulo 8, p. 71-79.

Questão 20: **GABARITO D**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital, a IUE está relacionada a perda urinária involuntária durante algum esforço físico, como espirro ou tosse, por exemplo. Além disso, a ultrassonografia pode ser pensada como exame a ser pedido em situações em que se desconfie de resíduo miccional. A abordagem terapêutica inicial da IUE é o TMAP, porém essa não é a hipótese diagnóstica mais provável para esse paciente (distrator A)

IUM está relacionada a perda involuntária de urina durante exercício físico e também após episódio de urgência. O parcial de urina é o exame a ser solicitado no início de toda a investigação de IU e a abordagem terapêutica inicial é a TMAP (distrator B)

IUU está relacionada a perda involuntária de urina associada a grande desejo miccional. Como descrito acima, a ultrassonografia não está indicada como investigação inicial. A abordagem terapêutica inicial prevê treinamento vesical e mudança do estilo de vida além de outras opções não farmacológicas (distrator C)

IUEV está relacionada a perda involuntária de urina que ocorre após a capacidade vesical máxima ser ultrapassada e geralmente está associada à obstrução do trato urinário abaixo da bexiga, como na hiperplasia benigna prostática. O parcial de urina faz parte da investigação inicial de toda IU e a abordagem terapêutica dessa situação envolve o tratamento da patologia que está levando a ocorrência do sintoma. (Alternativa correta D)

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 142, Incontinência urinária no adulto p. 3575-3612.

Questão 21: **GABARITO C**

Justificativa

O uso de água não tratada e o contato frequente com animais no sítio podem tornar Miguel e sua família mais suscetíveis a parasitas intestinais. A prevenção de parasitoses pode incluir a vermifugação em massa, que é indicada em áreas de alto risco ou naquelas com condições precárias de moradia, higiene e saneamento básico. Nestes casos é indicado programa de desparasitação periódica (quimioterapia preventiva) associada a medidas de saneamento básico, armazenamento e coleta de lixo adequada, higiene pessoal, de animais domésticos e de alimentos^{1,2}.

Se a prevalência de parasitose for maior de 50% deve-se tratar todas as crianças duas vezes por ano. Se for menor que 50% uma vez por ano. Portanto a assertiva a) está incorreta pois não há indicação de uso de antiparasitário trimestral¹.

Tanto a água não tratada como o contato com animais domésticos são fatores de risco para parasitose intestinal^{1,2}.

Em situações de saneamento básico precário não se faz necessário exame coproparasitológico de rotina, mas o tratamento independente do status de infestação de cada indivíduo^{1,2}. Nestes casos deve-se evitar realização excessiva de exames para diagnóstico e confirmação de tratamento¹.

As condicionantes de poliparasitismo são situações de higiene precárias portanto está é uma possibilidade para o caso de Miguel. Nestes casos o tratamento ideal é a utilização de um fármaco de amplo espectro¹.

Referências:

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 174: Parasitoses Intestinais. Página 4488-4509(versão digital)**

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 143: Parasitoses Intestinais. Página 1521-1533**.

Questão 22: **GABARITO D**

Justificativa

Quando ocorre atraso de doses não é necessário recomeçar o esquema vacinal ou administrar doses extras, apenas deve-se complementar o número de doses preconizado^{1,2}. Respeitando as idades mínimas recomendadas para a administração de vacinas, bem como os intervalos mínimos entre as doses².

A administração simultânea ocorre quando duas ou mais vacinas são administradas ao mesmo tempo em diferentes regiões anatômicas. As taxas de soroconversão e reações adversas, são geralmente semelhantes às observadas quando as vacinas são administradas em separado. Mas existem exceções, como a vacina da Febre Amarela, que não deve ser administrada concomitantemente com a tri/tetraviral devido a menor soroconversão, observando-se um intervalo de 30 dias entre elas¹.

Bibliografia:

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 74: Imunização e vacinação. Página 1843-1884 (versão digital)**

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 132: Imunizações. Página 1364-1384.**

Questão 23: **GABARITO A**

Justificativa

É importante nas consultas de puericultura a avaliação do desenvolvimento infantil, em especial aos 9, 18, 24 e 30 meses¹.

Aos 24 meses espera-se que a criança já diga seu nome, forme frases curtas, fale sozinho ao brincar e nomeie objetos. Portanto o fato de não pronunciar palavras inteligíveis é um sinal de alerta que deve levar o médico de família a um acompanhamento e investigação mais cuidadosa da criança¹.

Os principais marcos do desenvolvimento aos 24 meses é uma maior destreza motora, que permite a criança subir e descer escada, como também começar a subir cadeiras e outros objetos de forma a alcançar aquilo que pretende. Começa a ter mais controle do seu esfíncter anal e vesical durante o dia, contudo ainda não durante a noite. Espera-se que consiga comer com a colher, mas ainda não com garfo^{1,2}.

Espera-se que a criança consiga vestir-se sozinha a partir dos 3 anos (36 meses). Portanto, não é um marco para os 24 meses^{1,2}.

Bibliografia:

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 114: Problemas de desenvolvimento neuropsicomotor. Página 2941-2963(versão digital)**

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 21: Promoção do Desenvolvimento da Criança.180-193.**

Questão 24: **GABARITO C**

Justificativa

A investigação inicial de Dor Abdominal Recorrente (DAR), deve abranger os exames: hemograma completo, provas inflamatórias (VHS ou PCR), exame de urina, urocultura e parasitológico de fezes¹.

Na presença de sinais de alerta, os sintomas e sinais devem orientar quais os exames a serem solicitados. A realização de Endoscopia Digestiva Alta ou Ultrassonografia abdominal não é recomendada para casos sem sinais de alerta¹. Assim como teste de tolerância a lactose e coprocultura devem ser solicitados na presença de sinais ou sintomas de alerta. A investigação extensiva de crianças com DAR sem sinais de alerta não tem utilidade e deve ser evitada¹.

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. **Capítulo 122: Dor abdominal recorrente. Página 3100-3117(versão digital)**

DUNCAN não discorre sobre o tema

Questão 25: **GABARITO D**

Justificativa

Trata-se de um caso de um primeiro episódio de infecção do trato urinário (ITU) baixo (cistite) em criança com mais de dois anos, apresentando dor abdominal sem outros fatores de risco ou comorbidades identificadas para ITU.

No caso de infecção urinária em lactentes abaixo de 6 meses, todos devem realizar US de rins e vias urinárias^{1,2}.

As crianças maiores de 6 meses, apenas as que apresentam quadro atípico ou ITU recorrente devem realizar US de rins e vias urinárias.

Os critérios de ITU atípica são: crianças muito doentes, com fluxo urinário baixo, com massa abdominal ou vesical, com aumento da creatinina, em sepse, sem resposta a tratamento com antibiótico adequado após 48 horas, apresentando infecção por outros organismos que não E. coli¹.

A ITU recorrente é definida por dois episódios com, pelo menos, um deles sendo considerado uma pielonefrite ou 3 episódios de cistite.

Portanto, no caso de Miguel, que tem 2 anos e 1 mês e apresenta o primeiro episódio de infecção urinária sem nenhum critério para infecção atípica não há necessidade de investigação através de exame de imagem.

As crianças não investigadas por meio de exames de imagem, não precisam ser acompanhadas com urocultura de rotina e não há necessidade de se realizar urocultura para controle de tratamento quando assintomáticas^{1,2}.

Bibliografia utilizada:

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 145: Infecções do trato urinário em crianças. Página 3668-3687(versão digital)**

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **a Página 1475-1480.**

Questão 26: **GABARITO C**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital o Ministério da Saúde orienta que a consulta de pré-natal tenha periodicidade quinzenal à partir da 28ª semana e deve ser feita por médico ou enfermeiro (distrator A).

Observa-se também que o contexto social é fator determinante, não apenas para o bom desenvolvimento da gestação, mas também para a relação que a mulher e sua família estabelecerão com o futuro bebê (distrator B).

O método de determinação de IG por US obstétrica deve ser escolhido quando não for possível determiná-la pela anamnese (DUM incerta) e exame físico, se a mulher apresentar ciclos menstruais irregulares ou se houver discrepância entre a altura uterina e a IG calculada) alternativa correta C)

E o rastreio universal de mulheres gestantes assintomáticas para disfunção da tireoide durante o primeiro trimestre é controverso. Sugere-se uma abordagem focada, em vez de rastreio universal: mulheres oriundas de áreas de insuficiência de iodo moderada a severa; sintomas de hipotireoidismo; história familiar ou pessoal de tireopatias; história pessoal de anticorpos antitireoperoxidase (TPO); DM tipo 1; radiação na cabeça e pescoço; abortos recorrentes; obesidade mórbida ou infertilidade (distrator D).

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 131, Pré Natal de Baixo Risco p. 3279-3317.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 40, Acompanhamento de Saúde da Gestante e da Puérpera p. 386-401.

Questão 27: **GABARITO D**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital a asma não controlada resulta em maior risco para a mãe e para o feto. A asma intermitente deve ser tratada de preferência com β_2 inalatório de curta duração, porém o diagnóstico dessa paciente é de asma persistente leve devido a presença de sintomas noturnos 1 vez por semana. (distrator A e B).

A asma persistente moderada: deve ser tratada preferencialmente com dose baixa de corticosteroide inalatório e salmeterol ou dose média de corticosteroide e salmeterol. Como alternativa, pode-se lançar mão de dose baixa ou média de corticosteroide inalatório e antagonista do receptor de leucotrienos ou teofilina, porém o diagnóstico dessa paciente é de asma persistente leve devido a presença de sintomas noturnos 1 vez por semana (distrator C)

A asma persistente leve deve ser tratada de preferência com corticoide inalatório em doses baixas. Como alternativa, utilizar cromolin, antagonista do receptor de leucotrienos ou teofilina. Budesonida e albuterol são fármacos de primeira linha no tratamento da asma. (Alternativa correta - D).

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 102, Asma p. 1001-1023.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 41, Atenção à Gestante com problema crônico de saúde p. 401-428.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 151, Asma em crianças e adultos p. 3790-3828.

Questão 28: **GABARITO A**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital o efeito nocivo do fumo durante a gestação está bem estabelecido, tanto para a mãe como para o feto. A nicotina determina diminuição do fluxo placentário e altera a circulação fetal, podendo causar hipoxia ou isquemia e restrição do crescimento intrauterino. O monóxido de carbono reduz a oferta de oxigênio materno e fetal, e outras substâncias encontradas no cigarro são mutagênicas. Os efeitos do fumo na gestação estão diretamente relacionados com a quantidade de cigarros consumidos fumar não é um simples hábito, e sim uma dependência química. O processo da dependência envolve, além do fator farmacológico, fatores psicológicos e comportamentais.

A postura do profissional de saúde deve ser empática, acolhedora e respeitosa. É necessário dar apoio aos pacientes e acompanhar o processo de abandono do tabaco.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 45, Medicamentos e outras exposições na Gestação e Amamentação, Asma p. 441-447.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 60, Tabagismo p. 564-574.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 242, Tabagismo p. 6293-6318 e apêndice 4.

Questão 29: **GABARITO C**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital o apoio matricial é um modelo de cuidados colaborativos com base na integração entre equipes de referência – responsáveis pela atenção direta e continuada de uma população definida – e apoiadores, profissionais com conhecimentos e habilidades complementares aos da equipe de referência. Ele pressupõe a personalização das relações profissionais e o trabalho interdisciplinar como caminhos para superar os mecanismos de referência e de contrarreferência tradicionais dos sistemas de saúde hierarquizados. (Distrator A)

O apoio matricial tem dois componentes: suporte pedagógico, representado por discussão de casos, atendimentos conjuntos e outras atividades colaborativas do apoiador com as equipes de saúde da família; e retaguarda assistencial, representada por atendimentos e outras intervenções específicas do apoiador junto aos usuários. O equilíbrio entre os dois componentes é crucial para o sucesso da integração entre as equipes. (Distrator B e D)

O apoio matricial na saúde é um modelo de cuidados colaborativos em que equipes de serviços diferentes trabalham de forma integrada no cuidado da população. Neste capítulo, refere-se à integração de especialistas com equipes de referência da atenção primária à saúde (APS) (equipes de saúde da família), mantendo o cuidado sob coordenação destas. (Alternativa Correta C)

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 43, Princípios do Apoio Matricial p. 1105-1129.

Questão 30: **GABARITO B**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital, metildopa é o medicamento de escolha no tratamento da hipertensão em gestantes. Outros fármacos que também podem ser usadas são os betabloqueadores, os bloqueadores dos canais de cálcio e os vasodilatadores. Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA II) não devem ser usados durante toda a gestação. (Distrator A e D)

Pré-eclâmpsia é o quadro de hipertensão identificada após 20 semanas de gestação, associada à proteinúria ou a alterações maternas, como IR, trombocitopenia, piora da função hepática, edema pulmonar, distúrbios cerebrais ou visuais. (Distrator C)

Hipertensão crônica é a elevação da PA anterior à gestação ou PA associada à IG de até 20 semanas e presente 12 semanas após o parto. (Distrator A e D)

Já a hipertensão gestacional é a elevação de PA identificada após 20 semanas de gestação, sem evidência de proteinúria ou outros critérios de pré-eclâmpsia. Em mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, é recomendada a realização dos seguintes exames no início da gestação, em caso de necessidade de comparação futura: 15 ● Hemograma. ● Plaquetas. ● Glicemia de jejum. ● Creatinina. ● Ácido úrico. ● Exame qualitativo de urina. ● US fetal precoce para datação precisa da IG: em caso de exame de urina com 1+ de proteinúria, deve-se solicitar a avaliação de proteinúria em urina de 24 horas. ● Em caso de elevação de PA igual ou acima de 140 mmHg ou 90 mmHg após 20 semanas de gestação, ou piora dos níveis tensionais de gestantes previamente hipertensas, deve ser solicitado: 10 ■ Hemograma com plaquetas – avaliação de hemoconcentração e plaquetopenia. ■ Proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina em amostra de urina. ■ Ácido úrico – auxílio do diagnóstico diferencial de pré-eclâmpsia vs. hipertensão crônica. ■ Creatinina e transaminases hepáticas – marcadores de gravidade de pré-eclâmpsia. ■ Albumina sérica, desidrogenase láctica, tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) – avaliação de lesão endotelial, hemólise e coagulopatia. A metildopa é o medicamento de escolha no tratamento da hipertensão na gestação. Em mulheres em tratamento para hipertensão crônica ou hipertensão gestacional sem a presença de pré-eclâmpsia, recomenda-se, além de US precoce para melhor datação da IG, a realização de uma US entre 18 e 20 semanas para avaliação do crescimento fetal, nova US com o mesmo objetivo entre 28 a 32 semanas e então mensalmente até o termo (Alternativa correta B)

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 43, Hipertensão na gestação p. 3318-3338.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 42, Tabagismo p. 414-421.

Questão 31: **GABARITO B**

Justificativa

Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso 2ª EDIÇÃO.

Página 1000: “Em um bebê com cólicas, sem outra patologia associada, o exame físico não apresenta alterações. Ele apenas poderá apresentar um abdome ligeiramente distendido e timpanizado”.

Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

Página 286: “Se o exame físico for normal e a história e a observação da mãe não sugerem outros problemas, pode-se considerar, presumidamente que a criança tem cólica. Este diagnóstico pode ser mudado se a evolução indicar outra possibilidade”.

>> QUESTÃO B: CERTA

Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso 2ª EDIÇÃO.

Página 1000: “As cólicas surgem entre a segunda e terceira semana de vida e duram até cerca de 12 semanas, com seu pico de incidência em torno da sexta semana. Cerca de um terço dos bebês apresentará esse sintoma”.

>> QUESTÃO C: ERRADA

Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso 2ª EDIÇÃO.

Página 1001: “Em uma situação de choro, os pais devem sempre verificar se o bebê tem alguma situação de desconforto, como sede, calor, frio ou fralda suja”.

>> QUESTÃO D: ERRADA Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso 2ª EDIÇÃO.

Página 1001: “A simeticona, apesar de sua utilização disseminada, não demonstrou eficácia”.

Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

Página 287: “O tratamento medicamentoso para cólicas com antiespasmódicos, analgésicos ou supositórios de glicerina não está indicado (D)”.

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 118: Choro e Cólicas. 2ed. 2019. Pág 999-1002

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 30: Problemas Comuns nos Primeiros Meses de Vida. 4ª ed. 2013. Pág 284-299.

Questão 32: **GABARITO C**

Justificativa

>> A: errada Página

1768 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

“A dor articular é um sintoma muito comum na atenção primária, estando presente em um a cada sete atendimentos médicos”.

Página 1773 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

Quando referenciar: “Pacientes que tenham quadro sugestivo de monoartrite, sem diagnóstico provável na anamnese e no exame físico, devem ter punção e ALS (Análise do Líquido Sinovial) de maneira emergencial. Caso o médico de família e comunidade não tenha familiaridade com a técnica e/ou disponibilidade dos exames, deve referenciar o paciente para realiza-los em outro lugar de referência. Pacientes com poliartrite crônica sem etiologia confirmada, ou mesmo com uma etiologia confirmada para a qual o médico de família não se sinta capacitado a iniciar tratamento, devem ser manejados em conjunto com o reumatologista”.

Página 1200 Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

“A dor musculoesquelética é um dos principais motivos de consulta em atenção primária à saúde (APS). Saber identificar a sua causa e adequar o tratamento à realidade do paciente é fundamental para o sucesso assistencial. É o sintoma mais prevalente na população em geral, podendo acometer mais de um terço das pessoas de forma crônica ou recorrente, com significativo impacto econômico e social. Sexo feminino e idade avançada estão associados a maior número de consultas em APS por dor musculoesquelética, sendo os principais locais de dor a coluna lombar, os joelhos e, nas crianças, os pés”.

>> B: errada

Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

Página 1768

“Exames laboratoriais nem sempre são necessários para a elucidação diagnóstica, podendo até mesmo confundir o raciocínio clínico quando solicitados como “rastreamento””.

Página 1774

“Erros mais frequentes cometidos: Solicitar exames laboratoriais como “rastreamento” para reumatopatias em todos os indivíduos com poliartralgia”.

Página 1208 Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

“A avaliação de pacientes com dor articular representa um desafio para os médicos de atenção primária à saúde (APS), pois a artralgia pode ser manifestação de um grande número de diagnósticos diferentes, muitos deles raros. Várias doenças periarticulares podem ser confundidas com doenças articulares, o que torna ainda mais difícil a avaliação. Além disso, para a maioria dos diagnósticos, não há exames complementares com elevada sensibilidade e especificidade. Por esse motivo, é importante adotar um raciocínio sistemático centrado em uma anamnese detalhada e em um exame físico cuidadoso, que permitam formar uma ou mais hipóteses, que orientarão a avaliação complementar com testes laboratoriais e exames de imagem”.

>>C: correta

Página 1770 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

“Esse é o caso, por exemplo, da osteoartrose das mãos, que envolve as interfalângianas distais (IFDs) e proximais (IFPs), preservando as metacarpofalângianas (MCFs). Por sua vez, a AR envolve, em geral, as IFP e as MCFs e preserva as IFDs”.

Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

Página 1213: “A artrite reumatoide, o mais importante diagnóstico desse grupo, varia em sua apresentação. Alguns pacientes têm uma poliartrite simétrica que em geral afeta pequenas articulações, como as metacarpofalângicas e as interfalângicas proximais das mãos”.

Página 1214 Figura 118.4

>>D: errada

Página 1772 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

“Fator Reumatoide: Apesar do nome, o exame não é considerado específico, podendo elevar-se em condições clínicas diversas (reumatológicas, infecciosas, respiratórias e neoplásicas), além de apresentar um taxa de falso positivo próxima a 20% em pessoas acima de 60anos de idade. Seu uso deve ser usado restrito àquelas que apresentam poliartrite com mais de 6 semanas de evolução, estando relacionado à pior prognóstico (para casos de AR) em títulos altos, acima de 1:512”.

Página 1214-1215 Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

“O fator reumatoide (FR) deve ser solicitado quando houver pelo menos uma suspeita moderada da presença de artrite reumatoide: quadro de poliartrite simétrica acometendo pequenas articulações. A utilidade do teste é limitada quando a probabilidade pré-teste (i. e., prevalência) de uma doença associada ao FR (principalmente artrite reumatoide e síndrome de Sjögren) for baixa. Pacientes com outras condições inflamatórias, como lúpus eritematoso sistêmico, endocardite subaguda, vasculite, infecção viral, também podem apresentar FR positivo. Vinte e cinco por cento ou mais dos pacientes com artrite reumatoide nunca terão FR. Um exame mais específico do que o FR é o anti-CCP (anticorpos contra peptídeo citrulinado cíclico), cuja utilidade diagnóstica é maior naqueles indivíduos com suspeita clínica de artrite reumatoide e FR negativo ou com condições que possam causar FR falso-positivo. O anti-CCP tem sensibilidade semelhante à do FR para o diagnóstico de artrite reumatoide. Por outro lado, quanto mais alta a titulação do FR (por qualquer método), mais provável que se esteja diante de uma artrite reumatoide”.

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 209: Poliartralgia. 2ed. 2019. Pág 1768-1774.

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 117: Abordagem do Paciente com Dor Musculoesquelética. 4ª ed. 2013. Pág 1200-1208.

Questão 33: **GABARITO C**

Justificativa

>> QUESTÃO A: errada

Página 762. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

“No exame físico, uma manobra chamada teste TUG, no qual o paciente é instruído a levantar-se da população sentada, caminhar 10 passos ou 3 metros, virar-se e retornar à cadeira para sentar novamente, mostrou-se válido para avaliar a função dos membros inferiores, bem como o equilíbrio durante a marcha. Se o paciente levar mais do que 30 segundos para complementar a manobra, apresentar instabilidade postural ou déficit na marcha, isso sugere aumento no risco de quedas”.

>> QUESTÃO B: errada

Página 762. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

“O risco de quedas que resulta em graves consequências, inclusive a morte, acompanha várias síndromes geriátricas. Sua etiologia é normalmente multifatorial e, por vezes, difícil de definir de forma clara. Fatores que contribuem para índices tão altos incluem mudanças posturais relacionadas à idade, ao déficit visual, ao uso de medicações (particularmente anticolinérgicos, sedativos e anti-hipertensivos) e a doenças que afetam a força muscular e a coordenação motora”.

Página 1943 Quadro 226.2 Onze intervenções visando a diminuir o risco de quedas: redução e ou troca de medicamentos. Atenção especial aos psicotrópicos.

Página 670. Medicina Ambulatorial: Conduitas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

Tabela 69.3 Recomendações específicas para a prevenção de quedas em idosos: Revisar as medicações utilizadas pelos pacientes e realizar as modificações necessárias, especialmente em relação aos psicofármacos.

>>QUESTÃO C: correta

Página 1942. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

“Mesmo quando uma causa específica para o distúrbio da locomoção é encontrada, o tratamento quando disponível, na maioria das vezes, promove apenas melhora parcial. O retorno do nível de capacidade de locomoção pré-mórbida é um objetivo raramente alcançado. Entretanto há várias intervenções que podem melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade dos indivíduos, cujos objetivos primários são diminuição da dor, aumento da distância, velocidade e autonomia da marcha com segurança”.

>> QUESTÃO D: errada

Página 1943. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição.

“Caminhar, embora seja benéfico em muitos outros aspectos, parece não contribuir para diminuir o risco de quedas”.

“Uma modificação no ambiente e as abordagens comportamentais são consideradas úteis para aumentar a autonomia da marcha com o menor risco de quedas”.

Página 669. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

“As condições do ambiente residencial podem aumentar o risco de quedas. Escadas são particularmente perigosas; a diferenciação inadequada das bordas dos degraus, a iluminação fraca e a diminuição da acuidade visual das pessoas idosas contribuem para impor dificuldade para o seu uso. Tapetes soltos, fios elétricos e cacos de ladrilhos no chão podem também aumentar o risco de quedas”.

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 89: Saúde do Idoso. 2ed. 2019. Pág 757-765.

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 69: Saúde Multidimensional do Idoso. 4ª ed. 2013. Pág 665-672.

Questão 34: **GABARITO D**

Justificativa

Questão A.

>> Tratado de Medicina de Família e Comunidade Gusso 2ª edição.

Página 1677: "A flutamida é um antiandrogênico potente que não está mais sendo utilizado devido ao risco de hepatotoxicidade".

Questão B.

>> Tratado de Medicina de Família e Comunidade Gusso 2ª edição. Página

1673: "O escore de Ferriman-Gallwey modificado é definido pela soma da pontuação de nove áreas do corpo (0-4 pontos cada uma, de acordo com a intensidade do aumento de pelos no local). Diagnostica-se hirsutismo quando o escore for de 8 pontos ou mais. No escore de 8 a 15, é classificado como leve. As limitações desse método são não considerar diferenças raciais, subjetividade do observador e dificuldade para avaliar pessoas que utilizam métodos depilatórios ou de camuflagem".

Questão C.

>> Tratado de Medicina de Família e Comunidade Gusso 2ª edição.

Página 1673: "A SOP é a endocrinopatia mais comum em mulheres em idade reprodutiva. Costuma estar associada à oligomenorréia e à infertilidade. Os sintomas iniciam no período peripuberal e progridem com o tempo. De acordo com os critérios de Rotterdam, tem-se o diagnóstico quando dois dos três critérios seguintes estão presentes:

1. Irregularidade menstrual (menos de oito menstruações por ano ou ciclos menstruais mais longos do que 35 dias).
2. Evidência clínica (hirsutismo, acne, alopecia androgenética) ou laboratorial de hiperandrogenismo; sendo outras causas excluídas.
3. Ovários policísticos (>12 folículos em cada ovário medindo 2 a 9mm de diâmetro e/ou aumento de volume ovariano em >10ml) em exame ultrassonográfico".

Questão D (Resposta Correta)

>> Tratado de Medicina de Família e Comunidade Gusso 2ª edição.

Página 1675: “Nos casos de SOP rastrear dislipidemia, diabetes e intolerância à glicose. Os níveis de testosterona e SDHEA podem estar aumentados, os níveis de SHBG podem estar diminuídos e a relação entre LH e FSH pode estar aumentada (>2)”.

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 196: Hirsutismo. 2ed. 2019. Pág 1672-1679.

Questão 35: **GABARITO C**

Justificativa

>> QUESTÃO A: errada

Página 1979 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição

“As crises febris evoluem sem complicações, déficits ou sequelas motoras, não alteram a inteligência ou a coordenação e não causam dano cerebral. É um fenômeno da primeira infância que é superado com o crescimento. Não foram demonstrados óbitos, sequelas neurológicas ou risco intelectual em 1706 crianças que apresentaram crises febris”.

Página 1068 Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

“Peritos norte-americanos concluíram que “com exceção de alta taxa de recorrência, não foram identificados efeitos adversos tardios de convulsões febris simples; o risco de desenvolver epilepsia é extremamente baixo, e as crises não produzem lesão estrutural do sistema nervoso, nem causam problemas de aprendizado; os efeitos colaterais associados à terapêutica continuada com fenobarbital ou valproato ultrapassam os benefícios destes; logo, o tratamento a longo prazo não é recomendado”.

>> QUESTÃO B: errada

Página 1969 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição

“Na convulsão febril, o eletroencefalograma (EEG) não tem valor prognóstico, não contribui para o diagnóstico e não tem potencial de alterar a conduta clínica, mesmo em convulsões febris complexas. O EEG será útil se houver suspeita de etiologia específica, ou seja, se não se tratar de uma convulsão febril.”

Página 1067-1068 Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

“As convulsões febris que duram entre 10 e 29 minutos, focais ou repetidas durante o mesmo episódio febril, são consideradas crises febris complexas”. “O EEG deve ser solicitado principalmente em crises febris complexas ou em status para realização de diagnóstico diferencial com encefalites, sobretudo herpética, e abscesso cerebral. Nos primeiros dias após a crise, o exame não fornece indicações de risco de epilepsia, pois costuma ser normal ou mostrar atividades lentas inespecíficas. O EEG anormal ou focal sugere patologia cerebral prévia ou a ser investigada”.

>> QUESTÃO C: correta

Página 1970 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição

“O principal suporte da intervenção é o fornecimento de informações às famílias sobre o risco de recorrência, o manejo de primeiros socorros e a natureza benigna do fenômeno. Os pais devem receber detalhes do contato para serviços médicos para que eles se sintam apoiados em caso de recorrência, o que inevitavelmente leva a ansiedade e ao medo pela grande maioria dos envolvidos.”

>> QUESTÃO D: errada

Página 1969 Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso. 2ª Edição

“Exames laboratoriais inespecíficos, como hemograma, proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação (VHS) ou ionograma, serão solicitados para esclarecimento propedêutico do quadro infeccioso, mas não tem indicação formal específica para a convulsão febril. A proteína C reativa não auxilia no diagnóstico de meningite”.

“Em convulsões febris, os exames radiológicos e de neuroimagem não contribuem para o diagnóstico, não alteram o prognóstico e não tem necessidade de ser solicitado”.

Página 1067 Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em Evidências. 4ª Edição. Duncan

“As crises ocorrem nas primeiras 24 horas da elevação da temperatura, em geral causada por infecção das vias aéreas superiores. Outras causas de convulsões devem ser excluídas pelo exame físico, incluindo o neurológico, e por exames laboratoriais (hemograma, glicemia e dosagens de cálcio, sódio, transaminases e bilirrubinas). Punção lombar e tomografia computadorizada podem ser necessárias. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com meningite, encefalite, distúrbios metabólicos (p. ex., hipoglicemia, hipocalcemia e hipernatremia) e traumatismo de crânio”.

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 230: Convulsões e Epilepsia. 2ed. 2019. Pág 1964-1981.

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 106: Epilepsia. 4ª ed. 2013. Pág 1058-1072.

Questão 36: **GABARITO C**

Justificativa

A opção A está errada porque a maioria das diarreias tem etiologia viral e o uso de antibioticoterapia é reservado para casos selecionados. A alternativa B está errada porque o uso de antidiarreicos não é recomendado em casos de gastroenterite aguda (Tratado de MFC), ao menos em lactentes (Duncan). A alternativa C está correta porque os probióticos podem ser utilizados como tratamento adjuvante da diarreia, visando a redução de sua duração e da frequência das evacuações. A alternativa D está incorreta porque o micronutriente que tem seu uso relacionado às doenças diarreicas é o Zinco, e não o Selênio. As referências não apresentam discordâncias neste tópico (Tratado de MFC pág. 2995-7 e Duncan pág. 1404-5).

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências: - Cap. 30, Problemas comuns nos primeiros meses de vida, p. 284

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: - Cap. 116, Vômito e diarreia no lactente, p. 2986

Questão 37: **GABARITO B**

Justificativa

Conforme o instrumento adotado pelo Ministério da Saúde para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (exibido na pág. 187 do Duncan), a criança apresenta-se no limite superior de normalidade para a aquisição de habilidades como sentar-se sem apoio, brincar de esconde-achou e duplicar sílabas. A opção A está errada porque os achados não são tranquilizadores para manter a rotina normal de acompanhamento, e as informações obtidas a partir da observação dos pais geralmente são importantes e de qualidade (Tratado de MFC, pág. 2957 e Duncan pág. 184). A opção C está errada porque ainda não está estabelecida a suspeita de atraso do desenvolvimento (Duncan pág. 191 – tabela 21.2), e os exames complementares devem ser utilizados excepcionalmente, direcionados por suspeita clínica (Tratado, pág. 2958). A opção D está errada porque os achados não são suficientes para estabelecer qualquer diagnóstico, e a melhor conduta para a situação é a reavaliação pelo mesmo profissional (Tratado, pág. 2957). A opção B está correta.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências: - Cap. 21, Promoção do desenvolvimento da criança, p. 180-193

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: - Cap. 114, Problemas de desenvolvimento neuropsicomotor, p. 2941-2963

Questão 38: **GABARITO D**

Justificativa

A sequência da técnica de drenagem de abscessos é composta pelas seguintes etapas: antissepsia, anestesia, incisão, drenagem, exploração, colocação de dreno e curativo. As bibliografias são convergentes sobre esta sequência (Duncan pág. 1814-15, Tratado de MFC pág. 2363-66 e CAB procedimentos). Os distratores apresentados são mitos comuns em relação ao procedimento, e não estão corretos porque: a) a antibioticoterapia só é indicada em casos selecionados, e seu início não deve atrasar a drenagem, que é a resolução definitiva do quadro; b) a antissepsia previne a contaminação por outros germes e a ocorrência de complicações; c) a anestesia deve ser realizada, sendo sua técnica descrita em ambas as referências. A afirmativa correta, sobre a colocação de dreno, também se encontra amparada por ambas as referências.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências: - Cap. 182, Infecções Não Traumáticas de Partes Moles, p. 1814-1815

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: - Cap. 91, Procedimentos em atenção primária à saúde: anestesia locorregional, suturas, inserção de DIU, cantoplastia, lavagem otológica e drenagem de abscesso, p. 2363-2368

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 30 – Procedimentos: - Cap. 2.1, Drenagem de abscesso, p. 15-18

Questão 39: **GABARITO C**

Justificativa

A opção A está errada porque o diagnóstico de rinite é predominantemente clínico, sendo a dosagem de IgE recomendada em casos selecionados (Duncan pág. 1636 e Tratado de MFC pág. 4699). A opção B está incorreta porque os corticosteroides podem ser utilizados em crianças (Tratado pág. 4707), ainda que pela menor dose e tempo possíveis (Duncan pág. 1640). A opção C está correta porque os vasoconstritores nasais podem ser utilizados, desde que por poucos dias, tendo especial lugar nos casos de edema da mucosa nasal (Duncan pág. 1638-9 e Tratado pág. 4708). A opção D está incorreta porque os anti-histamínicos de primeira geração devem ser evitados e podem gerar efeito paradoxal de agitação em crianças e prejuízo no desempenho (Duncan pág. 1637-8 e Tratado pág. 4705-6).

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências: - Cap. 158, Rinite, p. 1633

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: - Cap. 181, Rinites, p. 4687

Questão 40: **GABARITO A**

Justificativa

A alternativa A está correta porque atualmente não se trabalha com ponto de corte definido em base temporal para a classificação do luto (Duncan pág. 79 e Tratado de MFC pág. 2765-6). A alternativa B está incorreta porque mortes inesperadas associam-se a senso de irrealidade sobre o ocorrido (Duncan pág. 85). Alternativa C está incorreta porque as crianças devem receber informações tão detalhadas quanto possam compreender (Duncan pág. 84). Alternativa D está errada porque os profissionais devem comparecer aos rituais de despedida se julgarem pertinente e adequado (Duncan pág. 80 e 85).

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências: - Cap. 9, Abordagem da morte e do luto, p. 89

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: - Cap. 107, Morte e luto na Atenção Primária à Saúde, p. 2756

Questão 41: **GABARITO D**

Justificativa

Cada profissional deve contribuir com seu núcleo de conhecimento para a construção de um novo campo de saberes comum a todas as categorias dentro da ESF (Duncan, capítulo 7, página 92). Não se trata, portanto, de abrir mão de seu núcleo de conhecimento. A estrutura hierarquizada não é mais vista como adequada para obter resultados eficazes (Tratado, capítulo 42, pag 342). Reuniões participativas promovem a participação de todos os envolvidos. Não se propõe em nenhum momento que as reuniões sirvam para avaliações constantes do trabalho dos ACS, o que reforçaria a estrutura hierarquizada (Tratado, capítulo 42, pag 345). Na interconsulta o plano de ação é resultado da interação entre o paciente e dois profissionais e é um recurso importante na atenção primária (Duncan, capítulo 8, pag 104).

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 7, A estratégia de saúde da família. pag 88 e cap 8, A prática da atenção primária à saúde, pag 101.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 42, Trabalho em equipe, pag.341 .

Questão 42: **GABARITO A**

Justificativa

O capítulo 25 do Tratado defende que “o grande objetivo da gestão da clínica é diminuir para o médico a demanda administrativa e ampliar a demanda assistencial” (pag. 207), tornando essa a alternativa correta. O mesmo capítulo postula que quanto menos seleção de grupos populacionais mais qualificada é a atenção prestada e a diferenciação entre agudos e crônicos é artificial (pag 208). O tempo entre 12 e 15 minutos é uma média que deve ser flexível, inclusive para acomodar consultas mais longas quando necessárias e consultas bastante breves quando possível (pag 209). O Tratado também frisa que é importante diminuir a pressão por consultas de “rotina” (pag 208).

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 25, Gestão da clínica, pag. 207.

O Duncan, capítulo7 (A estratégia de saúde da família) no tópico “organização da demanda”, não foi utilizado por ter conceitos ultrapassados.

Questão 43: **GABARITO C**

Justificativa

O conselho tutelar deve ser acionado em casos de violência contra crianças e idosos, não atende mulheres vítimas de violência. A ação de acionar a defensoria pública deve ser da mulher. O encaminhamento para serviço especializado pode ser a porta de entrada para uma rede maior de proteção social da mulher. A notificação para fins epidemiológicos é compulsória (tratado, cap 82, pag 706). A equipe não deve estar aberta apenas para quando a mulher desejar agir, a equipe deve desenvolver o vínculo e manter o relacionamento próximo, pois a decisão de denunciar o marido não é primordial para o cuidado (pag 704 Tratado).

Referências bibliográficas:

Duncan não aborda violência contra mulher ou ação intersectorial em casos de violência.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 82, abordagem à violência doméstica, pag 704.

Questão 44: **GABARITO A**

Justificativa

Trata-se de uma criança de baixo risco devido ao seu bom histórico perinatal, não-toxêmica, que apresenta, porém, uma temperatura axilar muito elevada (acima de 38,6°C) o que determina a necessidade de triagem laboratorial (Duncan, cap 30, pag 294). Se a temperatura fosse menor poderia ser possível a conduta expectante (c). Só é indicada antibioticoterapia após investigação laboratorial e comprovada leucocitose no caso de não haver localização infecciosa (b). A internação só se faz necessária após confirmação da bacteremia (d). O Capítulo 119 do Tratado aborda o tema da mesma forma na pag 1006.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 30 Febre em crianças. pag 292.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 119, Febre e convulsão no lactente, pag. 1003.

Questão 45: **GABARITO D**

Justificativa

Nevralgia trigeminal é uma cefaléia secundária e não primária (a). A característica da cefaleia tensional é de dor em aperto ou pressão bilateral (b). A característica da enxaqueca é de dor pulsátil ou latejante uni ou bilateral (c). Cefaléia em salvas está descrita corretamente. Ambas bibliografias abordam o tema e descrevem os quadros clínicos e tratamentos da mesma forma.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap 127 Cefaléia, pag 1164.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 224 Cefaléia e enxaqueca, pag 1916

Questão 46: **GABARITO C**

Justificativa

A Alternativa A está incorreta. Apesar de possuir mais tópicos, o excesso de informações direcionadas para cada queixa faz com que se torne difícil encontrar um dado específico no registro tradicional frequentemente tornando necessário ler todo o registro (TMFC cap49 p.395).

A Alternativa B está incorreta. De fato, não se recomenda colocar hipóteses interrogadas no ReSOAP; porém isso não faz com que se afunilem as hipóteses diagnósticas. Ao contrário, o ReSOAP considera facilmente a colocação de avaliações mais amplas, sindrômicas e não focadas no diagnóstico nosológico. Por exemplo: em caso de paciente com quadro de icterícia, no registro tradicional colocaríamos algo como: coledoclitíase? hepatite? entre outros. No ReSOAP nos é permitido manter 'síndrome ictérica' como item de avaliação ampla e não focada no nosológico. (TMFC cap 49 p.395)

A Alternativa C está correta. TMFC cap 49 p395 'subitem acesso rápido aos dados'

A alternativa D está incorreta. O ReSOAP não apresenta foco no diagnóstico. Ao contrário, constrói-se uma lista de problemas - seja primária ou secundária - que inclui diversos aspectos da pessoa e pode servir de base para o rastreamento oportunístico e outras atividades preventivas.

Referências bibliográficas:

GUSSO G, LOPES, JMC. Cap. 49: Registro de saúde orientado por problemas. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2a ed. Porto Alegre, ArtMed 2018.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap 16: Registros médicos, certificados e atestados. Pag 137-144.

Questão 47: **GABARITO C**

Justificativa

Apesar de polêmico e dos materiais entrarem em alguma divergência sobre o acompanhamento e interpretação do VDRL para casos de sífilis, a opção por colocar essa questão foi por ser muito frequente no dia-a-dia do profissional da APS tentando evitar termos, interpretações, polêmicas ou contradições presentes nos materiais colocados como referências bibliográficas para o concurso. A alternativa a e b estão incorretas pois só podemos considerar reinfeção se aumento de DUAS diluições do VDRL. A alternativa "d" está incorreta pois os critérios de falha terapêutica são os mesmos de reinfeção para sífilis. (pág 1168 coluna da esquerda do TMFC).

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. **Capítulo 140: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Página 3513-3541(versão digital)**

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 140: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Página 1480-1492.**

Questão 48: **GABARITO C**

Justificativa

A Acne de Aline é classificada como grau II - apresentando pápulas e pústulas além dos comedões (grau I) mas ainda sem apresentar nodulações (grau III) ou abscessos e escarificação cutânea (grau IV). De acordo com a tabela citada abaixo, presente tanto no Duncan quanto no Tratado, o tratamento preconizado deve ser com retinoide tópico associado a antimicrobiano tópico (podendo-se associar peróxido de benzoíla caso exista presença mais extensa de pústulas).

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. **Capítulo 200: Acne. Página 5129-5153 (versão digital).**

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 169: Prurido e Lesões Papulosas e Nodulares. Página 1720-1743.**

Questão 49: **GABARITO A**

Justificativa

A resposta a está correta. A informação pode ser encontrada na pag 1531 do TMFC e na pag 923 do duncan.

A alternativa “b” está incorreta pois a insulinoaterapia apresenta maior risco para hipoglicemia em comparação com o tratamento com antidiabéticos orais.

A alternativa “c” está incorreta pois deformidades articulares como dedos em garra, aumento do arco plantar ou diminuição da mobilidade articular podem ser sinais de neuropatia ou ainda outra doença, não sendo patognomônico de vasculopatia. Além disso, os critérios de amputação envolvem a presença de úlceras com necrose importante e não tratável. O duncan diferencia pé isquêmico (passível de amputação se maior gravidade) e pé neuropático. Deformidades articulares falam a favor de doenças articulares por si ou neuropatia (pag 930)

A alternativa “d” está incorreta. O cálculo de microalbuminúria é um preditor independente para nefropatia diabética. Tanto que a nefropatia diabética é classificada em: normoalbuminúria, microalbuminúria e macroalbuminúria (Duncan, pag 924)

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. **Capítulo 178: Diabetes Melito tipos 1 e 2. Página 4591-4627 (versão digital).**

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 94: Prevenção e Manejo das Complicações Crônicas do Diabetes. Página 920-935.**

Questão 50: **GABARITO C**

Justificativa

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 154) e o Duncan (capítulo 136) apontam que em geral as Infecções de vias aéreas superiores são de origem viral e autolimitadas. Neste sentido o tratamento inicial deve ser feito com sintomáticos. O Protocolo de manejo de COVID19 na APS do Telessaúde RS sinaliza as medidas iniciais de conduta para pacientes com sintomas gripais no caso suspeito de COVID19, sendo o isolamento domiciliar, a solicitação de exame diagnóstico em tempo oportuno (RT PCR para SARS COV 2 do 3º ao 9º dia de sintomas), o uso de sintomáticos e a notificação para vigilância epidemiológica. Assim sendo, a letra C está correta. A letra A está incorreta, pois não é previsto a prescrição de antibióticos como primeira linha de tratamento para IVAS, mesmo na suspeita de COVID19. A letra B também está incorreta, pois as três referências citadas acima dispensam a solicitação de exames de imagem para casos com sintomas leves. A letra D está errada, pois o caso não atende nenhum dos critérios de encaminhamento para especialista focal, conforme o Duncan (página 1640).

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.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas Coronavírus (COVID-19): informações para profissionais da APS: versão 10. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 mar. 2020 [atual. 4 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: "07, mar 2021".

Questão 51: **GABARITO A**

Justificativa

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (página 2115-2123) descreve a bulimia nervosa com episódios de compulsão alimentar em que ocorrem crises bulímicas de ingestão de grande quantidade de alimentos com descontrole, podendo ser seguido de comportamentos compensatórios (vômitos autoinduzidos). Segundo o Tratado, o tratamento padrão dos transtornos alimentares é a reabilitação nutricional e psicoterapia, sendo que o uso de ISRS a primeira escolha, sendo a fluoxetina a mais indicada. A Bupropiona é contraindicada nestes casos de pacientes com hábitos purgativos por estar associada à ocorrência de convulsões nestes grupos.

O Duncan (p. 1888) sinaliza que a bulimia nervosa tem como característica essenciais as compulsões alimentares periódicas e os métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso, a exemplo da autoindução do vômito.

Em função da presença destas características descritas nos livros de referência, a alternativa correta para esta questão é a letra A.

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.

Questão 52: **GABARITO A**

Justificativa

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (páginas 1616-1622) aponta que apesar da maioria dos casos de rinossinusite aguda ter etiologia viral, alguns sinais e sintomas devem ser observados e estando presentes significa a indicação de encaminhamento para internação hospitalar, pela provável gravidade do caso. Entre estes sinais e sintomas, estão: edema periorbital, globo ocular deslocado, visão dupla, oftalmoplegia, entre outros. No caso em análise a paciente tem um diagnóstico sugestivo de rinossinusite com uma possível complicação que seria o edema periorbital.

O Duncan (páginas 1646) sinaliza que a presença de edema periorbitário pode sugerir a presença de complicações, indicando a necessidade de encaminhamento imediato.

Desta forma, com base na literatura sugerida, a alternativa correta é a letra A.

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.

Questão 53: **GABARITO B**

Justificativa

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (páginas 313-324) aponta que os serviços de atenção domiciliar reduzem demanda por atendimento hospitalar e otimizam recursos financeiros. Em relação aos casos de atendimento domiciliar de urgência, o Tratado pondera aspectos que devem ser considerados para que o médico realize de imediato tal demanda, a exemplo da identificação do motivo e gravidade do caso, distância da UBS, se há possibilidade do paciente ser trazido para UBS etc. No entanto, em nenhum momento o Tratado refere que estas visitas de urgência devem ser evitadas. O Tratado sugere uma lista de materiais que devem ser utilizados na visita domiciliar (estetoscópio, lanterna, oxímetro, glicômetro entre outros), no entanto não aponta a obrigatoriedade de automóvel para realização dos atendimentos no domicílio.

O Duncan não aborda diretamente a temática do Atendimento Domiciliar.

Desta forma, com base na literatura sugerida, a alternativa correta é a letra B.

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.

Questão 54: **GABARITO D**

Justificativa

O procedimento solicitado na consulta anterior se chama monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA). O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica deve ser feito preferencialmente por MRPA ou MAPA (monitoramento ambulatorial de pressão arterial), porque têm maior valor preditivo para eventos cardiovasculares do que a medida em consultório, mesmo se esta for realizada como nas diretrizes (mais de uma ocasião, mais de uma vez por ocasião, etc.). Poucos serviços no Brasil dispõem de esfigmomanômetro automático ou aparelho de MAPA para emprestar aos pacientes, mas às vezes os pacientes têm acesso a algum aparelho mesmo assim, como foi o caso na questão. Um aspecto crucial na interpretação do MRPA é que os valores de referência são diferentes daqueles utilizados no monitoramento em consultório. Há alguma divergência sobre qual seria o ponto de corte, pois o capítulo do Medicina Ambulatorial indica $\geq 130/85$ mmHg e a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial não traz um valor específico, dando a entender que se aplicaria o mesmo valor para o período diurno no MAPA, que é $\geq 135/85$ mmHg. O enunciado evita a polêmica ao utilizar um resultado que atende a ambos os critérios. Outra polêmica seria a proposta da American Heart Association de considerar hipertensão arterial a pressão $\geq 135/80$ mmHg. O candidato que souber interpretar MRPA saberá que a resposta é a mesma para ambos os critérios (consultório $\geq 130/85$ ou $\geq 140/90$). A medida em consultório $\geq 140/90$ mmHg descarta as alternativas A e B, e a MRPA $\geq 135/85$ descarta as alternativas A e C.

“De acordo com os atuais critérios diagnósticos, a HAS é definida quando há registro de PA elevada em, pelo menos, duas medidas em encontros clínicos diferentes, embora algumas diretrizes sejam mais rigorosas e já indiquem a monitorização ambulatorial da PA (MAPA) ou a monitorização residencial da PA (MRPA) como padrão-ouro para o diagnóstico. A MAPA tende a corrigir o sobrediagnóstico e pode ser custo-efetiva. Cada vez mais se reconhecem as limitações da medida de pressão no consultório médico, medida que pode estar alterada por diversos fatores – falta de tempo para técnica correta, ansiedade, dor ou desconforto são alguns exemplos.”

(Capítulo 161 - Tratado de Medicina de Família e Comunidade)

Questão 55: **GABARITO D**

Justificativa

O enunciado descreve uma poliartrite assimétrica migratória, típica da febre reumática. O exantema escarlatiniforme sugere que o paciente tenha escarlatina. Esta, por sua vez, é uma reação à infecção pelo *Streptococcus pyogenes* do grupo A, assim como é o caso da febre reumática. Descamação com sinal do orvalho sanguíneo é patognomônico para psoríase. A artrite psoriática pode ser assimétrica, mas não tem característica migratória e é mais comum aos 20-40 anos. A púrpura em membros inferiores indicaria a presença de púrpura de Henoch-Schölein, e pode acontecer em crianças, mas não tem esse caráter assimétrico nem migratório. Tofos periarticulares indicariam gota, dentre outras condições, mas isso traria uma monoartrite com sinais inflamatórios mais intensos.

Referências bibliográficas:

Achutti A, et al. Capítulo 138: Febre reumática e prevenção de endocardite infecciosa. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (especialmente descrição da artrite.)

Bau AEK, Bonamigo RR. Capítulo 164: O exame da pele. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (especialmente psoríase.)

Kohem CL, Xavier RM, Chakr R. Capítulo 118: Dor articular. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (Ver “Febre reumática”, “Artrites induzidas por cristais”)

Kolling JHG, Chakr R. Capítulo 220: Gota. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Kolling JHG, Chakr R, Kohem CL. Capítulo 220: Gota e pseudogota. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Machado SH, Scheibel IM, Danesi SRC. Capítulo 128: Problemas musculoesqueléticos em crianças e adolescentes. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (Menciona Henoch-Schönlein, mas não ajuda muito nesta questão.)

Menezes RA. Capítulo 206: Psoríase. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Pereira RPA. Capítulo 209: Poliartralgia. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. (principalmente Quadro 209.3)

Ponzio HA, Favaretto AL, Bozko MP. Capítulo 167: Dermatoses eritroescamosas. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (especialmente psoríase.)

Takimi LN. Capítulo 263: Doenças exantemáticas na criança. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios,

formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. (Especialmente Tabela 263.2 [para púrpura de Henoch-Schönlein] e Tabela 263.3 [para escarlatina])
Toscano CM. Capítulo 133: Doenças febris exantemáticas. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (especialmente escarlatina.)

Questão 56: **GABARITO C**

Justificativa

Trata-se de um caso clássico de dermatite atópica; o início na infância e a localização ajudam a diferenciar de outras dermatites. A hidrocortisona é indicada para tratamento de manutenção, quando necessário, e/ou para peles mais finas, mas não é o suficiente em outras situações. O creme de dexametasona faz parte da RENAME 2020, e pode ser utilizado como uma primeira escolha, embora existam outros corticoides mais potentes em farmácias comerciais (além de propionato de clobetasol creme 0,5mg/g, que faz parte do componente básico da RENAME 2020). Banhos de hipoclorito costumam ser indicados para reduzir a colonização da pele por estafilococos, e podem ser considerados como terapia adjuvante, mas não para monoterapia. Anti-histamínicos costumam ser aceitos como adjuvantes, mas pela falta de evidência não devem tomar o lugar dos corticoides como tratamento de escolha. Há divergência entre as duas principais referências quanto à aceitabilidade dos corticoides orais.

Referências bibliográficas:

Weber MB, Bonamigo RR. Capítulo 168: Dermatites eczematosas e reações a medicamentos. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Mitchell R, Madureira B, Sarti TD. Capítulo 197: Eczema. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Lima RN. Capítulo 194: Prurido. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Questão 57: **GABARITO D**

Justificativa

Na tendinite bicipital, haveria dor à palpação do sulco bicipital, não do espaço subacromial; e a dor apareceria à flexão do cotovelo, não do ombro. Na osteoartrose acromioclavicular, a dor seria na articulação em si, e não debaixo dela; e a dor seria à abdução do braço, não flexão do ombro (elevação para frente). Na capsulite adesiva há diminuição da amplitude dos movimentos e da força. O caso corresponde a uma síndrome do impacto aguda.

Referências bibliográficas:

Augusto DK. Capítulo 215: Dor no ombro. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Caquerini R, et al. Capítulo 124: Dor no ombro e no membro superior. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Questão 58: **GABARITO C**

Justificativa

Desmopressina e hioscina não se mostraram eficazes para o alívio da cólica renal aguda. Opioides como tramadol são menos eficazes que anti-inflamatórios não esteroides, e têm mais efeitos adversos – principalmente a meperidina, que induz náuseas e vômitos. A parte de litíase renal e ureterolitíase tem um ou outro equívoco nessa parte (pelo menos em comparação com referências incluídas já na primeira edição do Tratado), mas concorda que a escolha é pelo anti-inflamatório não esteroide.

Referências bibliográficas:

Fontenelle LF. Capítulo 144: Cólica renal. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Koff WJ. Capítulo 186: Doenças comuns em urologia. In: Duncan DBD et al (editores). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (litíase renal e ureterolitíase)

Questão 59: **GABARITO C**

Justificativa

Para avaliação de prevalência a melhor abordagem seria quantitativa através de um estudo transversal (distrator A). Toda pesquisa envolvendo seres humanos, mesmo em ambiente virtual, exige anuência do pesquisado por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (distrator B) Os critérios de exclusão não são o oposto de critérios de inclusão. São fatores que, se presentes nas pessoas elegíveis para pesquisa, podem prejudicá-la de alguma forma, seja um fator de confusão, um fator que afete a qualidade ou confiabilidade dos dados ou da informação, entre outros (gabarito C). Embora uma amostra por conveniência seja mais fácil de ser realizada, pode dar uma estimativa errônea da prevalência de burnout. O burnout encontrado nos residentes do mesmo programa de residência de Marina podem não ser representativos de todos os residentes de Santa Catarina (distrator D).

Medicina Ambulatorial não aborda essa questão.

Referências bibliográficas:

PELLANDA, L.C.; JOTZ, M.B.; MENEGAZZO W.R. Como elaborar um projeto de pesquisa. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., *et al* (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**: Artes Médicas, 2018.

Questão 60: **GABARITO D**

Justificativa

O consumo de suco de frutas não deve ser estimulado no lactente e, quando administrado, que seja em copo, após refeições principais e sem ultrapassar 100 mL/dia (distrator A). A restrição ao leite de vaca para nutrizas deve ser reservada àquelas em que o lactente estiver apresentando alergia ao leite de vaca (distrator B). Entre pré-escolares chantagem, coação ou premiação devem ser evitadas para estimular o consumo de alimentos, pois pode agravar a recusa do alimento (distrator C). O consumo de alimentos in natura ou minimamente processados devem ser a base de uma alimentação saudável, o consumo de alimentos processados deve ser limitado a pequenas quantidades e o consumo de alimentos ultraprocessados evitado (gabarito D).

Referências bibliográficas:

GERLACH, A.; DAUDT, C.V.G. Orientações essenciais em nutrição. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., *et al* (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**: Artes Médicas, 2018.

SILVA, C. H. d.; MAROSTICA, P. J. C. Alimentação Saudável do Adulto. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., *et al* (Ed.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

GIUGLIANI, E. R. J. Práticas Alimentares Saudáveis na Infância. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., *et al* (Ed.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

ISSLER, R. M. S.; FREITAS, A. A. G., *et al*. Problemas Comuns nos Primeiros Meses de Vida. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., *et al* (Ed.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

Questão 61: **GABARITO B**

Justificativa

A tosse pós infecciosa é uma tosse subaguda (duração entre 3 e 8 semanas) que inicia após um quadro de infecção respiratória sem a identificação de outras causas. A conduta costuma ser expectante pois o quadro costuma ser autolimitado (gabarito B). Nos casos de doença do refluxo gastroesofágico a tosse pode ter relação com alterações posturais e com alimentação e pode estar acompanhada de pirose. Ainda que possa apresentar a tosse como sintoma isolado, no caso de Ludmila, não é mais provável que tosse pós-infecciosa (distrator A). Entre os sinais e sintomas mais comuns da rinossinusite aguda estão obstrução nasal, rinorreia, gotejamento pós nasal, dor ou pressão facial e redução ou perda de olfato. Embora só alguns desses sintomas possam estar presentes, no caso de Ludmila só há tosse, sem qualquer outro sinal ou sintoma associado (distrator D). Rinossinusite crônica tem pelo menos 12 semanas de duração (distrator C).

Referências bibliográficas:

BARBOZA T.A. Tosse aguda e crônica. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., *et al* (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**: Artes Médicas, 2018.

STÜRMER, P.L.S.; Lehmkuhl, R.B.; LANES, C. K. Avaliação da Tosse Subaguda e Crônica. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., *et al* (Ed.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

LODI, V. V.; DALLA, M. D. B. Rinossinusites. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., *et al* (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**: Artes Médicas, 2018.

ARAÚJO, E. Rinossinusite. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., *et al* (Ed.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

Questão 62: **GABARITO A**

Justificativa

João apresenta quadro de dor abdominal há 3 dias, com presença de dor difusa, mais importante em fossa ilíaca direita (FID), com defesa voluntária local (FID) e dor à descompressão súbita difusa, sugerindo quadro de inflamação peritoneal, com suspeita de apendicite. O que torna recomendável a avaliação de cirurgião geral em caráter de urgência (gabarito A). Por consequência, a redução temporária da dor pelo uso de dipirona não deve impedir que o paciente seja avaliado por cirurgião geral (distrator B), nem o uso de antibiótico recomendado sem avaliação diagnóstica por meio de exames complementares e avaliação de cirurgião geral (distrator D). Embora exames laboratoriais como hemograma completo, proteína C reativa, e parcial de urina/exame qualitativo de urina e ultrassonografia abdominal possam ser utilizados para esclarecimento diagnóstico, o encaminhamento não deve ser retardado (distrator C).

Referências bibliográficas:

TRINDADE, T.G. Dor abdominal. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., *et al* (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**: Artes Médicas, 2018.

OSVALDT, A. B.; COSTA, M. S. T. B. Avaliação Inicial da Dor Abdominal Aguda. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., *et al* (Ed.). **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

Questão 63: **GABARITO C**

Justificativa

Pacientes com HIV com carga viral controlada e CD4>350 em 2 medidas não têm necessidade de controlar fazer CD4 rotineiramente (distratores A e D). Não há necessidade solicitação de HBsAg para pacientes já imunizados com Anti-HBs positivo (distrator B). No entanto, a carga viral, mesmo quando controlada (não detectável) deve ser repetida a cada 6 meses, sendo recomendado também solicitar minimamente hemograma e VDRL.

Referências bibliográficas:

GIRÃO, N.B. Vírus da imunodeficiência humana. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., *et al* (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**: Artes Médicas, 2018.

KUCHENBECKER, R.; BARCELLOS, N.T.; FERREIRA, J. Infecção pelo HIV em Adultos. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., *et al* (Ed.). **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

Questão 64: **GABARITO D**

Justificativa

Item A - Angina Estável: é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto no tórax, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores, geralmente desencadeada ou agravada por atividade física ou estresse emocional e atenuada com o uso de nitroglicerina ou repouso, a dor de Wesley tem apresentado sintomas crescentes o que descarta angina estável.

Item B - a dor de Wesley não é desencadeada ou relacionada a sintomas de ansiedade.

Item C - por ser uma dor retroesternal de forte intensidade, desencadeada por esforço físico/relação sexual, que dura apenas alguns minutos e é aliviada com o repouso, a dor musculoesquelética não deve ser considerada a primeira hipótese diagnóstica

Item D - Angina instável (AI): é um quadro clínico intermediário entre angina crônica estável e infarto agudo do miocárdio. Existem três apresentações clínicas principais da AI: angina de repouso (angina que se apresenta com o paciente em repouso); novo episódio importante de angina; angina em crescendo como descrito no quadro de Wesley. Como clinicamente, a AI e o IAMSSST podem ser semelhantes, às vezes indistinguíveis, é necessário que Wesley tenha os cuidados iniciais e seja encaminhado para serviço de terciário.

Referências Bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Dor Torácica, Angina e Infarto Agudo do Miocárdio. Página 1237-1245.**

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 79: Dor Torácica. Página 788-797.**

Questão 65: **GABARITO C**

Justificativa

Item A - incorreto, pois o tratamento é para sempre e não apenas 6 meses

Item B - incorreto pois a gestação em uma mulher que teve uma perda considerável de peso reduz a incidência de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, desproporção cefalopélvica, macrossomia e necessidade de cesariana.

Item C - correto, pois realmente mulheres não devem engravidar no primeiro ano pós-cirurgia, sendo mais indicado depois de 18 a 24 meses.

Item D - incorreto, pois atividade física deve ser iniciada depois do procedimento cirúrgico, depois da liberação do cirurgião responsável, e seguindo suas orientações

Referências Bibliográficas:

Tratado de Medicina de Família e Comunidade Capítulo 160 Quadro 160.4

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, Cap160, 1424p

Questão 66: **GABARITO B**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital, a técnica de Bartlett é recomendada em casos de presença de tecido hipertrófico, porém sem associação com infecção (distrator A).

“Casos mais exuberantes, com grande quantidade de tecido hipertrófico, necessitarão de ressecção da borda ungueal junto com cerca de um quarto da largura da unha com a respectiva destruição de um quarto lateral da matriz ungueal. Para esse procedimento, recomenda-se o bloqueio dos nervos digitais, combinado com bloqueio de campo. A borda ungueal é incisada até sua base, e uma segunda incisão, que inclua o tecido hipertrófico, deve formar um V para que tanto a borda da unha quanto o tecido hipertrófico saiam em cunha. Em seguida, o leito ungueal deve ser curetado para que a borda da unha cresça sem deformidades. A curetagem deve ser feita com tenta-cânula ou com uma tesoura reta sem ponta em posição fechada” (alternativa correta).

“No estágio 1, ou leve, há queixa subjetiva de dor no canto da unha, leve edema ou eritema. O estágio 2, ou moderado, é caracterizado por dor, edema, hiperemia e processo infeccioso com drenagem de secreção purulenta. Já no estágio 3, ou grave, além das características citadas, observa-se hipertrofia dos tecidos moles, com formação de tecido de granulação no canto da unha.

Nos casos leves, deve-se optar pelo tratamento conservador evitando o tratamento cirúrgico e controlando os sintomas e a reação inflamatória local até que o canto doente alcance a extremidade distal e possa ser cortado adequadamente”. O caso descrito aborda o estágio 3 e esse distrator descreve o tratamento do estágio 1 (distrator C e D).

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 30 – Procedimentos

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 91, Procedimentos em atenção primária à saúde: anestesia locorregional, suturas, inserção de DIU, cantoplastia, lavagem otológica e drenagem de abscesso p. 2356-2361.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 181, Cirurgia da Unha p. 1809-1811.

Questão 67: **GABARITO C**

Justificativa

De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital, o quadro de glaucoma agudo cursa com dor ocular intensa e vermelhidão acentuada (distrator A).

Conjuntivite aguda cursa com secreção ocular e discreto lacrimejamento (distrator B).

Olho seco cursa com sintomas como olho vermelho, ardência ocular, lacrimejamento, borramento visual que varia com o piscar e sensação de corpo estranho. Sua piora está associada à exposição prolongada à tela do computador, além de vento, baixa umidade do ar e alguns medicamentos (alternativa correta).

Iridociclite cursa com dor, pior à palpação do globo ocular, na maior parte das vezes associada a trauma (distrator D).

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 191, Olho Vermelho p. 4906-4907.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 156, Outras patologias oculares, p. 1623-1627.

Questão 68: **GABARITO D**

Justificativa

A questão pretende avaliar conhecimentos sobre saúde ocupacional. O atestado de afastamento é ato exclusivo médico nesta situação. O médico não deve assinar a CAT sem preencher a identificação. Não existe orientação, neste momento, para exames para nexos causais. O médico assistente pode abrir a CAT e ela poderá ser encaminhada ao INSS.

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.

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.

Questão 69: **GABARITO C**

Justificativa

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286/2007, propõe uma atuação integrada e articulada entre educação (escola) e saúde (APS), podendo incluir outros setores da sociedade, na construção de intervenções eficazes voltadas ao público estudantil. Sendo assim, o PSE constitui uma política pública intersetorial dos ministérios da educação e da saúde e está ancorado no princípio da intersetorialidade. Na situação narrada, as ações intersetoriais estão presentes desde o início (onde o MFC realiza uma atividade junto aos estudantes) até o final (com envolvimento de outros setores além de saúde e educação, como o conselho tutelar e o ministério público). Gusso (Cap 78, quadro 78.2) traz um quadro com os princípios modernos da promoção da saúde que possibilita avaliar as alternativas. A Equidade é a garantia do acesso universal à saúde com justiça social. (Alternativa A: INCORRETA). A Participação Social diz respeito ao envolvimento dos cidadãos no planejamento, na execução e na avaliação dos projetos. (Alternativa B: INCORRETA). A Intersetorialidade consiste na articulação de saberes e experiências no planejamento, na execução e na avaliação de ações para alcançar um efeito sinérgico em situações complexas. (Alternativa C: CORRETA). A Integralidade não é um princípio da promoção da saúde, mas sim um princípio doutrinário do SUS, o qual, segundo Duncan (Cap 2, p 15), busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção. (Alternativa D: INCORRETA).

Questão 70: **GABARITO A**

Justificativa

Para ser efetivo, o feedback deve ser realizado em momento oportuno e de maneira construtiva e respeitosa. É considerado como um bom feedback aquele realizado logo após a observação da situação/comportamento, em local reservado, focado apenas nos fatos observados naquele momento, iniciando pelos pontos fortes e finalizando pelos pontos que precisam melhorar. (Gusso, cap 57, não paginado). A suspeita de fratura deve ser aventada sempre que houver trauma agudo, localizado sobre uma estrutura óssea, associado à dor ou incapacidade funcional. Aumentam a suspeita clínica a presença de edema, equimose e deformidade aparente no local de trauma. (Duncan, cap 127, p1309). O principal exame a ser solicitado nestes casos é a radiografia simples da região suspeita de apresentar fratura em, pelo menos, duas incidências ortogonais. A imobilização provisória ajuda a manter o alinhamento, melhorar a perfusão e reduzir a dor. (Gusso, cap 251, não paginado). Analgesia sistêmica nesse momento auxilia no controle da dor e, além da questão humanitária de reduzir o sofrimento da paciente, pode facilitar a avaliação do especialista e o tratamento no serviço de referência. (Gusso cap 102, não paginado). (Alternativa A: CORRETA)

Não é proscrita a requisição de exame radiográfico em mulher gestante, desde que haja correta indicação para tal pedido e utilização dos equipamentos de segurança. Doses abaixo de 5 rad não representam risco de teratogenicidade e a maioria dos estudos sobre o tema não encontrou aumento na incidência de anomalias fetais. (Duncan cap 45, p 442) (Alternativa B: INCORRETA)

Como regra geral de imobilização, sempre se deve imobilizar uma articulação acima e uma articulação abaixo do local da suposta fratura. Portanto, o residente agiu corretamente ao realizar imobilização axilopalmar. (Gusso, cap 251, não paginado). (Alternativa C: INCORRETA)

Durante o atendimento, não há elementos de anamnese ou exame físico da paciente que justifiquem recomendar a priorização da avaliação fetal especializada antes da avaliação materna. (Alternativa D: INCORRETA)

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, 2013, cap. 45 - Medicamentos e outras exposições na gestação e na amamentação, cap 127 - Traumatismo Músculo-Esquelético.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade E-book*, 2019, cap 57 - Avaliação do Ensino da Medicina de Família e Comunidade, cap 102 - Abordagem da Dor Aguda, cap 251 - Fraturas, não paginado*.

*a versão digital do livro (E-book) não apresenta numeração das páginas.

Questão 71: **GABARITO B**

Justificativa

Antes da administração de qualquer anestésico local, é sempre recomendável realizar a aspiração prévia por retração do êmbolo da seringa, com objetivo de detectar uma punção vascular acidental. (Duncan, cap 179, p 1795). (Gusso (Cap 91, não paginado). (Alternativa A: INCORRETA)

Na técnica de anestesia local por infiltração, o anestésico é administrado diretamente no tecido que se quer anestésiar, esteja ele em planos superficiais como a pele ou mesmo em planos profundos como órgãos abdominais. Essa anestesia pode ser tão superficial que inclua apenas a pele e, embora o impulso nociceptivo seja abolido, as sensibilidades tátil e térmica podem se manter preservadas, assim como a funcionalidade do membro (no caso da questão, a mão esquerda da dona de casa). (Duncan, cap 179, p 1794). (Gusso, cap 91, não paginado). (Alternativa B: CORRETA)

A principal desvantagem da técnica de infiltração anestésica local é a necessidade de volumes relativamente grandes de solução. (Duncan, cap 179, p 1795). (Alternativa C: INCORRETA)

A técnica na qual a administração do anestésico é realizada seguindo o trajeto de fibras nervosas de nervos periféricos é chamada de Bloqueio de Nervo. (Duncan, cap 179, p 1796). (Alternativa D: INCORRETA)

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, 2013, cap. 179 - Anestesia Regional, p. 1792-1798.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática E-book*, 2019, cap. 91 - Procedimentos em Atenção Primária à Saúde: anestesia locorregional, suturas, inserção de DIU, cantoplastia, lavagem otológica e drenagem de abscesso, não paginado*.

*a versão digital do livro (E-book) não possui numeração das páginas.

Questão 72: **GABARITO B**

Justificativa

As recomendações de rastreamento para o câncer do colo de útero do Tratado de Medicina de Família e Comunidade seguem as orientações do Ministério da Saúde (Tratado de MFC, Gusso, cap 72, p.594). As recomendações atuais de rastreamento são a realização de exame colpocitológico em mulheres de 25 a 64 anos. Assim, a alternativa B está CORRETA e as alternativas A e C estão incorretas. A alternativa D está incorreta pois para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca realizaram o exame citopatológico (Caso da Dona Albertina), deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, elas podem ser dispensadas de exames adicionais. (Brasil, 2016).

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, cap. 72, p. 594

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica - Saúde das Mulheres – 2016.

Pessini, Suzana Arenhart; Silveira, Gustavo Py Gomes. Câncer genital feminino e lesões precursoras. In: Duncan, Bruce B. *et al.* Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Capítulo 53, p. 497-511.

Questão 73: **GABARITO B**

Justificativa

O Tratado (cap136) define que: “Normalmente, a menarca acontece entre 11 e 14 anos, considerando que o tempo médio entre a telarca e a menarca é de 2,3 (+/- 0,1) anos. A amenorreia primária é a ausência da menstruação após os 14 anos em adolescentes que ainda não apresentam desenvolvimento puberal (caracteres sexuais secundários de acordo com o estadiamento de Tanner, ou após os 16 anos, independentemente da presença desses caracteres.” As figuras 136.1 do Tratado e 49.1 do Duncan, exemplificam o fluxo de investigação inicial da Amenorréia Primária.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 49, Amenorréia.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 136, Amenorréia.

Questão 74: **GABARITO D**

Justificativa

A- Alguns casos de demência frontotemporal podem cursar com demência associada a parkinsonismo. A diferença neste caso é que a demência é do tipo frontotemporal costuma haver alucinações visuais precoces. Além disso, diferentemente da demência por corpúsculos de Levy, o processo demencial nas demências frontotemporais costuma se iniciar antes dos 65 anos de idade. A maioria dos casos de demência frontotemporal, entretanto, não apresenta parkinsonismo precoce. (Duncan pág.696-697).

B- A característica do delirium é que o principal domínio cognitivo afetado é o da atenção, esteja o indivíduo sonolento (delirium hipoativo) ou agitado (delirium hiperativo). Com efeito, apenas secundariamente ao déficit na atenção é que o delirium causa uma disfunção cognitiva global. Além disso, é de evolução aguda recente. (Duncan, pág 688)

C- O envolvimento da área pré-motora costuma ser mais tardio no Alzheimer, razão pela qual apraxias, inclusive da marcha, costumam aparecer apenas nas fases moderada a avançada da doença. Delírios e alucinações podem começar a ocorrer em qualquer estágio do Alzheimer, mas classicamente se iniciam na fase moderada da doença. Pacientes com personalidades de base esquizoide ou paranoide, entretanto, podem iniciar precocemente com delírios. A presença de alucinações precoces, no entanto, deve fazer o clínico suspeitar de outra demência, como Lewy ou vascular, sobretudo se houver parkinsonismo espontâneo. (DUNCAN pág 693)

D- Parkinsonismo (suspeita na presença de dois dos seguintes sinais: bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural) espontâneo associado a demência de início após os 65 anos de idade, sem os achados tomográficos de demência microvascular, é altamente sugestivo de sinucleinopatia com formação dos corpúsculos de Lewy. Tanto a demência de Lewy quanto a demência da doença de Parkinson costumam responder mais favoravelmente aos anticolinesterásicos do que a própria doença de Alzheimer, seja em termos cognitivos ou neuropsiquiátrica. (DUNCAN pág695-696)

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 71, Síndromes Demenciais e Comprometimento Cognitivo Leve. Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 229, Demências.

Questão 75: **GABARITO C**

Justificativa

Na página 2232 o Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2ª edição) apresenta o quadro 258.1 com as indicações de quimioprofilaxia da malária, de acordo com o ministério da saúde. Nesta mesma página é informado que segundo a mesma instituição, a medicação de primeira escolha é a doxiciclina por ser mais eficaz e com menos efeitos colaterais. Adicionalmente, na página 1574 do livro Medicina Ambulatorial 4ª edição (Duncan) é informado que a cloroquina não é indicada no Brasil por não ser eficaz contra o *P. falciparum*

Referências Bibliográficas:

Gusso G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 258: Malária. 2ed. 2019. Pág 2227-2232.

Duncan B et al. Medicina Ambulatorial. Capítulo 148: Malária. 4ª ed. 2013. Pág 1563-1575.

Questão 76: **GABARITO B**

Justificativa

Na página 5262 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pode-se observar a afirmação: “É importante lembrar-se de que a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico, já que as formas PBs indeterminada e tuberculóide sempre apresentam exame baciloscópico negativo, logo a afirmação é incorreta.

Na página 5261 (texto abaixo) do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pode-se confirmar a afirmação da alternativa B, logo a afirmação é correta.

“A avaliação objetiva da sensibilidade nas lesões ou áreas suspeitas é realizada por meio dos testes de sensibilidade. Pesquisam-se três modalidades de sensibilidade: térmica, dolorosa e tátil, que se alteram nesta ordem”, logo a afirmação é correta.

Na página 5261 (parágrafo abaixo) do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pode-se confirmar a afirmação da alternativa B, logo a afirmação é incorreta. Uma história epidemiológica negativa para hanseníase exclui seu diagnóstico.

Na página 5260 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, temos a seguinte afirmação: “É considerado um caso de hanseníase o indivíduo que apresenta pelo menos uma das características a seguir, com ou sem história epidemiológica, e que requer tratamento específico:

- Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade.
- Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.
- Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 205, Hanseníase, p. 5248-5280.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 150, Hanseníase, p. 1583-1593.

Questão 77: **GABARITO D**

Justificativa

Na página 2573 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pode-se observar a afirmação: “A intolerância a carboidratos é a intolerância alimentar mais prevalente, sendo mais comum a que envolve a lactose – dissacarídeo formado por glicose e galactose” e com relação ao tratamento este poderia ser realizado na própria Unidade de Saúde, sem necessidade de encaminhamento célere ao Pediatra, tendo em vista que o quadro clínico é leve e sem repercussões no desenvolvimento ponderoestatural da criança e também que: “O tratamento mais importante para as intolerâncias alimentares é a alteração na dieta. Isso se realiza por meio da mudança no preparo ou da diminuição/suspensão de algum alimento específico – no caso das diarreias secundárias a erros alimentares e intolerância à lactose –, ou por meio da exclusão total do antígeno no caso das doenças imunomediadas (alergia à proteína do leite de vaca ou doença celíaca). A exclusão completa do alimento causador da alergia é o único tratamento comprovado, embora devem considerar as dificuldades de realizá-la na prática, sobretudo se o alimento é dominante na cultura da comunidade ou da família e se há limitações financeiras às dietas substitutivas” (página 2581 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade). Logo a afirmação A é incorreta.

Na página 2576 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pode-se observar a afirmação: “O quadro clínico típico de doença celíaca ocorre em menos da metade das pessoas, com crianças apresentando anorexia, dor abdominal, irritabilidade, baixo ganho ponderoestatural, distensão abdominal e hipotrofia muscular”, logo a afirmação B é incorreta.

Na página 2580 e 2581 (texto abaixo) do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pode-se ler:

O diagnóstico de doença celíaca é feito por biópsia de mucosa intestinal, mas antes devem ser solicitados anticorpos específicos da doença. Os anticorpos antigliadina são encontrados em mais de 90% dos portadores de doença não tratada, diminuindo quando se introduz dieta livre de glúten, sendo, por isso, utilizados na avaliação da resposta à reintrodução da proteína na dieta. Os anticorpos antiendomísio, classe IgA, têm mais sensibilidade e especificidade do que os anteriores, mas têm alto custo. Uma opção diante da impossibilidade de dosar os anticorpos antiendomísio é a pesquisa de anticorpos antitransglutaminase tecidual IgA e IgG, com alta sensibilidade (acima de 95%) e especificidade (acima de 90%). Logo a afirmação C está incorreta.

Na página 2573 (parágrafo abaixo) do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pode-se confirmar a afirmação da alternativa D, logo a afirmação é correta.

A intolerância a carboidratos é a intolerância alimentar mais prevalente, sendo mais comum a que envolve a lactose – dissacarídeo formado por glicose e

galactose. A causa mais comum de má absorção primária de carboidratos é a deficiência adquirida primária de lactase, normalmente a partir da idade escolar.

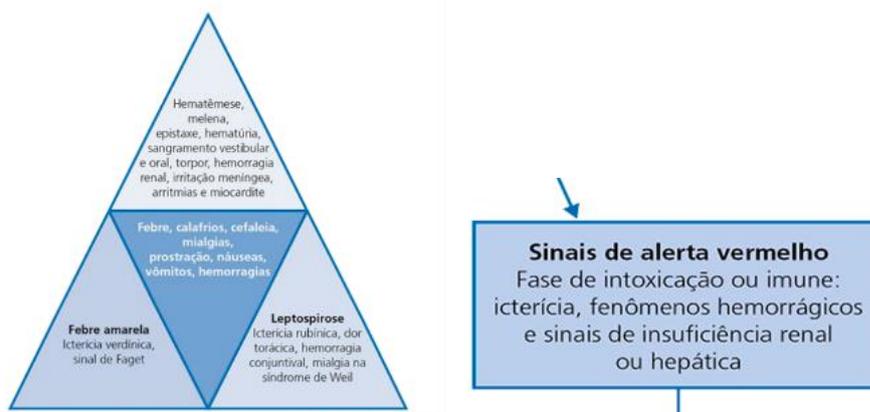
Referência bibliográfica:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 99, intolerâncias Alimentares, p. 2568-2587.

Questão 78: **GABARITO A**

Justificativa

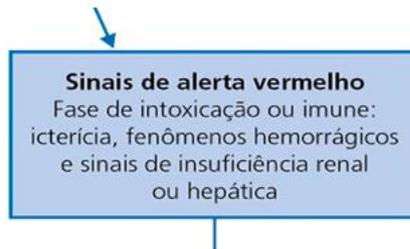
Na alternativa A podemos observar a característica da icterícia verdínica (figura abaixo), típica da Febre Amarela. A sorologia ELISA-IgM é o exame correto para o diagnóstico e o cuidado em ambiente hospitalar está adequado em virtude de apresentar sinais de alerta (figura abaixo), segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Logo a alternativa A está correta.



A icterícia na Leptospirose é rubínica e não verdínica (figura acima) como citado na alternativa B. E quanto ao tratamento seria necessário o uso de antibioticoterapia. Logo, a alternativa B está incorreta.

Na página 6801 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, lê-se “Em 85 a 90% dos indivíduos diagnosticados com leptospirose, a evolução é benigna e pode cursar de forma inaparente ou com sintomas da fase precoce, que dura de 3 a 7 dias. A icterícia é sinal de pior prognóstico. Após a primeira fase da doença, em torno de 15% dos indivíduos evoluem para a forma tardia com uma letalidade elevada (até 50% em pessoas com hemorragia pulmonar). Logo a alternativa c está incorreta, tendo em vista que a paciente apresentava o sinal de pior prognóstico que é a icterícia.

Também, na página 6804 vemos os sinais de alerta vermelho (abaixo) que denunciavam a gravidade do caso.



Na alternativa D cita-se a icterícia rubínica na Febre Amarela, entretanto a icterícia é verdínica, conforme pode ser visto na figura abaixo. Também cita a ausência de sinais de alerta, diferentemente do que é descrito na figura acima. Logo a alternativa D está incorreta.

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 260, Febre Amarela e Leptospirose, p. 6786-6808.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 149, Febre Amarela, p. 1575-1583.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 151, Leptospirose, p. 1594-1602.

Questão 79: **GABARITO D**

Justificativa

Na página 6907 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, observamos a seguinte informação: “É necessário observar, durante 4-6 horas, todos os lactentes com febre e exantemas maculosos de poucas horas de evolução. Referenciar para hospitalização urgente”. O que confirma a alternativa D como resposta correta, invalidando as demais.

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 263, Doenças Exantemáticas na Infância, p. 1875-1940.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 133, Doenças Febris Exantemáticas, p. 1384-1397.

Questão 80: **GABARITO D**

Justificativa

Na página 6848 do Tratado de Medicina de família e Comunidade, observamos a afirmativa: "A principal causa de diarreia do viajante é bacteriana (E. coli)" e na página 6851: Na maior parte das vezes, é causada por bactérias (sobretudo E. coli em seus diferentes subtipos), seguida por vírus (norovírus e rotavírus) e protozoários (como a giardia). Assim, as alternativas A, B e C estão incorretas.

Na alternativa D o quadro clínico e epidemiológico é compatível com Malária, que é um dos diagnósticos diferenciais. Também as afirmativas estão corretas: É infecção de notificação compulsória; transmitida pela picada de um mosquito; é a causa mais grave de febre em viajantes que retornam dos trópicos e o diagnóstico pode ser obtido pelo exame de gota espessa.

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 262, Doenças do viajante: febre e diarreia, p. 6848-7106.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 153, Saúde do viajante, p. 1608-1614.