

TEMFC 30

Vídeo 1

Paulo, 56 anos, policial, casado, dois filhos, hipertensão arterial sistêmica diagnosticada há 20 anos atrás. É tabagista de 1 carteira por dia há 35 anos. Fazia uso de enalapril 20 mg/ dia. Na última consulta, veio com alguns sintomas e estava com a PA 160/80 mmHg. com queixa de dispneia aos esforços. Na presente consulta trouxe radiografia de tórax com o intuito de avaliar repercussões estruturais da hipertensão, bem como queixa de dispneia aos esforços.

Exames mais recentes:

ECG com ritmo sinusal e sobrecarga ventricular esquerda.

Colesterol total 210, HDL 60, triglicerídeos 150, potássio 4,5, creatinina 0,8, glicose 92.

Joana, sua MFC, solicitou uma radiografia de tórax e acrescentou hidroclorotiazida de 25 mg/manhã.

Retorna com resultado do exame.

Paulo – Bom dia, Dra. Joana.

Joana – Bom dia, Paulo. Em que posso lhe ajudar?

Paulo – Vim trazer o resultado do exame que me pediu.

Joana – E como estão os sintomas que você me relatou na última consulta?

Paulo – Estou um pouco melhor. O inchaço nas pernas até melhorou. O cansaço está menor, mas ainda sinto falta de ar quando corro. E ainda tenho tosse à noite.

Joana – Certo. E o cigarro? Pensou no que conversamos?

Paulo – Pensei sim. Ainda tenho um pouco de receio de parar de fumar. Como falei antes, o cigarro me ajuda a aliviar com o stress do trabalho. Mas esses sintomas de falta de ar ao fazer atividade física e essa tosse à noite está me atrapalhando. Preciso estar em forma na minha profissão e sempre gostei de me exercitar. E já não sou mais jovem.

Joana – E então? Como você acha que posso lhe ajudar com isso?

Paulo – Eu estou disposto a tentar com a ajuda da senhora. Quero poder correr como antes e me manter em forma. Se for preciso, estou disposto a tomar medicamentos para ajudar a parar de fumar e ficar melhor.

Joana – Que bom Paulo. Vamos ver o raio X.

Paulo – Aqui está. Disseram que você conseguiria acessar no sistema.

Joana – Sim. Estou vendo aqui que o pulmão está bem, mas o coração parece estar com o tamanho um pouco aumentado.

Paulo – Aumentado? Isso é grave?

Joana – O coração é como uma bomba, que contrai para fazer o sangue circular pelo corpo. Esse aumento de tamanho sugere que o coração pode estar fazendo mais força para trabalhar por causa da pressão alta. Isso é semelhante a um músculo estimulado na musculação, que tende a aumentar de volume. Só que no caso do coração, esse esforço ao longo do tempo pode fazer com que ele fique fraco, e o sangue passa a circular mais devagar, podendo se acumular no pulmão e nas pernas, causando o inchaço e a falta de ar que você me relatou. Mas há medicamentos que podem ajudar o coração, assim como a própria atividade física. Precisamos fazer alguns ajustes no tratamento e você deve se sentir melhor. Manter a pressão controlada e parar de fumar podem ajudar também.

Paulo – Que bom que tem tratamento e que não preciso deixar de fazer atividade física.

Joana – Sim. A radiografia me ajudou a distinguir entre um problema cardíaco e respiratório. Mas vou precisar de mais um exame para avaliar melhor o coração e confirmar o diagnóstico. Vi que sua pressão hoje está 140/90 mmHg. Por enquanto, vou aumentar a dose de enalapril para 20 mg de 12 em 12 horas. Depois, com o novo exame, avaliaremos se serão necessários outros medicamentos e vemos a questão do tratamento para lhe ajudar a parar de fumar.

Paulo – Certo. Vou fazer o exame e retorno então?

Joana – Isso. E caso tenha algum outro sintoma ou piora, pode voltar antes. Ficou com alguma dúvida?

Paulo – Não.

Joana – Aqui está a nova receita e o pedido do exame. Até logo.

Paulo – Até.

Questão 1

Além dos exames já relatados, Paulo tinha realizado uma espirometria recente, com os seguintes achados:

- Volume expiratório forçado (VEF1)/Capacidade vital forçada (CVF) = 69%;
- VEF1 = 81%;
- Sem resposta ao broncodilatador.

Qual seria o próximo passo na avaliação diagnóstica para os sinais e sintomas do paciente?

- A. Solicitar um novo exame para confirmação diagnóstica, conforme comentado pela médica, sendo indispensável um ecocardiograma.
- B. Pedir uma cintilografia miocárdica, exame mais adequado no caso devido a coexistência de doença pulmonar obstrutiva crônica.
- C. Solicitar a dosagem de peptídeo natriurético B, cujos valores entre 100 e 400 pg/mL permitem confirmar o diagnóstico de insuficiência cardíaca.

D. Presumir que Paulo tem insuficiência cardíaca, o que já é possível com base na clínica e nos exames disponíveis.

Gabarito: D

Comentário:

Embora o ecocardiograma deva ser solicitado sempre que disponível, pois permite a avaliação da morfologia cardíaca, auxiliando no diagnóstico etiológico e contribuindo com informações para adequação do tratamento e sobre o prognóstico, não é um exame indispensável para o diagnóstico de insuficiência cardíaca (distrator A errado). Os sinais e sintomas de Paulo, associados aos achados de sobrecarga ventricular esquerda no eletrocardiograma e de cardiomegalia na radiografia de tórax já permitem presumir o diagnóstico e iniciar uma abordagem terapêutica. Além disso, ele preenche os critérios de Framingham, pois possui um critério maior (cardiomegalia) e três menores (edema de tornozelos, dispneia aos esforços e tosse noturna). A cintilografia miocárdica estaria indicada quando há limitações técnicas para a realização do ecocardiograma, como na presença de doença obstrutiva crônica grave. A espirometria de Paulo mostra que ele tem uma doença obstrutiva leve (distrator B errado). O peptídeo natriurético B pode ser utilizado para aumentar a acurácia diagnóstica, mas não é necessário para sua confirmação e valores entre 100 e 400 pg/mL não tem boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de insuficiência cardíaca (distrator C errado).

Referências

1. Bente, Henrique. Insuficiência cardíaca (capítulo 164). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
2. Oliveira, Francisco Arsego; Ben, Ângela Jornada. Interpretação de radiografia torácica e espirometria (capítulo 150). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
3. Trindade, Thiago Gomes; Gonçalves, Marcelo Rodrigues. Dispneia (capítulo 78). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
4. Foppa, Murilo; Duncan, Michael Schmidt. Insuficiência cardíaca (capítulo 96). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. Lima, Mara Rúbia A. A.; Berton, Danilo Cortozi; Prado Junior, José Carlos. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (capítulo 103). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Questão 2

Diante do possível diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, qual seria a abordagem farmacológica mais adequada?

A. Aumentar a dose de enalapril, conforme realizado pela médica, buscando atingir a dose máxima tolerada para melhora dos sintomas, manter hidroclorotiazida e avaliar posteriormente a introdução de um betabloqueador.

B. Iniciar nesta segunda consulta também um betabloqueador, como carvedilol, pois tem benefício na redução da internação e da mortalidade, além de promover alívio rápido dos sintomas.

C. Introduzir espironolactona, pois em pessoas com classe funcional III da New York Heart Association, como no caso de Paulo, esse medicamento pode auxiliar na melhora da hipertrofia cardíaca e na redução da mortalidade.

D. Trocar hidroclorotiazida por furosemida, pois no caso de Paulo, mesmo com a melhora no edema dos membros inferiores o objetivo do tratamento é aumentar o máximo possível a diurese.

Gabarito: A

Comentário:

Embora os diuréticos de alça, como furosemida sejam habitualmente os medicamentos de escolha, em pessoas como Paulo, com classe funcional II da New York Heart Association (NYHA) e função renal preservada (creatinina 0,8) pode-se utilizar hidroclorotiazida. O objetivo do tratamento com diuréticos é atingir o “peso seco”, com a melhora da congestão clínica, como o edema nas pernas de Paulo, que diminuiu sem diurese excessiva (distrator D errado). Os betabloqueadores devem ser introduzidos quando a pessoa estiver clinicamente compensada e sem sinais de congestão e seus benefícios clínicos nos sintomas aparecem depois de 3 a 6 meses de uso (distrator B errado). Embora a espironolactona esteja indicada em casos com classe funcional III e IV da NYHA, Paulo relata dispneia em atividades físicas mais intensas, como ao correr, o que caracteriza classe funcional II (distrator C errado).

Referências

1. Bente, Henrique. Insuficiência cardíaca (capítulo 164). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
2. Foppa, Murilo; Duncan, Michael Schmidt. Insuficiência cardíaca (capítulo 96). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Questão 3

Ao observar a consulta, é possível verificar que o estágio motivacional de Paulo para mudança do hábito de tabagismo e a abordagem mais adequada que a médica poderia propor seriam

- . Contemplativo e abordagem da ambivalência.
- A. Preparado para ação e terapia não farmacológica mais adesivo de nicotina.
- B. Contemplativo e terapia não farmacológica mais bupropiona.
- C. Preparado para ação e terapia não farmacológica em grupo.

Gabarito: B

Comentários:

Apesar da preocupação quanto ao uso do cigarro para lidar com o stress do trabalho e a piora da ansiedade e insônia em tentativa de parar previamente por conta própria, Paulo se mostra disposto a realizar o tratamento e utilizar um medicamento se for preciso. Portanto, seu estágio motivacional é de preparado para ação (distratores A e C errados). Como ele fuma 20 cigarros por dia, estaria indicado também o uso de algum medicamento além do tratamento não farmacológico, sendo uma das primeiras escolhas o uso de adesivo de nicotina (distrator D errado). Bupropiona até poderia ser considerado, mas esse fármaco pode elevar a pressão arterial e a médica está ajustando o tratamento para insuficiência cardíaca, sendo um dos objetivos o controle adequado da hipertensão. Além disso, tem como um de

seus principais efeitos adversos insônia, que foi um sintoma relatado por Paulo na sua tentativa prévia.

Referências

1. Iamonti, Vinicius C.; Leitão Filho, Fernando Sergio S. Tabagismo (capítulo 242). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
2. Santos, Julliana D. P.; Achutti, Aloyzio; Guths, Paula. Tabagismo (capítulo 60). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013.

Questão 4

1. Sobre habilidades de comunicação e o uso dos quatro componentes atuais do método clínico centrado na pessoa (MCCP), é possível afirmar que a médica:

- A. Abordou os sentimentos, as ideias, as expectativas e a capacidade funcional de Paulo diante dos seus sintomas.
- B. Utilizou adequadamente o terceiro componente do MCCP ao abordar prevenção e promoção da saúde e estabelecer o plano terapêutico.
- C. Preveniu a demanda aditiva e abordou parte do segundo componente do MCCP, quando Paulo trouxe questões do seu trabalho como policial.
- D. Comunicou adequadamente o resultado da radiografia de tórax, pois explicou o significado da alteração vista no exame.

Gabarito: **QUESTÃO 4 ANULADA**

Comentário:

Durante a consulta, Paulo pode expressar alguns sentimentos, como a preocupação de não poder realizar atividade física, expectativas, como de poder se exercitar como antes e manter seu condicionamento físico, e sobre o prejuízo funcional com seus sintomas, pois ainda sentia falta de ar ao correr. No entanto, a médica não aborda as ideias que ele tem sobre seus sintomas, ou seja, o que ele pensa que pode estar ocasionando isso e o que ele sabe a respeito (distrator A errado). Percebe-se o uso do terceiro componente do método clínico centrado na pessoa (MCCP), quando a médica incorpora a prevenção e promoção da saúde ao abordar o tabagismo e estimular a manutenção da atividade física. No entanto, ao estabelecer o plano terapêutico, ela não compartilha as decisões. Ela decide postergar, por exemplo, o tratamento do tabagismo e não divide essa decisão com Paulo (distrator B errado). A médica previne demanda aditiva, ao questionar se ele veio por algum outro motivo além de querer mostrar a radiografia de tórax. Paulo também expressa algumas questões relacionadas ao seu contexto de trabalho, como o stress, que o motiva a fumar e necessidade de poder manter suas corridas e seu condicionamento físico como policial, o que faz parte do segundo componente (alternativa C correta). Ao comunicar o resultado do exame, a médica não questiona previamente sobre a expectativa de Paulo sobre o resultado, se ele viu o laudo, o que sabe sobre os possíveis achados que podem ser vistos por meio da radiografia, se ele tem algum conhecimento, dúvida ou preocupação sobre isso, e não questiona o que ele deseja saber sobre sua condição clínica. Com isso, gera um espanto inicial e preocupação ao comentar que o coração está aumentado. Só depois disso é que busca explicar o significado de tal alteração (distrator D errado).

Referências

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

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

0. Barreiros, Barbara Cristina; Franco, Camila Ament Giuliani dos Santos; Freitas, Fernanda Lazzari; Dohms, Marcela. Habilidades essenciais para a comunicação clínica efetiva. In: Dohms, Marcela; Gusso, Gustavo. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. Cap. 1. p.1-16.

Questão 5

Paulo realizou um ecocardiograma, que mostrou hipertrofia ventricular, com disfunção sistólica, sem achados sugestivos de doença isquêmica. Ele trouxe um controle da pressão arterial, com valores entre 120/70 e 125/80 mmHg. Estava melhor dos sintomas e realizando atividade física regularmente. Tinha 80 kg e 1,76 m. A médica estimou o risco cardiovascular pelo Qrisk3, considerando que ele fumava 20 cigarros por dia e estava em tratamento para hipertensão. Paulo tinha um risco de 12,4% em 10 anos para infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. Ela propôs, conforme combinado em consulta prévia, para iniciarem o tratamento para cessação do tabagismo. Disse que se ele parasse de fumar, seu risco diminuiria para 8,2%. Com base nessas informações, qual seria a conduta adicional mais adequada para manejo do risco cardiovascular de Paulo?

. Compartilhar a decisão quanto ao uso de estatina, pois de acordo com algumas recomendações, se Paulo deixar de fumar, ele passará a ter risco cardiovascular baixo ou intermediário.

A. Iniciar estatina e fazer controle anual de creatinofosfoquinase e de transaminases para monitorar a ocorrência de efeitos adversos, como mialgia, rabdomiólise e aumento dos níveis séricos das transaminases hepáticas.

B. Evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroides e considerar a prescrição de suplementos de vitamina D e cálcio, pois além do benefício na prevenção de fraturas por osteoporose, tem efeito cardioprotetor.

C. Indicar o uso de ácido acetilsalicílico, 100 mg/dia, pois há consenso na literatura que para ele o benefício na redução de eventos cardiovasculares superaria o risco de alguma hemorragia.

Gabarito: A

Comentário:

Se Paulo deixasse de fumar, seu risco seria de 8,2%. De acordo com o US Preventive Services Task Force (USPSTF) ele passaria a ter risco intermediário. Pelo fluxograma da Figura 64.2 do Medicina Ambulatorial (Duncan et al), seu risco seria baixo. A solicitação de creatinofosfoquinase estaria indicada somente na presença de sintomas de dor muscular. Recomenda-se dosar as transaminases antes do início do tratamento e depois apenas de acordo com a situação clínica ou então 3 meses depois do início e quando houver aumento da dose da estatina (distrator B errado). Anti-inflamatórios não esteroides devem ser evitados, pois estão associados com aumento do risco cardiovascular e possibilidade de descompensação da insuficiência cardíaca. O cálcio foi associado com possível aumento do risco de infarto agudo do miocárdio (distrator C errado). Não há consenso quanto ao uso de ácido acetilsalicílico (distrator D errado). Segundo o USPSTF, seu uso poderia ser considerado para pessoas entre 50 e 59 anos com expectativa de vida de pelo menos 10 anos, risco cardiovascular em 10 anos de pelo menos 10%, que não tenham risco elevado para sangramento, especialmente gastrointestinal, e que estejam dispostas a tomar o

medicamento por pelo menos 10 anos. Já o FDA (Food and Drug Administration) considera que os benefícios do ácido acetilsalicílico para prevenção primária de eventos cardiovasculares não estão bem estabelecidos.

Referências

1. Liu, Gustavo K. H.; Silva, Bianca Luiza de Sá. Prevenção primária e secundária para doenças cardiovasculares (capítulo 157). In: Gusso, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
2. Duncan, Bruce B.; Lima, Karina Margarites; Polanczyk, Carisi Anne. Prevenção clínica das doenças cardiovasculares (capítulo 64). In: Duncan, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2013.

Vídeo 2

Abordagem de um atendimento LGBTQi+ de uma mulher trans de 22 anos em hormonioterapia solicitando encaminhamento para prótese mamária.

O médico Jeová chama a paciente na sala de espera:

- ROBERTO!

Nesse momento uma mulher trans adentra no consultório e o médico pergunta:

- Boa tarde, achei que era o Roberto que eu tinha chamado.

Ao que Jéssica responde: - Roberto é meu nome civil, eu gostaria de ser chamada pelo meu nome social que é Jéssica. Já havia orientado a recepção, mas parece que não funcionou.

O médico desconcertado tenta explicar:

- Chamei pelo nome que consta em seu cadastro, que utiliza os dados dos seus documentos.

- Entendo, mas solicito que seja feita alguma observação no meu cadastro para que minha identidade de gênero seja respeitada e eu não passe por esse inconveniente outra vez. Além disso, eu tenho impresso um cartão nacional do sus com meu nome social.

- Certo, desculpe. E como podemos te ajudar hoje?

- Doutor, eu quero colocar uma prótese mamária e soube que no hospital escola eles estão fazendo. E eu não tenho condições de pagar por isso. Também quero que o senhor renove minhas medicações.

- Então, o SUS não faz esse tipo de cirurgia, só particular.

- Sério doutor?? Mas eu fiquei sabendo de uma menina que fez. Bom vou tentar descobrir melhor. Então preciso da receita das medicações e o pedido de exames.

- Quais medicações você toma?

- São esses aqui.

Entrega um papel ao médico que analisa.

- Humm, você toma hormônio... Não costumo prescrever. Vou te encaminhar para um ambulatório especializado, com psiquiatra e outros profissionais.

- Mas pra quê psiquiatra doutor? Não tô maluca nem nada.

- Então, nesse ambulatório, eles passam pelo psiquiatra pra avaliar sobre a decisão de mudar de sexo.

- Nossa doutor, que postura ultrapassada, essa abordagem já foi superada faz tempo, eu não tenho nenhuma queixa com relação a minha saúde mental e por esse motivo não preciso de avaliação de psiquiatra. E meus exames, o senhor fará os pedidos?

- Vamos pedir exames de infecções sexualmente transmissíveis.

- Sim, mas eu quero todos, quero um check up.
 - Mas o que está bem indicado pra você seria avaliar seu peso, sua pressão arterial e os exames de infecções sexualmente transmissíveis. Outros exames não estariam indicados para sua idade.
 - Tá doutor, ok, veja aí logo os exames. Obrigada.
- Médico entrega o pedido e a paciente sai com cara amarrada da consulta.

Questão 6

Ao final do vídeo é evidente que Jéssica mostra-se insatisfeita em diversos momentos da consulta.

Pensando nos conceitos que envolvem a relação clínica na prática do MFC pode-se afirmar que:

- . As pessoas preparam-se antes da consulta e repassam em suas cabeças todas as crenças e vivências para elaborarem suas queixas e as levarem ao MFC, com a expectativa de que todas elas sejam resolvidas, deixando as demandas inespecíficas em segundo plano.
- A. As queixas de um indivíduo dependem mais de suas percepções pessoais sobre o que acha que o médico pode resolver, de soluções que viu de outras situações similares às suas do que entende como normal e de experiências prévias, tendo pouca influência das crenças da comunidade em que vive.
- B. A satisfação da pessoa que consulta depende, entre outras coisas da impressão que ela tem com relação à atuação médica no sentido de ratificar e resolver sua demanda e da tolerância que ela tem frente à frustração das expectativas que tinha construído para aquela consulta.
- C. O modelo de relação clínica desempenhado pelo Dr. Jeová pode ser chamado de heterocentrado, uma vez que durante a consulta ele deixa claro que as decisões tomadas irão levar em consideração somente suas competências culturais, sem interessar a participação da paciente.

Comentários: De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital Em geral, as pessoas procuram o médico de família e comunidade com uma ou várias demandas, isto é, o que se espera que seja solucionado ou proporcionado pelo médico de família e comunidade.

Ao elaborar sua demanda, cada pessoa normalmente terá consultado a familiares ou amigos e terá estabelecido certo diálogo interior para diferenciar o “novo” do “velho”, o ideal (encontrar-se perfeitamente) do possível (aliviar esta dor). Aqui está a diferença entre *demanda* e *queixa*: a demanda como pedido de algo plausível, que lhe pode ser dado e a queixa como canção de fundo de um processo de envelhecimento, ou indisposições crônicas de resolução impossível. (Distrator A)

Na hora de estabelecer esta fronteira entre queixa e demanda existe a influência de muitos fatores, entre eles: o que crê que seu médico pode solucionar, o que viu ser solucionado em pessoas com problemas semelhantes, o que a própria pessoa entende como normal (ou como processo de envelhecimento normal), o que depois de provar diferentes médicos e tratamento comprovou que não era possível solucionar. As crenças que pairam em sua comunidade têm grande impacto sobre as expectativas das pessoas. (Distrator B)

Há ocasiões em que solucionamos o problema completamente, outras vezes, ela pode chegar a aceitar que a medicina do século XXI não pode curar sua doença ou talvez melhorar seu problema. Um caso paradigmático é a acne. As pessoas costumam ter uma expectativa muito alta sobre a acne, creem que sempre e em todos os casos as

lesões deveriam ser resolvidas. Um jovem com acne com comedões pode qualificar de “mau resultado” a presença de cicatrizes residuais, ainda que as lesões tenham desaparecido. É claro que nem todos os jovens com cicatrizes residuais se mostrarão igualmente aborrecidos... de que variáveis dependerá?

Para explicar estas diferenças entre as pessoas, Parasuraman e cols.2 enfatizaram dois conceitos: o de *assimilação-contraste* e o de *zona de tolerância*. O primeiro deles se refere ao esforço que um “cliente” realiza para crer que suas expectativas estão sendo confirmadas pela atuação profissional (*esforço de assimilação*). Se sua percepção final se distancia muito do resultado esperado, experimentará uma decepção “não linear”, isto é, uma decepção inclusive exagerada (*contraste*). Passará de estar mais ou menos conformado a estar bruscamente inconformado, ou até muito inconformado. Esta transição ou passagem de conformado a inconformado depende da zona de tolerância. (Alternativa C – correta)

Estilos de comportamento na relação clínica

Heterocentrado (orientado à pessoa que consulta)

- ▶ Metas clínicas compartilhadas entre médico de família e comunidade e paciente
- ▶ Com base em necessidades de saúde
- ▶ A própria relação é um elemento terapêutico
- ▶ A pessoa é convidada repetidamente a participar nas decisões e a expressar crenças ou expectativas

Gabarito: Letra C

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 17, Relação clínica na prática do médico de família e comunidade p. 519-547.

Questão 7

Levando em consideração o vídeo do atendimento, assinale a alternativa correta que define de maneira adequada o atributo da Atenção Primária que deveria ter sido praticado pelo médico na consulta visando fortalecimento da relação médico-paciente.

- a) Primeiro contato – conjunto de serviços oferecidos desde a orientação sobre a utilização de uma medicação até o tratamento e encaminhamento correto.
- b) Integralidade – definido como a porta de entrada ao sistema de saúde. Está relacionado tanto com a acessibilidade quanto com a utilização.
- c) Competência cultural - habilidade de estabelecer uma comunicação interpessoal efetiva e uma relação que permita superar as diferenças culturais existentes
- d) Longitudinalidade - disponibilidade de informações a respeito dos problemas e das ações realizadas nos diferentes pontos de atenção.

Comentários: De acordo com as referências bibliográficas disponíveis em edital:

Um serviço é considerado a porta de entrada ao sistema de saúde quando é identificado pela população e pela equipe como o primeiro recurso a ser buscado, em caso de uma necessidade em saúde. Em uma situação ideal, sempre que um indivíduo apresenta uma necessidade em saúde, o primeiro contato é feito neste serviço, que deve ser de fácil acesso e disponível; se isso não acontecer, a procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo da

situação-problema. O conceito “porta de entrada ao sistema de saúde” refere-se tanto à acessibilidade quanto à utilização do serviço pela população, seja em caso de um novo evento de saúde ou de um novo episódio de um evento antigo.

(Distrator A)

Integralidade é a capacidade que detém um a equipe de saúde de identificar e lidar com o leque completo das necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos, seja resolvendo-as, seja prestando orientações para que estes recebam os serviços dos demais pontos de atenção à saúde (cuidados secundários e terciários). O cuidado integral depende das condições da equipe de saúde de identificar e lidar com a ampla gama de questões relativas à promoção de cuidados, à prevenção, ao tratamento e/ou recuperação de doenças. Refere-se, portanto, ao conjunto de serviços oferecidos, que vão das orientações sobre o modo de utilização de um a medicação ou dos efeitos do cigarro, do tratamento ou do encam inham ento adequado, ao apoio ao indivíduo e sua fam ília nas crises vitais, ou à orientação sobre direitos legalmente adquiridos, com o internação domiciliar, etc.

(Distrator B)

Nessa discussão sobre a influência dos aspectos sociais e culturais no processo saúde-doença, um tópico que tem ganhado força mais recentemente em todo o mundo refere-se à “competência cultural”. Esse é um tema que vem se mostrando amplo e que abrange elementos que vão desde a formação dos profissionais de saúde até a própria organização dos serviços propriamente ditos, nos seus diversos níveis. Competência cultural pode ser definida como a habilidade dos indivíduos em estabelecer uma comunicação interpessoal efetiva e uma relação de trabalho que permita superar as diferenças culturais existentes.

Gabarito: Letra C

A essência do conceito de longitudinalidade é a duração, no tempo, de uma relação de confiança de base pessoal que se estabelece entre indivíduos e um médico ou uma equipe de saúde, independentemente do tipo de problema de saúde apresentado ou mesmo de sua presença pontual. Essa relação possibilita aos profissionais conhecerem os usuários do serviço e a esses, a equipe de saúde. A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e a recorrência a ela ao longo do tempo, o que implica a adscrição da população pelas equipes de saúde. A definição da alternativa se refere à coordenação do cuidado.

(Distrator D)

Referências bibliográficas:

TAKEDA S. Capítulo 3 – A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. KNAUTH DR, OLIVEIRA FA, CSTRO RCL. Capítulo 7 - Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014. GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 8, Cultura, Saúde e o Médico de Família e Comunidade, p. 306-325.

Questão 8

Dias depois, Jéssica, apesar de não ter tido uma boa experiência na primeira consulta com o Dr. Jeová, retorna para atendimento porque está apresentando saída de secreção espessa e amarelo esverdeada pelo pênis e ardência para urinar, há 10 dias. Refere ter procurado atendimento na UPA há 9 dias e lhe foi prescrito Ceftriaxona 500 mg IM e Azitromicina 500 mg 2 comprimidos em dose única. Está sem relação sexual desde o início do tratamento, mas mantém os sintomas.

Dr. Jeová explica que precisa examinar Jéssica e diz: “será necessário que eu examine o seu pênis e bolsa escrotal para avaliar a presença de lesões e outras alterações, uma vez que o quadro é compatível com uma infecção sexualmente transmissível.”

Utilize o cabeçalho acima para responder às perguntas 3 e 4

Diante do exposto e levando em consideração que você não tem acesso à cultura da secreção, além de notificar, qual a abordagem mais correta?

- Prescrever tratamento para *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum* e orientar que retorne para reavaliação e referenciamento ao especialista focal caso os sintomas persistam após 14 dias.
- Prescrever tratamento para *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum* e orientar que retorne para avaliação caso os sintomas persistam após 14 dias.
- Prescrever o mesmo tratamento feito anteriormente e orientar que retorne para reavaliação e referenciamento ao especialista focal caso os sintomas persistam após 07 dias.
- Prescrever tratamento para *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum* e orientar que retorne para reavaliação e referenciamento a um serviço de emergência.

Comentários:

O corrimento uretral é uma manifestação das uretrites e pode também estar acompanhado de disúria, dor, eritema e prurido uretral.

Tabela 140.3 | Tratamento de escolha para o corrimento uretral e as cervicites

Infecção gonocócica: Ciprofloxacina, 500 mg, 1 comprimido, VO, dose única + azitromicina, 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única, OU

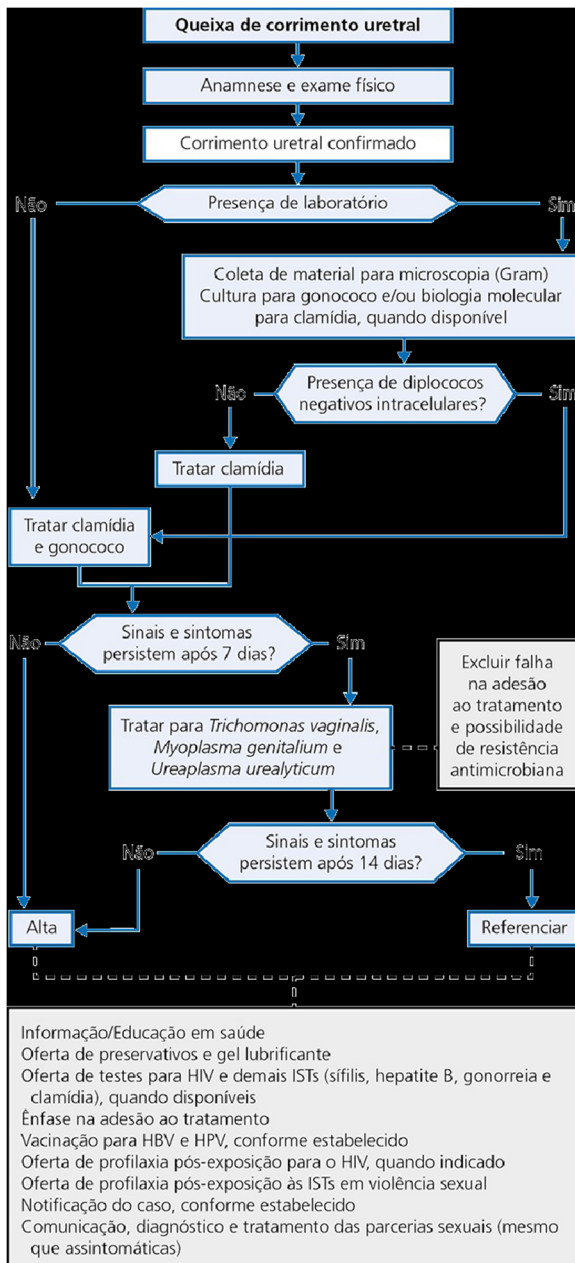
Ceftriaxona, 500 mg, IM dose única + azitromicina, 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única

Infecção por clamídia: Azitromicina, 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única, OU

Doxiciclina, 100 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias, OU Amoxicilina, 500 mg, VO, 3x/dia, por 7 dias

Uretrite por *Mycoplasma genitalium*: Azitromicina, 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única

Obs: Dynamed cita necessidade de fazer azitromicina 500mg/d/3 dias ou até doxiciclina 100 mg 12/12h/7 dias seguido de azitro por 3 dias para uretrite não gonocócica.



Gabarito: Letra A

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 9

Levando em consideração a comunicação **afirmativa** para a abordagem da diversidade de gênero, assinale a alternativa adequada para tratar sobre o exame físico.

- a) o médico deve mencionar a necessidade do exame físico sem especificar quais partes do corpo serão examinadas.
- b) o médico deve mencionar a necessidade do exame físico e especificar quais partes do corpo serão examinadas, usando o termo científico para cada órgão.
- c) o médico deve mencionar a necessidade do exame físico e especificar quais partes do corpo serão examinadas, usando linguagem coloquial para cada órgão.
- d) o médico deve mencionar a necessidade do exame físico e especificar quais partes do corpo serão examinadas, usando o termo escolhido pelo paciente para cada órgão.

Comentários:

O exame físico pode ser considerado um ritual, pois é executado dentro de um espaço simbólico, com ferramentas específicas e por profissionais preparados, utilizando ações particulares para realizá-lo.

O privilégio de tocar um corpo é dado a poucos profissionais e despir-se e ser examinado compreende um marcador de vulnerabilidade.

Isso é particularmente importante quando se discute o exame físico de pacientes que já se encontram em situação de vulnerabilidade social, como a população LGBTQIA+.

Qualquer exame ou procedimento tem o potencial de ser traumático. Deve-se criar uma cultura de consentimento, explicando-se como será o procedimento, cada passo realizado e sua finalidade.

O ideal seria o médico perguntar ao paciente que termo ele deveria usar para se referir a partes do corpo como os genitais.

Gabarito: Letra D

Referência Bibliográfica:

SARNO MM, SCHLÜTER K, VIEIRA RC, JÚNIRO AL, HERCOWITZ A, CIASCA SV. Capítulo 21 – Anamnese e exame físico: comunicação afirmativa, in: Saúde LGBTQIA+ - Prática de Cuidado Transdisciplinar, 2021.

Questão 10

O uso de hormônios no cuidado à pessoa trans, além de objetivar a aquisição de caracteres sexuais secundários, está relacionado à qualidade de vida sexual. Sendo assim, qual alternativa melhor aborda esse tema:

- a) para mulheres trans que não realizaram procedimento cirúrgico genital, ter resposta sexual de excitação pode ser desejável, porém para algumas pode ser constrangedor e, sendo assim, o efeito adverso de medicamentos antiandrógenos, como diminuição da libido e dificuldade para ter ereção, pode ser benéfico.
- b) para mulheres trans que realizaram procedimento cirúrgico genital, ter resposta sexual de excitação pode ser desejável, porém para algumas pode ser constrangedor e, sendo assim, o efeito adverso de medicamentos antiandrógenos, como aumento da libido e dificuldade para ter ereção, pode ser benéfico.
- c) para mulheres trans que não realizaram procedimento cirúrgico genital, ter resposta sexual de excitação pode ser desejável, porém para algumas pode ser constrangedor e, sendo assim, o efeito adverso de medicamentos antiandrógenos, como aumento da libido e dificuldade para ter ereção, pode ser deletério.

d) para mulheres trans que não realizaram procedimento cirúrgico genital, ter resposta sexual de excitação pode ser desejável, porém para algumas pode ser constrangedor e, sendo assim, o efeito adverso de medicamentos antiandrógenos, como diminuição da libido e dificuldade para ter ereção, pode ser deletério.

Comentários:

O uso de antiandrógenos (bloqueadores da testosterona) e/ou estrógenos pode afetar a resposta sexual, como diminuição de libido e dificuldade de ereção. Esse efeito “colateral” é desejado por várias pessoas transfemininas. Para algumas pessoas transfemininas que não se submeteram a procedimento cirúrgico genital, ter resposta sexual de excitação (ereção) pode ser desejável e prazeroso, para outras pode ser muito desagradável e constrangedor. Há relatos de que algumas pessoas querem fazer uso desses hormônios exatamente para não ter ereção, nem volume ejaculatório.

Gabarito: Letra A

SARNO MM, SCHLÜTER K, VIEIRA RC, JÚNIRO AL, HERCOWITZ A, CIASCA SV.
Capítulo 36 – Satisfação e Saúde Sexual de Pessoas Trans e Itersexo, in: Saúde LGBTQIA+ - Prática de Cuidado Transdisciplinar, 2021.

Vídeo 3

Senhor João, 50 anos, procurou atendimento em virtude de dificuldades para urinar. Sua consulta foi com Jéssica, estudante de medicina.

Estudante inicia o atendimento:

- Olá, meu nome é Jéssica, sou estudante de medicina e vou te atender hoje, tudo bem?
- E o Doutor Bruno, não vai me ver?
- Sim, eu discutirei o caso com ele no final, pode ser?
- Tudo bem então.
- E qual o motivo da consulta?
- É que estou tendo uns problemas para urinar. Tá mais difícil ultimamente, como se tivesse entupido, preciso fazer força e depois ainda parece que não saiu tudo.
- O senhor sente alguma dor?
- É, tem sido um certo problema.
- E começou quando?
- Tem uns dois meses.
- E o senhor chega a não conseguir segurar, sente urgência em ir ao banheiro?
- Humm, não entendi?
- O senhor chega a se urinar?
- Sim, as vezes preciso correr para o banheiro.
- Tá certo, vamos examinar então.
- Ah, também não falei, estou tendo umas dores de cabeça nos últimos tempos e outro dia fui na farmácia e minha pressão estava bem alta. Pedi pra minha vizinha medir outro dia e tava 18 a mais alta. Também queria ver esse cansaço que tô sentindo, na minha família todo mundo tem esse cansaço, mas nunca achei que ia acontecer comigo. Mas nos últimos meses tenho sentido muito cansaço. E na família tem essa anemia. Quero aproveitar pra fazer um check up. Tem um conhecido meu que teve câncer no sangue com 30 anos e morreu. Eu já tô com 50... Quero me cuidar.

- Calma aí seu João, um problema de cada vez. Não vou conseguir ver isso tudo agora. Vamos ter que agendar outro horário. Hoje temos que fazer o exame físico. Vou precisar que o senhor tire sua calça pra gente examinar a próstata.
- Próstata? O que é isso?
- Vamos precisar fazer um toque retal.
- Não moça, deixa pra outro dia. Eu falo com o Doutor Bruno sobre isso.
- Mas é um exame simples seu João, não vai demorar.
- Não precisa, pede só o exame de sangue. Já pede tudo logo que assim já fico tranquilo.
- Tá certo, vou então fazer o restante do exame físico e discutir com o Doutor Bruno o que vamos fazer.
- Tudo bem.

Questão 11

Com a publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), houve o reconhecimento da existência do racismo institucional em nossa sociedade e da necessidade de transpor as barreiras estruturais que impedem, por exemplo, o acesso ao atendimento integral à saúde a pessoas negras (pardas e pretas). Considerando então a PNSIPN e os princípios condizentes com o melhor cuidado à saúde do senhor João, homem negro, a melhor abordagem prestada pela estudante de medicina Jéssica, deve levar baem conta que,

- a. mesmo que o acesso à saúde para a população negra seja similar ao da branca, segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, o usuário precisa ter um cuidado ampliado e voltado às especificidades e vulnerabilidades da população negra.
- b. a incidência de Diabetes Mellitus do tipo II é maior entre a população negra do que na branca, em cerca de 9% para homens negros e 50% para mulheres negras. Portanto, pode-se aproveitar a oportunidade da consulta e abordar este e outros temas de prevenção.
- c. devido à menor parte dos atendimentos no SUS ser de pessoas negras, isso corrobora um menor alcance de integralidade na assistência à esta população. Assim, Jéssica deve organizar sua agenda de modo a promover o acesso à população negra do seu território.
- d. os sentimentos do paciente, independentemente de cor e raça, visto que vivemos em uma sociedade democrática, em que as leis protegem as pessoas de toda e qualquer discriminação racial. Portanto, a abordagem clínica sob a ótica das especificidades da população negra deve ser desencorajada pela estudante.

Comentários:

A alternativa A está incorreta porque não temos um acesso equitativo à saúde, segundo dados do Ministério da Saúde. Destacando a bibliografia da PNSIPN temos que:

“A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 trouxe dados que mostram que a população negra ainda tem menos acesso à saúde se comparada à população branca. Entre os dados que revelam a posição desfavorável dos negros em diversos aspectos da saúde medidos pela PNS e também por outras pesquisas e indicadores do Ministério da Saúde, destacam-se: A

proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) ficam abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões), de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses. Já a proporção de pretos (38,2%) e pardos (39,2%) que se consultaram com um dentista nos últimos 12 meses é menor do que a de pessoas brancas (50,4%) e também inferior à média nacional que foi de 44,4% (89,1 milhões).” Página 15

A alternativa B está correta: página 11: “Diabetes mellitus (tipo II) - Esse tipo de diabetes se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas).”

A alternativa C está incorreta porque a prevalência de atendimento pelo SUS de população negra é maior que a de população branca conforme se pode observar na citação que segue: “De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2008, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, e a branca 47,2%. A maior parte dos atendimentos concentra-se em usuários(as) com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, distribuições que evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes.” (página 14)

Apesar disso, não significa que possui mais acesso à saúde, visto que neste dado não se avalia se as necessidades de saúde foram satisfeitas. Além de não discutir a eficácia e integralidade dos serviços prestados.

Finalmente, a alternativa D está incorreta porque não leva em conta o racismo estrutural institucional na sociedade em que vivemos. E afirma que não há elementos a serem priorizados, se na política evidencia-se a necessidade de priorização do acesso e do cuidado a certos tipos de doença com maior prevalência na população negra. Como segue-se no nos trechos a seguir:

“Embora a população negra tenha experimentado aumento relativo da renda média per capita superior ao da população branca, a desigualdade permanece expressiva. A distribuição racial da riqueza é incontestável, em 2014, nos 10% mais pobres, 76% eram pretos ou pardos e 22,8% brancos. Já no outro extremo da distribuição, quer dizer, no 1% com maiores rendimentos da população em 2014, 17,8% eram pretos ou pardos, contra 79% de brancos. O rendimento dos trabalhadores de cor preta ou parda, entre 2003 e 2015, teve um acréscimo de 52,6%, enquanto o rendimento dos trabalhadores de cor branca cresceu 25%. Mas a pesquisa registrou, também, que os trabalhadores de cor preta ou parda ganhavam, em média, em 2015, pouco mais da metade (59,2%) do rendimento recebido pelos trabalhadores de cor branca. A média anual do rendimento foi de R\$ 1.641,00 para os trabalhadores de cor preta ou parda, enquanto a dos trabalhadores de cor branca foi de R\$ 2.774,00. Em 2015, esta razão era 59,15% e, em 2003, não chegava à metade (48,4%).” Página 12

“Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde.” Página 14

“De acordo com a PNS/2013, em 2013, havia 146,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil, e, destas, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por

médico ou outro profissional de saúde. Das pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, destacaram-se: as mulheres (11,6%); as pessoas de cor preta (11,9%) e parda (11,4%), e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%).”
Página 22

“A desigualdade de raça é estruturante da desigualdade social brasileira. Inúmeras são as evidências que apontam as barreiras à participação igualitária dos negros em diversos campos da vida social e para as consequências que estas desigualdades e discriminações produzem não apenas para os negros, mas para a sociedade como um todo. O racismo e o racismo institucional são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas. No caso da saúde, a redução das desigualdades sociais é um dos objetivos do Pacto pela Saúde, que considera como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde. O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania. Racismo institucional: o racismo institucional ou estrutural é definido como qualquer forma de racismo que ocorre especificamente dentro de instituições como órgãos governamentais, instituições públicas, empresas, corporações e universidades. Essa prática inclui atitudes sociais específicas inerentes à ação preconceituosa racialmente, à discriminação, aos estereótipos, à omissão, ao desrespeito, à desconfiança, à desvalorização e à desumanização. São práticas que consolidam o racismo institucional e também se alimentam ou se reverterem em racismo individual, consequentemente afetando espaços sociais coletivos como instâncias governamentais.”
Página 24

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3 ed. Brasília-DF, 2017. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acesso em: 10 de outubro de 2021.

Questão 12

Ao discutir o caso do senhor João com o MFC Bruno, houve orientação para que solicite exames de laboratório e agende o retorno com os resultados. Após 15 dias, no retorno, os exames apresentaram-se da seguinte forma: Colesterol total 250 mg/dl, HDL 40 mg/dl, Triglicerídeos 140 mg/dl, Creatinina 1,1 mg/dl, Potássio 4 mmol/L, PSA 3,4 ng/ml, glicose 88 mg/dl, Hemograma e Parcial de Urina normais.

O retorno da consulta foi com o Dr Bruno que, experiente, realizou melhor quantificação dos sintomas, aplicando o International Prostate Symptom Score (IPSS), chegando a um score de 9 pontos. Dr. Bruno, convenceu o senhor João a realizar o toque retal, que apresentava uma próstata com aumento difuso, consistência firme, sem dor, sem nodulações ou irregularidades ao toque.

Diante de tais exames e, considerando as melhores evidências e a literatura recomendada sobre doenças prostáticas, qual a melhor conduta a ser tomada?

- a. Solicitar uma ressonância magnética de abdome, iniciar alfa bloqueador associado a um inibidor de 5-alfa-redutase.
- b. Orientar o paciente que o caso é uma suspeita de câncer e encaminhar ao urologista.
- c. Solicitar uma biópsia da próstata e iniciar tratamento clínico ambulatorial com um alfa bloqueador.
- d. Iniciar um alfa-bloqueador e acompanhar o caso a fim de avaliar resposta medicamentosa e necessidade de exames complementares de imagem.

Comentários: Importante ressaltar aqui que não se trata de descartar outras condutas possíveis, mas de escolher a melhor opção com base na literatura proposta.

A alternativa A está incorreta porque a ressonância magnética de abdome é um exame caro, que não é a primeira escolha para investigação de aumento prostático. Além disso, a terapia proposta já foi dupla, sem um exame de imagem confirmatório do aumento ou das condições para iniciar uma medicação 5-alfa-redutase, que pode inclusive atrasar o diagnóstico de tumores pouco diferenciados. Página 1198 do Tratado de MFC.

A alternativa B está incorreta por causar medo e incerteza ao paciente ao afirmar ser uma suspeita de câncer sem sinais de alerta, tais como emagrecimento ou toque retal com nodulações. Além disso, o encaminha ao urologista mesmo com PSA limítrofe e nenhum outro fator que possa identificar o risco para câncer, sendo que as Alterações Benignas de Próstata são a causa mais prevalente desse tipo de sintoma. Seria interessante acompanhar um pouco mais a evolução do quadro e aguardar os exames de imagem antes de decidir-se pelo encaminhamento, que pode sim ser necessário e importante em um segundo momento. O Duncan, página 1837, orienta o encaminhamento com PSA alterado, nodulação ou endurecimento ao TR, o que não está presente na descrição do quadro.

A alternativa C está incorreta por solicitar biópsia antes mesmo de um exame de imagem para confirmar o aumento prostático e sem nenhum outro elemento confirmatório. Apesar da conduta ser possível, seria prudente repetir o PSA e aguardar um exame de imagem confirmando o aumento prostático. Não sendo a melhor conduta devido ao potencial risco de iatrogenia. Neste caso, poder-se-ia, na suspeita clínica, solicitar PSA total e livre e aguardar um US de próstata. Página 1201 do Tratado de MFC.

Para este caso, **a melhor conduta é acompanhar os sintomas e novos exames de laboratório, para nova decisão de encaminhar ou solicitar a biópsia e avaliar a necessidade**

de um exame de imagem. O início de medicação sintomática está no fato da classificação do IPSS ter sido maior que oito. Página 1197

Gabarito: D

Referências Bibliográficas:

1. Kolling, MG. Retenção urinária, encurtamento do jato e problemas prostáticos in GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, p. 1194-1203.
2. Koff, WJ. Doenças Comuns em Urologia in 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. p. 1835-1844.

Questão 13

Na consulta realizada por Jéssica, o senhor João apresentava uma ausculta cardíaca com ritmo regular, em 2 tempos, sem sopros. Ausculta pulmonar normal. Índice de massa corporal 32. Pressão arterial 160/90 mmHg. Abdome flácido, sem massas ou visceromegalias. Não permitiu o toque retal.

Ao discutir o caso com o MFC Bruno, foi solicitado novos exames de laboratório, controle da pressão e retorno com esses resultados.

No retorno, o resultados dos exames laboratoriais foram os seguintes: Colesterol total 250 mg/dl, HDL 40 mg/dl, Triglicerídeos 140 mg/dl, Creatinina 1,1 mg/dl, Potássio 4 mmol/L, PSA 3,4 ng/ml, glicose 88 mg/dl, Hemograma e Parcial de urina normais.

O exame físico neste retorno apresentava-se: Ausculta Cardíaca e pulmonar normais. PA 165/85.

Trouxe medidas de pressão arterial realizadas duas vezes por semana na unidade de saúde, com os seguintes valores: 170/100, 165/95, 175/80, 170/100, 160/100.

Diante dos achados, qual a melhor conduta para esse caso?

- a. Orientar redução de peso, atividade física, redução de sal na dieta e iniciar anlodipino, podendo incluir um tiazídico conforme a resposta terapêutica.
- b. Não recomendar medicações ainda, mas iniciar medidas de mudança de estilo de vida, recomendando atividade física e alimentação saudável.
- c. Recomendar mudança do estilo de vida e encaminhar ao cardiologista para que inicie medicação.
- d. Iniciar com enalapril, associado a um tiazídico e recomendar mudanças do estilo objetivando perda de peso e controle da pressão arterial.

Comentários:

A alternativa A está correta porque as mudanças de estilo de vida são sempre importantes para a abordagem da hipertensão. Além disso, como apresenta Hipertensão Arterial Classe 2, possui evidência de se iniciar um tratamento. Neste caso, o anlodipino é uma boa escolha por se tratar de um inibidor de canais de cálcio, sendo a primeira escolha em população negra.

A alternativa B está incorreta por excluir o tratamento medicamentoso mesmo tratando-se de hipertensão classe 2.

A alternativa C está incorreta por encaminhar ao cardiologista sem nenhuma cardiopatia detectada e com uma hipertensão de manejo simples, sem nem mesmo ter iniciado medicações.

A alternativa D está incorreta por escolher iniciar tratamento com inibidor da ECA, mesmo com função renal preservada, não tendo diabetes ou fatores que pudessem levar a um benefício de iniciar com essa classe terapêutica. Neste caso sendo melhor escolha, por se tratar de um homem negro, iniciar com um inibidor de canais de cálcio.

Gabarito: A

Referências Bibliográficas:

1. Machado LBM, Gyuricza JV, Olmos RD. Hipertensão Arterial Sistêmica in GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019. Cap 161, p. 1387-1394.
2. Fuchs, F. Hipertensão Arterial Sistêmica in 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. Cap 162, p. 618-631.

Questão 14

Com base no vídeo apresentado e as diversas queixas apresentadas pelo senhor João e considerando a prevenção quaternária como aspecto predominante na conduta proposta, assinale a alternativa correta.

- a) Sobre a queixa de dor de cabeça, pode-se afirmar que a grande maioria das cefaleias são primárias, com diagnóstico clínico. Deve-se evitar realizar exames complementares desnecessários, a menos que existam sinais de alerta.
- b) Sobre a queixa de cansaço, é importante incentivar o usuário à prática de atividade física regular no intuito de reduzir a sensação dos sintomas e prevenção de doenças crônicas relacionadas ao sedentarismo.
- c) Sobre a queixa de anemia, o rastreamento seria indicado diante de queixas clínicas que justifiquem, o que o usuário em questão não se enquadra, uma vez que a única correlação apontada é o relato de casos de anemia na família.
- d) Sobre o diagnóstico de hipertensão, faz-se importante a prescrição medicamentosa de anti-hipertensivos levando em consideração os níveis pressóricos apresentados no diagnóstico, sexo, idade e comorbidades.

Comentários:

A alternativa A “Sobre a queixa de dor de cabeça”, deve-se evitar exames desnecessários, evitando assim a iatrogenia médica e o enfoque unicamente na doença, sem levar em conta os medos do paciente e um diálogo aberto sobre como evitar medicalização. Está correta uma vez que considera, antes da investigação complementar, aspectos que justifiquem a solicitação de exames, evitando assim a solicitação desnecessária de exames. A prevenção quaternária, caracteriza-se pela prevenção da medicalização e iatrogenia médica ou de outros profissionais de saúde.

A alternativa B “Sobre a queixa de cansaço, é importante incentivar o usuário à prática de atividade física regular no intuito de reduzir a sensação dos sintomas e prevenção de doenças crônicas relacionadas ao sedentarismo”, aborda a prevenção primária como cerne principal da conduta. Mas pode-se dizer que não é uma abordagem adequada porque, sendo uma queixa subjetiva não aprofundada, antes de qualquer orientação, dever-se-ia investigar melhor a queixa. Por estes motivos a alternativa B está incorreta.

A alternativa C “Sobre a queixa de anemia, o rastreamento é indicado diante da queixa de fadiga e palidez cutânea, aspectos em que o usuário em questão não se enquadra, uma vez que a única correlação apontada é o relato de casos na família” está incorreta, porque coloca o termo “rastreamento” no lugar de “investigação”. Além disso, não há evidências sobre o benefício do rastreamento para homens de 50 anos.

A alternativa D “Sobre o diagnóstico de hipertensão, faz-se importante a prescrição medicamentosa de anti-hipertensivos, considerando os níveis pressóricos apresentados no diagnóstico, sexo, idade e comorbidades.” está incorreta porque aborda predominantemente a prevenção secundária da hipertensão.

Gabarito: A

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. Capítulos 224, 104 e 31.

Questão 15

Com base no vídeo, suponha que essa foi uma consulta gravada, com aprovação do usuário e sua importância para o aprendizado de Jéssica. Suponha ainda que você é o Dr. Bruno, preceptor da estudante e utilizará o Método de Avaliação Global. Com base nessas informações e na qualidade de docente avaliador, e aos tipos de entrevista que foram ativadas nesta consulta, é correto afirmar que, em relação à modalidade :

- a) informativo-prescritivo da entrevista, pode-se considerar que Jéssica foi assertiva na escolha do tema principal, o que determinou a boa gestão do tempo, sendo realista com o usuário.
- b) de escuta e acomodação da entrevista, pode-se considerar que foram atendidas as dúvidas do usuário, com espaço para a expressão do seu ponto de vista sobre a não realização do toque retal.
- c) semiótica da entrevista, deve-se considerar que as ideias, preocupações e expectativas do usuário foram pouco exploradas ou averiguadas por Jéssica.
- d) psicoeducativa da entrevista, deve-se considerar que Jéssica detectou uma expectativa do usuário, que não estava no seu plano de entrevista, e negociou qual abordagem seria dada para a satisfação dele.

Comentários:

A Alternativa A está incorreta porque, considerando o Método de Avaliação Global, a modalidade de entrevista informativo prescritiva, avalia os seguintes aspectos:

- Frases curtas e claras sem termos médicos (ou, se usados, é esclarecido o seu significado).

- Uso de exemplificação com racionalidade da medida terapêutica ● As dúvidas da pessoa foram atendidas, dando espaço para a expressão do seu ponto de vista.
- Os conselhos foram detalhados e/ou foram fornecidas instruções por escrito.

Além disso, Jessica não negociou o foco da consulta e não abordou outros aspectos da queixa principal (no caso, se fosse negociado que seria o problema prostático), o que invalidaria uma boa gestão do tempo, domínios de outras modalidades de entrevista.

A Alternativa B está incorreta porque, considerando o Método de Avaliação Global, a modalidade de entrevista de escuta e acomodação avalia os seguintes aspectos:

- O entrevistador permite que a pessoa fale sem interrupções e pede esclarecimentos.
- O entrevistador não se precipita em dar conselhos.
- Os sentimentos da pessoa foram aflorados (sinalizações, escuta, empatia).
- O entrevistador sugere outras maneiras de ver a realidade, ou outras formas de focar a resolução dos problemas (reframing).

O aspecto abordado na alternativa relacionada à atenção às dúvidas do usuário, “dando espaço para a expressão do seu ponto de vista sobre a não realização do toque retal”, estaria no domínio da modalidade de entrevista informativo-prescritiva. Mesmo assim, não se pode dizer que Jessica deu espaço ao usuário para expressão do seu ponto de vista sobre a não realização do toque retal, pois não abordou os motivos da recusa ou tentou utilizar uma entrevista persuasivo-negociadora, já que se trata de uma possível investigação de câncer de próstata.

A Alternativa D está incorreta porque, considerando o Método de Avaliação Global, a modalidade de entrevista de psicoeducativa avalia os seguintes aspectos:

- O entrevistador situa as demandas e queixas em um contexto de história de vida e as normaliza/legítima, se procede.
- O entrevistador respeita as defesas da pessoa para entrar no psicológico, sem forçar o ritmo.
- O entrevistador estimula a melhorar a qualidade de vida mostrando como outras pessoas em situação semelhante conseguiram.

O aspecto abordado na alternativa (“detecção de uma expectativa do usuário, que não estava no seu plano de entrevista, e negociou qual abordagem seria dada para satisfação do mesmo”) estaria no domínio da modalidade de entrevista persuasivo-negociadora. Mesmo assim, não se pode dizer que Jessica negociou a abordagem dada à consulta e sim, a determinou, não explorando os medos e subjetividades do usuário.

Desta maneira, a assertiva C está correta porque a modalidade semiótica da entrevista, aborda os seguintes aspectos:

- Houve uma boa delimitação do motivo de consulta.
- Foi delimitado o mapa de demandas e queixas, se a pessoa é complexa.
- Foi delimitada a natureza do problema principal: como, quando e onde das enfermidades.
- Foram averiguados os fatores ou sintomas associados.
- Foram averiguadas ideias, preocupações ou expectativas da pessoa.
- Foi realizado o salto psicossocial, se procede.
- Foram delimitados outros problemas que merecem seguimento.

E pode-se afirmar que as ideias, preocupações e expectativas do usuário foram pouco exploradas ou averiguadas por Jéssica.

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 59, páginas 1493-5.

Vídeo 4

O vídeo refere-se a uma reunião de equipe, com a enfermeira, o médico, uma técnica de enfermagem e um ACS, que discutem a situação de uma mulher de 56 anos, com obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, restrita em domicílio e com asma, que sofreu uma queda recente e fraturou o tornozelo. Reunião começa com a enfermeira iniciando a reunião.

- Bom dia gente, hoje temos o caso de Dona Dodô pra discutir. Como vocês sabem, ela caiu recentemente e fraturou o tornozelo. Já não consegue caminhar e a família pediu pra gente ir vê-la. Falaram da obesidade e que ela se queixa de muita falta de ar.

O ACS Gilmar intervém:

- Estive lá essa semana, além da falta de ar, seu marido conta que ela não quer fazer nada, reclama até para tomar banho.

O médico Bruno então comenta:

- Pelo que o Gilmar está falando, pode ser um quadro depressivo associado. Precisamos passar lá essa semana. Da última vez que fomos, ela caminhava normalmente, apesar das medicações e do peso. Mas estava bem complicado a situação do peso. Tive dificuldades de escutar seu pulmão e coração quando fui fazer o exame físico. Isso porque ela já não estava fazendo uso correto das medicações da asma.

A técnica sugere:

- E se formos ver a diabetes lá semanalmente e já irmos conversando sobre as medicações?

A enfermeira responde:

- Pode ser uma boa ideia. Quem sabe o Bruno vai lá e avalia essa questão da falta de ar e da possível depressão e a Sueli pode ir lá semanalmente pra ver o HGT (glicemia capilar) e a pressão. Acho que faz tempo que ela não mede mesmo. Sempre esquecemos de levar o aparelho certo...

O médico Bruno comenta:

- Sim, ela tem uso irregular das medicações, já estava até dando micose nas dobras em função da obesidade. Tentamos de tudo, mas não teve adesão à nutricionista e ao que fizemos de proposta de atividade física. Falamos para reduzir a gordura e a cerveja. Mas o marido disse que todo domingo tem carteadado na casa deles e que não tem como não fazer um churrasco de vez em quando. E parece que todos gostam de uma cervejinha. Um dia desses, o marido dela comentou que “mato quem comia era vaca”, na consulta observamos que o seu colesterol estava alto. Com essa postura vai ser difícil mudar a postura da família em relação à alimentação.

QUESTÃO 16

Grau de dificuldade: intermediária

Qual das ferramentas da abordagem familiar pode ser utilizada pela equipe de saúde para a construção do plano de cuidados da família da Dona Dodô, com a finalidade de identificar o(s) problema(s) e propor soluções e pactuações entre os próprios familiares?

- a) Genograma
- b) Tipologia familiar
- c) Crise do ciclo de vida
- d) Conferência familiar

Gabarito : D

Justificativa:

Dentre as ferramentas de abordagem familiar no contexto acima, a conferência familiar é a única que poderá identificar os problemas e propor soluções e pactuações entre os próprios familiares.

As outras ferramentas poderão ser aplicadas, para ajudar na compreensão do tipo de família que se constitui, qual ou quais crises previsíveis e acidentais esta família está passando e identificar a estrutura familiar, seus componentes. Mas não teriam essa característica de identificar problemas e propor soluções.

“O simples fato de localizar a fase do ciclo das famílias e suas crises, durante os atendimentos, permite que o médico de família gere hipóteses. Logo, utilizar as fases do ciclo de vida familiar como uma ferramenta de trabalho para ele significa definir em qual fase do ciclo aquele indivíduo ou família se encontra, prever as possíveis situações que serão enfrentadas pelo indivíduo ou pela família, analisar se o processo emocional esperado para a fase está de acordo com o que é solicitado pelos membros da própria família ou com o

contexto sociocultural no qual estão inseridos e orientar, seja de forma preventiva ou curativa, na busca de (re)estabelecer a funcionalidade familiar/individual.”

“O genograma é reconhecido como um instrumento para mapear, ampliar o conhecimento sobre a família e realizar intervenções pelos profissionais nos cuidados de saúde. A realização do genograma em uma entrevista oferece uma forma prática de envolver toda a família em uma abordagem sistêmica ao tratamento, permitindo o acesso rápido ao complexo familiar emocionalmente carregado. “

“A visita domiciliar e a abordagem familiar são recursos de intervenção de que poucas especialidades ou disciplinas dispõem. Atender uma pessoa em sua casa proporciona informações diagnósticas, possibilita intervenções terapêuticas e fortalece o vínculo da relação clínica de uma forma especial e definitiva. É uma experiência única. Utilizar a família como fonte de informações ou recurso de intervenção é outro aspecto de excepcional resultado.”

” Para doenças crônicas, situações de não adesão ao tratamento, puericulturas e pré-natais e situações que envolvam problemas mentais e interpessoais, o envolvimento de outros membros da família facilita a compreensão do sistema familiar e a adesão por parte das pessoas ao tratamento”

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, Capítulo 10.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Capítulos 224 e 35

QUESTÃO 17

Chegando a visita domiciliar, o médico identificou que Dona Dodô, faz uso de salbutamol spray de 6 em 6 horas, com uso frequente e diário nas duas últimas semanas; metformina 500 mg 3 comprimidos ao dia; glicazida 60 mg 1 comprimido pela manhã; losartana 50 mg 1 comprimido de 12 em 12 h.

Queixava-se de falta de ar, quando se levantava da cama para ir para o banheiro, mesmo com a ajuda do marido, ou com uso de uma muleta. Ficava a maior parte do tempo deitada na cama e só se levantava para ir ao banheiro ou fazer suas refeições. Antes da fratura ocorrida há 6 semanas, Dona Dodô fazia as atividades domésticas e trabalhava na venda em frente a sua casa para complementar a renda. Seu marido, Sr Osmar, fazia bicos, vendendo biscoito frito na feira ou no sinal. No momento, o marido estava tendo que preparar os alimentos e parou de trabalhar para cuidar da casa e da esposa. Ele reclamou que “parou a sua vida, não tem tempo para tomar sua cerveja e se reunir com os amigos e que preferia mil vezes estar trabalhando do que ficar em casa”.

Dona Dodô estava desanimada, sem vontade de sair da cama, aumentou 4 kg após a fratura, dormindo o dia todo. Quando o médico perguntou se ela estava triste, ela chorou copiosamente e disse que fez tratamento para depressão quando tinha 40 anos. Tomou fluoxetina por quase 10 anos e acha que agora os sintomas estão voltando, o que a deixa muito triste porque sofreu bastante na época.

Ao exame:

Estava com 112 kg e tinha 1,60 metros de altura.

Ausculta Respiratória: Murmúrios Vesiculares presentes bilateralmente, com sibilos difusos leves e bilaterais. Ausência de estertores. Oximetria: 96% em ar ambiente;

Ausculta Cardíaca: Bulhas hipofonéticas

Abdome globoso, sem massas ou defesas

Membros inferiores com pulsos presentes bilateralmente. Sem edemas.

Uma das ações para planejamento e gestão das visitas domiciliares é a estratificação de risco e fazer o plano de cuidados do paciente e sua família. Para isto, o médico de família e sua equipe podem utilizar algumas ferramentas para ajudar esta decisão.

Dentre elas, está a **Escala de risco e vulnerabilidade para atenção domiciliar na APS (Ribeiro, Fiuza e Pinheiro, 2018)** para ajudar a identificar o risco.

Indicador	Situação	Score de risco e vulnerabilidade:	Pontuação obtida:
Idade	75 a 84 anos	1	
	>85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidades (>= 5)	2	
	Descompensação clínica	5	
Polifarmácia	Nº de medicamentos (>= 5)	2	
Funcionalidade	Atividades de vida diária (AVDs) instrumentais	1	

	AVDs Básicas e Instrumentais	2	
Mobilidade	Dificuldade de marcha Risco de queda Acamado	1 2 3	
Suporte familiar	Disfunção familiar Sobrecarga do cuidador	1 1card	
Fragilidade	Síndrome demencial, depressão, Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, Paralisia cerebral	2 (cada)	
Cuidados Paliativos	Escore de Performance Paliativo (PPS) 90 A 100 PPS 60 A 80 PPS 30 A 50 PPS < 20	2 5 8 10	
TOTAL	X	X	

Tabela 4 – Escala de <i>performance</i> paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

final, presença de taquicardia ventricular não-sustentada e diabetes *mellitus* (DM) ^(6, 50). A presença de fenômenos tromboembólicos, parada cardiorrespiratória (PCR) prévia e diagnóstico de AIDS e outras arritmias ventriculares complexas também contribuem para a avaliação de prognóstico reservado. A avaliação precisa da incidência de morte súbita tem sido mais complexa por causa do aumento da prevalência de uso do cardioversor-desfibrilador interno automático ^(5, 14).

Classificação de risco e vulnerabilidade	Escore	Tempo médio para planejamento das próximas visitas
Baixo	Até 5	6 meses a 1 ano
Médio	6 a 10	4 a 6 meses
Alto	11 a 15	2 a 3 meses

Muito alto	Maior que 16	Quinzenal a mensal
------------	--------------	--------------------

Utilizando esta escala e interpretando a situação clínica da Dona Dodô, qual a classificação de risco e vulnerabilidade da paciente e o plano de cuidados adequado?

- a- Médio risco. Realizar visitas com equipe multiprofissional a cada 6 meses
- b- Alto risco. Realizar visita médica a cada 2 a 3 meses
- c- Alto Risco. Realizar a próxima visita do médico em até uma semana.
- d- Muito alto risco. Realizar visitas mensais alternadas com médico e enfermeiro

Gabarito: C

Justificativa:

Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade:	Pontuação obtida:
Idade	75 a 84 anos	1	0
	>85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidades (>= 5)	2	2
	Descompensação clínica	5	5
Polifarmácia	Nº de medicamentos (>= 5)	2	0
Funcionalidade	AVDs instrumentais	1	0
	AVDs Básicas e Instrumentais	2	
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1	1
	Risco de queda	2	2
	Acamado	3	0
Suporte familiar	Disfunção familiar	1	1
	Sobrecarga do cuidador	1	1
Fragilidade	Síndrome demencial, depressão, Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, Paralisia cerebral	2 (cada)	2
Cuidados Paliativos	PPS 90 A 99	2	0
	PPS 60 A 80	5	
	PPS 30 A 50	8	
	PPS < 20	10	
TOTAL	X	X	14 u 10

A paciente tem como comorbidades: Obesidade, HAS, DM , asma e depressão

Está descompensada: asma e depressão

Uso de medicamentos: (4) : losartana, metformina, glicazida e salbutamol

Dificuldade de marcha e risco de queda, mas não está acamada

Disfunção familiar e sobrecarga do cuidador

Depressão

Não está em cuidados paliativos

Não apresenta alterações na AVD básica e instrumental e não está em cuidados paliativos

Pontuação 14 pontos. Classifica como risco alto, mas como a paciente está com descompensação da asma, e será iniciada medicação, seria importante avaliação clínica em até uma semana

Referencia:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf ISBN 978-85-334-2776-1 1. Atenção Domiciliar. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título. Pagina 25 e 26

QUESTÃO 18

Após estabilização clínica, qual seria o objetivo mais adequado para a visita domiciliar de dona Dodô?

- a) Encaminhar para a internação hospitalar
- b) Envolver e responsabilizar a família no cuidado
- c) Encaminhar para o Serviço de Atenção Domiciliar
- d) Realizar a vigilância em saúde em relação aos programas prioritários

Gabarito: B

“A perspectiva desejada é a de envolvimento e responsabilização da família, na qual não só o cuidador, mas, na medida do possível, todo o núcleo familiar co-participe do processo de cuidados, reconhecendo e tendo reconhecida a sua função determinante nesse processo. 8

Para isso, as ações educativas no domicílio são fundamentais, e todos os membros da equipe têm seu papel específico. Embora deva existir flexibilidade e nem sempre existam consensos, há que se tentar buscar uma linguagem única em termos de informações para que não haja confusões e desconfianças”

A VD pode ser realizada como fim e/ou como meio. 27 A primeira tem objetivos específicos de atuação na AD terapêutica e visita a pessoas restritas ao domicílio, temporária ou permanentemente. Como meio, a VD não se restringe à busca ativa, em especial para dar conta da demanda reprimida, da vigilância em saúde relacionada aos programas prioritários. Ainda tem importante papel como forma de inserção profissional e de conhecimento da realidade de vida da família e da população e, especialmente, para o estabelecimento de vínculos. Assim, o espaço-domicílio das famílias e comunidades e seu contexto passam a ser considerados e tornam-se alvos estratégicos de investigação, especialmente na UBS. Todavia, tal estratégia não deve ser vista como novidade e exclusividade da UBS, uma vez que constitui importante recurso a ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que se faça necessário. Assim, independentemente de ser feita como fim ou como meio, ou ambos, a VD oportuniza, em todas as situações, uma possibilidade de incentivo à promoção e à prevenção da saúde mediante a educação em saúde de maneira particularizada.

Junto com a equipe, o médico pode estabelecer o(s) diagnóstico(s) e construir uma lista de problemas e potencialidades, já identificando quais profissionais devem se envolver nos cuidados da pessoa e da família e qual o plano terapêutico. O plano deve ter claro os objetivos e a definição da frequência das visitas e ser revisado periodicamente, sempre que houver intercorrências ou ocorrer mudança na situação de saúde da pessoa.

Embora a VD deva ser realizada por todos os integrantes da equipe de saúde da família, observa-se que os ACS são os maiores responsáveis pelo acompanhamento domiciliar. 29,30. Nesse sentido, faz-se necessária a capacitação do ACS como profissional de interlocução entre os diversos setores, desde a educação, o meio ambiente e o serviço de saúde.

Alternativas C e D estão incorretas por conta de que a situação clínica de Dona Dodô é possível de ser estabilizada em domicílio, sem a necessidade de uma equipe especializada em cuidados domiciliares ou internação hospitalar.

Referências bibliográficas:

1. Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Capítulo 39 Abordagem comunitária: cuidado domiciliar Sati Jaber Mahmud Maria Amélia Medeiros Mano José Mauro Ceratti Lopes Leonardo Cançado Monteiro Savassi, **pagina 1000**
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
ISBN 978-85-334-2776-1 1. Atenção Domiciliar. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título. Pagina 25 e 26

Questão 19:

Em relação ao quadro depressivo, qual o tratamento medicamentoso de primeira linha mais indicado para Dona Dodô?

- a) Fluoxetina 20 mg
- b) Amitriptilina 75 mg
- c) Desvenlafaxina 50mg
- d) Mirtazapina 30 mg

Gabarito: A

Justificativa:

Os diversos antidepressivos disponíveis têm eficácia semelhante para a maioria dos pacientes deprimidos, variando em relação ao perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos. Os ISRS em geral causam menos efeitos adversos do que os tricíclicos. O preço do medicamento é um dos aspectos na avaliação do custo do tratamento. Outros fatores com o número de consultas, exames solicitados, faltas ao trabalho e recaídas devem ser considerados. A hospitalização é o maior custo envolvido no tratamento da depressão.

Havendo mais de um medicamento disponível, a escolha deve considerar os aspectos descritos na tabela. Considerando todos os aspectos expostos, os ISRS são recomendados como medicamentos de primeira linha no tratamento da depressão moderada a grave na APS pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomenda-se iniciar com doses baixas e aumentá-las de forma gradual até chegar à dose-alvo em 7 a 14 dias. A tabela 109.6 mostra as principais características dos antidepressivos utilizados na prática clínica.

Vide tabela 109.5 e 109.6

Dentre as opções, todas, com exceção da fluoxetina, têm repercussão no aumento do peso, e para esta paciente que apresenta obesidade e diabetes, não seriam opções interessantes.

A escolha do antidepressivo deve ser de acordo com os efeitos colaterais e pelo custo do tratamento

Os tricíclicos apresentam como efeitos colaterais não desejáveis para esta paciente: aumento de peso, alterações cognitivas, risco de queda e sonolência.

A desvenlafaxina, além de ter maior custo, apresenta como efeitos colaterais não desejáveis para esta paciente: aumento de peso, sonolência, ansiedade

A mirtazapina, além de ter maior custo, apresenta como efeitos colaterais não desejáveis para esta paciente: aumento de peso, sonolência, sedação, fadiga e hipotensão ortostática

A Fluoxetina seria a medicação recomendada, pois os ISRS são recomendados com os medicamentos de primeira linha no tratamento da depressão moderada a grave na APS pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, apresenta como efeitos colaterais desejáveis para esta paciente: diminuição do apetite, redução de peso e diminuição da sonolência.

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Capítulo 109. Página 1104 a 1107

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Tratado quadro 244.1

Questão 20:

Qual a abordagem medicamentosa mais adequada para tratar a agudização do quadro de dispneia de dona Dodô ?

- a) Iniciar furosemida 40 mg via oral pela manhã
- b) Iniciar carvedilol 12,5 mg de 12 em 12 horas por 5 dias
- c) Associar corticoide oral ao Beta 2 Agonista de curta duração
- d) Prescrever Beta 2 Agonista de longa duração de 12 em 12 hs, por 5 dias

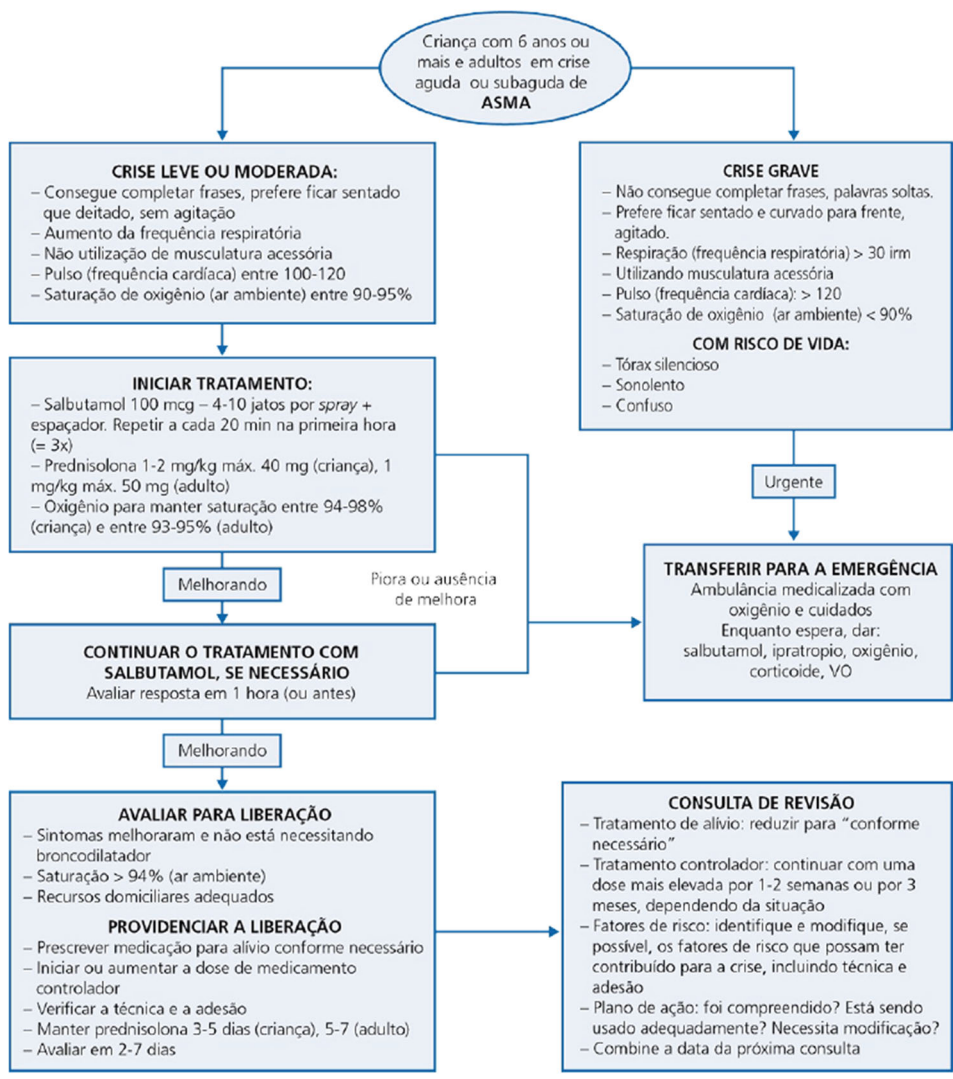
Gabarito C

Justificativa

Trata-se de crise asmática leve

Tratamento: Além do uso de salbutamol, existe indicação de uso de corticoide oral em curto prazo e inalatório para manutenção de longo prazo, pois trata-se de um quadro agudo não tratado.

Por se tratar de um quadro de asma agudizada, leve à moderada, tem indicação de tratamento para crise com B2 agonista de curta duração associado a corticoide oral por 5 a 7 dias. Oportunizar o início do tratamento de manutenção com corticoide inalatório é desejável.



▲ **Figura 151.3**

Algoritmo do manejo da crise de asma na APS em crianças com 6 anos ou mais e em adultos.

Fonte: Adaptada de Global Initiative for Asthma.²

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade

Tratado de Medicina de Família e Comunidade Capítulo 151 Quadro 151.3

Vídeo 5

Criança vem com a mãe, quieta na consulta, com presença de hematomas, queixa de enurese noturna, vítima de violência doméstica.

Priscila traz seu filho Kauê, de 9 anos de idade para uma consulta solicitada porque ele tem urinado na cama à noite.

Médico: - Bom dia, o que posso ajudar vocês?

Priscila: - Então doutor, meu filho deu de fazer xixi na cama agora! Faz 3 meses que começou isso. Acho que pode ter alguma infecção.

Médico: Algo mais?

Priscila: Sim, a professora também tem reclamado muito dele. Diz que não presta atenção nas aulas, se envolve em brigas, está agressivo. Já fui chamada várias vezes na escola porque ele aprontou alguma.

Médico: É isso mesmo Kaue?

Criança quieta, mexendo no celular.

Médico: Kauê, você pode falar comigo um pouco?

Criança para com o celular e olha para a médica.

Médico: Tá acontecendo alguma coisa?

Criança: Não.

Médico pede para a mãe sair um pouco para conversar com Kauê sozinho.

Médico: Eu pedi para sua mãe sair para que você possa falar um pouco mais à vontade. Se quiser dizer algo, fica aqui entre nós. Não preciso falar a seus pais tudo.

Criança nega novamente ter problemas e olha pra baixo.

Médico: O que está acontecendo na escola?

Criança: Eles mexem comigo. Eu tô na minha e eles ficam me incomodando.

Médico: Entendi...

Médico percebe uma mancha roxa no braço da criança: - E como foi que fez esse roxo no braço?

Criança: Isso foi o meu pai.

Médico: É mesmo? Ele te bate muito?

Criança: Às vezes, só quando ele chega em casa mais tarde e nós estamos brincando.

Médico: E com sua mãe, ele também briga?

Criança: Sim, às vezes...

Médico: Certo... E você está chateado com isso?

Criança: Sim. (Suspiro)

Questão 21

Após o atendimento da mãe e criança, por ter identificado na anamnese e exame físico sinais de violência contra a criança, além de notificar a vigilância epidemiológica qual é a melhor conduta a ser tomada pelo MFC XXX?

- . Convocar o pai para consulta e alertar que se ele não cessar com as agressões à criança será feita notificação ao Conselho Tutelar.
- a. Manter acompanhamento da família na Atenção Primária à Saúde (APS) e comunicar o caso ao Conselho Tutelar.
- b. Encaminhar a criança para o Hospital Pediátrico para ser acompanhada e o hospital comunicará o Conselho Tutelar.
- c. Manter acompanhamento da família na APS e orientar a mãe que caso a violência não cesse, será comunicado o Conselho Tutelar.

CORRETA: B)

Comentários:

Com relação a linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência podemos afirmar que é papel do MFC e APS: atendimento e acompanhamento das vítimas e suas famílias, notificação dos casos de violência, no caso de violência contra criança comunicar o caso ao Conselho Tutelar de forma mais ágil possível e acionar a rede de cuidado e proteção social existente no território¹.

Portanto o MFC além de notificar deve acompanhar a família, acionar a rede de apoio local e notificar o conselho tutelar no caso de violência contra criança¹.

São atitudes **não** recomendadas na abordagem das situações de violência: assumir postura de policial ou de detetive, tentar resolver o caso sozinho ou ainda fazer juízo de valor(julgar)^{1,2} portanto o distrator a) está incorreto.

É atribuição da APS o acompanhamento dos casos e situações de violência. Em alguns momentos do cuidado será necessário referenciar ao serviço de urgência, contudo mantém-se a atribuição da APS de acompanhar e acionar rede local de cuidado e proteção. Portanto distrator c) incorreto.

A partir do momento em que se identifica violência contra a criança o Conselho Tutelar^{1,2} deve ser notificado o que torna o distrator d) incorreto.

Bibliografia utilizada:

1. Pires, JMA. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de violência. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 36. Página 343-354**.
2. Oliveira, AFPL, Schraiber LB. Abordagem à violência doméstica. In: 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 82. Página 2132-2156(versão digital)**.

Questão 22

Em relação a queixa de enurese da criança, qual a classificação da enurese e que exame deve ser solicitado pelo MFC XXX?

- . Enurese primária. Solicitar análise de urina.
- a. Enurese secundária. Nenhum exame deve ser solicitado.

- b. Enurese primária. Solicitar ultrassonografia de vias urinárias.
- c. Enurese secundária. Solicitar análise de urina.

Correta B)

Comentários:

Trata-se de um caso de enurese secundária, pois os sintomas apareceram após um período de continência de pelo menos 6 meses. A enurese secundária pode estar associada a várias causas, tendo frequentemente o estresse psicológico como fator preponderante. Como a criança tem nove anos e mãe relata que há 03 meses iniciou com enurese se entende que teve período superior a 6 meses de continência urinária^{1,2}.

As indicações de exames na enurese secundária são¹:

- Análise de urina: se sintomas diurnos concomitantes, na suspeita de infecção urinária, se enurese monossintomática recente (poucos dias ou semanas), se sinais de comprometimento sistêmico, se suspeita de DM;
- Ultrassonografia de rins e vias urinárias: na suspeita de doença renal/disfunção vesical/malformações estruturais;
- Ultrassonografia ou ressonância magnética da região lombo sacral: na suspeita de disrafismo espinhal e/ou alterações ao exame neurológico focal
- Uretrocistografia miccional: na suspeita de refluxo vesico ureteral/malformações congênitas do trato urinário
- Glicose/Hbglicada: na suspeita de DM
- Estudo urodinâmico: na suspeita de bexiga neurogênica/ hiperatividade do detrusor

Bibliografia utilizada:

1. Figueira, MD; D'Aurea RG. Enurese e Encoprese. In: 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 117. Página 3005-3026 (versão digital)**
2. Zavaschi MLS, Costa F, Lorenzon SF, Netto MS. Saúde Mental da Criança. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduitas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 22. Página 206-208.**

Questão 23

Dentro do que preconiza o Programa Saúde na Escola (PSE), com relação à situação de bullying trazida pela criança XXX, assinale a alternativa mais adequada sobre o papel do MFC na condução deste caso.

- . Orientar e referenciar criança para apoio junto ao núcleo psicopedagógico da escola
- a. Encaminhar para acompanhamento com psicóloga e assistente social
- b. Em conjunto com um representante da comunidade escolar construir plano de cuidado
- c. Afastar criança da escola até que a situação de bullying seja resolvida

CORRETA C)

Comentários:

Dentro da lógica do PSE, as equipes de saúde da família devem atuar como interlocutoras entre a escola e os serviços de saúde¹. A orientação é que sempre que se detecte uma criança, adolescente ou jovem com necessidades ou problemas de saúde, deve-se designar um profissional da equipe de saúde, em conjunto com um representante da comunidade escolar, para fazer o acompanhamento, coordenação do cuidado e plano terapêutico, mobilizando recursos de saúde e educacionais necessários, evitando-se ou reduzindo-se ao máximo o afastamento dos estudantes de suas atividades escolares¹.

Bibliografia utilizada:

1. Demarzo M. Aquilante AG. Abordagem à Saúde escolar. In: 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 78. Página 1988-2014(versão digital)**
2. **Duncan não tem conteúdo sobre Saúde Escolar**

Questão 24

Com relação a rede de cuidado e de proteção social nos casos de violência assinala a alternativa correta.

- . A notificação dos casos de violência doméstica é obrigatória no caso de violência à criança e adolescente e facultativa no caso de violência ao idoso e à mulher
- a. A notificação ao Conselho Tutelar no caso de violência contra crianças e adolescentes é obrigatória se violência confirmada e facultativa em casos de suspeita de violência
 - b. No caso de violência contra crianças e adolescentes é papel do profissional da Atenção Primária acionar a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente e o Ministério Público
 - c. É obrigatória a notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar contra criança, adolescente, mulher ou pessoa idosa

Comentário:

CORRETA D)

O estatuto da criança e do adolescente (ECA) determina, desde 1990, que todos os casos de **suspeita ou confirmação** de maus-tratos contra crianças ou adolescentes devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da localidade, sem prejuízo de outras providências legais. A inobservância dessa regra por médicos, professores ou responsável por estabelecimento de saúde implica multa de 3 a 20 salários de referência¹.

A notificação de violência doméstica, sexual ou outras à vigilância epidemiológica é compulsória no caso de violência contra criança, adolescente, mulher ou pessoa idosa. Portanto o distrator d) está correto¹.

O profissional de saúde da APS deve acionar a rede de cuidado e de proteção social existente no território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção, tanto na própria rede de saúde quanto na rede de proteção social e defesa (CRAS, Escolas, Ministério Público, Conselho Tutelar e Varas da infância e Juventude, entre outros)².

1. Oliveira, AFPL, Schraiber LB. Abordagem à violência doméstica. In: 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 82. Página 2132-2156(versão digital)**.
2. Pires, JMA. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de violência. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. **Capítulo 36. Página 343-354**.

Questão 25

A paciente XXX retorna em outro momento sozinha e revela ao MFC XXX que vem sofrendo violência física e psicológica frequentemente pelo marido. E diz: “Ele me bate, mas é um homem muito bom. Não deixa faltar nada em casa. E se eu sair de casa vou colocar tudo a perder”. Qual das falas a seguir é a mais adequada como resposta do MFC ao relato da paciente XXX?

- . “Eu sei que é difícil, mas você precisa se libertar desta violência”
- a. “Eu vou precisar te encaminhar para delegacia da mulher”
- b. “Você tem algum plano para lidar com esta situação?”
- c. “Quem sabe você vai passar uns dias na casa dos seus pais?”

Comentário:

CORRETA C)

Ao ouvir as histórias/relatos de violência doméstica é muito importante a forma como o MFC vai responder a fim de uma boa condução da consulta. Portanto algumas orientações de boa condução de consultas que envolvam violências doméstica são:

- Manter sigilo e privacidade
- Valorização do relato-registro
- Escuta sem julgamento
- Evitar vitimização-cristalização de normas tradicionais de gênero
- Identificação de riscos (homicídio, suicídio...)
- Identificação de rede de suporte social já existente
- Referência aos serviços que a pessoa escolher
- Treinamento e supervisão constante-trabalho com a própria emoção diante casos de violência.

Nos distratores acima 03 deles envolvem julgamentos/conselhos sem a participação da paciente na escolha:

“Eu sei que é difícil, mas você precisa se libertar desta violência”

“Quem sabe você vai passar uns dias na casa dos seus pais”

“Eu vou ter que te encaminhar para delegacia da mulher”

O distrator que está certo é o C que envolve a paciente na construção de um plano para lidar com a situação de violência.

1. Oliveira, AFPL, Schraiber LB. Abordagem à violência doméstica. In: 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 82. Página 2132-2156(versão digital)**.
2. Vailati B, Marmontel M. Hauck S. Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência. In: 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 55. Página 520-527**.

Vídeo 6

Gestante de 32 semanas que apresenta pressão arterial elevada e curva glicêmica também elevada

Começa o vídeo com a médica terminando de avaliar a pressão arterial de uma gestante.

- Pois então Patrícia, hoje sua pressão está alta, vamos precisar monitorar isso.
- Mas tem algum risco para o bebê?
- Se cuidarmos direitinho não teremos problemas. Mas, como sua glicose também está alta, vamos precisar te ver mais por aqui e também te encaminhar para acompanhamento no ambulatório com o médico obstetra.
- Tá, mas vou precisar tomar remédios?
- Vai depender de nosso monitoramento daqui pra frente e vou te prescrever algumas orientações alimentares. Preciso que você cuide bastante da sua alimentação. Vamos repetir os exames em duas semanas pra ver se melhorou algo. E vamos precisar também monitorar seu peso.
- Eu vou precisar fazer regime??
- Não é isso. Só vamos precisar que você mantenha uma alimentação saudável e equilibrada pra não ganhar excessivamente. Por isso vou te encaminhar para o nutricionista também.
- Certo, mas quanta coisa né?? Minha mãe teve cinco filhos e disse que nem tinha tanta consulta quanto eu tô tendo agora. E os cinco nasceram bem. Aliás, estamos planejando uma viagem para a próxima semana. Vamos ficar um mês com minha irmã no interior.
- Olha, Patrícia, eu não acho uma boa ideia. A diabetes pode causar sérias complicações e o bebê nascer muito grande. Em alguns casos nem nasce e precisa operar. Além disso, a pressão alta pode pôr em risco até mesmo sua vida. Então precisa levar a sério esse acompanhamento.
- Nossa, doutora! Você falou que não tinha tanto risco! Agora estou preocupada.
- Pois é... Se cuidar direitinho vai dar tudo certo.
- Ok, doutora.

Responda as questões a seguir com base no vídeo 6 e nas informações registradas no cartão de pré-natal de Patrícia ao longo de seu acompanhamento da gestação atual.

CONSULTAS							
	9s	13s	17s	21s	25s	29s	32s
Queixa	Náusea	Sem queixas	Sem queixas	Sem queixas	Sem queixas	Dor lombar	Dor lombar
Peso/I MC	69/26,9	69,5/27,1	71/27,7	73/28,5	75/29,3	76/29,7	77/30,1
Edema	A	A	A	A	A	A	A
PA	120x82	114x80	118x78	124x80	120x82	124x82	140x92
AU	0	10	15	19	22	25	28
Ap. fetal	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Cefálica

BCF/M F	A/A	148/A	140/A	156/P	150/P	148/P	140/P
Toque	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

Legenda: s=semanas; IMC=índice de massa corporal; PA=pressão arterial; AU=altura uterina; Ap. fetal=apresentação fetal; BCF=batimentos cardíofetais; MF=movimentação fetal; P=presente; A=ausente; NR=não realizado

EXAMES COMPLEMENTARES		
	(Realizados com 10 semanas)	(Realizados com 31 semanas)
ABO-Rh	A positivo	----- -----
Glicemia de jejum	84	90
TOTG 75g (1ª hora/2ª hora)	130/110	185/170
Sífilis (teste rápido)	Negativo	Negativo
VDRL	NR	NR
Anti-HIV (teste rápido)	Negativo	Negativo
HBsAg (teste rápido)	Negativo	Negativo
Toxoplasmose	IgG e IgM negativos	IgG e IgM negativos
Hemoglobina	12,8	11,0
Urina - EAS	2 hemácias e 4 leucócitos por campo, ausência de proteínas, ausência de bactérias	5 hemácias e 10 leucócitos por campo, ausência de proteínas, presença de bactérias
Urina - Cultura	Negativa	Em andamento

Legenda: EAS=elementos anormais e sedimentos (o mesmo que “exame qualitativo de urina-EQU”)

QUESTÃO 26:

Considerando as informações disponibilizadas, assinale a alternativa que considera todos os diagnósticos diferenciais possíveis para a elevação pressórica de Patrícia.

- a. hipertensão arterial crônica, uma vez que o ponto de corte para hipertensão na gestação é mais baixo do que fora da gestação
- b. hipertensão gestacional, considerando o aumento pressórico após 20 semanas e a ausência de proteinúria e edema
- c. hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, necessitando de investigação complementar para definição
- d. hipertensão transitória, pré-eclâmpsia ou hipertensão crônica, a depender da evolução clínico-laboratorial

Comentários: O ponto de corte para hipertensão na gestação é de 140x90mmHg, tornando a opção A incorreta. O EAS não é suficiente para afastar a presença de proteinúria, que deve ser pesquisada por outros métodos, tornando a opção B incorreta. O diagnóstico final de gestantes que se tornam hipertensas após a 20ª semana de gestação pode ser modificado até o puerpério, uma vez que se houver surgimento de proteinúria ou outros critérios clínico-laboratoriais será definido como pré-eclâmpsia; se não houver proteinúria ou deterioração clínico-laboratorial com retorno dos níveis tensionais à normalidade será definido como hipertensão transitória; e se houver persistência da elevação pressórica 12 semanas após o parto será definido como hipertensão crônica, o que torna a alternativa C incorreta e a alternativa D correta. Não há divergências nas referências bibliográficas em relação a este conteúdo.

“Hipertensão gestacional” é um diagnóstico temporário, que deverá ser reclassificado em até 12 semanas após o parto, conforme explicado em trecho da página 3324 do Tratado de MFC e na página 415 do Duncan, transcritos a seguir:

Tratado de MFC: “A hipertensão gestacional é aquela em que a PA alcança 140x90 mmHg ou mais, pela primeira vez, depois da segunda metade da gestação, porém na qual a proteinúria não é identificada. A PA pode voltar ao normal em torno de 12 semanas após o parto (hipertensão transitória). No entanto, quase metade das mulheres com hipertensão gestacional desenvolvem pré-eclâmpsia subsequente.¹⁰ Também é possível que a hipertensão se perpetue após o parto, tornando-se hipertensão crônica”.

Duncan: “Na hipertensão gestacional, há aumento da pressão arterial (PA) após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente próximo da época do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria significativa. Em geral, o aumento dos níveis pressóricos é discreto, não interferindo no desempenho da gestação. A PA se normaliza em até 12 semanas após o parto, embora a HAS amiúde recorra em gestações subseqüentes. As mulheres que permanecem hipertensas após esse período são classificadas como portadoras de hipertensão crônica, e as demais como tendo hipertensão transitória. Acredita-se que estas últimas sejam propensas a desenvolver HAS essencial no futuro”.

O CAB 32 não faz parte das referências bibliográficas do TEMFC, porém, também não apresenta divergências neste aspecto, ao afirmar que (página 179): “Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subseqüentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no

futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como “crônica”. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia”.

Gabarito: D

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

- Cap. 132, Hipertensão na gestação, p. 3322-24

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências:

- Cap. 42, Hipertensão arterial na gestação, p. 414-15

QUESTÃO 27

Considerando a curva glicêmica alterada de Patrícia e seu diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, assinale a alternativa correta.

- a) O rastreamento realizado com curva glicêmica no 1º e 3º trimestre é custo-efetivo, uma vez que o aumento dos gastos com exames é compensado pela redução da mortalidade perinatal
- b) A insulina é o único fármaco hipoglicemiante que pode ser utilizado na gestação, portanto sua prescrição é mandatória em gestantes que não conseguem obter controle metabólico com dieta
- c) Mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional têm risco aumentado de desenvolvimento de diabetes tipo 2, sendo recomendado repetir o Teste oral de tolerância à glicose 75g 2 horas, de 6 a 8 semanas após o parto para seguimento.
- d) A utilização de medroxiprogesterona de depósito como método contraceptivo no puerpério é contraindicada para mulheres que apresentaram diabetes gestacional em virtude do potencial ganho ponderal.

Comentários: A opção A é incorreta porque existem controvérsias a respeito da melhor forma de rastreamento do DMG, e a realização de curva glicêmica em dois momentos aumenta custos (com exames e referências) e não apresenta impacto demonstrado sobre a mortalidade perinatal. A opção B está incorreta porque há hipoglicemiantes orais que podem ser utilizados na gestação. A opção D está incorreta porque o diagnóstico prévio de DMG não contraindica a utilização de qualquer método contraceptivo no puerpério. A opção C está correta. O Tratado de MFC aborda somente a questão do rastreamento do DMG, sem divergências com o Duncan, mas não contempla a discussão do tratamento ou acompanhamento puerperal.

Segundo Duncan, “A reavaliação metabólica deve ser feita 6 a 8 semanas após o parto, com o TTG 75 g 2 h seguindo os critérios diagnósticos para adultos fora da gravidez”

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

- Cap. 131, Pré-natal de baixo risco, p. 3297

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências:
- Cap. 43, Diabetes na gestação, p. 421-6

QUESTÃO 28

Patrícia descreve uma dieta rica em carboidratos e proteínas, mas deficiente em fontes de fibras, vitaminas e minerais. Ela relata ainda que não tem certeza se conseguirá aderir às recomendações fornecidas, pois almoça fora de casa diariamente, em locais de baixo custo, higiene duvidosa e variedade limitada de opções e não tem muito tempo para cozinhar à noite. Queixa-se de que fez esforço para controlar o ganho de peso durante todo o pré-natal por conta das recomendações recebidas, mas não sabe mais como modificar sua dieta. Levando em consideração esse contexto e as informações contidas no cartão pré-natal descritas anteriormente, qual a conduta mais adequada no que diz respeito ao aconselhamento nutricional da gestante?

- a) A ausência de ganho excessivo de peso ao longo da gravidez deve ser valorizada, e Patrícia deve ser estimulada a aumentar a ingestão de carboidratos de baixo índice glicêmico, considerando os seus hábitos alimentares e possibilidades.
- b) Deve-se evitar carnes de procedência desconhecida, mas quando houver a oportunidade de preparo no domicílio, atentar para não cozinhar em excesso, mantendo áreas rosadas que melhoram o aproveitamento nutricional.
- c) Devido à presença de anemia leve e à impossibilidade de correção dietética, deve ser iniciado sulfato ferroso em dose terapêutica de 600 mg/dia, dividida em duas tomadas diárias, com repetição do hemograma em 4 semanas.
- d) Patrícia deve se esforçar para que todas as suas refeições contenham porções moderadas de grãos e leguminosas, com grande quantidade de salada in natura para garantir a ingestão adequada de nutrientes e obter sensação de saciedade.

Comentários: A opção A está correta porque Patrícia apresentou ganho de peso adequado conforme seu estado nutricional na primeira consulta, e os carboidratos de baixo índice glicêmico reduzem a necessidade de insulina em gestantes com DMG. A opção B e a opção D estão incorretas porque a gestante é suscetível à toxoplasmose, devendo evitar a ingestão de carnes mal cozidas e verduras mal lavadas (não sendo recomendada a ingestão de salada in natura em locais de higiene duvidosa). A opção C está incorreta porque Patrícia não apresenta anemia.

Gabarito: A

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

- Cap. 131, Pré-natal de baixo risco, p. 3289, 3293, 3301

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências:

- Cap. 40, Acompanhamento de Saúde da Gestante e da Puérpera, p.390, 392, 397

- Cap. 43, Diabetes na gestação, p. 423

- Cap. 44, Infecções na gestação, p. 429

QUESTÃO 29

Patrícia relata dor lombar baixa persistente ao longo do último mês, que surge ao final do dia ou quando permanece muito tempo na mesma posição. Nega queixas urinárias, febre ou náuseas. A punho-percussão lombar bilateral é negativa. Considerando este quadro clínico e os resultados dos exames de urina, assinale a alternativa correta.

- a) As queixas são sugestivas de dor lombar inespecífica e os exames encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade, não sendo necessária qualquer ação adicional
- b) O EAS apresenta alterações discretas que podem ou não representar infecção do trato urinário, devendo-se aguardar o resultado da cultura de urina para decisão final
- c) Patrícia tem bacteriúria assintomática, devendo-se iniciar prontamente o tratamento empírico, que pode ser ajustado posteriormente mediante resultado da cultura de urina
- d) Considerando a dor lombar e a presença de leucócitos e bactérias no EAS, não é possível afastar pielonefrite aguda, sendo necessário referenciar ao hospital

Comentários: Apesar da dor lombar apresentar características mecânicas, o EAS encontra-se discretamente alterado, sendo necessário avaliar o resultado da cultura que está em andamento, o que torna a opção A incorreta e a B correta. A opção C está incorreta porque o diagnóstico de bacteriúria assintomática é definido pela urocultura e não pelo EAS. A opção D está incorreta porque o quadro clínico não é sugestivo de pielonefrite aguda. As referências consultadas não apresentam divergências em relação ao conteúdo.

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

- Cap. 131, Pré-natal de baixo risco, p. 3294-3296

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências:

- Cap. 44, Infecções na gestação, p. 439-440

QUESTÃO 30

Considere um cenário em que Patrícia venha a necessitar de tratamento medicamentoso em regime ambulatorial para o seu distúrbio hipertensivo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para este caso.

- a) A metildopa é a medicação mais estudada e com melhor perfil de segurança e eficácia para o feto, devendo ser a primeira escolha.
- b) O Enalapril não deve ser introduzido nesta situação, mas poderia ser mantido caso Patrícia já o utilizasse previamente à gestação.
- c) A Hidralazina pode ser utilizada para controle da hipertensão com segurança em toda a gestação, visto não estar associada a efeitos colaterais.
- d) A Hidroclorotiazida é associada à oligodramnia, restrição do crescimento fetal, insuficiência renal e morte neonatal, e não deve ser utilizada para este caso.

Comentários: A opção C apresenta informações incorretas a respeito do uso de Hidralazina na gestação, visto apresentar perfil de efeitos colaterais maternos, por isso não é uma boa opção para longo prazo. A opção A está correta porque a Metildopa é o fármaco mais estudado e seguro, sendo a primeira escolha para a maioria das gestantes. As opções B e D estão erradas porque as informações a respeito do Enalapril e da Hidroclorotiazida estão trocadas, sendo o primeiro absolutamente contraindicado em qualquer fase da gestação, e a Hidroclorotiazida uma possibilidade terapêutica em casos selecionados. As referências não apresentam divergências em relação aos conteúdos abordados na questão, apesar de apresentarem outras divergências (por exemplo, sobre o uso do Atenolol e da própria Nifedipina) que não interferem na questão elaborada.

Segundo texto retirado do Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

“Mulheres com hipertensão gestacional devem ter sua PA aferida uma vez por semana, com avaliação de proteinúria em teste urinário com fita reagente (Versão digital, página 3331).

A metildopa é a medicação de escolha no tratamento da hipertensão na gestação.” (Versão digital, página 3329)

Gabarito: A

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

- Cap. 132, Hipertensão na gestação, p. 3329-3330

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências:

- Cap. 42, Hipertensão arterial na gestação, p. 418-19

- Cap. 193, Uso de medicamentos na gestação e na lactação, p. 1900 (somente para atestar inexistência de conflitos)

QUESTÃO 31:

Durante visita domiciliar, o marido de uma puérpera no 8º dia pós-parto vaginal sem complicações, informa reservadamente ao MFC que anda preocupado com algumas atitudes que considera anormais em sua esposa. Relata que desde o quarto dia após o parto ela vem apresentando irritabilidade, choro fácil, tristeza, fadiga, medo excessivo e sem explicação, insônia e insegurança com relação aos cuidados do bebê. A gravidez foi planejada e o pré-natal foi realizado sem intercorrências, em 8 consultas. Ao conversar com a paciente, ela relata aos prantos que o marido tem ajudado bastante em casa, porém se sente muito sozinha e sobrecarregada, não consegue dormir e nem se alimentar direito, acredita que não vai conseguir dar conta de tudo que o bebê precisa e sente-se insatisfeita com o seu corpo após o parto. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual seria a conduta mais adequada do MFC neste caso?

- a) Encaminhar ao serviço de psiquiatria.
- b) Iniciar tratamento com antidepressivo.
- c) Solicitar exames laboratoriais
- d) Orientar sobre a possível transitoriedade desses sentimentos.

Comentários:

A questão aborda um caso típico de baby blues (ou blues pós-parto, ou blues puerperal ou tristeza puerperal), que é uma condição que pode se manifestar nos primeiros dias após o parto (geralmente inicia no 3º ou 4º dia de pós-parto e dura em média 10 dias) e sua principal característica é a labilidade emocional. Duncan (2013, p 400) e Gusso (2019, cap 133) descrevem como sendo uma fase transitória de adaptação a uma condição nova, não persistindo por mais de 10 dias. O manejo adequado inclui uma orientação sobre a sua frequência e transitoriedade, o estímulo à manifestação de sentimentos e a aceitação de apoio. Caso haja persistência ou agravamento dos sintomas, a mulher deverá ser rastreada para depressão pós-parto. (Gabarito da questão: alternativa D).

Acréscimo

Gabarito: D

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, 2013, cap. 40 – Acompanhamento de Saúde da Gestante e da Puérpera, p. 386-401.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática E-book*, 2019, cap. 133 – Cuidados no Puerpério, não paginado*.

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

QUESTÃO 32

Henrique, 60 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde para avaliar uma lesão no membro inferior direito com início há cerca de 08 semanas. A lesão está localizada em terço inferior da perna, na região do maléolo medial, tem borda irregular, é exsudativa, com hiperemia nas margens, rasa e extensa. Panturrilhas livres, sem edema. A dor reduz com a atividade muscular e com elevação da extremidade, é mais intensa à noite e costuma ter presença de cãibras. Pulsos pedioso e tibial posterior palpáveis e simétricos.

No histórico do Sr. Henrique está relatado que ele é portador de diabetes mellitus, obeso (IMC: 31), além de ter má aderência ao tratamento destas patologias.

Levando em consideração as informações descritas, qual a conduta mais adequada para tratar a lesão do paciente?

- a) Solicitar a cultura do leito de ferida pelo método de swab, considerando ser um método adequado para ajudar a identificar a bactéria responsável pela infecção.
- b) Realizar o cuidado centrado na pessoa e considerar que este tipo de lesão tem alto risco de desenvolver celulite, embora risco de osteomielite e amputação sejam baixos.
- c) Prescrever um único agente microbiano envolvido, e realizar a limpeza da ferida através da adição de iodo diluído e soluções antissépticas.
- d) Interromper a terapia compressiva por uso diário de meia elástica de alta compressão, após a cicatrização da lesão.

Gabarito: B.

Comentários:

Distrator A:

Página 1698 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

A cultura do leito de ferida pelo método de swab é desencorajada, dada a alta probabilidade de crescimento bacteriano de contaminação.

Alternativa B- correta:

Página 1696 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

Infecção da úlcera venosa. Pessoas com esse tipo de feridas têm alto risco de desenvolver celulite, a prevalência de osteomielite é baixa, assim como o risco de amputação.

Distrator C :

Página 1698 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

As infecções de feridas crônicas são muitas vezes polimicrobianas, com *Staphylococcus aureus* e anaeróbios entre os agentes patogênicos mais comuns.

A limpeza é um passo importante na preparação do leito da lesão e tem por objetivos favorecer a cicatrização por meio da remoção de qualquer corpo estranho (resíduos, esfacelos, exsudato), ser atraumática para o tecido viável e proporcionar melhor visualização da ferida para avaliação. A adição de iodo diluído ou outras soluções antissépticas (p.ex., clorexidina) é geralmente desnecessária.

Distrator D:

Página 1702 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

Após a cicatrização da Úlcera Venosa é imprescindível a manutenção da compressão, por meio do uso diário de meia elástica de alta compressão, para reduzir o risco de recorrência, embora estas possam ser utilizadas para tratar ulcerações pequenas.

>> A bibliografia (livro): 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 não contém nas páginas 976-978, que tratam de insuficiência venosa crônica, dados que respondam a questão baseado nas afirmativas apresentadas.

QUESTÃO 33:

Escolar de 9 anos, masculino, acompanhado da mãe, apresenta queixa de dor na perna direita, há 5 dias, com piora súbita nas últimas 24 horas. A mãe nega qualquer tipo de trauma local, mas lembra que o filho foi medicado com penicilina benzatina intramuscular, em região

glútea, há 7 dias para tratamento de amigdalite bacteriana, atribuindo a dor na perna ao uso do medicamento. Além da dor, relata que o filho vem apresentando perda do apetite, indisposição, calafrios e febre que não melhora ao uso de dipirona e ibuprofeno. Ao exame: T = 38,1°C; marcha claudicante; dor à compressão da coxa direita; ausência de manifestações articulares. Carteira de vacinação em dia.

A criança do caso relatado foi atendida pelo R1 de MFC, que solicitou exames laboratoriais e radiografia simples do membro acometido antes de discutir o caso com o preceptor.

No papel de preceptor e tendo em vista a hipótese diagnóstica mais provável para a situação relatada, assinale a alternativa que representa o que deve ser orientado ao residente, como conduta mais adequada para o caso.

- a) Caso a radiografia simples seja normal, a mãe deverá ser tranquilizada.
- b) O tratamento deve ser prescrito de imediato com amoxicilina/clavulanato.
- c) *Streptococcus pyogenes* é o agente etiológico mais provável neste caso.
- d) O paciente precisa ser avaliado pelo cirurgião ortopédico com urgência.

Comentários:

A faixa etária do paciente, o quadro clínico apresentado (dor súbita na perna + febre, sem melhora ao uso de analgésico e anti-inflamatório) e o relato de processo infeccioso recente (amigdalite bacteriana) são suficientes para levantar a suspeita de osteomielite hematogênica aguda (OHA) como principal hipótese diagnóstica para o caso. Sendo assim, vamos para a análise das alternativas tomando como referência o capítulo 222 (Osteomielite) do Tratado de MFC (Gusso, 2019), uma vez que o Duncan (4ed, 2013) não dispõe de um capítulo específico para tratar deste tema.

Na OHA, as radiografias iniciais geralmente são normais, portanto, uma radiografia simples normal não confirma nem descarta o diagnóstico. Ainda assim, são importantes para acompanhar a evolução do quadro e para o diagnóstico diferencial de outras patologias (Alternativa A: ERRADA).

O tratamento clássico para a osteomielite hematogênica aguda consiste em drenagem cirúrgica associada à antibioticoterapia por 4 a 6 semanas, inicialmente endovenosa. A prescrição inadequada de antibióticos pode mascarar o quadro de osteomielite, retardando o seu diagnóstico e favorecendo a cronicidade da doença. (Alternativa B: ERRADA).

O agente etiológico mais frequente em todas as faixas etárias é o *Staphylococcus aureus* (Alternativa C: ERRADA).

Assim que o MFC suspeitar de osteomielite, deverá solicitar a avaliação de um ortopedista e, nos casos de osteomielite aguda, isso deve ser realizado em caráter de urgência e em regime hospitalar. Segundo Gusso (2019, cap 222), pedir avaliação especializada (ortopédica) tardiamente favorece a cronicidade da doença e a disfuncionalidade do membro acometido (Alternativa D: CORRETA).

Gabarito: D

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática E-book*, 2019, cap. 222 - Osteomielite, não paginado*.

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

QUESTÃO 34:

Ana, 26 anos, médica de família e comunidade, foi informada sobre a pessoa que havia encaminhado para avaliação com comissão de oncologia da capital. Após cerca de dois meses, a equipe teria realizado diagnóstico de câncer intestinal com metástases hepáticas. Sem possibilidade cirúrgica e devido rápido declínio físico do paciente, este foi encaminhado de volta para o seu domicílio e a família orientada a fazer contato com o centro de saúde. Chegando em casa, Ana reconhece Armínio, M, 72 anos. Havia iniciado há alguns meses um quadro de diarreia e emagrecimento e, como a prefeitura não autorizava pedidos de alguns exames pela unidade básica, a médica teve de encaminhá-lo para seguimento em outro nível de atenção. Longe dos parentes e de sua casa desde então, Armínio voltava agora extremamente emagrecido e se queixando de dores por todo o corpo, embora mantendo o mesmo bom humor que manteve durante toda a vida, cumprimentando a doutora com um sorriso e afirmando ter perdido apenas um pouco de peso, em seguida completando que precisa “arrumar as coisas”. Os filhos, há um canto, relatam para Ana preocupações porque ele há dois dias não aceita nem água e nem alimentos. Todos compreendem a situação terminal do pai, mas estão ansiosos com o estado atual da mãe, Cleide, 68 anos. Segundo informam, a mesma não sai da cadeira colocada ao lado da cama do marido e, igualmente, tem se recusado a se alimentar, passando o dia rezando apoiada na cabeceira. “Ela ainda acha que ele pode se curar...” – afirma entre lágrimas uma das filhas, Helena. Paulo, o mais novo, se preocupa com a situação financeira da família e questiona sobre apoio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), uma vez que o pai sempre trabalhou na informalidade e nunca contribuiu financeiramente para a previdência.

Sobre os cuidados paliativos e vivências com a morte neste caso, assinale a alternativa correta.

. Cleide encontra-se no estágio da raiva frente à iminência da finitude do marido Armínio

- a. Desidratação pode ajudar a alcançar maior controle da dor junto a pacientes terminais
- b. Suporte de nutrientes gerais é melhor garantido quando ofertado por via intravenosa
- c. Benefício de prestação continuada de pacientes oncológicos requer prévia contribuição

Comentários: Alguma desidratação, por liberação de opioides endógenos, ajuda no controle da dor em pacientes terminais. Cleide encontra-se em estágio de barganha frente à finitude de Armínio. O suporte por via intravenosa consegue garantir aporte líquido, mas nem sempre consegue garantir aporte de nutrientes. O benefício de prestação continuada não exige contribuição prévia ao INSS.

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

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

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 106, Cuidados paliativos na atenção primária à saúde.

QUESTÃO 35:

D.N.S., masculino, 37 anos, chega até a unidade âncora da zona rural trazido por familiares com história de picada na mão direita por animal desconhecido escondido em um oco de árvore, há cerca de 40 minutos. O paciente relata leve dor no local da picada, dormência no braço direito e visão turva. Ao exame: roupa suja com sinais de vômito, ptose palpebral à direita, sinais de confusão mental, bradipneia, facies miastênica, sialorreia, dificuldades para manter a posição ereta e para deglutir. No local da picada não são observadas alterações importantes.

Considerando as informações do caso clínico apresentado e a principal hipótese diagnóstica a ser levantada pelo MFC, assinale a alternativa que contém, respectivamente: (1) o tipo de acidente ocorrido; (2) o nome do animal envolvido; (3) o principal mecanismo de ação do veneno desse animal; (4) uma conduta a ser tomada pelo MFC ainda na unidade âncora da zona rural com intuito de evitar o óbito precoce desse paciente.

Alternativa	(1) Acidente ocorrido	(2) Animal	(3) Ação do veneno	(4) Conduta
a)	laquétrico	cobra surucucu	ação coagulante	eleva o membro afetado.
b)	elapídico	cobra coral verdadeira	ação neurotóxica	providenciar suporte ventilatório adequado.
c)	botrópico;	cobra jararaca	ação miotóxica	providenciar profilaxia antitetânica.
d)	crotálico	cobra cascavel	ação hemorrágica	ofertar hidratação venosa com cristalóide.

Comentários:

A questão apresenta um caso clínico de acidente por animal peçonhento, especificamente acidente por ofídio (cobra). Os acidentes com ofídios são mais comuns em homens, trabalhadores em zonas rurais, na faixa etária entre 15 e 49 anos, sendo este o exato perfil do paciente descrito no caso. Esses animais costumam se abrigar em locais quentes, escuros e úmidos, como pilhas de lenhas, buracos no chão, ocos de árvore, pilhas de entulho, etc (Duncan, 2013).

A partir da análise da síndrome clínica descrita na questão, é possível inferir que se trata de um provável acidente elapídico (causado por cobra coral-verdadeira, gênero *Micurus*). São

elementos que colaboram para este raciocínio: o quadro clínico de evolução precoce (entre 30 a 60 minutos), cursando com paralisia dos músculos elevadores das pálpebras, sinais de insuficiência ventilatória, sialorreia e dificuldade de deglutição. Essas alterações decorrem da ação neurotóxica do veneno da cobra coral-verdadeira que causa paralisia muscular flácida generalizada, podendo atingir a musculatura intercostal e o diafragma levando o paciente a evoluir rapidamente com apneia (Duncan, 2013); (Gusso, 2019). Visto que o paciente da questão já se apresenta em bradipneia, o MFC estará adotando uma medida salvadora ao providenciar um adequado suporte ventilatório, quer seja por máscara e ambu, intubação orotraqueal e ambu ou mesmo com uso de drogas anticolinesterásicas, como a Neostigmina, se disponível, para que o transporte do paciente seja realizado com maior segurança. (Alternativa correta: B)

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4ed, 2013, cap. 189 – Acidentes por Animais Peçonhentos, p. 1863-1873.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática E-book*, 2019, cap. 254 – Picadas de cobras, aranhas e escorpiões, não paginado*.

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

QUESTÃO 36

Rejane é uma paciente que você já conhece há cerca de 2 anos, desde o pré-natal de seu terceiro filho realizado pela equipe de saúde da família em que você atua. Nesta consulta a mãe confidencia que engravidou novamente. Ela e o marido decidiram que não teriam condições de criar um quarto filho. Juntos procuraram meios de encerrar a gravidez e no dia anterior à consulta (com 8 semanas da última menstruação) ela fez uso de medicação recomendada em sites da internet. Procurou atendimento por estar com cólicas e sangramento vaginal. Está com receio da medicação lhe fazer mal e necessitar de internação. Solicita sigilo da situação. Você tem convicções religiosas e se sente desconfortável por temer consequências legais (já que o abortamento foi praticado em uma situação não respaldada pela legislação vigente no Brasil). Sua conduta, de acordo com os princípios da ética profissional e literatura recomendada é:

- a) alegar objeção de consciência, encaminhar a paciente para a maternidade para que lá seja realizado o atendimento.
- b) compartilhar o caso com a equipe de enfermagem para que haja testemunha e proceder o exame clínico para averiguar o estado de saúde da paciente.
- c) realizar exame clínico para averiguar o estado de saúde da paciente podendo sugerir seguimento com outro profissional posteriormente.
- d) agendar interconsulta com o ginecologista matriciador (NASF) para que ele possa orientar a paciente, compartilhando a responsabilidade com você.

Comentários: Segundo a Nota técnica do MS “Atenção humanizada ao abortamento” (citada no capítulo 47 do Duncan) cabe aos profissionais de saúde “identificar as necessidades e riscos à saúde” da mulher em situação de abortamento, sendo necessário portanto proceder ao exame físico da paciente no momento da consulta para discernir sobre a urgência ou não do caso. Objeção de consciência só se aplicaria descartada a urgência. Alternativas A e D incorretas. Confidencialidade só pode ser quebrada se houver risco de vida para o paciente ou outrem, não havendo indicação de que haja outro profissional no atendimento (alternativa B incorreta).

Gabarito: C

Referências bibliográficas: (Tratado cap 13 e Duncan cap 47)

QUESTÃO 37:

Jocasta, informando 44 anos, mulher trans, vem hoje ao centro de saúde pedindo para conversar com algum médico. Após avaliação pela equipe de enfermagem, é encaminhada para consulta com a Dra. Luciana, médica de família. Luciana nota que Jocasta, ao entrar no consultório, apresenta hálito etílico. Após se sentar, Jocasta informa que vem apresentando tosse “há tempos” e que isso estaria afastando eventuais clientes sexuais e que usa parte do dinheiro da prostituição para compra de crack, cujo uso associa ao desconforto respiratório relatado. Embora esteja dormindo há dois meses em um albergue da prefeitura (uma casa de acolhida para pessoas que estão na rua), já há quase cinco anos ela transita em casas de parentes e conhecidos, apenas dormindo na rua ocasionalmente.

Em relação ao caso e das pessoas em contexto similar, assinale a alternativa correta.

- . Se Jocasta conseguir comprovar sua renda e seguir dormindo por mais um mês no albergue não poderá ser mais considerada em situação de rua
- a. O tratamento inicial da tosse é sintomático e caso haja alguma melhora se poderá prescindir da oferta de rastreio para a presença de tuberculose
- b. Jocasta, ao relatar o uso de crack, confirma as estatísticas de que a grande maioria das pessoas em situação de rua faz uso de substâncias psicoativas
- c. As pessoas que estão há mais tempo em situação de rua tem estratégias adaptativas mais efetivas para seguir as eventuais regras de albergues

Comentários: Cerca de 83% das pessoas em situação de rua refere fazer uso de substâncias psicoativas (embora seja uma visão estigmatizada, é real). As pessoas com menos tempo de situação de rua é que se adaptam com mais facilidade às regras de albergues. É recomendado que seja oferecida cultura para micobactéria para toda pessoa em situação de rua e com tosse, posto que a prevalência de tuberculose é 67 vezes maior nesse grupo do que na população geral. Comprovação de renda ou tempo de uso do albergue não influencia a classificação de Jocasta como sendo parte de população em situação de rua ou não.

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 65, População em situação de rua.

QUESTÃO 38:

Jessica tem 29 anos, tem uma filha de 2 anos e trabalha como atendente de loja de roupas, o que a faz permanecer o dia todo em pé. Queixa-se de uma dor lombar que surgiu há 1 ano, com episódios eventuais, mais frequentes no último mês, o que a fez faltar ao trabalho hoje pela terceira vez. Durante a entrevista, Jessica afirma que está preocupada de que possa ser uma doença grave, um câncer, ou algo semelhante. No exame físico você afere que não há irradiação da dor para os MMII e tampouco alteração de sensibilidade associada à dor. A palpação confirma dor na musculatura paravertebral bilateralmente com teste de elevação da perna reta negativo. Diante dessa situação clínica, assinale a conduta mais correta:

- a) Solicitar uma radiografia da coluna lombar, visto que o exame físico não aponta para hérnia de disco, não necessitando a realização de ressonância magnética.
- b) Reforçar a importância de manter-se ativa, visto que a paciente apresenta sinais de alerta amarelo que podem significar risco de cronicidade.
- c) Incluir o repouso do trabalho (visto que permanece longos períodos de pé) e evitar exercícios físicos que envolvam a mobilização da coluna.
- d) Indicar o paracetamol e outros analgésicos simples como tratamento farmacológico de escolha ou relaxantes musculares.

Comentários: Trata-se de lombalgia inespecífica (podendo ser chamada também de mecânica), quadro que não merece investigação complementar em sua apresentação inicial (alternativa A errada). O sinal de alerta amarelo diz respeito ao pensamento catastrófico relacionado à ideia de uma doença grave, além do alto prejuízo funcional com 3 faltas ao trabalho (alternativa B correta). Não há evidência suficiente para correlacionar trabalhos estáticos com longos períodos de pé e dor lombar e exercícios de baixo impacto como caminhadas podem ser iniciados (alternativa C errada). Evidências recentes demonstram que o paracetamol não apresenta bom desempenho no combate à lombalgia, ficando portanto os AINEs como primeira linha de tratamento. Relaxantes musculares não devem ser usados isoladamente (alternativa D errada).

Gabarito: B

Referências bibliográficas: (Tratado cap 212 e Duncan cap 123)

QUESTÃO 39:

Cumprindo o princípio do acesso, sua equipe acolhe a demanda espontânea ao longo de dois meses e verifica os casos de olho vermelho citados a seguir. Qual situação apresenta mais elementos para ser referenciada ao oftalmologista imediatamente?

- a) Aparecida, auxiliar de serviços gerais, apresenta dor ocular e presença de exsudação em câmara anterior.

- b) Joana, estudante, refere sensação de corpo estranho, hiperemia de conjuntiva e secreção ocular purulenta abundante com pseudomembrana.
- c) Marta, costureira, relata olho vermelho sem dor associada. Apresentou pico hipertensivo no dia anterior com atendimento em unidade de urgência.
- d) Vitor, 67 anos, aposentado, queixa de dor ocular leve, em pontada, dificuldade de abrir as pálpebras pela manhã, xerofthalmia e embaçamento visual

Comentários: Alternativa A correta, por se tratar de iridociclite, quadro que necessita de manejo do oftalmologista. O Quadro de conjuntivite relatado na alternativa B não necessita de encaminhamento ao especialista, recomenda-se tratar na APS. O quadro de descrito na alternativa C é compatível hemorragia conjuntival para a qual a conduta é expectante, assim como o quadro de olho seco da alternativa D

Gabarito: A

Referências bibliográficas: (Tratado cap 191)

QUESTÃO 40:

Heloísa tem 45 anos e procura atendimento para realização de “papanicolau”. Conta ter feito o exame pela última vez durante o pré-natal de seu filho agora com 14 anos. Marcou a consulta pois tem novo parceiro sexual há 1 ano e deseja “saber se está tudo em ordem”. A anamnese não revela sintomas genitais. Você procede a coleta da citologia oncótica observando a presença de uma estrutura cística próxima ao orifício externo do colo uterino. Após 15 dias o resultado do exame chega à unidade e você o avalia sem a presença da paciente. Considerando o exposto, a correlação entre o resultado do exame e a conduta adequada deve ser:

Alternativa	Resultado	Conduta adequada
a)	Amostra contendo apenas células escamosas.	Repetir o exame em 5 a 7 dias.
b)	Lesão Intraepitelial de baixo grau (LSIL).	Encaminhar para colposcopia.
c)	Células glandulares atípicas de significado indeterminado.	Repetir o exame em 6 meses.
d)	Células escamosas atípicas de significado indeterminado.	Repetir o exame em 6 meses.

Comentários: Não está indicada a repetição de exame por amostra conter apenas células escamosas. Nova coleta deve ser feita conforme avaliação dos fatores de risco (alternativa A errada). A lesão intraepitelial de baixo grau deve ser observada por 6 meses devido ao seu comportamento benigno (alternativa B errada). Células glandulares atípicas determinam maior risco de evolução para neoplasia, devendo ser encaminhadas ao serviço

de referência para tratamento (alternativa C errada). ASC-US em mulheres acima de 30 anos indica repetição de exame em 6 meses (alternativa D correta)

Gabarito: D

Referências bibliográficas: (Tratado cap 141)

QUESTÃO 41:

O paciente Pedro José, 45 anos, foi na consulta com a médica de família e comunidade Lara na UBS pela primeira vez. Ele tinha se mudado recentemente em função de um novo loteamento de casas populares que foi construído próximo da Unidade. Na consulta com a Dra. Lara o paciente relata ser esquizofrênico e fazer uso de diversas medicações que precisam ter suas receitas renovadas. Sinalizou que só fazia uso de psicofármacos. Nesta consulta relatou que tinha feito um exame recentemente que mostrou a glicose muito elevada e também altas taxas de colesterol. Queixou-se ainda que passou a engordar muito depois que teve o diagnóstico de esquizofrenia, há 7 anos.

Entre as possibilidades de investigação sobre a relação da esquizofrenia e as queixas do paciente, qual melhor corresponde ao que recomenda a literatura para a Dra Lara:

- a) A possível associação entre síndrome metabólica e o tratamento com antipsicóticos.
- b) A ausência de qualquer evidência sobre uso de medicamentos antipsicóticos e aumento de peso.
- c) A necessidade de logo encaminhar o paciente para um hospital psiquiátrico, considerando possíveis manifestações da esquizofrenia não investigadas anteriormente.
- d) A necessidade de iniciar de imediato tratamento com hipoglicemiantes orais e estatinas considerando a síndrome metabólica.

Comentários: O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 246) e o Duncan (capítulo 111) apontam a possível associação do tratamento de antipsicóticos (de primeira e de segunda geração) com o aumento de peso, lipídeos séricos e níveis glicêmicos. O Duncan sinaliza ainda que pacientes e familiares devem ser avisados deste risco com uso de antipsicóticos, orientando desta forma mudança de estilo de vida, com alteração de dieta e realização de atividade física.

Gabarito: 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 42

Antônio, 32 anos, buscou atendimento na UBS para tentar uma consulta no mesmo dia pelo acolhimento para sua filha Carol de um ano e 1 mês, sendo atendido pelo médico Luís. Relata na consulta que há dois dias a criança passou a ficar muito chorosa, querendo colo o tempo todo e coçando o tempo todo a orelha esquerda, referiu febre no período, mas negou outros sintomas. O médico fez a otoscopia e identificou moderado abaulamento do tímpano no ouvido esquerdo. Ao medir a temperatura da criança estava 39,1°C. Sem outras alterações significativas ao exame. Qual o diagnóstico e conduta a ser adotada pelo médico Luís:

- a) Otite externa, prescrevendo paracetamol e orientação de aguardar resolução espontânea do quadro.
- b) Otite média aguda, prescrevendo paracetamol e orientação de aguardar resolução espontânea do quadro.
- c) Otite média aguda, prescrevendo paracetamol e amoxicilina.
- d) Otite média aguda, encaminhamento imediato para especialista focal

Comentários:

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 186) aponta que a otite média aguda é definida pela associação de dor no ouvido com abaulamento da membrana timpânica. O Tratado também define que a maioria dos casos de OMA em crianças são autolimitados por serem de origem viral. No entanto, para casos de OMA a maioria dos casos de otite média aguda. No entanto, casos de OMA severo devem ser tratados com antibioticoterapia, sendo a amoxicilina a primeira escolha. A severidade da OMA pode ser definida pela presença de abaulamento moderado a intenso da membrana timpânica ou febre. Na situação do caso, ambos os critérios estavam presentes. Tanto o Tratado quanto o Duncan (capítulo 160) indicam que o manejo destes casos pode e deve ser feito na APS.

Gabarito: C

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 43

A Dra. Laura estava com a paciente Antonieta de 79 anos no seu consultório. Abriu junto com ela o envelope com o laudo da tomografia computadorizada de pulmão, sinalizando a presença de nódulos sugestivos de metástase. A paciente estava em tratamento para câncer de mama, mas não havia tido bons resultados. Estava perdendo muito peso e com muita tosse há 3 meses.

Quais as possíveis reações da paciente frente ao resultado de confirmação de metástase para pulmão, considerando os estágios de enfrentamento da morte?

- a) A pessoa doente pode enfrentar os seguintes estágios do luto: negação inicial, raiva, negociação pela cura, depressão e finalmente aceitação. Nem sempre todos passam por essas fases, nem nessa mesma sequência.
- b) Entre os estágios previstos a paciente passa na seguinte ordem pelos estágios de luto: raiva, barganha, negação, depressão e aceitação.
- c) Entre os estágios de luto espera-se que a paciente passe pela raiva, aceitação, depressão, negação, aceitação, sendo essa ordem mais comum.
- d) A pessoa doente pode enfrentar os seguintes estágios de luto: negação inicial, raiva, negociação pela cura, depressão e, finalmente, aceitação. Sempre presentes, mas nem sempre nessa mesma sequência.

Comentários: O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 111) afirma que no caminho até a aceitação da morte, a pessoa doente enfrenta os estágios do luto, que são: negação inicial, raiva, negociação pela cura, depressão e, finalmente, aceitação. Nem sempre todos passam por essas fases, nem nessa mesma sequência. O Duncan (capítulos 9 e 73) aponta a mesma perspectiva. Desta forma a alternativa A é a correta.

Gabarito: 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 44

O Dr Roberto que estava a pouco tempo na UBS foi avisado pela enfermeira Cláudia que o paciente Matheus, 42 anos, estava agendado para aquela tarde. Antecipou que era um paciente muito difícil, pois “inventava” doença. A enfermeira sinalizou que o médico anterior já tinha pedido todos os exames possíveis e não identificou nada “errado”.

No momento da consulta o paciente Matheus refere ao médico Roberto que precisa fazer um novo check up, pois segue tendo os mesmos sintomas de muito suor à noite, dores nas pernas, algo preso na garganta e dores em pontadas nos braços. Que o médico anterior não conseguiu identificar qual doença ele tinha, mas que confiava que agora o Dr. Roberto iria acertar.

Em relação a técnicas de abordagem e ao manejo da pessoa que facilitem o cuidado, qual seria a postura adequada de ser adotada pelo médico Roberto:

- a) O usuário deve ser referenciado, ficando exclusivamente sob a atenção de um especialista em saúde mental a fim de não perder a oportunidade à oferta de cuidado mais adequado para real necessidade do paciente.
- b) Atender com regularidade, de preferência mensalmente, evitando que novas queixas surjam como forma de conseguir atendimento.
- c) É aconselhável sempre pedir exames para “provar” ao paciente que ele não está doente, mesmo que o médico julgue ser clinicamente desnecessário.
- d) Recomenda-se sempre o uso de interpretações psicodinâmicas, apontando ao usuário que o seu sintoma é fruto de estar tentando fugir de algum conflito psíquico.

Comentários: O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 237) e o Duncan (cap 112) apontam que a construção de uma abordagem centrada na pessoa, de cunho integral, a qual permita espaços para falar e lidar com o sofrimento emocional na consulta. Para que isso seja possível, é necessário trabalhar com a narrativa do indivíduo e utilizar técnicas terapêuticas adaptadas para o ambiente da APS. Para que se possa estruturar um cuidado adequado aos portadores de sintomas sem explicação médica - SEM, é necessário, antes de tudo, a utilização do MCCP. Os sintomas sem explicação médica envolvem antes de tudo uma disponibilidade para acolher, escutar e elaborar o sofrimento emocional da pessoa e as formas como esse se manifesta em seu corpo. Essa escuta e abordagem centrada na pessoa pode se estender por uma sequência de consultas. Neste caso específico o uso de habilidades de comunicação pode favorecer esse processo de escuta. O médico de família e comunidade deve considerar o referenciamento, mas deve fazê-lo no momento correto, para evitar prejuízo do vínculo terapêutico, desta forma a **alternativa B é a correta**. O Tratado e o Duncan também apontam que se deve evitar exames desnecessários e referenciamentos a especialistas sem critério, para que não haja reforço da convicção do paciente de que pode estar havendo algo errado. Essas intervenções não tranquilizam essas pessoas, apenas fortalecem fantasias acerca de possíveis doenças a serem investigadas de forma mais profunda, desta forma as **alternativas C e A** estão incorretas. Da mesma forma, o Tratado e o Duncan apontam

que se deve evitar o confronto direto e que preferencialmente se busque a partir da abordagem centrada no paciente para que ele mesmo passe a associar sintomas sem explicação médica a processos de sofrimento mental, desta forma **a alternativa D** está incorreta.

Gabarito: 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 45

Uma cidade do interior de Minas Gerais amanheceu sob o impacto de um grande desastre ambiental causado pelo rompimento de uma barragem de uma mineradora que matou dezenas de pessoas e destruiu centenas de casas. Foi montado rapidamente um chamado nacional para chamamento de voluntários. A médica de família e comunidade Daniela que estava morando em Salvador resolveu participar da missão de atendimento da população logo nos dias seguintes à tragédia.

Qual a ação prioritária a ser desenvolvida pela médica?

- a) Fazer ações isoladas, mesmo sem combinação prévia com o restante da equipe, considerando que não há tempo suficiente para reuniões ampliadas e que se ganha em escala atuando sozinho em tragédias.
- b) Divulgar fotos dos atendimentos realizados nas redes sociais a fim de mobilizar mais voluntários para atuação e desta forma disparar sentimento de solidariedade.
- c) Fazer relatório de todas as fases de atendimento.
- d) Evitar o atendimento a pacientes com condições crônicas que podem ser atendidos pela equipe local passado o período crítico do desastre

Comentários: O Tratado de Medicina de Família e Comunidade (capítulo 64) aponta o que o médico de família e comunidade deve fazer na missão do desastre intensivo e aquilo que são erros comuns. Entre as ações que devem ser desenvolvidas está a elaboração de relatórios, conforme alternativa C que está correta. Entre os erros listados pelo Tratado está: Fazer ações isoladas sem combinação prévia com sua equipe ou sem permissão da comunidade e fazer e/ou divulgar fotos ou registros, sem permissão, de situações que possam causar constrangimento, desta forma as alternativas A e B estão erradas. O Tratado também cita que se deve realizar busca e cuidado de doentes crônicos, para evitar exacerbação da doença de base, desta forma a alternativa D é incorreta.

O Duncan não aborda esta temática.

Gabarito: letra C

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 46:

O Refluxo Gastroesofágico (RGE) nas crianças é uma condição de elevada prevalência e que ocasiona várias procuras por atendimento médico em virtude da preocupação dos pais. Estima-se que até 40% das crianças até 01 ano de idade sejam acometidas.

Em relação à comparação entre o RGE fisiológico e a doença do refluxo gastroesofágico, assinale a alternativa correta.

- a) No RGE fisiológico é comum a criança apresentar quadros respiratórios de repetição.
- b) É comum quadros de otite média aguda e de repetição em ambas as condições.
- c) Exames complementares são necessários para o diagnóstico diferencial entre RGE e DRGE
- d) Na maioria das crianças com RGE fisiológica, mudanças dietéticas são suficientes para melhora.

Comentários:

Na página 3060 do Tratado de MFC observamos no quadro que versa sobre o diagnóstico diferencial entre RGE e DRGE a afirmação que na RGE não se observam quadros respiratórios significativos, logo a alternativa A está INCORRETA;

Na página 3064 do Tratado de MFC temos a seguinte afirmativa: “sintomas de vias aéreas superiores, incluindo rouquidão crônica, tosse crônica, sinusite, otites médias de repetição ou crônicas e hiperemia de laringe, têm uma fraca associação com RGE, sendo, em sua maioria, descritos por relatos de caso e opiniões de especialistas”, logo a alternativa B está INCORRETA;

Na página 3066 do Tratado de MFC podemos ler a seguinte observação: “Em crianças que não tenham sinais de alerta e cuja história e exame físico não apontem para diagnósticos diferenciais ou DRGE, os exames complementares não são necessários. Nenhum exame complementar tem sensibilidade e especificidade suficientes para ser considerado padrão-ouro ou definitivo para o diagnóstico de DRGE.

De acordo com as alterações encontradas na história e no exame físico, deverão ser solicitados os exames iniciais necessários para o diagnóstico diferencial com outras entidades, direcionados pelas suspeitas diagnósticas que forem levantadas, respeitando a experiência do profissional assistente e os recursos disponíveis em sua região. Logo a alternativa C está INCORRETA;

De acordo com a informação contida na página 3607 do Tratado de MFC, “Na maioria das crianças atendidas no contexto da APS, em que os sinais de alerta, possível doença de refluxo e diagnósticos diferenciais forem descartados, e a criança segue ganhando peso e desenvolvendo-se, pode-se diagnosticar RGE não complicado (ou fisiológico), e as mudanças dietéticas e no cuidado da criança provavelmente serão suficientes para promover a melhora do quadro”. Logo a alternativa D está CORRETA.

Gabarito: Alternativa D

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 120, Refluxo gastroesofágico na criança, p. 3055-3080.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 82, Dispepsia e Refluxo, p. 811-820.

QUESTÃO 47:

O residente de medicina de família e comunidade Dr. João, busca seu preceptor para discutir o caso da Dona Maria. Trata-se da primeira consulta de uma mulher de 49 anos, com histórico de dificuldade para evacuar há 5 anos. Ela relata que evacua, com dificuldade (exigindo esforço), pelo menos 03 vezes por semana e que em quase todas as vezes as fezes são extremamente endurecidas e sente como se seu intestino não tivesse sido esvaziado completamente, após metade das vezes que evacua. Negou outros sinais e sintomas e doenças preexistentes pessoais e na família. Também negou uso de medicamentos. Diante do quadro exposto, qual das orientações dadas pelo preceptor teria sido a mais adequada?

(A) Não podemos pensar no diagnóstico de constipação primária, pois segundo os critérios de Roma III, na história clínica, deveria ter sido relatado menos de 03 episódios de evacuações por semana.

(B) É provável que o diagnóstico da Dona Maria seja constipação secundária e o residente deveria promover o encaminhamento ao especialista focal para avaliação e realização de colonoscopia.

(C) É provável que o diagnóstico da Dona Maria seja constipação primária e o residente deveria orientar o aumento da ingestão de fibras e líquidos, além de manutenção de atividade física regular.

(D) É provável o diagnóstico de constipação funcional e em virtude de a Dona Maria apresentar 02 alertas vermelhos na avaliação e pela idade seria indicado a solicitação de colonoscopia para rastreamento do câncer colorretal.

Comentários:

Na página 4333 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, no quadro 172.1 observamos os critérios de Roma III para diagnóstico de Constipação Funcional. A presença de pelo menos 02 condições sugere o diagnóstico e a dona Maria apresentava 03 condições: Esforço presente em pelo menos 25% das evacuações; Fezes endurecidas ou fragmentadas em pelo menos 25% das evacuações e Sensação de esvaziamento incompleto em pelo menos 25% das evacuações. Logo a alternativa A está INCORRETA.

Na página 4455 observamos a seguinte afirmativa: “O referenciamento da pessoa constipada deverá ser realizado de acordo com as patologias associadas e com a resposta ao tratamento proposto, levando em consideração a experiência do médico assistente e os recursos disponíveis para consultoria e diagnóstico”. Também na página 4448 do mesmo Tratado evidenciamos a informação: “Não há evidências suficientes que permitam indicar o uso rotineiro de exames de sangue, radiológicos ou endoscópicos na avaliação de pessoas com constipação. Os exames complementares devem ser realizados para avaliação de uma possível causa secundária apenas quando a anamnese e o exame físico levantarem alguma suspeita específica. Neste caso, não haveria indicação de encaminhamento nem tampouco da realização de Colonoscopia. A alternativa B está INCORRETA.

Na página 4446 do tratado dispomos do quadro 172.3 que evidencia alertas vermelhos na avaliação da constipação intestinal em adultos e não evidenciamos 02 destes alertas na história clínica da paciente. Neste caso também não haveria indicação de solicitação de colonoscopia, como explicado acima, muito menos de rastreamento. Logo a alternativa D está INCORRETA.

Gabarito: Alternativa C

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 172, Constipação, p. 4439-4461.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 85, Problemas digestivos baixos, p. 842-851.

QUESTÃO 48:

Uma senhora de 51 anos procura seu MFC relatando dor, sangramento vermelho vivo e “nódulo” no ânus há mais de 01 ano. Diante do quadro exposto e do possível diagnóstico de um problema anorretal (PAR), qual conduta a seguir seria a mais adequada?

(A) Como a hemorroida é a causa mais frequente de sangramento indolor anorretal, o MFC poderá prescrever o tratamento clínico e orientações com tranquilidade em virtude de a paciente não apresentar sinais de alerta.

(B) Como a fissura anal é a principal causa de sangramento anorretal, o Médico de Família e Comunidade poderá prescrever o tratamento clínico e orientações com tranquilidade em virtude de a paciente não apresentar sinais de alerta.

(C) Mesmo considerando que a maioria dos problemas anorretais são benignos e a ausência de sinais de alerta para doenças graves, neste caso seria indicado a solicitação de colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal.

(D) Em virtude da maioria dos problemas anorretais serem benignos, podem ser facilmente manejadas na APS. Entretanto, no caso em questão, em virtude dos sinais de alerta, faz-se necessária a solicitação de colonoscopia.

Comentários:

Na página 4466 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade observamos

a seguinte afirmativa: “Os sinais de alerta são idade maior do que 50 anos, história familiar de neoplasias retais, polipose adenomatosa familiar (PAF) e doença inflamatória intestinal (DII), sangramento persistente, apesar de tratamento, perda de peso sem motivo (> 5% do peso corporal em 6 meses) e anemia persistente por deficiência de ferro”. Logo a alternativa A está INCORRETA.

Já na página 4462 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade observamos a seguinte afirmativa: “O sintoma mais frequente dos problemas anorretais é o sangramento indolor da região anal, sendo as hemorroidas sua principal causa. Também na página 4466 do tratado dispomos da informação: “O sangramento é o sintoma mais frequente dos PARs, mas não tem uma grande especificidade para a

doença hemorroidária em si, mesmo sendo as hemorroidas o diagnóstico mais comum. Logo a alternativa B está INCORRETA.

Na página 4476 do mesmo Tratado observamos a afirmativa: “As pessoas maiores de 50 anos com queixa de sangramento vivo devem ser avaliadas com colonoscopia devido ao risco aumentado de terem tumores colorretais benignos ou malignos, DII ou doença diverticular. Nestes casos, não se trata de rastreamento, mas investigação diagnóstica, já que há sintomas presentes”. Logo a alternativa C está INCORRETA.

Gabarito: Alternativa D

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 173, Problemas anorretais comuns, p. 4461-4487.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 187, Problemas orificiais, p. 1844-1851.

QUESTÃO 49:

A Doença de Chagas ainda é um caso de saúde pública importante na América Latina devido à sua alta prevalência e morbimortalidade entre populações pobres e de origem rural. É uma infecção humana causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. No Brasil, os infectados são crônicos e maiores de 40 anos. Cardiopatia, megaesôfago e/ou megacólon são possíveis complicações da forma crônica. Em relação à doença de Chagas, assinale a alternativa correta.

(A) A primeira escolha para o diagnóstico da fase aguda é a identificação do parasito em sangue periférico por exame direto a fresco.

(B) O exame de gota espessa, por apresentar maior sensibilidade, é o mais indicado.

(C) Exames parasitológicos indiretos (xenodiagnóstico, hemocultura) são os mais indicados para a fase aguda.

(D) Os exames sorológicos são os melhores para o diagnóstico da fase aguda.

Comentários:

Na página 6758 do Tratado de Medicina de família e Comunidade, observamos a seguinte afirmativa: “O diagnóstico da fase aguda é feito com a identificação do parasito em sangue periférico, por exame direto a fresco (primeira escolha, por ser um procedimento rápido e simples), por exame de gota espessa (apesar de menor sensibilidade, é indicada em áreas em que existe a concomitância da malária), ou por concentrados em tubo de micro-hematócrito. O momento ideal da coleta do sangue deve ser com o paciente febril e dentro de 30 dias do início dos sintomas. Exames

parasitológicos indiretos (xenodiagnóstico, hemocultura) não caracterizam a fase aguda, mas são solicitados na suspeita de positividade em leitura precoce (7-10 dias). Uma conversão sorológica de negativo para positivo após uma doença febril, em 3 ou 4 semanas, também indica a fase aguda recente. Importante lembrar que os exames sorológicos não são os melhores para o diagnóstico da fase aguda. Logo as alternativas B, C e D estão INCORRETAS.

Gabarito: Alternativa A

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 259, Doença de Chagas, p. 6746-6785.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 146, Doença de Chagas, p. 1551-1556.

QUESTÃO 50

Maria tem 55 anos e trabalha como secretária em um escritório de advocacia. Na consulta, queixa-se de dor crônica musculoesquelética generalizada iniciada há cerca de 01 ano, acompanhada de fadiga. Acha que sempre está estressada e já fez alguns exames, nunca tendo achado uma causa para as dores que apresenta. Tem histórico de hipotireoidismo, obesidade grau I (IMC 31) e dislipidemia. No momento, está em uso de levotiroxina 50 mcg/dia e sinvastatina 20 mg.

Sobre as dores musculares relatadas pela Dona Maria, qual deve ser a conduta mais adequada?

- a) Palpar os pontos dolorosos (tender points), estabelecer o diagnóstico de fibromialgia e encaminhar para especialista.
- b) Estabelecer o diagnóstico de fibromialgia clinicamente, sem necessidade de prosseguir a revisão da dose atual da levotiroxina e o efeito adverso da estatina.
- c) Iniciar terapia cognitivo-comportamental, além das medidas farmacológicas, caso seja estabelecido o diagnóstico de fibromialgia.
- d) Prosseguir a investigação de outras doenças reumatológicas, visto que está descartada a hipótese de fibromialgia pelas características do caso clínico.

GABARITO: C.

Justificativa:

DISTRATOR A:

Página 1910/11 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

De acordo com os novos critérios propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 2010, não há a necessidade de palpação de pontos dolorosos (tender points) para a realização do diagnóstico de fibromialgia.

É possível fazer o diagnóstico de fibromialgia sem a palpação.

DISTRATOR B:

Página 177/1910 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

As drogas hipolipemiantes (estatinas, fibratos e ácido nicotínico) são causas frequentes de mialgia, assim como corticosteroides, zidovudina (AZT), cloroquina, colchicina, D-penicilamina, α -interferon, antipsicóticos (haloperidol, risperidona, clozapina, olanzapina), diuréticos (por meio de hipocalemia crônica).

Nos casos suspeitos de alterações tireoideanas ou de doença muscular inflamatória, deve-se solicitar, respectivamente, tireotrofina (TSH) e creatocinase (CK).

Página 1049 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.

Os sinais clássicos de hipotireoidismo são fraqueza, fadiga, intolerância ao frio, constipação, ganho de peso, depressão, menorragia e mialgia. Outras anormalidades laboratoriais que podem estar presentes são anemia leve, hiponatremia, dislipidemia, elevações de creatinofosfoquinase (CK) e de prolactina.

DISTRATOR C:

Página 1912 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

As evidências apontam ainda para a necessidade de o tratamento não farmacológico englobar principalmente abordagens psicoterápicas com ênfase em terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) (1A).

Página 1206 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.

Das medidas terapêuticas não farmacológicas, além do exercício, a terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado benefícios consistentes no controle de vários sintomas da fibromialgia (B). Por meio de mudanças de pensamentos perturbadores e de técnicas práticas para modificação de hábitos de vida, a terapia cognitivo-comportamental pode melhorar dor, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, fadiga e capacidade funcional dos indivíduos com fibromialgia.

DISTRATOR D

Página 1911 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

A fibromialgia é mais comum em mulheres entre 20 e 55 anos, com prevalência aproximada de 2 a 3%. Com a utilização dos novos critérios, a relação entre mulheres:homens é de 2:1, semelhante à distribuição de outras doenças reumatológicas. Os familiares em primeiro grau

de pacientes com fibromialgia têm maior probabilidade de ter a doença e outros estados de dor crônica.

O diagnóstico é essencialmente clínico. Não existem achados laboratoriais característicos da fibromialgia. Dessa forma, exames diagnósticos adicionais não são necessários, a menos que exista uma indicação específica relacionada à anamnese ou ao exame físico.

QUESTÃO 51

Observe o registro abaixo:

Jane, 42 anos, trabalha como cozinheira.

#S1: Há 2 meses começou a sentir um formigamento nas mãos, bilateralmente. Relata que durante à noite acorda algumas vezes com incômodo e sacode as mãos para aliviar. A sensação de formigamento é em todos os dedos, poupando palmas e dorso das mãos.

#O:

Teste de Tinel e Phalen Negativos.

Teste de sensibilidade vibratória com Diapasão normal nas duas mãos.

Teste de Monofilamento normal nas duas mãos.

Com base no registro anterior e das asserções I e II, assinale a alternativa correta.

I – Deve usar tala de punho por 6-8 semanas, principalmente à noite.

PORQUE

II – Tem apresentação clássica de sintomas, suficiente para diagnóstico de síndrome do túnel do carpo.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa da primeira.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa da primeira.
- c) A asserção I é uma proposição falsa, no entanto, a asserção II é uma proposição verdadeira.
- d) A asserção I é uma proposição verdadeira e a asserção II é uma proposição falsa.

Comentários:

O diagnóstico da Síndrome de Túnel do Carpo é clínico, tendo pouca influência na probabilidade pós-teste. O tratamento conservador (uso de tala de punho noturna e corticoterapia oral ou injetável) deve ser instituído ao diagnóstico, sendo a cirurgia opção para casos com sintomatologia grave e/ou refratários ao tratamento conservador. A apresentação clássica de sintomas, segundo panorama de Katz envolve: “dor ou parestesia em pelo menos 2 dos 3 primeiros dedos, excluindo palma e dorso.”

“Os testes de Tinel e Phalen, de compressão, a atrofia tenar e a pesquisa de alterações sensitivas, como a discriminação de 2 pontos, o teste de monofilamento e de sensibilidade à vibração têm valor limitado ou nenhum valor para distinguir pacientes com síndrome do túnel do carpo daqueles sem a patologia. Devem ser considerados no contexto clínico e nunca de forma isolada para confirmar ou descartar o diagnóstico.” Tratado MFC, capítulo 213

Gabarito: A

Referências bibliográficas:

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. (Capítulo 213)
2. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (Capítulo 124)

QUESTÃO 52:

Maria, 3 anos de idade entra no consultório com olhar assustado. A mãe, com semblante cansado, diz que há cerca de três meses a criança se queixou de dor para urinar. Na época, foi levada ao serviço de urgência e teria sido feito diagnóstico de infecção urinária e tratado o episódio, com melhora. Contudo, há uma semana criança voltou a reclamar de desconforto ao urinar e voltou a molhar a cama com a urina enquanto dorme, além disso tendo apresentado febre na última noite e nesta manhã (39° C, segundo relato). Seis meses antes a criança teve quadro semelhante, confirmado com urocultura, segundo relato da mãe. Marido teria falecido há seis meses devido complicações de um câncer renal. Ao exame, Maria apresenta-se clinicamente bem e estável, exceto por leve desconforto abdominal à palpação baixa.

A respeito do quadro apresentado, o médico de família e comunidade que assiste Maria, após acolher as angústias e receios da mãe, poderia orientar que:

- . Uma coleta de urina por punção suprapúbica pode ser realizada durante este episódio, uma vez que Maria apresenta descontrole esfinteriano no relato
- a. A uretrocistografia miccional pode ser realizada durante este episódio, posto que Maria já pode ser portadora de um refluxo vesicoureteral importante

- b. Um ultrassom de vias urinárias pode ser realizado logo após esse episódio, uma vez que Maria pode apresentar anormalidades congênitas, abscessos ou cálculos
- c. A cintilografia pode ser realizada logo após este episódio, posto que Maria pode ter cicatrizes renais novas diferenciáveis neste método de imagem

Comentários: Conforme bibliografia, o ultrassom de vias urinárias pode ser realizado para avaliar anormalidades congênitas (a paciente apresenta histórico que caracteriza infecções urinárias recorrentes). A punção suprapúbica deve ser realizada apenas no caso de descontrole esfinteriano, o que não é o caso (criança apenas recentemente passou a apresentar noctúria, o que é comum em casos de infecção urinária nesta idade). A uretrocistografia miccional não deve ser realizada durante o episódio de infecção urinária. A cintilografia, realizada antes de seis meses do episódio, não consegue diferenciar o tempo de surgimento das lesões.

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

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

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 146, Infecção do trato urinário em criança.

QUESTÃO 53:

Gildele tem 35 anos, mora com marido e 2 filhos. Após o período de amamentação do filho mais novo há 1 ano, iniciou uso de um anticoncepcional oral (etinilestradiol 20 mcg + levonorgestrel 100 mcg) por indicação de uma amiga. Desde que começou a usar, vem sentindo um pequeno sangramento alguns dias após a menstruação. Relata que o ciclo continua regular e o fluxo dura 4 dias, porém fica quase 2 dias com sangramento discreto 1 semana depois que cessa o fluxo menstrual. Ao ser questionada, Gildele nega tabagismo, etilismo ou quaisquer comorbidades. Está preocupada, no entanto, pois a irmã teve trombose na perna e a mãe teve câncer de mama aos 65 anos.

Diante da situação exposta acima, qual a melhor conduta a ser tomada:

- a) Explicar que o sangramento é normal, pois decorre da ovulação no meio do ciclo.
- b) Prescrever Ácido Tranexâmico 500 mg a cada 8 horas, nos dias em que tiver o sangramento de escape.
- c) Oferecer a troca do anticoncepcional por outro que contenha uma maior dosagem de etinilestradiol.

d) Orientar que métodos com estrogênio estão contraindicados no seu caso e discutir outras possibilidades.

Comentários:

A- Durante uso de Anticoncepcionais os ciclos são anovulatórios e, portanto, não explicaria o sangramento da paciente.

B- O Ácido Tranexâmico é uma medicação melhor indicada para casos de sangramentos intensos e/ou prolongados, o que não é o caso da nossa paciente que tem um sangramento de pequena monta e episódico.

C- “Uso de ACO de baixa dosagem de EE (15 a 20 mcg): podem ocorrer manchas ou sangramentos intermenstruais. Se houver persistência do sangramento, prescrever ACO com maior dosagem de Etinilestradiol.” Tratado MFC Capítulo 137)

D- Na história, não há **fator** algum que contraindique o uso de estrogênio.

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. (Capítulo 137)

2. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (Capítulo 50)

QUESTÃO 54:

Maria, 45 anos, comparece a consulta e está preocupada, pois acha que está grávida. Refere que: “deixou de menstruar e está secretando leite”. É casada, costuma realizar uso de preservativo masculino ou feminino em todas as relações. Ocasionalmente, ela e o marido fazem uso de drogas ilícitas (maconha durante a semana e cocaína nos finais de semana). Refere que faz uso de levotiroxina 75 mcg/dia para hipotireoidismo e omeprazol 20 mg/dia para gastrite. Não relatou cefaleia ou alteração de exame do campo visual.

O médico que atende a Sra. Maria pensou em hiperprolactinemia como hipótese diagnóstica, mas sem definir a causa. Solicitou dosagem de gonadotrofina coriônica humana (B-hCG) para avaliar gravidez com resultado negativo e prolactina com valor de 60 (VR: 2,8-29,2 mg/ml mulheres não grávidas).

Qual a melhor conduta a ser tomada neste momento?

- a) Incentivar a suspensão do uso da maconha e da cocaína em virtude de serem os causadores do problema. O uso crônico de maconha está associado como causa de hiperprolactinemia.
- b) Encaminhar a paciente para atendimento especializado (neurocirurgião) para tratamento cirúrgico, visto que a principal suspeita clínica é a de adenoma secretor de prolactina (prolactinoma).
- c) Encaminhar a paciente para atendimento especializado (neurologista) para confirmação diagnóstica por imagem (ressonância magnética), já que a principal suspeita clínica é a de adenoma secretor de prolactina (prolactinoma).
- d) Revisar se o hipotireoidismo está adequadamente compensado através da dosagem de TSH, pois 40% dos casos de hipotireoidismo primário podem ser acompanhados de hiperprolactinemia.

Comentários:

Distrator A:

Página 1554 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

Não dá para estabelecer que o uso da cocaína eventual e da maconha sejam os causadores da hiperprolactinemia neste caso em função de seu uso eventual, além disso há uma inversão entre maconha e cocaína, afirmando que aquela é associada a hiperprolactinemia e não a cocaína, como descrito no quadro do Tratado.

Quadro 180.1. Causas de hiperprolactinemia

Quadro 180.1 | Causas de hiperprolactinemia

Fisiológicas	Gravidez, lactação Estresse psicológico ou físico, exercício físico Estimulação mamária, coito
Farmacológicas	Neurolépticos: fenotiazinas, butirofenonas, risperidona, sulpirida Antidepressivos: IMAOs, tricíclicos, ISRSs Anti-histamínicos

Anti-hipertensivos: verapamil, reserpina, metildopa
Medicamentos de ação gastrointestinal: domperidona, metoclopramida
Opioides e cocaína
Antagonistas dos receptores H2 de histamina: cimetidina
Estrogênios

Patológicas

Adenomas produtores de prolactina
Compressão ou destruição da haste hipofisária (por granulomas, craniofaringiomas, meningiomas, radiação ou trauma, entre outros)
Hipotireoidismo primário
LRC e cirrose hepática
Crises epilépticas

IMAOs, inibidores da monoaminoxidase; ISRSs, inibidores seletivos de recaptação da serotonina; LRC, lesão renal crônica.

Fonte: Kars e colaboradores,³ Melmed e colaboradores⁴ e Picón e colaboradores.¹³

Distrator B:

Página 1555 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

Os agonistas dopaminérgicos, como a bromocriptina e a cabergolina, são a primeira escolha de tratamento clínico e rapidamente normalizam os níveis de prolactinemia, restauram a função reprodutiva, cessam a galactorreia e diminuem o tamanho do tumor.

Apenas uma minoria dos pacientes irão requerer um tratamento cirúrgico. Esta deve ser uma opção terapêutica nas seguintes situações: 1) insucesso ou intolerância ao tratamento clínico; 2) persistência do crescimento tumoral; e 3) efeitos mecânicos da expansão tumoral na sela túrcica.

Distrator C:

Página 1554 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

A galactorreia aumenta da probabilidade clínica pré-teste para hiperprolactinemia, mas devem-se sempre excluir outras causas mais comuns de aumento da prolactina. Apenas após a exclusão de outras causas mais frequentes de hiperprolactinemia, a Ressonância Magnética deve ser solicitada para avaliação da sela túrcica e exclusão de tumores do sistema nervoso central.

Alternativa D:

Página 1554 GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

No caso de hiperprolactinemia, devem-se também excluir também hipotireoidismo primário (que em 40% dos casos pode ser acompanhado de hiperprolactinemia) e insuficiência renal e hepática, pois estas cursam com diminuição da depuração de prolactina.

>> A bibliografia (livro): 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 não foram encontrados dados que respondam a questão baseado nas afirmativas apresentadas.

Gabarito D.

QUESTÃO 55

Adolfo, homem cis, 62 anos, foi à unidade básica de saúde queixando-se de importante disúria. Em consulta com a médica de família de sua equipe, negou eventos desencadeantes ou corrimentos uretrais. Negou também ter apresentado febre, embora tenha informado mal estar generalizado e urgência urinária desde início do desconforto, há uma semana. Nunca teve quadro semelhante antes.

Pensando nos princípios dos cuidados com adultos com infecção urinária, qual a conduta adequada para Adolfo?

. Realizar exames de imagens para melhor avaliação do seu quadro devido risco de infecção urinária complicada

- a. Seguir com tratamento por antibióticos orais por até um máximo de três dias devido maior probabilidade de cistite
- b. Evitar exames de urina devido contaminações serem mais frequentes em homens que em mulheres
- c. Iniciar profilaxia antimicrobiana devido risco aumentado de recorrência de crises de infecção urinária

Comentários: Conforme bibliografia do concurso (explicitada), infecções urinárias em homens são geralmente complicadas por esta razão está indicada a realização de exames de imagem (ecografia e radiografia, por exemplo). Não há contraindicação à realização dos exames, e embora uma das referências seja mais cética em relação à utilidade (mas assumindo a importância no diagnóstico diferencial). As demais alternativas falam sobre tempo de uso de antibiótico (deve ser no mínimo por 7 dias), confiabilidade do exame de urina (frequência de contaminação é maior com mulheres) e profilaxia (no caso, não existem dados para subsidiar realizar quimioprofilaxia).

Gabarito: A

Referências bibliográficas:

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

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 146, Infecção do trato urinário em adulto.

QUESTÃO 56

Aline, 32 anos de idade, procurou o seu médico de família no centro de saúde no meio da tarde preocupada com o surgimento de dor periumbilical há 3 meses, recorrente. Hoje a dor está mais intensa, piorando desde o início da manhã, mas não dificultando o desempenho das atividades diárias. Nega mudança de hábito intestinal ou desconforto urinário. Ao exame, o Dr. Antônio, médico, nota pequena tumoração na cicatriz umbilical, dolorosa à manipulação, não redutível. Aline está preocupada e solicita ao Dr. Antônio mais informações para compreensão desta condição de saúde.

Diante do pedido, o médico de família explica a Aline que se trata de uma hérnia umbilical e que no seu caso

- . A resolução ocorre espontaneamente ao longo de até dois anos de evolução
- a. A avaliação cirúrgica deve ser realizada imediatamente no hospital local
- b. O uso de cintas alivia o desconforto e evita a progressão do tumor encontrado
- c. O emprego de analgésicos e conduta expectante pode ser adotada

Comentários: Hérnias umbilicais têm risco maior de encarceramento devido rigidez do anel herniário, sendo este o caso da paciente e necessitando pois de avaliação e tratamento cirúrgico. Hérnias assintomáticas podem ser observadas, com conduta expectante, mas as dolorosas não. Evolução espontânea pode ocorrer em crianças que nascem com a condição.

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 185, Hérnias de parede abdominal.

QUESTÃO 57

Sônia, 47 anos de idade, está preocupada com uma palpitação que sente de vez em quando, como se o coração parasse de bater, por menos de cinco segundos. Nega sintomas associados ou desencadeantes. Não se lembra desde quando tem isso, mas piorou há dois meses, quando uma amiga teve um infarto agudo do miocárdio. Consume café e bebidas alcoólicas com moderação, não fuma. A anamnese não traz outras informações dignas de nota e seu exame físico foi normal, assim como o eletrocardiograma que **foi rodado** na própria unidade básica de saúde, durante a consulta.

Qual é o próximo passo?

- . Tranquilizar a paciente
- a. Investigar hipertiroidismo
- b. Encaminhar à cardiologia
- c. Encaminhar à psicologia

Comentários: Não é necessário prosseguir a investigação diagnóstica, como sistematizado na tabela 97.3 do Medicina ambulatorial e na Figura 159.6 do Tratado. Embora o hipertiroidismo possa causar palpitação, nada no caso clínico sugere que esta não seja uma palpitação usual, que prescinde de uma doença subjacente. O mesmo motivo justifica o não encaminhamento à cardiologia. Quanto ao encaminhamento à psicologia, “um erro comum é considerar a maioria dos casos de palpitação apenas como ansiedade, quando este deveria ser um diagnóstico de exclusão.” Faz parte da consulta investigar a relação entre a palpitação e a ansiedade, mas o enunciado informa que a anamnese não trouxe outras informações dignas de nota, de forma que não se justifica o encaminhamento à psicologia. A relação temporal entre a piora da palpitação e o infarto agudo do miocárdio da amiga sugere que a paciente simplesmente esteja valorizando mais a palpitação que já sentia.

Gabarito: A, tranquilizar a paciente.

Referências bibliográficas:

Prado JC Jr., França SP. Palpitação e arritmia. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LCD. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Polanczyk CA, Rohde LE. Arritmias cardíacas. Duncan BB, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

QUESTÃO 58

Daniela, 27 anos de idade, veio para a consulta de rotina do pré-natal. Sua idade gestacional é de 18 semanas e 2 dias. Um estudante de graduação atendeu a gestante sob sua supervisão e encontrou um sopro cardíaco. Ao seu exame, a ausculta cardíaca revela ritmo cardíaco regular com ambas bulhas normofonéticas, com sopro mesossistólico, com intensidade 2 de 6 em focos pulmonar e tricúspide, sem irradiação. A Anamnese e o resto do exame físico não encontram nenhuma alteração digna de nota. A paciente não se lembra de ter sopro cardíaco e no prontuário está registrada uma única ausculta cardíaca, há cinco anos, normal.

Qual é a conduta mais apropriada quanto ao sopro cardíaco?

- . Tranquilizar a paciente
- a. Realizar eletrocardiograma
- b. Solicitar ecocardiograma
- c. Encaminhar à cardiologia

Comentários: Esse é um sopro pulmonar inocente, muito comum em gestantes. Não há indícios de estenose pulmonar porque não há sinais de hipertrofia de ventrículo direito (desvio do ápice cardíaco para a esquerda, turgência jugular). Não há indícios de comunicação interatrial, porque não há desdobramento de B2. A gravidez já justifica a hipercinesia que leva a esse sopro cardíaco, e a anamnese e exame físico não sugerem outra causa de hipercinesia.

Gabarito: A, tranquilizar a paciente

Referências bibliográficas:

Pellandra LC ,et al. Sopros cardíacos. In: Duncan BB, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. Em especial: página 800 (“sopros inocentes”), Tabela 80.3 (“Sopros inocentes”), Tabela 80.4 (“Sopros patológicos”) e página 803 (“Sopros na gravidez”).

QUESTÃO 59

Roberto, 66 anos de idade, tem dosagem sérica de hormônio tireoestimulante (TSH) persistentemente > 10 mUI/L e tiroxina livre (T4 livre) dentro dos valores de referência. Nega tabagismo, outras doenças e história familiar de doença cardiovascular. Qual seria a conduta mais adequada?

. Manter acompanhamento dos níveis hormonais, sem prescrever levotiroxina, pois se trata de hipotireoidismo subclínico.

a. Realizar tratamento com levotiroxina, pois Roberto tem aumento de risco para eventos e mortalidade cardiovascular.

b. Iniciar levotiroxina, pois se trata de um caso de hipotireoidismo clínico, dada a persistência na elevação do TSH.

c. Compartilhar a decisão sobre o uso de levotiroxina, pois os estudos apontam um efeito importante na prevenção de déficits cognitivos.

Comentários: Rouquidão, pele seca e constipação intestinal são sintomas de hipotireoidismo, e o paciente tem hipotireoidismo subclínico. A diminuição dos níveis séricos de T₄L seria uma condição necessária para o hipotireoidismo levar a sintomas. Mesmo se o candidato julgar que todo idoso com TSH ≥ 10 mUI/L deve receber levotiroxina, esses três sintomas não reforçam a indicação.

“Conduta proposta” no capítulo do Tratado: “Contudo, é consenso que o tratamento do hipotireoidismo subclínico só deve ser realizado em casos de alteração tireoidiana persistente [...]. Também é consenso o tratamento com levotiroxina de todos os indivíduos com TSH persistentemente ≥ 10 mUI/L [...]. Não é recomendado o tratamento com levotiroxina em pacientes > 65 anos com TSH < 10 mUI/L, nem mesmo para alívio dos sintomas ou melhora na qualidade de vida ou na função cognitiva (Quadro 179.4).”

“Hipotireoidismo subclínico” no capítulo do Medicina ambulatorial: “Em uma metanálise que incluiu sete estudos e mais de 25.000 pacientes, aqueles com TSH mais elevado (>10 mUI/L) apresentaram aumento em eventos cardiovasculares e mortalidade cardiovascular. [...] Em relação ao tratamento do hipotireoidismo subclínico, sua efetividade é pouco estudada. O uso de levotiroxina parece possuir efeito benéfico – porém discreto – sobre perfil lipídico, função cognitiva e função cardiovascular. Assim, recomenda-se tratamento nos pacientes com TSH maior do que 10 mUI/L.”

Gabarito: D, dislipidemia

Referências bibliográficas:

Silva AS, Maciel LM, Magalhães PKR. Problemas de tireoide. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LCD. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Dora JM, Scheffel RS, Maia AL. Doenças da Tireoide. In: Duncan BB, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

QUESTÃO 60

Lucas, rapaz de 26 anos, acordou um dia com desconforto na planta do pé direito. Com dificuldade, conseguiu identificar um “bicho de pé”. Como morava sozinho, procurou a unidade básica de saúde de seu bairro. Chegando, foi acolhido pela enfermeira de sua equipe de saúde da família, que o agendou para o período da tarde

após escutar o motivo de sua ida. Por volta das duas horas, retornou e notou que o médico acabara de atender uma criança e que depois de conversarem ia sair para uma visita domiciliar. Durante a consulta, o “diagnóstico” foi confirmado e Lucas perguntou se teria de ser encaminhado para outro local. O médico disse que resolveria o problema ali mesmo e após rápido procedimento já estava sentado e aguardando por novas orientações. O médico observou no prontuário que ele havia vindo à unidade há alguns meses solicitando exames para detectar doenças sexualmente transmissíveis e, antes disso, chegou a fazer uso de um antidepressivo quando acometido por um transtorno de humor. O médico perguntou como Lucas estava, repassou o resultado dos exames e propôs que se encontrassem para conversar novamente sobre o quadro depressivo prévio.

Assinale a alternativa que contempla princípios da Atenção Primária à Saúde, na ordem em que aparecem no texto.

- . Universalidade – Equidade – Coordenação de cuidados – Integralidade
- a. Acesso – Centralidade na pessoa – Orientação comunitária – Integralidade
- b. Acesso – Integralidade – Longitudinalidade – Coordenação de cuidados
- c. Universalidade – Acolhimento – Integralidade – Competência cultural

Comentários: Os princípios doutrinários da Atenção Primária à Saúde são acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação de cuidados, sendo os derivativos a centralidade na família, a centralidade na comunidade e a competência cultural. A única alternativa que contempla princípios da Atenção Primária é a “C”. Os demais “princípios” elencados são do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) e de outras políticas públicas. Para esta questão basta que o candidato não se confunda e saiba quais são os princípios da Atenção Primária (embora estejam dispostos na ordem em que são demonstrados no texto, o principal é que o candidato demonstre saber as diferenças, evitando uma comum confusão de conceitos).

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 3, Organização de serviços de atenção primária à saúde.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Cap. 4, Atenção primária à saúde.

QUESTÃO 61

Valdirene, 46 anos, recém-chegada ao território, vem à Unidade em busca de atendimento médico. Quando a Dra. Flávia a questiona sobre em que poderia ajudá-

la, ela começa a ler a seguinte lista: “fraqueza, mal estar, dor nas pernas e nas costas, menstruação irregular, ganho de peso, dificuldade para dormir, além da pressão alta que não **melhoram** há cerca de 10 anos.”

Qual princípio da Medicina de Família e Comunidade a Dra. Flávia deverá priorizar para melhor atender Valdirene?

(A) O médico de família é influenciado pela comunidade, o que determina que deva ser capaz de responder às necessidades das pessoas, corresponder às mudanças nessas necessidades, adaptando-se rapidamente às alterações na situação de saúde, e encaminhá-las para os recursos apropriados às suas condições de saúde.

(B) O médico de família é um clínico qualificado e deve ser competente no método clínico centrado na pessoa ao receber aqueles que buscam ajuda, devendo investigar suas queixas de maneira integrada, sensível e apropriada, demonstrando empatia e harmonizando a relação clínica.

(C) O médico de família é um recurso de uma população definida, existindo consenso sobre qual o número ideal, que deve ficar entre 1.800 e 2.200 pessoas, o que lhe permitiria manter sua resolubilidade e disponibilidade, idealmente com as pessoas decidindo qual médico e equipe desejam ter como referência.

(D) A relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família, porém o profissional não necessita abordar todos os problemas trazidos com profundidade, precisa saber utilizar o humor e ser capaz de transmitir aos doentes aspectos fundamentais para a sua recuperação.

Comentários: Gusso (cap 1 pag 5 a 12.) especifica quais são os princípios da MFC e nos itens A e C. Apesar de trazerem a descrição correta sobre os princípios II e III, não devem ser considerados os princípios prioritários desse momento da consulta de Valdirene. Para esse momento da consulta, o princípio I deve ser priorizado, pois traz a necessidade da qualificação do profissional e usar a ferramenta do método clínico centrado no paciente. Já o item D está incorreto pois traz definição incorreta sobre o princípio IV.

Gabarito: B

Referências bibliográficas: Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 1, PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, p. 1- 11.

QUESTÃO 62

Dr. Hélio acaba de assumir a secretaria de saúde de seu município, uma cidade do interior do país com cerca de 60 mil habitantes, e pretende implantar um modelo de Educação Médica Continuada (EMC) centrado nos profissionais da rede. De acordo com as evidências atuais, assinale a alternativa que aponta as características para que o modelo de EMC do Dr. Hélio seja mais efetivo.

(A) Seja suficientemente flexível para garantir o reconhecimento das diferentes necessidades de formação, bem como, os interesses particulares de cada médico.

(B) Inclua o reconhecimento de que os médicos apresentam um leque padronizado de estilos de aprendizagem que inclui o e-learning, o ensino/aprendizagem em grandes grupos, a aprendizagem baseada na unidade de saúde.

(C) O modelo de EMC deve ser baseado na teoria dos grandes centros de pesquisa e o material de ensino deve ser, tanto quanto possível, baseado na realidade desses grandes centros.

(D) Os objetivos de formação devem ser estabelecidos pelo Dr. Hélio e por seus assessores e os conteúdos e metodologias devem ser sempre centrados nas necessidades da secretaria de saúde.

Comentários: Gusso no capítulo 47 (p.415-416) traz as bases de um modelo efetivo de educação médica continuada, que deve ser flexível, que deve ter um leque alargado de estilos de aprendizado, com ensino/aprendizado em pequenos grupos, baseado na prática diária dos médicos, com material de ensino, tanto quanto possível, baseado no próprio objeto de trabalho do médico, com objetivos de formação estabelecidos pelos profissionais da rede e por suas unidades de saúde e com conteúdo e metodologias centrados nas necessidade desses profissionais.

Gabarito: A

Referências bibliográficas:

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 47, DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL CONTINUADO, p. 414-420.

QUESTÃO 63

Rosalva, 45 anos, tabagista e hipertensa, refere que após 5 anos ouvindo da Dra. Karine, que deveria iniciar atividade física, vem à Unidade referindo que nesta semana seu irmão Josevaldo, de 52 anos, infartou. Devido ao medo de infartar, se matriculou na aula de zumba do poliesportivo do bairro, porém precisa de atestado. **Sabendo** que a última consulta de Rosalva na Unidade fora há 13 meses, na qual foram solicitados todos os rastreamentos oportunos para idade e condições de saúde, estando todos estavam normais. Além de parabenizar Rosalva pela iniciativa, quais procedimentos a Dra. Karine deve executar para fornecer o atestado solicitado?

(A) Realizar rastreamento oportunístico com citologia vaginal, mamografia, exames de sangue do protocolo de hipertensão e eletrocardiograma simples.

(B) Realizar atestado entendendo que os exames anteriores, realizados há menos de 18 meses, estavam todos normais.

(C) Contraindicar a atividade proposta, uma vez que agora a paciente é considerada de alto risco e não deve fazer atividade física vigorosa.

(D) Realizar rastreamento oportunístico com exames de sangue do protocolo de hipertensão e teste ergométrico.

Comentários: Gusso no capítulo 65 (p. 568) enfatiza que para os indivíduos que necessitam de uma avaliação médica mais extensa, deve-se iniciar com uma anamnese sobre a presença de fatores de risco para as DCVs e nesse momento Rosalva, apesar de ser mulher e ter 45 anos, apresenta 2 ou mais fatores de risco para DCV, pois além de ser hipertensa e tabagista, apresenta história familiar de infarto em irmão com menos de 55 anos. Portanto precisa fazer teste ergométrico antes de iniciar atividade física moderada/vigorosa. Sobre os demais exames, o MFC deve aproveitar a consulta para rastreamento oportunístico, no caso de Rosalva incluir rotinas do protocolo de HAS, porém não há necessidade de coleta de citologia vaginal já que exame anterior estava normal e tem menos de 36 meses e nem mamografia. Caso algum participante justifique a mamografia poderá ser contestado, pois mesmo que este se enquadre em alguma indicação de mamografia antes dos 50 anos, o exame normal indica realização de rastreamento bianual.

Gabarito: D

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 59, Promoção da Atividade Física, p. 552-563.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 65, ORIENTAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA, p. 564-579.

QUESTÃO 64

Marília procura Unidade em busca de atendimento de demanda espontânea para Enzo, de 5 anos, devido à crise de asma. Durante a avaliação de enfermagem, percebe-se bom estado geral, dispneico, com sensório normal, com retrações subcostais e sibilos difusos. Frequência respiratória 48 irpm / Frequência cardíaca 130 bpm / Saturação de Oxigênio 95% em ar ambiente. Ao olhar seu prontuário, Enfa. Graziela percebe 5 idas em pronto atendimento neste mês com a mesma queixa e Marília relata a ocorrência de crises frequentes, “praticamente todos os dias”, acordando sempre à noite e com muitas faltas à escola. Relata ainda uma internação por asma há 2 meses.

Considerando o quadro descrito, assinale a alternativa que contém respectivamente a gravidade desta crise e a doença de Enzo.

- (A) grave / asma persistente moderada
- (B) grave / asma persistente grave
- (C) moderada / asma persistente grave
- (D) muito grave / asma intermitente grave

Comentários: Duncan traz no capítulo 102 (p. 1009) que se deve estabelecer o padrão de gravidade da asma por meio da avaliação da frequência e intensidade dos sintomas, do comprometimento funcional, da presença de sinais de gravidade e de risco de fatalidade. Considerando-se a variabilidade clínica das apresentações, a

necessidade de identificar pacientes em risco de exacerbações graves e de orientar o tratamento, diretrizes internacionais propõem a classificação da ASMA e da Crise respectivamente (tabela 102.7 – p. 1010 / tabela 102.10, p.1012). Assim, com relação à classificação da intensidade da crise de asma, presente na tabela 102.10, a presença de retrações subcostais, frequências cardíaca e respiratória aumentadas e sibilos difusos, em uma criança com sensório normal, é classificada como asma grave. Já a tabela 102.7, sobre a classificação da gravidade da asma, classifica crises frequentes graves com internação, risco de vida ou uso de corticoide sistêmico, sintomas noturnos quase diários, e faltas frequentes à escola como asma persistente grave.

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 102, Asma, p. 1001-1562.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 135, ASMA NA INFÂNCIA E EM ADULTOS, p.1170 -1182

QUESTÃO 65

Catarina, 37 anos, sem antecedentes patológicos ou uso prévio de medicamentos, vem à unidade devido a queixa de febre, cefaleia, artralgia, redução do apetite, mialgia e diarreia de 3 dias de evolução, com surgimento de exantema difuso nesta manhã. Nega vômitos, dor abdominal intensa, sangramento gengival, hematúria ou hematoquezia. Seus dados vitais na triagem evidenciaram temperatura de 38°C, pressão arterial de 120 x 80 mmHg, prova do laço negativa, tempo de enchimento capilar adequado, pulso cheio, frequência cardíaca de 98 bpm, saturação de oxigênio de 98%.

Qual hipótese diagnóstica e conduta médica para o caso?

(A) Considerar COVID-19, orientar a evitar o uso de paracetamol, prescrever ibuprofeno 600 mg, hidratação abundante, sinais de alerta, notificar caso, afastar por 14 dias e liberar para casa, reavaliação imediata se necessário.

(B) Considerar dengue clássica, encaminhá-la para sala de hidratação devido a diarreia e hipotensão, solicitar IgM para dengue, após exame notificar caso e orientar sinais de alerta, reavaliação imediata se necessário.

(C) Considerar dengue clássica, contraindicar o uso de salicilatos, indicar antitérmicos para febre, hidratação abundante em casa, notificar caso, sinais de alerta, afastar por 7 dias e liberar para casa, reavaliação imediata se necessário.

(D) Considerar COVID-19, orientar a evitar anti-inflamatórios, prescrever ivermectina 6 mg, encaminhá-la para hidratação devido a diarreia e hipotensão, solicitar PCR COVID, alta após hidratação, reavaliação imediata se necessário.

Comentários:

Trata-se da descrição de caso de Dengue Clássica, sem sinais de alerta como sangramento, hipotensão, vômitos, dor abdominal, pulso fino ou alteração de consciência, que pode ser tratado em domicílio, reforçando as instruções de sinal de alerta e reavaliação imediata s/n, sem indicação de hidratação endovenosa no momento. Em caso de suspeita de dengue, anti-inflamatórios e salicilatos não devem ser recomendados. A sorologia só deve ser indicada após o 7º dia.

Gabarito: C

Referências bibliográficas:

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 147, Dengue, p. 1556-1562.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 236, Dengue, p. 2057-2061

QUESTÃO 66

Norma, 55 anos, empregada doméstica, refere estar com insônia inicial (dificuldade para adormecer) há cerca de 20 dias. Chega a ficar cerca de 3 horas na cama até conseguir pegar no sono. Também refere estar mais sonolenta durante o dia e mais irritada. Associa isso com o fato de seu filho único, 27 anos, ter saído de casa para morar com sua noiva. Diz que está feliz pelo filho, mas sente muito sua falta. Nega doenças psiquiátricas prévias. Tem hipotireoidismo e faz uso de levotiroxina 50 mcg/dia, último hormônio tireoestimulante feito há 5 meses normal. Não tem outras comorbidades e não fez uso de outros medicamentos. Questionada, diz que no passado (não sabe precisar quando), **quando** estava com mais peso, marido chegou a dizer que roncava. É sedentária, tabagista (20 maços/ano), e faz uso de álcool muito raramente, em pequena quantidade. Casada há 30 anos, bom relacionamento com seu marido, com quem mora junto. Nega problemas no trabalho.

Ao exame: Bom estado geral, hidratada, corada. Pressão arterial: 128 x 84mmHg FC: 84 bpm Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Peso: 72kg. Altura: 162 cm. Oroscopia: orofaringe e úvula completamente visualizadas com relaxamento da língua. Ausência de hipertrofia de amígdalas. Nasoscopia sem alterações.

Sobre o caso de Norma, assinale a alternativa correta.

. Norma apresenta quadro de insônia inicial, o que torna o uso de clonazepam uma boa opção terapêutica, se utilizado por curto espaço de tempo

a. A história de ronco no passado indica a necessidade de solicitação de polissonografia para descartar apneia obstrutiva do sono como causa da insônia

- b. Orientações como evitar bebidas com cafeína, fazer atividade física durante o dia e ligar a TV em volume baixo ao deitar são técnicas comportamentais úteis para o quadro de Norma
- c. A insônia de Norma está associada a um transtorno de ajustamento e medidas de higiene do sono e terapia de controle de estímulos são opções indicadas para uma primeira abordagem

Comentários: Quando indicados para insônia inicial, são utilizados benzodiazepínicos de curta duração, que não é o caso do clonazepam (distrator A). No caso de Rosa, não há indícios maiores de que a síndrome da apneia obstrutiva do sono esteja associada ao quadro de insônia iniciado há 20 dias, mas sim à saída do filho de casa. Neste caso não há necessidade de solicitar polissonografia em uma primeira abordagem (distrator B), mas sim indicar medidas de higiene do sono e terapia de controle de estímulos (alternativa D). Não é orientado, como medida de higiene do sono, ligar a TV em volume baixo (distrator C).

Gabarito: D

Referências bibliográfica:

CARVALHO, F.; SILVA, R. G.; QUEIROZ, V. Perturbações do sono. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., et al (Ed.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática: Artmed editora, 2018.

SILVEIRA, L. E.; COSTA, G. d. M.; HIDALGO, M. P.; CAMOZZATO, A. Alterações do Sono. 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 67

Ruan, 9 anos, é trazido por Maria, sua mãe, a pedido da escola. Maria refere ter sido chamada na escola pois Ruan está desde que voltaram às aulas presenciais, há cerca de 3 meses, muito disperso, desatento, sempre fazendo muitas brincadeiras com os colegas e perturbando o ambiente de sala de aula – relato verbal da professora para Maria. Ruan está no 3º ano do ensino fundamental. Até o 1º ano, quando ainda tinha aulas presenciais, nunca teve problemas de comportamento na escola. Em casa, Maria diz que Ruan é uma criança por vezes agitada e que custa a responder quando chamado (“escuta bem, mas parece que só quando interessa”), mas carinhoso e cheio de amigos. Nunca foi agressivo. Refere que parece estar querendo chamar mais a atenção desde que seu irmão mais novo (e único) nasceu, há 5 meses. Ruan vive com a mãe, o irmão e o padrasto (com este há 5 anos, quando se casou com Maria). Tem boa relação com todos em casa. O pai de Ruan morreu de acidente de carro quando tinha 2 anos. Maria é confeiteira e o padrasto motorista de ônibus.

A sós, Ruan refere não ter queixas, que gosta de brincar e que às vezes a “aula é chata”, o que faz com que não “preste atenção” e queira brincar com colegas. Refere

ser amigo de todo mundo. Questionado, diz que gosta do irmão, mãe e padrasto. Durante a conversa, parece uma criança feliz, embora em dois momentos se levante da cadeira, uma vez para ver um pássaro que pousou na janela do consultório e outra para ver o que o médico escrevia no prontuário.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada em relação ao quadro de Ruan.

. Iniciar metilfenidato na dose de 5 mg duas vezes ao dia durante os dias da semana e entrar em contato com a professora para discutir um plano terapêutico na escola

a. Fornecer informações claras e precisas à família a respeito do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e iniciar metilfenidato 5 mg uma vez ao dia durante os dias da semana

b. Solicitar relatório escolar a respeito do comportamento de Ruan no colégio e reagendar uma nova consulta para conversar mais uma vez a sós com a mãe e então com Ruan

c. Solicitar hormônio tireoestimulante, tiroxina livre, audiometria e encaminhar para oftalmologista para melhor avaliação diagnóstica e instituição de terapêutica voltada para causa de base

Comentários: Não há elementos de história suficientes para fazer diagnóstico de TDAH em Ruan com as informações disponíveis (distratores A e B). Além disso, o nascimento do irmão é um possível fator contribuinte para mudança no comportamento. A solicitação de laboratório, audiometria e oftalmologista deve ser baseada na avaliação clínica. As queixas de Ruan não justificam, nesse momento, solicitação de laboratório, audiometria ou oftalmologista, para investigação diagnóstica (distrator D). A solicitação de um relatório escolar e reagendamento para nova consulta para dar continuidade à anamnese de Ruan para consolidar ou criar novas impressões, é fundamental tanto para estabelecer um diagnóstico (se for o caso) como para determinar a abordagem mais adequada frente à demanda trazida.

Gabarito: C

Referências bibliográfica:

SUCUPIRA, A. C. S. L. Hiperatividade e déficit de atenção. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., et al (Ed.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática: Artmed editora, 2018.

KIELING, C.; ISOLAN, L.; ROHDE, L. A.; ZAVASCHI, M. L. S. Transtornos Mentais na Infância e na Adolescência. 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 68

Marlom, 64 anos, comparece à consulta com queixa de tremor em mãos, bilateral, um pouco mais intenso na mão direita. Veio, em parte, pelo tanto que a esposa Márcia insistiu. Questionado, não sabe precisar há quanto tempo tem tremor, mas acha que percebeu há cerca de 2 anos e que vem agravando com o tempo. Agora está mais intenso e atrapalha um pouco sua escrita, que fica tremida. No entanto, o que o incomoda mais é o fato de os outros perceberem seu tremor e o receio de estar com doença de Parkinson. Nega uso de álcool ou cigarro. Nota agravo discreto do tremor em situações de estresse. Nega quaisquer outras queixas. Também não apresenta outras doenças nem faz uso de medicamentos contínuos. Apresenta uma tia paterna com história de doença de Parkinson. Pai, falecido com 64 anos, também tinha tremores, embora desconheça o diagnóstico. Ao exame: bom estado geral, corado, hidratado. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Marcha preservada, sem alterações. Pares cranianos sem alterações. Não apresenta qualquer sinal de rigidez para flexão e extensão de antebraços. Presença de tremor postural em ambas as mãos, fino (cerca de 10 Hertz), importante, ainda observável quando faz movimentos voluntários. Não apresenta tremor de repouso. Ao escrever, observa-se escrita tremida com letra de tamanho normal.

Em relação ao quadro clínico de Marlom, assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável:

- . Doença de Parkinson
- a. Tremor essencial
- b. Exacerbação de tremor fisiológico
- c. Tremor de origem cerebelar

Comentários: Presença de tremor com alta frequência exclusivamente em mãos, bilateral, ainda que com alguma assimetria postural e cinética, somado à presença de pai com história de tremor (ainda que sem diagnóstico fechado), sugere quadro de tremor essencial (alternativa B). Ausência de bradicinesia, rigidez e o fato do tremor não ocorrer em repouso, tornam improvável hipótese de doença de Parkinson (distrator A). Exacerbação de tremor fisiológico costuma ser de baixa amplitude, estar associado somente a situações de ansiedade, atividade física extenuante, consumo de cafeína ou estimulantes (distrator C). Por fim, tremor de origem cerebelar geralmente é cinético (de intenção) e costuma estar associado a outros sintomas como ataxia e disdiadococinesia (distrator D).

Gabarito: B

Referências bibliográfica:

BEN, Â. J.; AGOSTINHO, M. R. Tremor e síndromes parkinsonianas. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., et al (Ed.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática: Artmed editora, 2018.

SCHESTATSKY, P.; RIEDER, C. R. M. Doença de Parkinson. 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 69

Bruna, 32 anos, busca o centro de saúde, com queixa de aparecimento de lesão pruriginosa em braço esquerdo, próxima ao cotovelo, há cerca de 2 meses. Refere que surgiu após ter feito um ferimento no local, contuso, que gerou perda superficial da epiderme. Na época, fez uso de ibuprofeno por 3 dias. Nega quaisquer outras lesões de pele ou outras queixas. É tabagista há 7 anos (20 cigarros/dia), nega uso de álcool ou outras drogas ilícitas. Nega doenças prévias. A mãe tem asma e rinite alérgica.

Ao exame, observa-se lesão tipo placa com cerca de 2 centímetros de diâmetro, com bordas delimitadas, eritematosa e com descamação branco-acinzentada.

Qual o diagnóstico mais provável de Bruna?

- . Líquen plano
- a. Dermatite seborreica
- b. Dermatite atópica
- c. Psoríase vulgar

Comentários: A localização (cotovelo) e o aspecto da lesão (borda delimitada, eritematosa com descamação branco-acinzentada), somados ao tabagismo, aparecimento após uso de anti-inflamatório e a partir de uma lesão causada por um trauma (sinal de Koebner), indicam o diagnóstico de psoríase como o mais provável (alternativa D). Embora líquen plano também possa apresentar sinal de Koebner, costumam cursar com pápulas/placas (0,5-2,0 cm de diâmetro) que acentuam as estrias da pele, violáceas e com prurido como sintoma marcante (distrator A). A dermatite atópica mais comumente se inicia na infância. No adulto a liquenificação é mais comum (distrator C). A dermatite seborreica no adulto costuma apresentar placas eritematoescamosas recobertas por escamas graxentas ou úmidas ou placas crostas róseas, ou amareladas, com predileção por face, couro cabeludo e tórax (distrator B).

Gabarito: D

Referências bibliográfica:

MITCHELL, R.; MADUREIRA, B.; SARTI, T. D. Eczema. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., et al (Ed.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática: Artmed editora, 2018.

MENEZES, R. A. Psoríase. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., et al (Ed.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática: Artmed editora, 2018.

PONZIO, H. A.; FAVARETTO, A. L.; BOZKO, M. P. Dermatoses Eritematoescamosas. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., et al (Ed.). Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014

ZAMPESE, M.; BEBER, A. A. C. Prurido e Lesões Papulares e Nodulares. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., et al (Ed.). Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014

WEBER, B. W.; BONAMIGO, R. R. Dermatites Eczematosas e Reações Cutâneas Medicamentosas. 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 70

Júlio, 59 anos, vem ser avaliado por Rosa (sua médica de família há pelo menos 5 anos), por orientação do médico do trabalho que solicitou alguns exames decorrentes de rotina laboral e que vieram alterados. Júlio nega ativamente queixas, embora reconheça que está um pouco mais cansado nos últimos 3 meses, que atribui ao estresse relacionado ao seu trabalho. Júlio apresenta diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, controlada com uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e sintomas frequentes de refluxo gastroesofágico com períodos de melhora e piora – no momento sem queixas, sem uso de qualquer medicamento. Tem endoscopia digestiva alta realizada há cerca de 8 meses normal. Não tem histórico de cirurgias prévias ou outros problemas de saúde ativos. É tabagista 10 cigarros/dia há 20 anos, não faz uso de álcool. Sedentário, embora de bem com a vida. Casado, 2 filhas saudáveis. Pai e mãe falecidos em acidente de carro quando tinham 52 e 50 anos, respectivamente.

Ao exame: bom estado geral, conjuntiva discretamente pálida, eupneico, afebril. Frequência cardíaca: 96 bpm, pressão arterial: 135 x 85mmHg, ausculta cardíaca e pulmonar normais. Ausência de linfonodos inguinais, axilares, supraclaviculares e cervicais. Abdome: ruído hidroaéreo normal, sem massas ou visceromegalias palpáveis. Peso: 84,2 kg (última medida em consultório há 1 ano: 83,0 kg). Ectoscopia do ânus: presença de botão hemorroidário às 5 horas, sem fissura. Toque retal: próstata com discreto aumento difuso de volume, consistência fibroelástica, simétrica, sem nodulação palpável. Sem massas no reto.

Laboratórios (de 3 e 1 semana atrás, respectivamente):

- Hb = 10,5 g/dL (microcitose) VCM: 78,2 fl RDW=17,6% Leucócitos totais: 5.600 (séries normais) Parcial de urina: normal Creatinina: 0,9mg/dL Glicose: 95mg/dL

- Hb = 10,3 g/dL VCM: 77,5fl RDW=17,2% Leucócitos totais: 5.800 (séries normais) Ferritina: 14,7 mcg/L Reticulócitos: 0,4%, ferro sérico: 45 mcg/dL

Em relação ao clínico de Júlio, qual a conduta mais adequada a ser tomada pela médica de família Rosa:

. Iniciar tratamento com 180 mg de ferro elementar por dia ao longo de 2 meses e reavaliar novo hemograma após

- a. Solicitar saturação de transferrina, capacidade total de ligação do ferro e eletroforese de proteínas para complementar avaliação diagnóstica
- b. Iniciar tratamento com 180 mg de ferro elementar por dia e solicitar colonoscopia para investigação da causa da anemia
- c. Iniciar tratamento com sulfato ferroso e solicitar reticulócitos entre o 7º e 10º dia após início do tratamento para confirmar diagnóstico de anemia ferropriva

Comentários: Júlio apresenta quadro compatível com anemia (HB = 10,3 g/dL) microcítica (VCM = 77,5fl). A presença de ferritina baixa (14,7 mcg/L), ferro sérico (45 mcg/dL) e reticulócitos (0,4%) baixos indica que a anemia é ferropriva, sem necessidade de complementação diagnóstica no que diz respeito ao tipo de anemia (distratores B e D). No entanto, a avaliação de causa gastrointestinal dessa anemia é importante. Como não apresenta sintomas gastrintestinais no momento e tem uma endoscopia recente, a solicitação de colonoscopia estaria bem indicada (distrator A, alternativa C).

Gabarito: C

Referências bibliográfica:

MACEDO, L. A.; MORAES, M. M. d. Anemias. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., et al (Ed.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática: Artmed editora, 2018.

GONÇALVES, M. R.; PITOMBEIRA, M. d. S.; PITOMBEIRA, B. Anemias no Adulto. 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 71

A pandemia de COVID-19 decretada pela Organização Mundial da Saúde obrigou importantes discussões e tencionou mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Um dos assuntos mais comentados e debatidos no último ano foi o uso da telemedicina e telessaúde para o cuidado em saúde.

A respeito desse tema, assinale a alternativa CORRETA:

. Apesar de promissora, ainda faltam estudos que demonstrem o impacto clínico da telemedicina para condições de saúde mais comuns ou para desfechos que importam clinicamente. Os estudos atuais têm seu foco no uso da ferramenta, custos ou grau de satisfação dos envolvidos.

- a. A telessaúde costuma ser uma boa ferramenta para aprendizado continuado na forma de ensino a distância. No entanto, profissionais da saúde devem buscar outras formas de responder às dúvidas pontuais presentes no dia-a-dia, uma vez que essa ferramenta é inadequada para essa finalidade.
- b. A revolução digital ocorre não apenas no campo tecnológico, mas promove uma mudança antropológica, com novas relações entre seres-humanos, incluindo a

relação médico paciente. O profissional precisa compreender e se adaptar a esses novos cenários de cuidado.

c. Desde o início da pandemia, os diversos avanços em marcos legais vêm demonstrando que a legislação brasileira está avançando de modo que essas mudanças ocorram antes mesmo das aplicações práticas da telemedicina.

Comentários:

A alternativa A está INCORRETA. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade apresenta alguns estudos em seu capítulo 20: “No campo dos avanços de qualidade, em revisão voltada para resultados de suporte assistencial por telessaúde para médicos na APS, cinco ensaios clínicos randomizados (ECRs) mostraram evitação significativa de exames e de referenciamento para outros níveis de atenção (exceto nos casos cirúrgicos). Uma revisão dos efeitos de ações de telessaúde na qualidade do manejo de três importantes doenças crônicas – insuficiência cardíaca (19 ECRs, 2000-2014), AVC (21 ECRs, 2006-2014) e DPOC (17 ECRs, 2007-2013) – mostrou potencial positivo, com significativas tendências para redução de internações e atendimentos de emergência, bem como para prevenir e/ou limitar a gravidade dos episódios. No caso de AVC, houve redução de mortalidade entre 15 e 56%”). Fonte: GUSSO, G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Página 167.

A alternativa B está INCORRETA. A Telemedicina e Telessaúde também são úteis na resposta a dúvidas diárias e pontuais à medida que se delega e aciona um serviço especializado na busca da melhor evidência clínica para manejo de casos e situações da APS. Um exemplo é o 0800 do TelessaúdeRS, disponível para todo profissional da Atenção Primária à Saúde em todo o território nacional. Na bibliografia do concurso, essa discussão aparece no capítulo 20 do TMFC – seção telessaúde baseada em evidências, onde relata justamente como uma barreira para o crescimento desses serviços, a falta de compreensão que a Telemedicina pode ser útil para responder dúvidas pontuais do dia-a-dia. Fonte: GUSSO, G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Página 167.

A alternativa C está CORRETA. No capítulo 19 do TMFC, é destacada a mudança de relações humanas e o meio ambiente, tido pelos autores do capítulo 19 do TMFC como uma revolução antropológica (LORENZETTI et al apud MOLINA-BASTOS et al). Fonte: GUSSO, G et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Páginas 159 e 163

A alternativa D está INCORRETA. No capítulo 19 do TMFC, é destacado que: ‘a *legislação não consegue acompanhar os avanços em tempo real*’. Por mais que esse capítulo tenha sido escrito antes da pandemia, os fatos ocorridos desde 2020 mantêm o mesmo padrão em que observamos um avanço de práticas mais acelerado em comparação com os marcos legais. Fonte: GUSSO, G et al. TMFC. 2ª Ed, páginas 157 e 164

Gabarito: C

Referências bibliográficas: GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2019

OLIVEIRA FA, PELLANDA LC. Capítulo 13 – A Consulta Ambulatorial. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

QUESTÃO 72

Doutor Diogo é médico num posto de saúde de um pequeno município no interior do Maranhão.

Certo dia, ele atendeu Márcio, um paciente de 42 anos e trabalhador da zona rural. Márcio veio em consulta relatando a presença de lesões de pele que iniciaram com pápulas e progrediram para nódulo, vindo a ulcerar em seguida. Márcio relatou também quadro de febre baixa e intermitente há cerca de 15 dias. E vinha sentido-se indisposto, com mal-estar, chegando até a emagrecer cerca de 5 kg durante esse período. Relata que tem sentido alguma melhora nos últimos dias, mas está preocupado com as lesões.

Ao exame, Diogo percebe múltiplas úlceras em membros superiores, indolores à palpação. As úlceras eram rasas e com o bordo infiltrado, presentes em ambos os membros superiores. Percebe também linfonodos axilares bilaterais. Ao exame das mucosas, percebe também uma úlcera em região de faringe e uma pequena lesão que acredita tratar-se também de uma úlcera em mucosa nasal.

A respeito da principal hipótese diagnóstica e exame complementar para investigação diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA:

- . Leishmaniose tegumentar e o diagnóstico clínico deve ser feito mediante histopatológico de lesão cutânea
- a. Leishmaniose tegumentar e o diagnóstico clínico deve ser feito mediante pesquisa de anticorpos
- b. Leishmaniose visceral e o diagnóstico clínico deve ser feito mediante parasitológico de aspirado de baço, medula óssea ou linfonodos
- c. Leishmaniose visceral e o diagnóstico clínico deve ser feito mediante a reação de Montenegro

Comentários:

Apesar de nem sempre ser fácil, a diferenciação entre um caso de Leishmaniose tegumentar e visceral é importante, pois terá implicação em tratamento e prognóstico. A principal referência bibliográfica para a questão foi o capítulo 145 do livro Medicina Ambulatorial de Duncan. Na página 1548, descreve-se o quadro clínico da Leishmaniose Tegumentar. Apesar de muitos casos serem assintomáticos ou oligossintomáticos, pode haver a presença de “*manifestações constitucionais (anorexia, emagrecimento, febre baixa, mal-estar), que costumam ceder com o aparecimento da úlcera*” (p.1548). Ressalta-se que o caso apresentado é uma complicação mais grave da Leishmaniose Tegumentar, sendo conhecida como Leishmaniose Tegumentar Mucosa. “*O diagnóstico parasitológico é o padrão-ouro, pela alta especificidade. Pode ser feito pela visualização da forma amastigota no*

exame microscópico com coloração de Giemsa de **esfregaço** de biópsia ou aspirado da lesão ou exame histopatológico de biópsia de pele ou mucosa” (p.1549).

Gabarito: A

Referências bibliográficas: CAVALHEIRO APP, SANTOS RP, GOLDANI LZ. Capítulo 145 - Leishmaniose. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

LEITE APT, PORTZ EH, MOHERDAUÍ JH. Doenças do viajante: febre e diarreia. In: GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2019.

No TMFC, o tema é citado dentro dos capítulos de ‘medicina rural’, ‘população ribeirinha’ e ‘doenças do viajante’

QUESTÃO 73

São 14h da tarde e você está com agenda já completamente preenchida por atendimentos até o final do turno de trabalho quando Laura, uma Agente Comunitária de Saúde adentra o consultório.

ACS: Doutor, peço desculpas, mas tem um moço ali fora que insiste em falar com o Sr. Disse que é urgente mas não quis me falar o que era. Suspeito que seja alguma coisa ali embaixo, sabe? Ele parece estar com bastante dor.

Você então encaixa esse atendimento entre as suas consultas agendadas.

O usuário se chama Fábio e tem 22 anos. Ele procurou atendimento médico devido a um quadro de dor testicular que iniciou hoje no final da manhã de forma súbita.

O paciente refere náusea e tontura associada à dor. Nega pródromos ou quadro infeccioso prévio. Tem tido relações sexuais desprotegidas com parceria fixa há alguns meses. Nega corrimentos uretrais ou úlceras genitais recentes. Porém, foi tratado há cerca de um ano para quadro de síndrome do corrimento uretral.

Durante o exame físico se observa edema unilateral escrotal com visualização de hiperemia local. Você tem dificuldades para realização do exame de reflexo cremastérico, mas ele parece ausente. O sinal de Prehn é negativo (ou seja, a dor não alivia com a elevação da bolsa escrotal).

Qual o diagnóstico presuntivo mais provável para Fábio e a conduta mais adequada para o caso?

. Torção testicular. Solicitar ultrassonografia para confirmação do diagnóstico e realizar medidas analgésicas e repouso.

a. Torção testicular. Encaminhar para serviço de urgência e emergência com referência cirúrgica para avaliação imediata.

b. Orquiepididimite. Realizar testes rápidos sorológicos imediatamente e, dependendo do resultado, prescrever com doxiciclina e ceftriaxona.

c. Orquiepididimite. Prescrever tratamento com antibióticos, analgesia e repouso com elevação testicular.

Comentários:

A alternativa A está incorreta. Pois não devemos atrasar o encaminhamento na suspeita de torção testicular enquanto aguardamos o resultado de qualquer exame complementar que possa contribuir para o diagnóstico. Em casos suspeitos, o encaminhamento deve ser feito imediatamente. (TMFC páginas 1158 e 1159)

A alternativa B está CORRETA.

A alternativa C está incorreta, pois o quadro clínico revela maior probabilidade diagnóstica de torção testicular. Além disso, não devemos guiar a conduta por testes rápidos sorológicos. Se tivermos exames de cultura disponíveis, estes poderão auxiliar.

A alternativa D está incorreta, pois o quadro clínico revela maior probabilidade diagnóstica de torção testicular. A conduta apresentada está correta para a hipótese diagnóstica de orquiepididimite (página 1159 do TMFC)

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

KOFF WJ. Capítulo 186 – Doenças comuns em urologia. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

LEHMKUHL RF. Doenças testiculares e escrotais. In: GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2019.

QUESTÃO 74

Mulher cis, branca, de 32 anos, sexualmente ativa, bissexual, procura atendimento por quadro de dor pélvica e abdominal baixa há 12 dias. Iniciou com corrimento vaginal esbranquiçado e mal cheiroso evoluindo para dispareunia de canal e profundidade e sinusorragia. Referiu febre não aferida há cerca de 4 dias associada a calafrios. Nega comorbidades.

Considerando a condição clínica presente no caso clínico, assinale a alternativa CORRETA:

. Caso a paciente apresente sinais de peritonismo, devemos tratá-la ambulatorialmente com combinação de três antibióticos

a. Trata-se provavelmente de uma importante causa de infertilidade em mulheres e dor pélvica crônica se não tratada corretamente

b. Devemos realizar cultura de secreção ou sorologia e aguardar para indicar o tratamento com antibiótico mais adequado

c. A possibilidade de gravidez não altera a conduta, devendo-se evitar atraso no tratamento ambulatorial para de evitar desfechos desfavoráveis

Comentários:

A alternativa A está INCORRETA. A presença de sinais de peritonismo é indicativo de encaminhamento para serviço de urgência e emergência ginecológica. “Mulheres sem sinais de irritação abdominal e sem comorbidades maiores (p.ex imunossupressão) podem realizar o tratamento na atenção primária [...]”(DUNCAN página 493)

A alternativa B está CORRETA. “Diante de um quadro clínico suspeito, o tratamento deve ser sempre instituído, evitando possíveis danos à saúde reprodutiva da mulher” (DUNCAN página 493)

A alternativa C está INCORRETA. “Diante de um quadro clínico suspeito, o tratamento deve ser sempre instituído, evitando possíveis danos à saúde reprodutiva da mulher” (DUNCAN página 493). Cabe ressaltar que parece haver uma mudança recente na literatura médica nacional no que diz respeito à conduta em casos de DIP, havendo estímulo para que seja realizada investigação laboratorial em todos os casos (vide último PCDT de ISTs). Porém, resalta-se em todos esses materiais que não devemos postergar o início do tratamento até aguardar o resultado dos exames coletados.

A alternativa D está INCORRETA.

Gabarito: B

Referências bibliográficas:

NAUD P, MAGNO V, MATOS JC. Dor Pélvica. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

*O termo: doença inflamatória pélvica não aparece no TMFC. Por outro lado, em diversas situações são colocados diagnósticos diferenciais de dor pélvica.

QUESTÃO 75

Josias é um homem cis preto, de 56 anos, hipertenso há 8 anos e obeso (IMC de 32 kg/m²) e sedentário. Ele vem se queixando de dispneia aos grandes esforços. Nega dispneia paroxística noturna ou ortopneia.

Considerando-se que o diagnóstico de insuficiência cardíaca e seus diferenciais se impõe nesse caso, assinale a alternativa CORRETA quanto à melhor interpretação clínica para os possíveis achados do exame físico de Josias.

Tabela: Achados de exame físico para pessoas com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida comparando-se com o padrão-ouro (Ecocardiografia transtorácica).

Achado	Sensibilidade	Especificidade	Razão de verossimilhança para teste positivo	Razão de verossimilhança para teste negativo
Estertores em ausculta pulmonar	10-29%	77-98%	Não significativa	Não significativa
Turgência jugular	7-25%	96-98%	6,3	Não significativa
Desvio de ictus cardíaco	5-66%	93-99%	10,3	0,7
Edema de membros inferiores	8-33%	70-98%	Não significativa	Não significativa
Hepatomegalia	3%	97%	Não significativa	Não significativa

Fonte: adaptado de MCGEE S. Evidence-Based Physical Diagnosis. 3ª Ed. Elsevier, 2012.

. Caso o paciente apresente turgência jugular, isso indica um aumento em 6 vezes a chance de ter a doença

- a. A ausência de hepatomegalia praticamente afasta a possibilidade de insuficiência cardíaca, pois possui um número baixo de falsos negativos.
- b. Considerando que todos os testes têm uma baixa sensibilidade, na ausência de qualquer um dos sinais clínicos pode-se descartar insuficiência cardíaca.
- c. Considerando uma alta probabilidade pré-teste para o caso, a presença de desvio de ictus cardíaco praticamente define o diagnóstico de insuficiência cardíaca.

Comentários:

A alternativa A está INCORRETA. A razão de verossimilhança positiva indica uma fração entre a probabilidade de um teste positivo em pessoas com a doença (verdadeiros positivos sobre total de doentes), dividida pela probabilidade de um teste positivo em indivíduos sem a doença (falso positivo). Para saber o aumento na probabilidade pós-teste, é preciso aplicar o nomograma de Fagan (figura 29.2 do DUNCAN).

A alternativa B está INCORRETA. O teste possui uma baixa sensibilidade. Há, portanto, grande chance de falso negativo. (tabela 29.8 do TMFC)

A alternativa C está INCORRETA. Testes com baixa sensibilidade não descartam doenças pois possuem um alto número de falsos negativos.

Gabarito: D

Referências bibliográficas:

STEIN AT. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do médico de família e comunidade. In: GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2019.

LOTUFO PA, BENSEÑOR IM, OLMOS RD. Epidemiologia clínica. In: GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2019.

SCHMIDT MI, DUNCAN BB. Cap 6 – Aplicando evidências em decisões clínicas: conceitos básicos em epidemiologia clínica. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

QUESTÃO 76

Letícia, 26 anos, casada, G3P3A0, veio para consulta com seu médico de família, Dr. João Vitor queixando de “corrimento vaginal”. Envergonhada em falar sobre assunto, Letícia comenta que fica incomodada porque a calcinha fica molhada e sente um odor fétido na vagina há alguns meses. O Dr. João, ao realizar o exame ginecológico da paciente, observa secreção vaginal branco-amarelo-acinzentada e cremosa. Como havia disponível na unidade, o Dr. João realizou testes de pH com resultado maior que 4,5 e de hidróxido de potássio 10% com resultado positivo.

Qual o diagnóstico mais provável da paciente?

- . Candidíase
- a. Tricomoniase
- b. Gonorreia
- c. Vaginose bacteriana

Comentários: A vaginose bacteriana ocorre pelo desequilíbrio da flora vaginal normal e apresenta-se como um corrimento vaginal branco-amarelo-acinzentado, fluido ou cremoso. Exames complementares podem ser úteis para o diagnóstico de vaginose e, segundo os critérios de Amsel, há confirmação diagnóstica quando se observa 3 dos 4 critérios abaixo:

- corrimento vaginal branco-acinzentado
- pH vaginal maior que 4,5
- teste de KOH 10 % (teste de Whiff) positivo
- presença de clue cells no exame bacterioscópico.

Gabarito: D

Referências bibliográficas: GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 135, Corrimento vaginal, p. 1120-1126.

NAUD P, MATOS JC, MAGNO V.. Capítulo 51 – Secreção Vaginal e Prurido Vaginal. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

QUESTÃO 77

Sexta-feira, dia chuvoso, 10 horas. Chegam atrasados para a consulta o casal Layla, 36 anos e Lucas, 37 anos. Apesar do horário e conhecendo o histórico depressivo de Layla, o Dr. Marcelo acolhe o casal no consultório. Layla hoje está bem, sorridente e parecendo calma. Lucas fica um pouco tenso e fala logo o motivo da consulta: querem ter filhos. Casados há 3 anos e sem usar métodos anticoncepcionais há 2 anos, e com relações sexuais regulares. Layla tem um filho de 6 anos, de um relacionamento anterior. Solicitam encaminhamento para fazer inseminação, pois já estão cansados de tentar. O Dr. Marcelo faz algumas orientações sobre infertilidade ao casal e sobre os próximos passos da investigação. Iniciando a investigação de infertilidade, solicita o espermocitograma de Lucas. Assinale a alternativa que apresenta valores de achados anormais no espermocitograma:

- . pH 7,3
- a. Concentração 20 milhões de espermatozoides por ml
- b. Motilidade 40%
- c. Vitalidade 50%

Comentários: De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde, os valores normais para avaliação do espermocitograma estão descritos abaixo e no tratado de MFC, tabela 130.1, pag. 1080.

Volume	1,5-5 mL
	> 7,2-8

pH (Acidez)	
Motilidade	A+B = 32%
Morfologia normal	Maior ou igual a 4%
Vitalidade	58%
Concentração	Superior a 15 milhões
Concentração/mL	$\geq 15 \times 10^6$ /mL
Concentração/ejaculado	$\geq 39 \times 10^6$ /mL/ejac

Gabarito: D

Referências bibliográficas: GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 130, Infertilidade, p. 1078-1082.

FUCHS SC, GAZZANA MB, FISCHER GB. Capítulo 101 – Asma. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

QUESTÃO 78

Durante uma reunião de equipe, a agente comunitária de saúde Sônia perguntou para a médica da equipe, Dra. Vanessa, como faz para agendar para fazer ligadura tubária pelo SUS. Diz estar preocupada com uma paciente moradora de sua microárea, de 23 anos, solteira e com 4 filhos, que não tem condições financeiras para sustentar sua família e se engravidar “vai ser ainda mais difícil para ela”. A Dra. Vanessa então aproveita e informa aos agentes de saúde os critérios de elegibilidade para a esterilização definitiva, segundo a legislação brasileira. Quais são esses critérios?

- . Ter mais de 25 anos ou 2 filhos vivos e estar após 60 dias do último parto.
- a. Ter mais de 30 anos ou 3 filhos vivos e estar após 45 dias do último parto.
- b. Ter mais de 25 anos ou 3 filhos vivos e estar após 45 dias do último parto.
- c. Ter mais de 30 anos ou 2 filhos vivos e estar após 60 dias do último parto.

Comentários: casais que não desejam ter filhos podem recorrer à esterilidade de um dos cônjuges. Segundo a legislação brasileira, **pessoas com 25 anos ou dois filhos vivos, não estando em período gestacional, nem nos 2 meses seguintes ao parto, são elegíveis para a esterilização.**

Gabarito: A

Referências bibliográficas: GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 129, Contracepção, p. 1072-1077.

QUESTÃO 79

Michel, 19 anos, veio acompanhado da namorada Carla para uma consulta na unidade de saúde de Monte Belo, no estado do Pará. Michel encontra-se febril, temperatura axilar 38,9°C e de dor na garganta e mal-estar, iniciados há 2 dias. A Dra. Luciana avaliou a história clínica do paciente e durante o exame físico observou linfonodos em região cervical anterior e posterior palpáveis e um pouco dolorosos, além de hiperemia de orofaringe, com presença de exsudato branco-acinzentado. Carla relata que deu 1 comprimido de amoxicilina que tinha em casa para ele hoje e paracetamol ontem. Diante da suspeita clínica, qual seria a melhor conduta que a Dra. Luciana deveria tomar neste momento?

- . Solicitar teste para *Neisseria gonorrhoeae* para confirmar suspeita diagnóstica.

- a. Manter a amoxicilina por 10 dias e indicar uso de anti-inflamatórios para alívio da dor.
- b. Orientar que os sintomas podem cessar espontaneamente e prescrever sintomáticos.
- c. Prescrever penicilina G benzatina 1.200.000 UI em dose única para prevenção de febre reumática.

Comentários: É muito comum encontrarmos prescrições excessivas de antibióticos para infecções de vias aéreas superiores. Muitos aspectos envolvem a prescrição, mas alguns estudos realizados recentemente têm evidenciado fatores relacionados ao próprio médico (medo de falhar, incerteza diagnóstica...), ao sistema de saúde e ao paciente (história de vulnerabilidade e experiência prévia...). No caso, o paciente apresenta a **tríade presente em 98% dos casos de mononucleose infecciosa (febre, dor de garganta e adenopatia cervical posterior). Além disso, o exsudato apresentado pelo paciente tem característica branco-acinzentado, como na faringoamigdalite por EBV.** A linfadenopatia cervical posterior diferencia a mononucleose infecciosa da faringoamigdalite estreptocócica. Portanto, a melhor recomendação entre as opções seria orientar que os sintomas podem cessar espontaneamente e prescrever sintomáticos.

Gabarito: C

Referências bibliográficas: GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 187, Dor de garganta, p. 1603-1615.

QUESTÃO 80

Na unidade de saúde de Palmeiras, por ser distante do centro da cidade onde localizam-se as UPAS, é comum ter filas diárias para consultas do tipo “demanda espontânea”. Hoje, o Dr. Tiago atendeu Valentina, uma criança de 1 ano e 8 meses de idade, trazida pela mãe, que queixa de “chiado no peito” frequente, em crises e tosse. Mãe relata que tem levado a filha às UPAs com frequência, e que a menina volta a ter crise toda semana e que outros médicos até suspeitaram de refluxo. Já não sabe mais o que fazer e se sente preocupada com a doença da filha, pois tem crise desde 20 dias de vida. Relata que há 2 semanas Valentina teve coriza, com melhora espontânea.

Assinale a alternativa que apresenta indicativo de alerta vermelho para que o Dr. Tiago desconfie de uma doença mais grave na criança.

- . Crises frequentes
- a. Sintomas de início no período neonatal
- b. Doença do refluxo gastroesofágico
- c. Infecções de vias aéreas

Comentários: As causas mais comuns de sibilância na criança são infecções de vias aéreas, bronquiolites, hiper-reatividade brônquica pós-viral, doença do refluxo gastroesofágico, asma, síndromes aspirativas e distúrbios da deglutição. **Como alerta de gravidade, chamado “alerta vermelho” devemos levar em**

consideração alguns itens como: sintomas de início no período neonatal, baqueteamento digital, sinais de desnutrição, perda de peso, deformidades torácicas, sibilância fixa em uma área ou assimétrica, estridor e sinais de doença cardíaca. (Quadro 115.5 e 115.6, pag 981, Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Gusso, 2019).

Gabarito: B

Referências bibliográficas: GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 115, Criança com Sibilância, p. 978-984, quadros 115.5 e 115.6