SBMFC Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

TEMFC 38 – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA – 2026

INSTRUÇÕES

- A prova teórico-prática estará disponível para início após o encerramento da prova teórica.
- As provas teórica e teórico-prática terão duração total de 5 (cinco) horas.
- É permitido ausentar-se da frente da tela após as confirmações de regularidade técnica e autorização do fiscal, sendo necessário, entretanto, permanecer atento(a) e acompanhar quaisquer comunicações posteriores, responsabilizando-se pelo atraso na solução de eventuais problemas técnicos supervenientes no caso de demora na resposta.
- A prova encerra-se às 14h (horário de Brasília).
- A webcam do seu computador deve ser ajustada de forma que seu rosto esteja plenamente visível para o fiscal durante toda a prova, podendo este solicitar ajuste do posicionamento da câmera, conforme orientação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).
- O seu smartphone deve ser posicionado corretamente e de forma estável, atrás do local de realização do exame escolhido, de maneira que seja visível todo o ambiente onde você está realizando o seu exame pelo time de fiscalização: candidato(a), mesa, computador portátil (notebook) e o seu entorno.
- Atenção às orientações abaixo:
    - A prova deve ser realizada individualmente, sem consulta.
    - É vedado olhar para quaisquer dos lados, para baixo e/ou para cima, por mais de 20 (vinte) segundos, olhar repetidamente para o mesmo local ou sair do campo de visão da câmera sem autorização prévia do fiscal.
    - Não utilize caneta, lápis e papel e não fotografe ou filme a tela da prova em nenhuma hipótese.
    - Evite pausas desnecessárias.
    - É proibido falar durante a prova, mesmo que seja para leitura em voz alta.

- Tenha ao seu lado água e lanches rápidos para não precisar se ausentar do exame.
- Para se ausentar da frente da câmera, solicite permissão ao aplicador pela opção disponível e aguarde expressa autorização.
- Você deve permanecer na plataforma por 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos após o início das provas, não podendo se retirar antes desse tempo, sendo obrigatória sua presença no local, aguardando explícita liberação pelo(a) fiscal, cumprindo as normas deste edital.
- O tempo utilizado para as necessidades fisiológicas/biológicas não será reposto.
- O encerramento da prova se dará automaticamente, conforme horário estipulado.
- Ao final da prova, é necessário clicar nos botões "enviar respostas" e "encerrar" para concluir a entrega.
- Observe o cronômetro disponível para a conclusão da prova.
- O seu ambiente de prova é cuidadosamente monitorado pela equipe de aplicação, e qualquer comportamento suspeito será imediatamente comunicado à comissão de provas, podendo acarretar a sua desclassificação. Portanto, obedeça prontamente a todos os alertas enviados pela equipe de fiscalização.

• Sobre a utilização do sistema:

- Caso perca a conexão com a internet, não se preocupe. Após restabelecê-la, acesse a plataforma para retomar o exame.
- Caso a interrupção da conexão com a internet seja por período inferior a 2 (dois) minutos, você poderá retomar a realização da prova a partir da questão seguinte à questão em que ocorreu a interrupção.
- Caso sua conexão com a internet ou captura de vídeo sejam interrompidas por período superior a 2 (dois) minutos, a prova será pausada, e o caso será analisado pelo fiscal e pela Comissão, que deliberarão acerca da sua eliminação ou não.
- Não haverá tempo adicional por falha na sua conexão de internet.
- Caso ocorra dificuldade técnica, comunique-se por escrito, dentro da plataforma, com o aplicador da prova e aguarde suas orientações.
- Caso não consiga se comunicar via chat com o fiscal, a equipe de suporte técnico estará disponível no WhatsApp (31) 99991-7595.

BOA PROVA!

Apresentação do caso 1 – vídeo 1

Leia as informações a seguir e, em seguida, assista ao vídeo:

Antônio Ribeiro, 86 anos, é acompanhado há vários anos pela equipe de Saúde da Família de seu território. Tem diagnóstico de doença de Parkinson há 14 anos, hipertensão arterial e osteoartrose de joelhos e coluna.

Nos últimos dois anos, apresentou progressiva limitação da mobilidade e maior necessidade de auxílio para as atividades cotidianas. Há 10 dias recebeu alta hospitalar após internação por pneumonia aspirativa. Desde então, sua família relata piora da capacidade funcional.

Antecedentes relevantes: doença de Parkinson; hipertensão arterial; osteoartrose; constipação intestinal recorrente; duas internações nos últimos 12 meses, sendo a mais recente por pneumonia aspirativa. Não há diagnóstico prévio de demência.

Medicações em uso:

Levodopa + Benserazida 100/25 mg, 1 comprimido cinco vezes ao dia;

Enalapril 20 mg, 1 comprimido pela manhã;

Paracetamol 500 mg, se necessário para dor;

Macrogol 17 g/dia, quando necessário para constipação.

Antônio mora com a esposa, Helena, de 81 anos. A filha Marina, de 52 anos, mora próximo e auxilia nos cuidados. Devido à dificuldade atual de Antônio para comparecer à Unidade de Saúde, a médica de família responsável por seu acompanhamento, Dra. Clara Menezes, realiza uma visita domiciliar após sua alta hospitalar.

Transcrição do vídeo

Dra. Clara - Bom dia, dona Helena. Bom dia, Marina. Bom dia, seu Antônio. Como o senhor está?

Seu Antônio - Eu vou indo. Eu estou feliz por estar na minha casa.

Dra. Clara - Que bom. E como que têm sido esses dias pós volta do hospital?

Seu Antônio - Eu estou feliz. Antes, eu conseguia andar pela casa com o andador, mas eu estou muito fraco. Eu consigo só dar alguns passos.

Dona Helena - E precisa sempre de alguém segurando ele. Eu tenho medo de queda.

Dra. Clara - Certo. Seu Antônio, o que o senhor ainda consegue fazer sozinho no dia a dia?

Seu Antônio - Comer. Quando deixa tudo preparado. O resto, eu sempre... Eu preciso de uma ajuda.

Dra. Clara - Certo. E para tomar banho?

Seu Antônio - Eu preciso da Helena.

Dra. Clara - E se vestir?

Seu Antônio - Dela também.

Dona Helena - E para se levantar da cama e ir ao banheiro também. É que à noite é tudo muito complicado.

Dra. Clara - Certo. Seu Antônio, o senhor tem conseguido controlar a sua urina e as evacuações?

Seu Antônio - A urina, eu consigo. A parte do intestino tá duro, não consigo.

Dra. Clara - Ok. E como são suas dores?

Seu Antônio - Continuam. Tem muita dor quando deito as pernas ou as costas por causa da posição e dói. Dói muito.

Dra. Clara - Certo. E para comer, como está?

Dona Helena - Esse é o outro problema, doutora.

Seu Antônio – É quando eu me engasgo...

Marina - Doutora, depois da pneumonia, ele piorou bastante. Chegou a emagrecer mais de seis quilos.

Dra. Clara - Seu Antônio, o senhor sabe que dia da semana é hoje?

Seu Antônio - Hoje é sábado.

Dra. Clara - Certo. E onde nós estamos?

Seu Antônio - Na minha casa, graças a Deus.

Marina - Doutora, esse aí tem uma cabeça muito boa. Pode acreditar que é melhor do que a minha.

Dra. Clara - Seu Antônio, e como é que está o seu humor com tantas mudanças?

Seu Antônio - Olha, eu não estou triste porque eu recebo muita ajuda dela. Mas também não estou tão alegre porque eu estou vivendo ou andando um pouco, ouvindo rádio com um andador e esperando a visita do meu neto.

Dra. Clara - Seu Antônio, tem alguma coisa que o senhor gosta muito de fazer e não está conseguindo?

Seu Antônio - Sim. Ir até o quintal.

Dra. Clara – Dona Helena, a senhora tem conseguido cuidar dele?

Dona Helena - A gente faz o que pode.

Marina - Mãe????

Marina - Doutora, ela está exausta. Ele acorda duas ou três vezes durante a noite, e ela se levanta e vai junto com ele.

Dona Helena - Eu sou a esposa dele.

Dra. Clara - Tem mais alguém que ajude vocês?

Marina - O meu irmão mora em outro estado. Eu venho todos os dias da semana depois do trabalho e aos finais de semana também.

Dra. Clara - Dona Helena, a senhora tem conseguido sair de casa e fazer suas coisas?

Dona Helena - Quase não. Eu não quero deixá-lo sozinho.

Dra. Clara - E consegue ajudá-lo a se levantar?

Dona Helena - Tem sido complicado. Na semana passada, quase caímos juntos.

Enfermeira Juliana - Vocês têm cadeira de banho?

Dona Helena – Temos.

Marina - Cadeira de rodas ainda não.

Dra. Clara - E algum outro profissional já veio atendê-lo em casa, depois que ele teve alta?

Seu Antônio – Não.

Marina - Não. Era justamente isso que eu queria perguntar, doutora. Agora que ele praticamente não sai de casa. Todas as vezes que ele precisar de uma consulta, ele vai chamar uma ambulância?

Dona Helena - Já é temerário a gente colocar ele no carro.

Dra. Clara - Bom, a equipe pode acompanhar pessoas que não conseguem chegar até a unidade. Mas primeiro a gente precisa avaliar o caso do seu pai,

com que frequência ele vai precisar ser acompanhado e o que vocês conseguem fazer com segurança. E aí, se precisarem, nós vamos envolver outras pessoas, profissionais ou serviços.

Marina - Existe aquele serviço de acompanhamento em casa?

Dra. Clara - Sim, ele existe. Mas as necessidades das pessoas em casa são diferentes. Vamos então avaliar a situação do seu pai e organizar com cuidado a partir dela.

Marina - Então vocês vão decidir se ele entra nesse serviço?

Dra. Clara - Sim, nós vamos discutir o caso com a equipe e aí organizar como será esse acompanhamento.

Marina - Doutora, eu trouxe aqui os exames dele. O hospital enviou, mas também me falaram que ele está emagrecendo muito.

O pai de uma amiga minha, quando começou a emagrecer, o hospital fez uma tomografia do corpo inteiro.

Ele também, doutora, não faz exame de próstata há muito tempo. Acredito também que nunca tenha feito uma colonoscopia. Não seria melhor, doutora?

Seu Antônio - Eu não vou fazer colonoscopia nenhuma!!!

Marina - Pai, precisa investigar.

Seu Antônio - Não quero investigar mais nada. É muita coisa para sair para o hospital e fazer exame.

Marina - E se tiver alguma coisa que não foi investigada?

Dra. Clara - Seu Antônio, quando o senhor pensa em fazer exame ou algum tratamento daqui para frente, o que é importante para o senhor?

Seu Antônio - Eu não quero passar o tempo indo para o hospital fazer exame. Entendeu?

Marina - Mas a gente também não pode simplesmente não fazer nada.

Dra. Clara - Olha, não fazer determinado exame não significa que estamos deixando de cuidar. Antes de solicitar uma investigação, a gente precisa entender os benefícios, os riscos e se, de fato, o que faríamos com o resultado.

Seu Antônio - Eu não vou fazer, eu quero ficar na minha casa. Na minha casa, entendeu? Eu não vou fazer exame nenhum.

Seu Antônio - Doutora, posso perguntar uma coisa?

Dra. Clara - Claro.

Seu Antônio - Eu tenho percebido que eu não estou bem, estou piorando desde que eu saí do hospital.

Dra. Clara - O que o senhor tem percebido?

Seu Antônio - Cada vez estou fazendo menos. Depois dessa pneumonia, estou fazendo cada vez menos coisas, depois que eu saí do hospital.

Dra. Clara - E o que mais preocupa o senhor quando pensa nisso?

Seu Antônio - Voltar para o hospital. Saindo, voltando para o hospital, eu não quero.

Dra. Clara - Seu Antônio, se o senhor piorar, o que é mais importante para o senhor?

Seu Antônio - Ficar perto delas, entendeu? Ficar tendo o apoio delas, entendeu? Eu não quero ficar indo e voltando do hospital.

Dra. Clara - E tem mais alguma coisa te incomodando agora?

Seu Antônio - Incomodando agora? A rigidez. Dói tudo, fica tudo muito duro, o intestino preso. Comer está ficando difícil, está difícil de engolir. Tenho medo de engasgar de novo.

Dra. Clara - O senhor tem sentido falta de ar?

Seu Antônio - Não.

Dra. Clara - Enjoo?

Seu Antônio - Não.

Dra. Clara - E o sono?

Seu Antônio - O sono? Acordo muito para mudar de posição. As costas doem, fica tudo muito duro.

Dra. Clara – Entendi.

Dona Helena - Doutora, eu posso fazer uma pergunta?

Dra. Clara – Claro, Dona Helena.

Dona Helena - A senhora acha que ele está perto de morrer? Eu sei que ninguém pode dizer quando. Mas é que eu vejo ele piorando. Nós estamos casados há 57 anos.

E aí, eu olho ele dormindo e fico imaginando o que será que vai acontecer quando ele não estiver mais aqui. E fico me sentindo péssima por pensar dessa forma, ele estando aqui conosco.

Dra. Clara – Dona Helena, o que a senhora sente quando esses pensamentos aparecem?

Dona Helena - Medo. Uma tristeza enorme. Culpa.

Dra. Clara – A senhora tem conseguido conversar sobre isso com alguém?

Dona Helena - Com a Marina, às vezes. Mas eu não quero ficar preocupando meus filhos.

Dra. Clara - E a senhora tem conseguido dormir, se alimentar?

Dona Helena - Ah, eu durmo mal. Ele chama muito à noite. Mas eu estou me alimentando, sim. E faço as coisas de casa.

Dra. Clara – Dona Helena, eu quero que a senhora nos conte como você se sente. A gente não precisa falar só sobre o Seu Antônio quando viermos aqui.

Dona Helena - Obrigada, doutora.

Dra. Clara - Seu Antônio, eu acho importante conversarmos todos juntos sobre as coisas que você me contou. O senhor não gostaria de dizer para ela, dizer o que o senhor considera importante?

Seu Antônio - O importante é o que eu decido. Eu não quero mais ir para ir e vir do hospital. Isso que é importante para mim.

Marina - E se ele tiver outra pneumonia, doutora? Não é para levar ele para o hospital?

Dra. Clara - Bom, essa situação é que podemos discutir e planejar com antecedência. Nem todas as intercorrências são iguais e precisamos considerar de fato o que estiver acontecendo e quais tratamentos podem ser benéficos.

E o que é importante para o seu pai, Marina.

Marina - Eu tenho medo de decidir errado, doutora.

Dra. Clara - Mas aqui, nesse caso, eu é que decido.

Seu Antônio - Eu, nesse caso, sou eu que decido o que é bom para mim. Qualquer coisa, é eu que vou decidir.

Marina - Eu sei, meu pai.

Dra. Clara - Por isso que é importante a gente conversar sobre isso agora. E aí a gente pode registrar essas preferências do seu pai e a gente vai revê-las ao longo do acompanhamento.

Dona Helena - E vocês vão continuar vindo, não é?

Dra. Clara - Vamos organizar com a equipe como será a melhor forma do acompanhamento. Com licença.

Seu Antônio - Doutora! Não esquece. Meu quintal.

Dra. Clara - Eu não esqueci.

Tela:

Três meses depois.

Dra. Clara - Como a senhora está?

Dona Helena - Tem dias melhores. Esses estão sendo muito difíceis. Ele morreu aqui.

A Marina estava conosco. Foi como ele quis. Eu achava que, como sabia que isso ia acontecer, estava mais bem preparada.

Dra. Clara - E como que tem sido esses dias para a senhora?

Dona Helena - A casa ficou muito vazia. Às vezes, eu me pego fazendo café para nós dois. E aí, eu me lembro.

Dra. Clara - E a senhora tem conseguido dormir, Dona Helena?

Dona Helena – É, mais do que antes. Mas, às vezes, eu acordo pensando nele.

Dra. Clara - E a senhora tem se alimentado?

Dona Helena - Tenho.

Dra. Clara - E tem conseguido sair, fazer suas coisas?

Dona Helena - Na semana passada, eu fui na casa da minha irmã. A Marina, ela insiste que eu vá almoçar aos domingos.

Dra. Clara - E a senhora tem ido?

Dona Helena - Tenho.

Dra. Clara - E quando a senhora pensa nele, como tem sido?

Dona Helena - Eu choro muito. Mas também me lembro das coisas boas. Foram 57 anos juntos, afinal...

Eu sinto muito a falta dele. Obrigada.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 242

Considerando o conjunto de informações apresentadas no vídeo, qual interpretação é mais adequada para orientar o planejamento do cuidado de Antônio?

A) A perda recente de mobilidade e a dependência para atividades cotidianas caracterizam declínio funcional importante, tornando prioritária a recuperação da capacidade física antes da definição compartilhada dos objetivos do cuidado.

B) A continência preservada e a capacidade de alimentar-se com a refeição preparada indicam preservação funcional relevante, enquanto a limitação da mobilidade concentra as principais necessidades de intervenção no momento.

C) A perda recente de mobilidade e a dependência para atividades cotidianas caracterizam declínio funcional importante, enquanto a compreensão da situação e a expressão de preferências sustentam sua participação nas decisões sobre o cuidado.

D) A compreensão da situação e a expressão de preferências indicam preservação da autonomia, permitindo que o planejamento se concentre nas limitações decorrentes da doença neurológica de base.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 243

Considerando as informações apresentadas no vídeo e as modalidades de Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3) oferecidas pelo SUS, qual é o plano mais adequado para organizar o acompanhamento domiciliar de Antônio?

A) Indicar Antônio para AD1, com visitas mensais pela equipe de Atenção Primária à Saúde e apoio multiprofissional para as necessidades identificadas no acompanhamento.

B) Indicar Antônio para AD3, com acompanhamento ao menos semanal pelo Serviço de Atenção Domiciliar e recursos de maior complexidade para as necessidades identificadas no domicílio.

C) Indicar Antônio para AD2, com acompanhamento ao menos semanal pelo Serviço de Atenção Domiciliar e apoio multiprofissional para as necessidades identificadas após a alta.

D) Indicar Antônio para AD1, com visitas semanais pela equipe de Atenção Primária à Saúde e apoio multiprofissional até estabilização das necessidades identificadas após a alta.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 244

Após a situação apresentada no vídeo, qual é a conduta mais adequada em relação às investigações propostas para Antônio?

A) Investigar a perda ponderal com exames laboratoriais e tomografia, postergando PSA e colonoscopia até a definição da causa do emagrecimento.

B) Investigar a perda ponderal e a disfagia de forma dirigida, selecionando os exames conforme sua contribuição para as decisões de cuidado e os potenciais benefícios e danos.

C) Investigar a perda ponderal com exames laboratoriais e atualizar os rastreamentos pendentes, considerando a possibilidade de coexistência de doenças assintomáticas.

D) Investigar a perda ponderal e a disfagia com exames laboratoriais realizáveis no domicílio, reservando os exames que exijam deslocamento para situações em que os resultados iniciais não esclareçam a causa dos sintomas.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 245

Diante da possibilidade de nova piora clínica de Antônio, qual planejamento é mais adequado a partir das informações apresentadas no vídeo?

A) Pactuar previamente com Antônio e sua família as prioridades do cuidado, registrar suas preferências e planejar o manejo dos sintomas e das intercorrências, revendo as decisões conforme a evolução clínica.

B) Planejar a permanência no domicílio durante futuras intercorrências, reservando transferências hospitalares para situações em que o controle dos sintomas não seja possível pela equipe responsável pelo cuidado domiciliar.

C) Manter o tratamento das condições atuais e definir as condutas diante de futuras intercorrências quando elas ocorrerem, considerando que a evolução da doença ainda não permite antecipar quais intervenções serão necessárias.

D) Registrar a preferência de Antônio pela permanência no domicílio e priorizá-la nas futuras intercorrências, cabendo à família decidir sobre intervenções adicionais caso ele não possa manifestar sua vontade.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 246

Três meses após a morte de Antônio, considerando a situação de Helena apresentada no vídeo, qual é a conduta mais adequada da equipe de Atenção Primária à Saúde?

A) Intensificar o acompanhamento, considerando a persistência de tristeza e choro após três meses como sinais de dificuldade na elaboração da perda, mesmo com retomada de atividades.

B) Realizar avaliação direcionada para transtorno depressivo, considerando que a persistência de tristeza associada às alterações do sono indica evolução além da resposta esperada à perda.

C) Manter acompanhamento até a remissão das manifestações de tristeza e choro, utilizando o desaparecimento desses sintomas como parâmetro para encerramento do cuidado relacionado à perda.

D) Manter acompanhamento, acolhendo as manifestações relacionadas à perda e observando sua evolução, especialmente quanto à funcionalidade e à retomada de atividades.

Apresentação do caso 2 – vídeo 2

Ana Júlia - Licença.

Dra. Manuela - Oi, Ana Júlia. Eu sou a Manuela, médica. Eu tô fazendo formação em Medicina de Família e Comunidade sob a supervisão do Dr. André, que é o médico de família da sua equipe. Hoje eu vou fazer seu atendimento. Tudo bem?

Ana Júlia - Tudo.

Dra. Manuela - Como é que você gosta de ser chamada?

Ana Júlia - Pode me chamar de Ana ou Ana Júlia, tanto faz.

Dra. Manuela - Certo, Ana. Com o que posso lhe ajudar hoje?

Ana Júlia - Eu vim pra dar continuidade ao meu pré-natal. Antes eu morava no Rio Grande do Sul, mas... Eu estava fazendo meu acompanhamento lá, mas eu e meu marido tivemos que nos mudar porque perdemos tudo na enchente, inclusive a minha "caderneta" do pré-natal.

Dra. Manuela - Certo, se eu entendi bem, moram você e o seu marido.

Ana Júlia - Sim.

Dra. Manuela - É a sua primeira vez grávida?

Ana Júlia - É, é sim. Estamos casados há dois anos e planejamos engravidar ano passado. Estamos superfelizes com a chegada do bebê. Ansiosos.

Dra. Manuela - Que bom. E você tem algum exame ou algum outro tipo de documento do acompanhamento do seu pré-natal?

Ana Júlia - Infelizmente, não. A casa encheu de água, estava tudo lá. E como a família do meu marido é daqui, a gente resolveu vir embora. E eu marquei essa consulta o mais rápido possível.

Dra. Manuela - E você chegou a fazer algum tipo de exame por lá?

Ana Júlia - Sim, sim. Eu fiz ultrassonografia no início da gestação e alguns outros exames. A médica que me acompanhava lá disse que estava tudo certo.

Tela: A consulta segue. Manuela coleta as informações de saúde de Ana Júlia e faz o exame físico. Ana é primigesta, está assintomática, com 23 semanas de gestação, altura de 1,65 m, peso 64 kg (ganhou 4 kg desde o início da gestação), pressão arterial 100/60 mmHg, movimento fetal presente, altura de fundo uterina de 21 cm, batimento cardíaco fetal 140, sem dinâmica uterina, sem edema de membros inferiores. Não tem problemas de saúde crônicos, nem

doenças na família. Nega uso de medicamentos, alergias, tabagismo e ingestão de álcool. Nunca teve infecções sexualmente transmissíveis.

Dra. Manuela - Ana, está tudo bem com seus exames. Seu útero está do tamanho esperado para o seu tempo de gestação. Seu ganho de peso está adequado, e a pressão está boa. Mas como eu não vi seus exames anteriores, eu vou repetir eles, esses primeiros exames dos três primeiros meses de gestação, mais os que costumamos pedir nessa metade da gravidez e uma nova ultrassonografia obstétrica. Eu gostaria de sugerir também que fizéssemos os exames de sorologias para infecções sexualmente transmissíveis por meio do teste rápido. Que aí o resultado fica pronto ainda hoje. Tudo bem?

Ana Júlia - Tudo, mas tu tá preocupada com alguma coisa?

Dra. Manuela - Não, é por rotina mesmo e para agilizarmos os resultados, já que eu não vi os seus exames do início da gravidez. Vamos fazer os testes de HIV, hepatites e sífilis.

Ana Júlia - Tá bem.

Dra. Manuela - Ok, eu vou trancar a porta então para que ninguém nos interrompa enquanto fazemos os testes, tá?

Tela: Manuela se senta de frente para Ana, explica como são feitos os testes, como se interpretam os resultados e procede com a realização dos exames, que mostram os seguintes resultados:

- Anti-HIV não reagente
- Teste treponêmico reagente
- Anti-HCV não reagente
- HBsAg não reagente

Dra. Manuela - Então, Ana, o que você espera do resultado dos seus exames?

Ana Júlia - Não sei, eu acho que deve dar tudo negativo, até porque eu fiz esses exames no início da minha gestação.

Dra. Manuela - Bom, podemos ver os resultados agora?

Ana Júlia - Sim.

Dra. Manuela - Bom, os exames de HIV e de hepatites deram negativo, mas o de sífilis deu positivo.

Ana Júlia - Sério? E agora? Como assim?

Dra. Manuela - Olha, Ana, eu entendo a sua preocupação. Como eu não vi os seus exames anteriores, eu não tenho como ter certeza se isso é uma infecção

recente ou se você tem isso há mais tempo. Mas como você acha que fez os exames antes e eles deram negativo, pode ser que você tenha se contaminado durante a gestação. Mas vamos cuidar de você, tá bem? Pode ficar tranquila. Agora eu gostaria de tirar suas dúvidas.

Ana Júlia - Mas como foi? Será que meu marido... Eu não quero nem pensar uma coisa dessas... Ele não chegou a fazer esses exames. Ele trabalhava demais, e eu ia no médico sozinha, nas consultas, ele não ia comigo. Será que ele passou ela pra mim?

Dra. Manuela - É possível. É difícil de dizer há quanto tempo uma pessoa tem sífilis, e ainda pode haver erro no resultado do exame. Pode ser que seu marido já tivesse sífilis antes mesmo de vocês se conhecerem. É importante que comecemos logo o tratamento dele. Mas como você está grávida, o seu tratamento precisa iniciar logo também, porque esta é uma doença curável e quanto antes tratarmos, menores as chances de contaminar o bebê. Você tem mais alguma pergunta sobre sífilis para fazer agora? Não precisa se preocupar. Eu posso ir também tirando suas dúvidas ao longo do seu pré-natal. Tá bem?

Ana Júlia - Certo.

Dra. Manuela - Bom, como eu disse, precisamos tratar logo. Como você não tem sintomas e como não temos acesso aos seus exames prévios para saber há quanto tempo você está infectada, o ideal é tratarmos como uma sífilis de duração desconhecida. Por isso, você vai ter que tomar injeções de penicilina uma vez por semana, durante três semanas, se tivéssemos um exame seu negativo do início da gestação, seria um quadro recente e bastaria uma aplicação. Precisamos avaliar seu marido para ver como será o tratamento dele. Alguma dúvida sobre isso? Depois eu vou fazer a receita e te explico tudo de novo.

Ana Júlia - Não, acho que eu entendi. Mas você também disse que o exame pode ter dado errado. Não seria melhor repetir o teste primeiro?

Dra. Manuela - Bom, esse teste rápido que fizemos serve para ver se a pessoa já teve contato com a sífilis. Se já teve, esse resultado vai dar positivo sempre, para o resto da vida da pessoa. Por isso que não costumamos usar ele para acompanhar o tratamento.

Usamos mais ele como um diagnóstico para quando a pessoa não teve sífilis previamente, como é o seu caso. Às vezes o resultado pode dar um falso positivo, que significa que a pessoa não tem sífilis, apesar de ter um resultado positivo. Mas para sabermos isso, só com os exames que eu vou pedir pra você coletar no laboratório. Caso os seus exames e os do seu marido derem negativo,

isso pode sugerir um falso positivo. Então, eventualmente, podemos até interromper o tratamento caso você ainda tenha aplicações para tomar. De qualquer forma, mesmo diante dessa possibilidade, já começamos o tratamento na gestação para maior proteção do bebê, caso o diagnóstico se confirme.

Ana Júlia - Certo. Se entendi, eu preciso já iniciar o tratamento. Enquanto isso, devo coletar outros exames para confirmar o diagnóstico.

Dra. Manuela - Isso mesmo. Caso os outros exames também venham alterados, o diagnóstico está confirmado. E aí vamos repetindo os exames mensalmente até o dia do parto para verificarmos se o tratamento deu certo. Mas com o tratamento correto, a chance de cura é bem alta. Quanto ao bebê, ele também vai fazer os exames assim que nascer, ainda na maternidade, para sabermos se ele pegou a doença ou não. E aí, a partir dessa avaliação prévia, nós vamos saber se ele vai precisar tomar penicilina. Tem mais alguma coisa que você gostaria de saber agora?

Ana Júlia - Acho que não, mas se surgir alguma dúvida, eu pergunto.

Dra. Manuela - Tudo bem. Então vamos lá. Eu vou prescrever penicilina para você começar ainda hoje e vou passar os outros exames pra confirmação do diagnóstico. Também vou pedir os demais exames de rotina, que serão agendados com prioridade devido à gestação. E aí, assim que eles ficarem prontos, você me procura, e a gente vê o resultado juntas. Tudo bem? Ah, quanto ao seu marido, ele deve passar em avaliação ainda essa semana com a nossa equipe para fazer o teste rápido dele. Você quer alguma ajuda para falar com ele sobre esse diagnóstico?

Ana Júlia - Não. Acho que não. Eu vou falar a ele que o exame deu alterado e que eu vou fazer outros exames para confirmar o diagnóstico, mas que, mesmo assim, ele tem que vir à unidade essa semana ainda para fazer o teste rápido. Assim, logo saberemos as medidas certas a tomarmos para proteger o bebê.

Dra. Manuela - Isso mesmo. Acho que você entendeu tudo. Mas qualquer dúvida, qualquer coisa, qualquer pergunta, estamos aqui, tá? Só entrar em contato, mesmo que os seus exames ainda não tenham saído resultado. Mas quando os exames de rotina saírem os resultados, eu peço para que você me procure. Tudo bem?

Ana Júlia - Tudo bem. Obrigada pela consulta.

Dra. Manuela – Imagina, até mais.

Tela: Ana Júlia retorna em 10 dias com os exames de laboratório.

Dra. Manuela – Bom dia, Ana. Em que posso lhe ajudar hoje?

Ana Júlia - Eu vim trazer os exames de laboratório, conforme a senhora pediu. A ultrassonografia vai ser no final da semana.

Dra. Manuela – Certo. E como estão você e seu marido?

Ana Júlia - Ah, a gente tá bem. Estamos focados nos preparativos para a chegada do bebê. Eu perguntei a ele sobre estar com mais alguém, mas ele me negou. Falou que não esteve com ninguém e que pode ter pego essa doença antes de nos conhecermos. Mesmo assim, a gente fica com dúvida ainda, né?

Dra. Manuela - Eu entendo, mas realmente existe essa possibilidade, como eu te expliquei na última consulta. Mas caso vocês tenham alguma dúvida, vocês precisarem falar sobre isso, quiserem conversar, nós estamos à disposição.

Ana Júlia - Obrigada.

Dra. Manuela - Mas me diga, você tem alguma preocupação em relação ao resultado dos seus novos exames?

Ana Júlia - Não. Só quero que esteja tudo bem.

Dra. Manuela - Estou vendo aqui os seus exames. O de sífilis confirmou o diagnóstico. Esse novo exame quantifica o resultado que deu 1 para 16. Precisamos acompanhar para ver se esse resultado diminui. Se ele ficar igual a 1 por 4 ou menor, aí podemos considerar que você está curada. Deu também uma leve anemia, que é normal durante a gestação. Significa, na verdade, que está indo tudo bem, tá? Eu vou te passar uma suplementação de ferro, e você não tem com o que se preocupar. O seu tipo sanguíneo é O positivo, e a urina está normal. Tem alguns outros resultados que deram uma leve alteração, que me deixaram com uma dúvida. Vou ter que falar com o Dr. André. Só que eu não quero adiantar nada para não te preocupar sem necessidade, tá? Então eu já volto.

Dra. Manuela - André, eu posso discutir um caso com você?

Dr. André - Claro.

Dra. Manuela - Eu estou atendendo a Ana Júlia, aquela gestante nova no território que está com sífilis. Mas não é sobre isso que eu queria falar hoje. Ela chegou assintomática e retornou com os outros exames de rotina. E eu fiquei com dúvida nesses dois.

Tela:

Teste oral de tolerância à glicose:

- Jejum: 93 (valor de referência < 92 mg/dL)
- 1 hora: 145 (valor de referência < 180 mg/dL)
- 2 horas: 118 (valor de referência < 153 mg/dL)
- IgM para toxoplasmose reagente
- IgG para toxoplasmose reagente (350 UI/dL)

Dr. André - E quais são suas dúvidas, Manuela?

Dra. Manuela - A primeira é sobre o resultado do teste de tolerância à glicose. Os valores de referência seguem as recomendações da OMS, mas só deu uma alterada, a glicemia de jejum, e mesmo assim bem perto da normalidade. Eu lembro que você trouxe discussões sobre esse assunto dos pontos de corte para caracterizar o diagnóstico. Eu fiquei na dúvida se devo considerar a diabetes gestacional.

Dr. André - É. Bem, esses valores adotados pela OMS e por algumas sociedades internacionais, eles foram definidos por consenso com base num estudo HAPO divulgado no New England em 2008. Esse não é um estudo clínico de acompanhamento de gestantes com diabetes. Ele apenas avaliou a relação entre valores de glicemia de um teste oral de tolerância à glicose realizado entre seis, sete meses de gestação e quatro desfechos perinatais. Sendo que dois desses desfechos, eles nem têm relação com o nosso contexto. Que é a dosagem do peptídeo C no sangue do cordão umbilical, que não é realizado de rotina no pré-natal e o percentual de cesariana, que ficou entre 25% e 35% no grupo de glicêmicos, de níveis glicêmicos mais elevados. Mas, ainda assim, é uma taxa menor do que a taxa de cesariana no Brasil, que ultrapassa 50%. Já os outros dois desfechos eram a hipoglicemia neonatal, que só se elevou no grupo que tem a taxa de glicemia de jejum, ficava superior a 100, igual ou maior que 100, e o peso ao nascer acima do percentil 90, que vai aumentando proporcionalmente à elevação dos valores glicêmicos. Ou seja, esse último desfecho é o único que poderia justificar um diagnóstico, num caso como o seu, de glicemia de jejum 93. Mas, ainda assim, carece de uma avaliação sobre a repercussão disso na morbimortalidade materna e fetal, e sobre o impacto do tratamento a partir deste ponto de corte consensuado.

Dra. Manuela - É por isso que eu fiquei na dúvida. Ainda tem outro estudo mais recente que eu lembro que você comentou sobre. Que aponta que o uso desses valores de corte de referência, eles podem implicar em sobretratamento ou sobrediagnóstico.

Dr. André - É isso mesmo, Manuela. Em 2022, foi publicado um ensaio clínico no New England, e ele fazia o seguinte, ele distribuiu as mulheres entre 24 e 32

semanas de gestação por dois grupos distintos de rastreio de diabetes gestacional. Um grupo considerava os valores de ponto de corte da OMS, chamado de critérios glicêmicos mais baixos. O outro grupo, chamado de critérios glicêmicos mais altos, considerava diabetes gestacional se a glicemia de jejum fosse maior ou igual a 99, e a glicemia após duas horas maior ou igual a 162. Aqui a gente tem os principais resultados deste estudo.

Tela:

RESULTADOS

Um total de 4.061 mulheres foi submetido à randomização.

O diabetes gestacional foi diagnosticado em 15,3% das mulheres do grupo de critérios glicêmicos mais baixos e em 6,1% das do grupo de critérios glicêmicos mais altos.

Entre os 2.019 recém-nascidos de mulheres do grupo de critérios glicêmicos mais baixos, 8,8% eram grandes para a idade gestacional; entre os 2.031 recém-nascidos de mulheres do grupo de critérios glicêmicos mais altos, 8,9% eram grandes para a idade gestacional (risco relativo ajustado: 0,98; intervalo de confiança de 95%: 0,80 a 1,19; p = 0,82).

A indução do parto, a utilização de serviços de saúde, o uso de agentes farmacológicos e a hipoglicemia neonatal foram mais frequentes no grupo de critérios glicêmicos mais baixos.

Os resultados referentes aos demais desfechos secundários foram semelhantes nos dois grupos do estudo, e não houve diferenças substanciais entre os grupos quanto aos eventos adversos.

Dr. André - Como é que você pensa em conduzir o caso, Manuela, com base nessas informações?

Dra. Manuela - Eu vou tentar explicar esses dados em uma linguagem simples para ela, até para me ajudar a fixar essas informações e compartilhar a decisão sobre o diagnóstico e o seguimento. Se eu tiver algum problema eu posso te chamar?

Dr. André - Claro, claro. Ah, qual era a sua outra dúvida?

Dra. Manuela - Ah, é a respeito do teste que deu positivo para toxoplasmose. Eu fiquei na dúvida quanto à necessidade de algum exame adicional e à necessidade de tratamento.

Dr. André - É, a evidência disso, ela se baseia em estudos observacionais, né? Pois a doença é negligenciada, como na maioria dos países desenvolvidos. Não tem problema com a toxoplasmose, faltam investimentos para realizar pesquisas clínicas. O principal estudo sobre o tema é uma revisão sistemática conduzida por um grupo de pesquisa francês. Ele aponta que o tratamento, quando aplicado em até três semanas após o diagnóstico, ele reduz o risco sobre a conversão do feto comparado com tratamentos mais tardios. Mas a gente não sabe se o tratamento reduz o risco de complicações da doença como coriorretinite. Bom, ao agrupar os resultados, eles excluíram os estudos da América Latina porque aqui o toxoplasma é mais patogênico que na França e produz mais complicações.

Dra. Manuela - É por isso que eu fiquei na dúvida.

Dr. André - Não, eu entendo, mas...

Dra. Manuela - Espero não ter demorado muito. Eu estava confirmando algumas informações para lhe explicar tudo direito e para decidirmos como vai ser o acompanhamento do seu pré-natal. Eu queria falar também sobre o exame que avalia a quantidade de açúcar no seu sangue.

Ana Júlia - O que houve? Eu estou com diabetes?

Dra. Manuela - Não exatamente, mas há diferentes critérios propostos na literatura científica para definir o diagnóstico de diabetes gestacional. Um dos critérios foi definido de forma consensual, baseado nas informações de um estudo que mostrou que quanto maior o nível de açúcar no sangue de mulheres grávidas, maior a chance de elas terem filhos com um peso acima do normal. Baseado nesse critério, poderíamos considerar que você está com diabetes. Pelo seu nível de açúcar no sangue, você tem 15% de chances de ter um bebê grande. No entanto, esse estudo não avaliou o risco e as complicações para o bebê e para a mãe. Mas ainda vou falar sobre os outros critérios. Posso prosseguir?

Ana Júlia - Claro.

Dra. Manuela - Mais recentemente, fizeram estudos que comparavam mulheres grávidas com diagnósticos de diabetes por dois critérios diferentes. O primeiro é o que eu citei para você antes. As mulheres tratadas com base nesse critério, pelo qual você estaria com diabetes, tiveram mais intervenções médicas e indução ao parto, além de mais uso de medicamentos e, mesmo assim, os bebês nasceram com a taxa de glicose baixa, sem que isso fizesse diferença na quantidade de bebês com peso acima do normal. O outro grupo considerava

valores mais altos de glicose no sangue para o diagnóstico. E se considerarmos esse critério, você não está com diabetes.

Ana Júlia - Se eu entendi bem, o meu nível de açúcar no sangue aumenta a chance de o meu bebê nascer acima do peso. Porém, se eu começar o tratamento de diabetes agora, eu e meu bebê podemos sofrer mais intervenções médicas, sem que isso reduza a chance de ele nascer acima do peso, quando comparado a mulheres que receberam tratamento a partir de níveis mais altos de açúcar do que o meu. É isso?

Dra. Manuela - Isso mesmo.

Ana Júlia - Então, não seria melhor a gente continuar acompanhando o nível de açúcar no meu sangue e considerar a diabetes e a necessidade de tratamento caso eles aumentem mais do que agora?

Dra. Manuela - É justamente isso que eu queria compartilhar com você. Podemos fazer como você sugeriu e vamos decidindo juntas se vamos considerar o diagnóstico e vamos ver qual é o melhor tratamento. Tudo bem?

Ana Júlia - Tudo bem...

Dra. Manuela - Mas ainda preciso conversar com você sobre outro exame. Seus testes para toxoplasmose deram positivo...

CÓDIGO DA QUESTÃO: 247

Ao comunicar o resultado do exame de sífilis, percebe-se que a residente Manuela utiliza elementos do protocolo SPIKES para comunicação de más notícias:

- S – Setting (Preparação / Ambiente);
- P – Perception (Percepção);
- I – Invitation (Convite);
- K – Knowledge (Conhecimento);
- E – Emotions (Emoções);
- S – Strategy and Summary (Estratégia e Resumo).

Assinale a alternativa correta sobre o uso que a residente faz dessa ferramenta.

A) Manuela realiza adequadamente o S (setting), pois prepara um ambiente seguro e privativo, fechando a porta do consultório, mas, sobre o passo I (invitation), ela não questiona claramente o quanto a gestante quer saber sobre a sífilis antes de prosseguir com as informações sobre a doença e perguntar se ela tem alguma dúvida.

B) A residente não aplica o passo P (perception) adequadamente, pois não questiona o que a gestante sabe previamente sobre sífilis, mas na K (knowledge), informa sobre a possibilidade de contágio a partir do marido, o diagnóstico, a interpretação do resultado, o tratamento e o seguimento, dando abertura para dúvidas e novos questionamentos.

C) Manuela introduz o passo S (strategy and summary) de forma adequada, trazendo claramente as informações sobre o tratamento e o seguimento. Além disso, oferece apoio para contar ao marido, certifica-se de que a gestante compreendeu o que conversaram e deixa a equipe à disposição para dúvidas que possam surgir na sequência.

D) No passo E (emotions), a residente acolhe adequadamente as emoções da gestante quando ela se manifesta sobre a possibilidade de o marido ter um relacionamento extraconjugal e ter passado a doença para ela, utilizando informações técnicas para transmitir a ideia de que não é possível ter certeza sobre isto.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 248

Quais são os dois componentes do método clínico centrado na pessoa que a residente utiliza ao abordar o diagnóstico de diabetes gestacional?

A) Primeiro e segundo componentes.

B) Segundo e terceiro componentes.

C) Terceiro e quarto componentes.

D) Primeiro e quarto componentes.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 249

Com base nos dados do estudo clínico que avaliou as repercussões maternofetais do acompanhamento de diabetes gestacional a partir de dois critérios diagnósticos distintos, é possível afirmar que:

A) os critérios adotados pela OMS são mais adequados, pois proporcionam maiores cuidados em saúde, evitando que mulheres grávidas deixem de ser diagnosticadas com diabetes gestacional.

B) o grupo com valores menores de glicemia reduziu de forma estatisticamente significativa o risco absoluto de um recém-nascido grande para a idade gestacional em 0,1 ponto percentual.

C) o risco relativo para diagnóstico de diabetes gestacional foi de 0,98, com intervalo de confiança de 95% de 0,80 a 1,19, com valor de p de 0,82, o que mostra que não houve diferença entre os dois grupos.

D) houve um aumento de risco absoluto de diagnóstico de diabetes gestacional de 9,2 pontos percentuais no grupo com valores menores de glicemia, sem nenhum benefício clínico, o que caracteriza sobrediagnóstico.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 250

Ao avaliar o resultado dos exames de toxoplasmose de Ana Júlia, a conduta mais adequada da residente Manuela seria:

A) prescrever tratamento com espiramicina até o final da gestação, notificar e encaminhar para o pré-natal de alto risco.

B) prescrever tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico até o final da gestação, notificar e encaminhar para o pré-natal de alto risco.

C) solicitar o teste de avidez de IgG e, se estiver baixa, prescrever tratamento conforme a idade gestacional, notificar e encaminhar para o pré-natal de alto risco.

D) solicitar o teste de avidez de IgG e, se estiver alta, orientar que a infecção ocorreu antes da gestação e que não há necessidade de tratamento.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 251

Durante a consulta, a residente Manuela frisou a necessidade de o parceiro de Ana Júlia procurar a equipe com brevidade para realizar o teste rápido de sífilis.

Sobre a abordagem do parceiro dela, assinale a conduta mais adequada.

A) Independentemente do resultado do teste rápido, ele deve receber penicilina. O resultado do teste ajudará a definir se ele vai precisar de uma dose única ou três doses.

B) Se o resultado do teste rápido for negativo, ele deve aguardar os exames confirmatórios da esposa para saber se precisará receber penicilina.

C) Se o teste rápido for positivo, ele deve receber três doses de penicilina para diminuir as chances de recontaminação da esposa durante o pré-natal.

D) Se o teste for positivo, ele deve receber uma dose de penicilina e aguardar os testes não treponêmicos dele e da esposa para avaliar a necessidade de doses adicionais.

SBMFC Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

GABARITO PRELIMINAR – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

Código da Questão	Alternativa Correta
242	C
243	C
244	B
245	A
246	D
247	B
248	C
249	D
250	B
251	A