



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está em um consultório de uma unidade de pronto atendimento (UPA) e vai atender uma paciente com quadro de icterícia.

TAREFAS

- Realizar a anamnese e o exame físico direcionados para a queixa, indicando, oralmente, cada etapa do exame físico.
- Solicitar, oralmente, o(s) exame(s) complementar(es) necessário(s) para a formulação da hipótese diagnóstica.
- Interpretar, oralmente, o(s) resultado(s) do(s) exame(s) solicitado(s).
- Informar à paciente a hipótese diagnóstica e explicar a conduta indicada.

CATEGORIA DO CASO

paciente do sexo feminino, de 35 anos de idade, com quadro de coledocolitíase

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

consultório de unidade de pronto atendimento (UPA)

RECURSOS

uma paciente simulada
ambiente simulando sala de atendimento de UPA
Impresso 1 – exame físico
Impresso 2 – exames laboratoriais
Impresso 3 – ultrassom de abdome

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

O(a) candidato(a) está em uma unidade de pronto atendimento e deverá atender uma paciente de 35 anos de idade que apresenta quadro de icterícia há 1 semana. Ela refere episódio de dor aguda em hipocôndrio direito e epigástrio há 1 semana, posteriormente evoluindo com icterícia de escleras e pele, colúria e acolia. O(A) candidato(a) deve avaliar os sintomas e sinais, para estabelecer a classificação do risco e a adoção de plano de cuidado. É necessário o diagnóstico diferencial com outras causas de icterícia.

O(A) candidato(a) não precisará realizar o exame físico, mas deverá falar que vai realizá-lo. A atriz deverá fornecer os resultados do exame físico (Impresso 1) e dizer que traz consigo exames solicitados previamente em outra consulta — exames laboratoriais (Impresso 2) e ultrassom de abdome (Impresso 3).

O(A) candidato(a) deverá:

- realizar anamnese e exame físico direcionados para a queixa;
- interpretar exames complementares fornecidos, para a formulação da hipótese diagnóstica;
- formular a hipótese diagnóstica;



- orientar a paciente sobre os diagnósticos diferenciais e as condutas possíveis.



EXAME FÍSICO

Regular estado geral, normocorada, desidratada +/-, eupneica, acianótica, icterica +/-

PA: 100 mmHg × 70 mmHg

FC: 96 bpm

temperatura axilar: 37,7 °C

ABDOMEN: semigloboso, normotenso, pouco doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito. Sinal de Murphy ausente, sem dor à descompressão brusca.

AP. RESPIRATÓRIO, CARDIOVASCULAR E EXTREMIDADES: sem alterações.



IMPRESSO 2

EXAMES LABORATORIAIS

Htc: 38%

leucócitos: 13.000

bilirrubina direta: 7,8 mg/dL

TGO: 156 U/L

FAL: 300 U/L

Hb: 12 g/dL

bastões: 1

bilirrubina indireta: 1,4 mg/dL

TGP: 174 U/L

gamaGT: 120 U/L



IMPRESSO 3

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME

Vesícula biliar de paredes finas, normodistendida, contendo inúmeros microcálculos em seu interior. Vias biliares intra-hepáticas de calibre discretamente aumentado. Hepatocolédoco medindo 8 mm.



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está de plantão na emergência de um hospital e vai atender uma paciente, encaminhada de unidade de pronto atendimento (UPA), com quadro de dor abdominal.

TAREFAS

- Realizar a anamnese e o exame físico direcionados para a queixa, indicando, oralmente, cada etapa do exame físico.
- Solicitar, oralmente, o(s) exame(s) complementar(es) necessário(s) para a formulação da hipótese diagnóstica.
- Interpretar, oralmente, o(s) resultado(s) do(s) exame(s) solicitado(s).
- Informar à paciente a hipótese diagnóstica e explicar a conduta indicada.



CATEGORIA DO CASO

paciente do sexo feminino, de 35 anos de idade, com quadro de colecistite aguda

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

sala de atendimento de pronto-socorro de um hospital

RECURSOS

uma paciente simulada
ambiente simulando sala de atendimento de pronto-socorro
Impresso 1 – exame físico
Impresso 2 – exames laboratoriais
Impresso 3 – ultrassom de abdome

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

O(a) candidato(a) está em uma unidade de pronto-socorro de um hospital e deverá atender uma paciente de 35 anos de idade, com quadro de dor abdominal há 2 dias, encaminhada da UPA. Ela refere episódio de dor aguda em hipocôndrio direito há 2 dias, sem melhora com uso de analgésicos, associada a náuseas e febre não aferida. O(A) candidato(a) deve avaliar os sintomas e sinais, para estabelecer a classificação do risco e adoção de plano de cuidado. É necessário o diagnóstico diferencial com outras causas de dor abdominal.

O(A) candidato(a) não precisará realizar o exame físico, mas deverá indicar, oralmente, que vai realizá-lo. A atriz deverá fornecer os impressos com os resultados do exame físico (Impresso 1) e dizer que traz consigo exames solicitados na UPA — exames laboratoriais (Impresso 2) e ultrassom de abdome (Impresso 3).

O(A) candidato(a) deverá:

- realizar anamnese e exame físico direcionados para a queixa;
- interpretar exames complementares fornecidos para a formulação da hipótese diagnóstica;
- formular a hipótese diagnóstica;
- orientar a paciente sobre os diagnósticos diferenciais e as condutas possíveis.



EXAME FÍSICO

Regular estado geral, normocorada, desidratada +/4+, eupneica, acianótica, anictérica

PA: 100 mmHg × 70 mmHg

FC: 96 bpm

Temperatura axilar: 37,7 °C

ABDOME: semigloboso, normotenso, doloroso à palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito. Sinal de Murphy presente, sem dor à descompressão brusca.

AP. RESPIRATÓRIO, CARDIOVASCULAR E EXTREMIDADES: sem alterações.



IMPRESSO 2

EXAMES LABORATORIAIS

Htc: 38%

Hb: 12 g/dL

leucócitos: 12.000

bastões: 0

PCR: 0,7 mg/L

VHS: 12 mm/h

bilirrubina direta: 0,5 mg/dL

bilirrubina indireta: 0,4 mg/dL

TGO: 34 U/L

TGP: 36 U/L

FAL: 67 U/L

gamaGT: 38 U/L



IMPRESSO 3

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME

Vesícula biliar de paredes espessadas, distendida, contendo inúmeros microcálculos em seu interior.

Vias biliares intra-hepáticas e extra-hepáticas de calibre normal.



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está no consultório de uma unidade básica de saúde (UBS) e irá atender um paciente de 68 anos de idade que passou por internação recentemente (há 3 semanas), no HUB, e agendou esse atendimento porque voltou a apresentar sintomas semelhantes aos que o levaram a ser internado.

TAREFAS

- Fazer a avaliação inicial do paciente, considerando sua demanda principal e sua internação recente.
- Solicitar e interpretar, oralmente, o(s) exame(s) necessário(s) à formulação do diagnóstico.
- Explicar, oralmente, o diagnóstico ao paciente e a conduta indicada.



CATEGORIA DO CASO

Atendimento médico, em UBS, de paciente idoso portador de insuficiência cardíaca descompensada, saído recentemente de internação hospitalar, em uso irregular das medicações.

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

consultório de unidade básica de saúde

RECURSOS

um paciente simulado (idoso)
ambiente simulando consultório de UBS
Impresso 1 – exame físico completo
Impresso 2 – radiografia de tórax
Impresso 3 – sorologia para doença de Chagas
Impresso 4 – ECG
Impresso 5 – ecocardiograma
Impresso 6 – receita de medicações em uso

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

Caso de insuficiência cardíaca descompensada em idoso mal orientado, que necessita ser avaliado clinicamente e orientado sobre o manejo da doença de base.

O(a) candidato(a) deverá ser capaz de:

- realizar anamnese e o exame físico do paciente;
- avaliar as medicações em uso irregular pelo paciente;
- interpretar os resultados dos exames trazidos pelo paciente (radiografia de tórax, ECG e ecocardiograma);
- solicitar sorologia para doença de Chagas e interpretar o respectivo resultado;
- dar o diagnóstico de ICC e informar a conduta terapêutica adequada para o caso.



EF1 (exame físico geral)

FC: 64 bpm

FR: 24 irpm

PA: 130 mmHg × 80 mmHg

SatO₂: 96 % a.a.

Peso: 82 kg

Altura: 1,78 m

IMC: 25,8 kg/m²

Paciente sentado, confortável em repouso, corado, hidratado, acianótico, sem alterações de pele.

Aparelho cardiovascular: ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Abdome: semigloboso, normotenso, indolor a palpação, sem visceromegalias ou massas, ruídos hidroaéreos normoativos.

Extremidades: pulsos periféricos palpáveis e simétricos, bem perfundido, sem edema de membros inferiores ou sinais de TVP.

EF 2 (exame físico do sistema venoso)

Presença de turgência jugular em decúbito dorsal a 45°. Presença de pulso venoso visível com estimativa da pressão venosa jugular de 18 cm H₂O. Presença de refluxo hepatojugular.

EF 3 (exame físico do sistema respiratório)

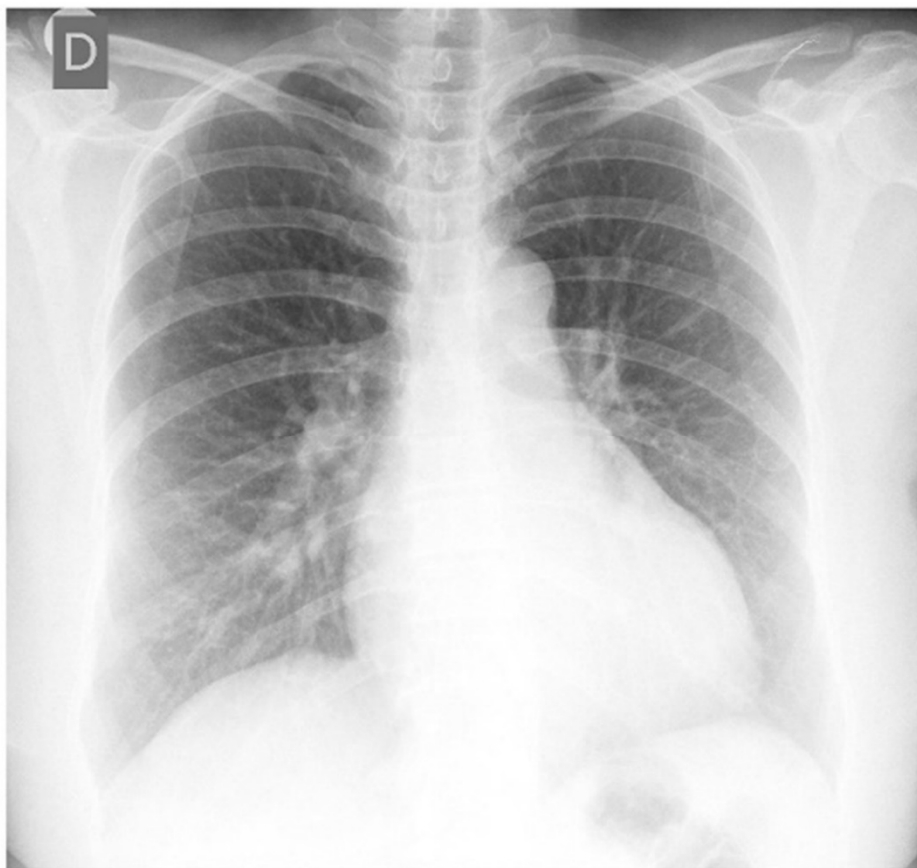
Tórax atípico. Ausência de sinais de esforço respiratório. Expansibilidade e frêmito toracovocal sem alterações. Murmúrio vesicular fisiológico em todo o pulmão, com creptações finas inspiratórias em bases bilateralmente.

EF 4 (exame físico do *ictus cordis*)

Ictus cordis localizado em 6.º EICE na linha axilar anterior, globoso, com 4 cm de extensão.

IMPRESSO 2

RADIOGRAFIA DE TÓRAX





IMPRESSO 3

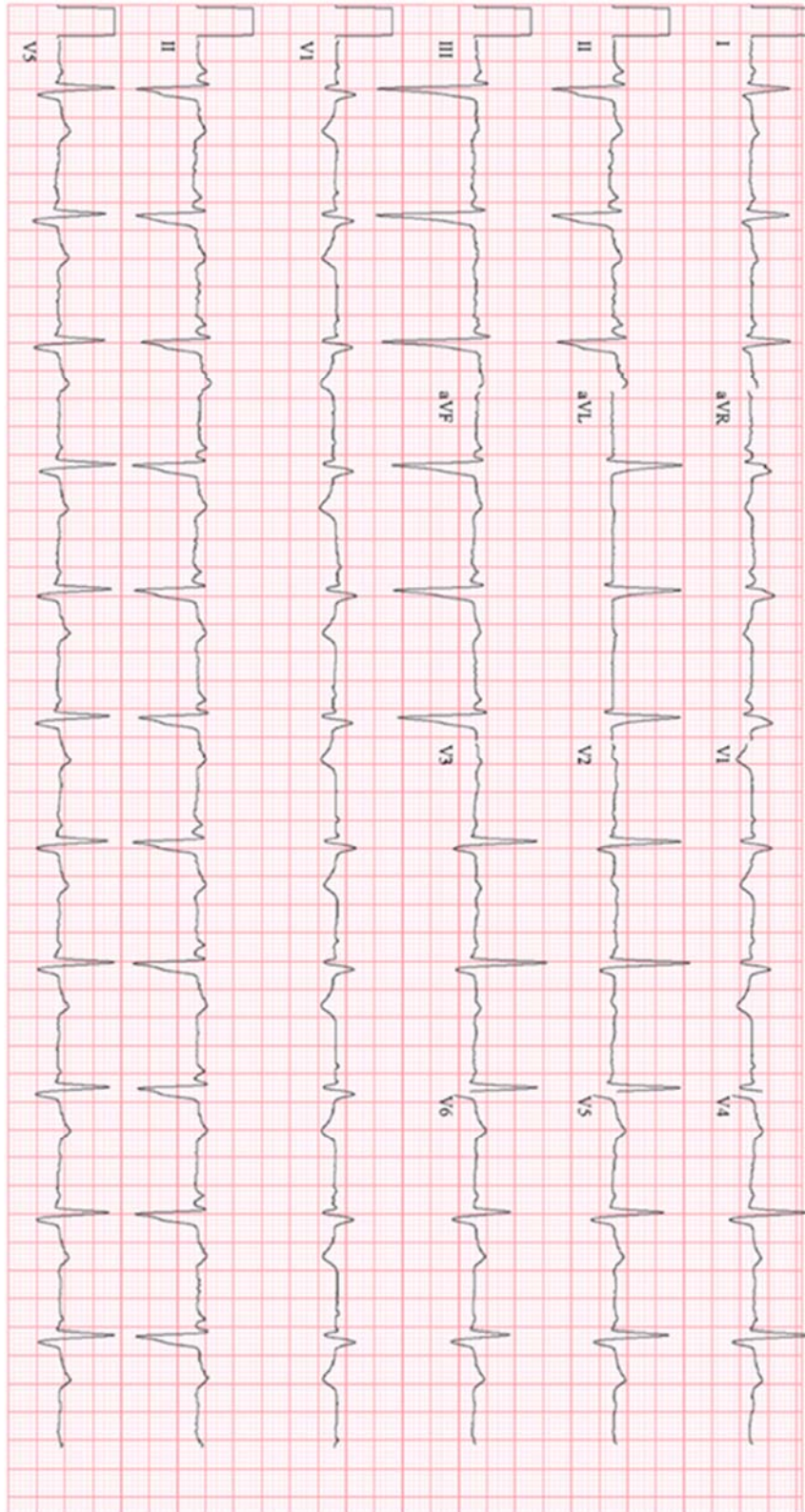
Sorologia para doença de Chagas

Hemaglutinação indireta para *T. cruzi*: positivo

Ensaio imunoenzimático (teste de ELISA com antígeno tumoral) para *T. cruzi*: positivo



IMPRESSO 4



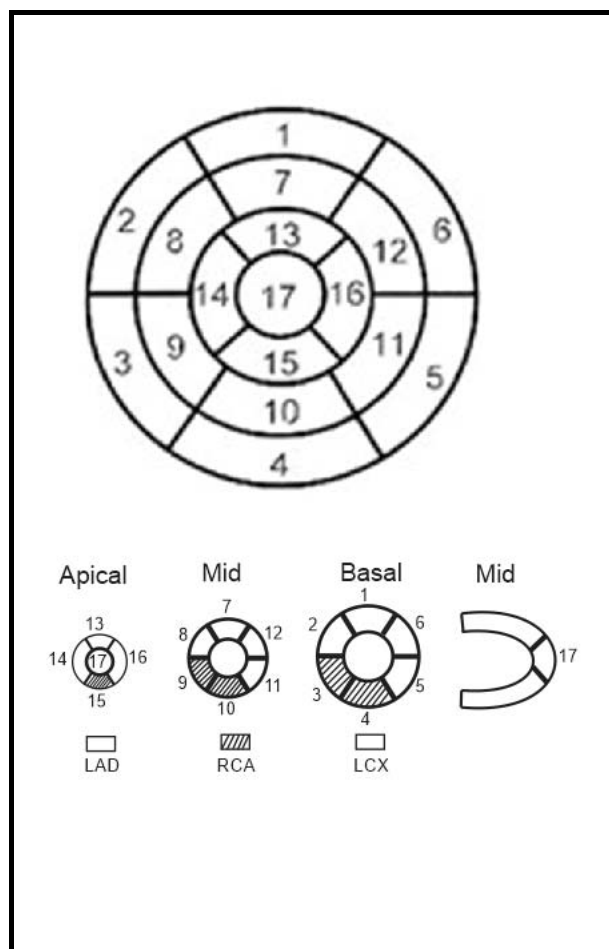
EcoDopplerCardiograma

Eco Unidimensional		
Medida	Valor (mm)	Valor Normal
AO	39	(20 a 37) mm
AE		(27 a 39) mm
Ind. Vol. AE	48	(< 29 mL/m ²)
VD	32	(07 a 30) mm
VE(d)	62	(39 a 56) mm
VE (s)		(23 a 37) mm
Septo	9	(06 a 12) mm
PPVE	8	(06 a 12) mm
Esp. Rel. PPVE	0,258	-

Relações e Funções Ventriculares		
Medida	Valor	Valor Normal
FE Teichhotz		(55 a 80)%
% Encurtamento		(27 a 45)%
Massa VE	212	(67 – 162) g
MVE / SC	119.33	(43 a 95) g/m ²

Índices de Função Diastólica

Medida	Valor (mm)	Valor Normal
Relação E/A	3.03	(0.75 < E/A < 1.5)
Relação E/E	22.00	(anormal > 15)
Tipo de Função Diastólica	Disf. Grau 3	

SEGMENTAÇÃO DO VENTRÍCULO ESQUERDO


N.º	Segmento	Índice	Classificação
1	Basal anterior	2	Hipocinesia
2	Basal anteroseptal	2	Hipocinesia
3	Basal inferoseptal	2	Hipocinesia
4	Basal inferior	2	Hipocinesia
5	Basal inferolateral	2	Hipocinesia
6	Basal anterolateral	2	Hipocinesia
7	Mid anterior	2	Hipocinesia
8	Mid anteroseptal	2	Hipocinesia
9	Mid inferoseptal	2	Hipocinesia
10	Mid inferior	3	Acinesia
11	Mid inferolateral	3	Acinesia
12	Mid anterolateral	3	Acinesia
13	Apical anterior	4	Discinesia
14	Apical septal	4	Discinesia
15	Apical inferior	4	Discinesia
16	Apical lateral	4	Discinesia
17	Apex	4	Discinesia

Índice de Contratilidade da Parede (WMSI) 2.76

☐ 0 Não visualizada ☐ 1 Contratilidade Normal
☒ 2 Hipocinesia ☒ 3 Acinesia ☒ 4 Discinesia



EcoDopplerCardiograma

Ventrículo esquerdo

Ventrículo esquerdo com dimensões da cavidade aumentadas em grau acentuado com hipertrofia excêntrica moderada.

Disfunção sistólica do VE de grau acentuado à custa de alterações segmentares associadas (vide tabela de contratilidade).

FE Simpson 21%. Presença de aneurisma apical.

Os índices de função diastólica ao *doppler* convencional e tecidual mitral mostram padrão restritivos com aumento das pressões de enchimento E/e m 22.

Ventrículo direito

Dimensões da cavidade e espessura das paredes normais.

Disfunção sistólica discreta, S'VD 8 cm/s. TAPSE 15 mm.

Átrio esquerdo

Aumento moderado.

Aorta

Raiz aórtica, aorta ascendente e arco aórtico de diâmetros normais.

Artéria pulmonar

Dimensões normais.

Valvas cardíacas

Valva mitral com textura normal e fechamento em tenda. A análise do *doppler* espectral e mapeamento de fluxo a cores mostra insuficiência discreta, excêntrica para parede posterior.

Valva aórtica espessada, com calcificação e fusão entre folhetos CE e NC (bicúspide?). A análise do *doppler* espectral e mapeamento de fluxo a cores mostra insuficiência discreta a moderada.

Valva tricúspide com textura e mobilidade normais. A análise do *doppler* espectral e mapeamento de fluxo a cores mostra insuficiência mínima.

Valva pulmonar com textura e mobilidade normais. A análise do *doppler* espectral e mapeamento de fluxo a cores mostra fluxo transvalvar normal.

Septos intercavitários

Septos atrial e ventricular íntegros.

Pericárdio

Normal sem derrame.

Veia cava

Dilatada, com variação respiratória.

Conclusão

Disfunção sistólica do VE de grau acentuado.

Aneurisma apical.

Dilatação do VE de grau acentuado.

Dilatação do AE de grau moderado.

Disfunção sistólica discreta do VD.

Disfunção diastólica do VE com padrão restritivo, com aumento das pressões de enchimento.

Insuficiência mitral discreta.

Valva aórtica com abertura bicúspide e insuficiência aórtica discreta a moderada.



IMPRESSO 6

RECEITA DE MEDICAÇÕES EM USO

Medicações prescritas para domicílio em algum momento

1. Carvedilol 25 mg de 12 em 12 horas, uso oral
2. Amiodarona 200 mg 1 vez por dia, uso oral
3. Formoterol 6 mcg + Budesonida 400 mcg de 12 em 12 horas, uso inalatório
4. Digoxina 0,25 mg 1 vez por dia , uso oral
5. AAS 100 mg 1 vez por dia, uso oral
6. Sinvastatina 10 mg 1 vez por dia, uso oral
7. Enalapril 10 mg de 12 em 12 horas, uso oral
8. Furosemida 40 mg 1 vez por dia, uso oral
9. Espironolactona 25 mg 1 vez por dia, uso oral
10. Anlodipino 5 mg 1 vez por dia, uso oral
11. Prednisona 40 mg 1 vez por dia, uso oral



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está no ambulatório de clínica médica de um hospital regional e irá atender paciente do sexo feminino, de 25 anos de idade, encaminhada de UBS. Ela queixa-se de olhos e pele amarelados e coceira em todo o corpo há 1 semana.

TAREFAS

- Realizar a anamnese e o exame físico direcionados para a queixa.
- Solicitar, oralmente, o(s) exame(s) complementar(es) necessário(s) para a formulação da hipótese diagnóstica.
- Interpretar, oralmente, o(s) resultado(s) do(s) exame(s) solicitado(s).
- Informar à paciente a hipótese diagnóstica e explicar a conduta indicada.



CATEGORIA DO CASO

Atendimento médico, em ambulatório de clínica médica de um hospital, de um caso de colestase recente em paciente jovem, do sexo feminino, que usou anabolizante há 1 semana.

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

ambulatório de clínica médica de hospital regional

RECURSOS

uma paciente simulada (jovem, com cerca de 25 anos)
ambiente que simule ambulatório de clínica médica de hospital regional
Impresso 1 – exame físico
Impresso 2 – ecografia de abdome superior
Impresso 3 – exames laboratoriais

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

Caso de hepatite aguda medicamentosa em jovem hígida, que demanda anamnese, exame físico, interpretação de exames laboratoriais e de imagem e manejo observacional sem internação hospitalar.

O(a) candidato(a) deverá ser capaz de:

- realizar anamnese e exame físico direcionados para a queixa;
- interpretar exames complementares fornecidos, para a formulação da hipótese diagnóstica;
- formular a hipótese diagnóstica;
- orientar a paciente sobre a conduta indicada.



Exame físico geral

PA: 120 mmHg × 60 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 24 irpm

SatO₂: 96% a.a.

Peso: 50 kg

Altura: 1,78 m

Bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, afebril, ictérica 4+\\4+, orientada no tempo e espaço, sem lesões de pele, porém com coloração amarelada de toda a pele.

Aparelho respiratório: MVF sem ruídos adventícios.

Aparelho cardiovascular: ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Abdome: plano, normotenso, indolor à palpação, sem visceromegalias ou massas, ruídos hidroaéreos normoativos. Murphy negativo, Traube livre, sem sinais de ascite, sem aranhas vasculares, sem *flapping*.

Extremidades: pulsos periféricos palpáveis e simétricos, bem perfundido, sem edema de membros inferiores ou sinais de TVP.

Ecografia de abdome superior

Fígado com forma, contornos, dimensões e ecogenicidade normais. Lobo direito e lobo esquerdo de dimensões dentro da normalidade.

Sistema porta e veias supra-hepáticas sem alterações.

Não há sinais de dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Vesícula biliar com forma, contornos, dimensões e espessura de parede normais, sem evidências de cálculos no seu interior.

Baço, rins e pâncreas com aspecto preservado.



IMPRESSO 3

Exames laboratoriais

Hemograma

HB: 12

Leucócitos: 4.500

Plaquetas: 250.000

TGO: 450 (VN:35)

TGP: 670 (VN:40)

FA: 440 (VN:120)

GGT: 700 (VN:30)

Bilirrubinas totais: 14

Bilirrubina direta: 6

Bilirrubina indireta: 8

TAP: 80%

INR: 1

albumina: 4,0

Gamaglobulina: 1,2

Alfafetoproteínas: normais

Sorologias para hepatites A , B e C: negativas

Ferritina: 350

Ureia: 30

Creatinina: 0,9



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está no alojamento conjunto de uma maternidade de nível de atenção terciária e atenderá um recém-nascido de 12 horas de vida.

TAREFAS

- Realizar anamnese perinatal.
- Realizar o exame físico e interpretar, oralmente, os resultados.
- Solicitar exame(s) complementar(es), se for o caso.
- Comunicar, oralmente, à mãe a hipótese diagnóstica provável para o quadro clínico.
- Propor, oralmente, tratamento conforme o diagnóstico firmado, especificando onde e como o tratamento deverá ser realizado.
- Informar, oralmente, à mãe os critérios para finalizar o tratamento.
- Informar, oralmente, repercussões a curto e a longo prazo, caso o tratamento não seja realizado.
- Fornecer, oralmente, recomendações após alta hospitalar.

CATEGORIA DO CASO

Atendimento de um recém-nascido de 12 horas de vida com hipótese diagnóstica de hipoglicemia neonatal.

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

alojamento conjunto de uma maternidade de nível de atenção terciária

RECURSOS

paciente simulada (mulher de 20 anos de idade, aproximadamente)

uma boneca, de plástico ou silicone, que simule um bebê

Impresso 1 (resultado do exame físico neonatal)

Impresso 2 (resultado dos exames laboratoriais)

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

O(a) candidato(a) atenderá uma parturiente primípara de 20 anos de idade e seu filho recém-nascido de 12 horas de vida, nascido de parto vaginal eutócico, que se encontram no alojamento conjunto de uma maternidade de nível terciário.

Por julgar que o seu bebê não quer sugar no peito e por ele estar com sudorese e tremores nas extremidades das mãos, a puérpera busca esclarecimentos sobre o diagnóstico provável. Além disso, quer saber se o recém-nascido precisa fazer algum exame. Em caso do diagnóstico conhecido, quer saber o tratamento indicado para o recém-nascido e onde esse tratamento deve ser realizado.

Os indicadores antropométricos e o exame físico neonatal estão descritos no Impresso 1, e os exames laboratoriais estão descritos no Impresso 2.

A paciente perguntará sobre possíveis repercussões a curto e a longo prazo na saúde do bebê, caso ele não receba tratamento adequado, e perguntará como será finalizado o tratamento. Trata-se de um recém-nascido de termo pequeno para a idade gestacional, com evolução clínica de hipoglicemia neonatal. A mãe perguntará quando o bebê terá alta e quais serão as orientações para a alta.

A ATRIZ DEVERÁ ENTREGAR O IMPRESSO 1 (RESULTADO DO EXAME FÍSICO NEONATAL) SOMENTE SE O(A) CANDIDATO(A) INFORMAR QUE VAI EXAMINAR O RECÉM-NASCIDO SIMULADO, E DEVERÁ ENTREGAR O IMPRESSO 2 (RESULTADO DOS EXAMES LABORATORIAIS) SOMENTE SE O(A) CANDIDATO(A) INFORMAR QUE SOLICITARÁ MAIS ALGUM EXAME.



O(A) candidato(a) deverá:

- identificar-se e acolher a mãe com empatia;
- solicitar dados pessoais e histórico obstétrico da mãe;
- realizar a história perinatal e acolher os questionamentos da mãe do bebê;
- examinar o bebê no berço (verificar Impresso 1);
- solicitar exames complementares diagnósticos (verificar Impresso 2);
- informar à mãe o diagnóstico de hipoglicemia neonatal, explicando-o;
- informar oralmente o tratamento de hipoglicemia neonatal;
- informar repercussões a curto e a longo prazo caso o tratamento adequado não seja oferecido ao bebê;
- orientar a mãe sobre os cuidados após a alta hospitalar.



Resultado do exame físico neonatal

Peso: 2.450 g (P5 da curva peso/IG).

Comprimento: 47 cm.

Perímetro cefálico: 33 cm.

FC: 120 bpm.

FR: 40 irpm.

Temperatura axilar: 36 °C.

Regular estado geral, corado, acianótico, anictérico, sudorese intensa, hipoativo e hiporreativo.

Reflexos cardinais diminuídos. Tremores finos de extremidades que não cedem com contenção. Demais achados sem anormalidades aparentes.



Resultado dos exames laboratoriais

Glicemia capilar: 25 mg/dL.

Glicemia plasmática: 20 mg/dL.

Calcemia 8 mg/dL.

Magnesemia: 2 mg/dL.

Hematócrito: 55%.

Hgb: 17 g/dL.

Leucócitos: 12.000/mm³.

Plaquetas: 250.000/mm³.



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está na emergência pediátrica de um hospital de nível secundário e atenderá uma mãe e seu filho de 12 anos de idade, que está com febre e tosse.

TAREFAS

- Realizar anamnese.
- Interpretar, oralmente, os achados do exame físico da criança.
- Solicitar, oralmente, exame(s) complementar(es), se for o caso.
- Comunicar, oralmente, à mãe a hipótese diagnóstica que explique o quadro clínico.
- Propor, oralmente, tratamento conforme o diagnóstico firmado, especificando onde e como o tratamento deverá ser realizado.
- Informar, oralmente, medidas preventivas a nível domiciliar, familiar e comunitário.

CATEGORIA DO CASO

Atendimento de uma criança de 12 anos de idade com hipótese diagnóstica de covid-19.

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

emergência pediátrica de um hospital de nível secundário de atenção

RECURSOS

paciente simulada (mulher de 30 anos de idade, aproximadamente)

Impresso 1 (resumo do exame físico da criança)

Impresso 2 (resultado dos exames laboratoriais da criança)

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

O(a) candidato(a) está na emergência pediátrica de um hospital de nível secundário e atende uma mãe que comparece ao hospital porque seu filho, de 12 anos de idade, aparentemente saudável, apresenta febre e tosse há 3 dias, acompanhada de fraqueza, náuseas, vômitos e diarreia. A consulta será direcionada ao diagnóstico e ao tratamento da criança, que está em sala anexa.

Não há histórico dos mesmos sinais e sintomas em familiares que coabitam a mesma residência. A mãe informa que a criança não manteve isolamento social e brincou na rua com seus amigos. Não sabe informar se o filho adota medidas preventivas, como uso de máscara e higienização das mãos com água e sabão ou álcool a 70%.

O exame físico da criança (Impresso 1) evidencia febre baixa, tosse seca, taquidispnea leve e saturação de oxigênio na oximetria de 95%.

O(a) candidato(a) deve solicitar outros exames, entre os quais o PCR-RT rápido, que indicará positivo para Sars-CoV-2 ou covid-19 (vide Impresso 2).

O(a) candidato(a) deve comunicar à mãe o diagnóstico de infecção por covid-19, com base na história clínica e nos exames clínicos, e informar como a criança adquiriu a doença e como deverá ser o tratamento. Ainda, deve esclarecer o questionamento da mãe sobre o risco de os avós da criança terem adquirido a infecção, uma vez que eles não tiveram contato com a criança há 2 semanas, bem como esclarecer a pergunta sobre como deverá ser a conduta no lar e com relação aos vizinhos.

A ATRIZ DEVERÁ ENTREGAR O IMPRESSO 1 (RESUMO DO EXAME FÍSICO) SOMENTE SE O(A) CANDIDATO(A) INFORMAR QUE VAI EXAMINAR A CRIANÇA, E DEVERÁ ENTREGAR O IMPRESSO 2 (RESULTADO DOS EXAMES LABORATORIAIS) SOMENTE SE O(A) CANDIDATO(A) INFORMAR QUE SOLICITARÁ MAIS ALGUM EXAME.

O(A) candidato(a) deverá:

- identificar-se e acolher a mãe com empatia;
- solicitar dados pessoais da mãe, do pai e da criança;
- realizar a história clínica e acolher os questionamentos da mãe;
- realizar o exame físico da criança (Impresso 1);
- solicitar exames complementares diagnósticos (Impresso 2);
- comunicar à mãe o diagnóstico de covid-19, explicando-o;



- informar à mãe o tratamento e as medidas de prevenção a serem tomadas a nível individual, familiar e comunitário.



IMPRESSO 1

Resumo do exame físico da criança

Peso: 35 kg (P50 da curva peso/idade).

FC: 85 bpm.

FR: 40 irpm.

Temperatura axilar: 37,5 °C.

Regular estado geral, aceita beber líquido, olhos levemente encovados, língua saburrosa, pele com elasticidade diminuída e turgor pastoso, pálido, acianótico, hipoativo, mas reativo.

Tosse seca e leve retração intercostal.

Saturação de oxigênio: 95%.

Demais achados sem anormalidades aparentes.



Resultado dos exames laboratoriais da criança

Hematócrito: 55%.

Hgb: 17 g/dL.

Leucócitos: 12.000/mm³.

Plaquetas: 250.000/mm³.

Radiografia do tórax: normal.

PCR-RT positivo para Sars-CoV-2.



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está no pronto atendimento de ginecologia e obstetrícia de um hospital e atenderá uma paciente que deu entrada no serviço há pouco tempo, com queixa de fortes dores abdominais.

TAREFAS

- Realizar anamnese sucinta e exame físico direcionado.
- Solicitar o(s) exame(s) complementar(es) necessário(s) ao caso.
- Interpretar, oralmente, o(s) resultado(s) do(s) exame(s) complementar(es) solicitado(s).
- Formular, oralmente, a(s) hipótese(s) diagnóstica(s), indicar conduta(s) e orientar a paciente.



CATEGORIA DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 22 anos de idade, solteira, com parceiro fixo, nulípara, que dá entrada em pronto atendimento ginecológico com dor abdominal intensa em região de hipogastro, há menos de 24 h. A paciente não tem antecedentes patológicos.

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

pronto atendimento de ginecologia e obstetrícia de hospital

RECURSOS

paciente simulada (mulher jovem, de 22 anos de idade, aproximadamente)
ambiente que simule sala de atendimento de um pronto atendimento ginecológico
Impresso 1 (exame físico)
Impresso 2 (exame BHCG)
Impresso 3 (exames complementares)

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

O(A) candidato(a) estará em um pronto atendimento ginecológico de hospital, onde irá atender uma jovem de 22 anos de idade, sem antecedentes pessoais patológicos significativos, com quadro de dor abdominal súbita e progressiva há menos de 24 h.

O(A) candidato(a) deverá avaliar dados da anamnese, do exame físico e de exames complementares, bem como formular a hipótese diagnóstica correta de gestação ectópica.

O(A) candidato(a) deverá indicar o tratamento correto: cirurgia videolaparoscópica, devido ao tamanho da massa (> 4 cm), ao valor de BHCG (> 5.000 mUi/mL) e às alterações laboratoriais (aumento de Cr, TGO e TGP). Deverá, ainda, justificar o motivo de não se poder usar metotrexato, fornecer explicações quanto ao futuro reprodutivo da paciente e acolhê-la adequadamente, do começo ao fim do atendimento. O(A) candidato(a) não precisará realizar o exame físico, mas deverá solicitar, oralmente, os dados no momento em que julgar necessário.

(A) candidato(a) deverá:

- cumprimentar e acolher a paciente, mantendo uma postura receptiva;
- realizar anamnese sucinta e exame físico direcionado;
- interpretar os exames complementares;
- formular o diagnóstico de gestação ectópica e orientar a paciente;
- propor o tratamento adequado, justificando-o;
- informar que não é possível realizar outros tratamentos (especificamente, tratamento com metotrexato);
- abrir espaço para eventuais dúvidas da paciente;
- encerrar a consulta de forma adequada.



Exame físico

PA: 110 mmHg × 60mmHg.

FC: 95 bpm.

FR: 18 irpm.

SpO₂: 97%.

Temperatura: 36,3 °C.

BEG, normocorada, hidratada, anictérica.

Aparelho respiratório e cardiovascular: sem alterações.

Abdome: levemente distendido, RHA+ e hipoativos, com dor à palpação profunda de hipogastro, com descompressão brusca dolorosa em FIE.

Exame especular sem alterações. Toque vaginal com dor difusa à mobilização de colo e anexo esquerdo.

Restante do exame físico: normal.



Exame BHCG (teste de gravidez)

BHCG: 5.500 mUi/mL

Exames complementares**Exames laboratoriais**

Hb = 11,5

Htc = 36

leucograma = 6.000 (diferencial normal)

plaquetas = 315 mil

TGO = 67

TGP = 69

ureia = 28

Cr = 1,3

PCR = 0,1 mg/dL

VHS = 10

Exame de imagem

Ecografia transvaginal: útero em AVF, espessura endometrial 26 mm. Presença de massa sólida de 62 mm em região anexial.



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está no pronto atendimento de ginecologia e obstetrícia de um hospital e atenderá uma paciente que deu entrada no serviço há pouco tempo, com queixa de fortes dores abdominais.

TAREFAS

- Realizar anamnese sucinta e exame físico direcionado.
- Solicitar o(s) exame(s) complementar(es) necessário(s) ao caso.
- Interpretar, oralmente, o(s) resultado(s) do(s) exame(s) complementar(es).
- Formular, oralmente, a(s) hipótese(s) diagnóstica(s), indicar conduta(s) e orientar a paciente.



CATEGORIA DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 22 anos de idade, solteira, com múltiplos parceiros, nulípara, que dá entrada em pronto atendimento ginecológico, com dor abdominal intensa em região de hipogastro, há menos de 24 h. A paciente não tem antecedentes patológicos.

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

pronto atendimento de ginecologia e obstetrícia de hospital

RECURSOS

paciente simulada (mulher jovem, de 22 anos de idade, aproximadamente)
ambiente que simule sala de atendimento de pronto atendimento ginecológico
Impresso 1 (resultado do exame físico)
Impresso 2 (resultado do exame BHCG)
Impresso 3 (resultados dos exames complementares)

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

O(A) candidato(a) está no pronto atendimento ginecológico de hospital, onde irá atender uma jovem de 22 anos, com quadro de dor abdominal súbita e progressiva há menos de 24 h, sem antecedentes pessoais patológicos significativos.

O(A) candidato(a) deverá avaliar dados da anamnese, do exame físico e de exames complementares, bem como formular a hipótese diagnóstica de doença inflamatória pélvica.

O(A) candidato(a) deverá indicar o tratamento correto: antibioticoterapia a nível ambulatorial, por tratar-se de paciente em classificação I (sem peritonite). Deverá, ainda, justificar o motivo da conduta não cirúrgica, orientar tratamento de parceiros, indicar reavaliação clínica da paciente e acolher adequadamente a paciente, do começo ao fim do atendimento. O(A) candidato(a) não precisará realizar o exame físico, mas deverá solicitar, oralmente, os dados no momento em que julgar necessário.

O(A) candidato(a) deverá:

- cumprimentar e acolher a paciente, mantendo uma postura receptiva;
- realizar anamnese sucinta e exame físico direcionado;
- interpretar os exames complementares;
- formular o diagnóstico de doença inflamatória pélvica e orientar a paciente;
- propor o tratamento adequado, justificando-o;
- explicar à paciente que não há necessidade de internação e orientá-la quanto ao tratamento dos parceiros;
- abrir espaço para eventuais dúvidas da paciente;
- encerrar a consulta de forma adequada.



Exame físico

PA: 110 mmHg × 70 mmHg.

FC: 93 bpm.

FR: 16 irpm.

SpO₂: 96%.

Temperatura: 36,5 °C.

BEG, normocorada, hidratada, anictérica.

Aparelho respiratório e cardiovascular: sem alterações.

Abdome: levemente distendido, RHA+ e hipoativos, com dor à palpação profunda de hipogastro, sem descompressão brusca dolorosa, sem sinais de peritonite.

Exame especular com secreção vaginal esbranquiçada e pouco volumosa, com aspecto bolhoso.

Toque vaginal com dor à mobilização difusamente, sendo mais predominante dor à palpação do anexo esquerdo. Colo com mobilidade reduzida e doloroso à palpação.

Restante do exame físico: normal.



IMPRESSO 2

Exame BHCG (teste de gravidez)

BHCG: negativo



Exames complementares

Exames laboratoriais

Hb = 11,5

Htc = 34

leucograma = 15.000 (com predomínio de neutrófilos)

plaquetas = 310 mil

PCR = 5,7 mg/dL

VHS = 50

EAS: normal

Exame de imagem

Ecografia transvaginal: útero em AVF, espessura endometrial 10 mm. Ovários direito e esquerdo sem alterações.



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você está em uma unidade básica de saúde (UBS) e irá atender, em consulta de retorno, a mãe de uma pré-adolescente que está com suspeita de dengue e que foi atendida ontem pela enfermeira da equipe da saúde da família na qual você atua. Trata-se de demanda espontânea, com classificação de risco verde.

TAREFAS

- Fazer o atendimento completo do caso, utilizando todas as etapas do método SOAP de registro clínico.
- Realizar a anamnese direcionada para as questões apresentadas pela mãe da paciente.
- Solicitar e interpretar, oralmente, exame(s) complementar(es) necessário(s) para a formulação da hipótese diagnóstica.
- Explicitar, oralmente, seu julgamento clínico e listar, oralmente, problemas identificados no caso.
- Explicitar, oralmente, o plano proposto para o caso.

Caso necessário, solicite cópia dos registros de atendimento prévios, receituário e orientações à mãe da paciente. Seja específico(a).



CATEGORIA DO CASO

abordagem ambulatorial da dengue com demanda oculta de abuso sexual de menor

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

consulta ambulatorial de demanda espontânea em unidade básica de saúde (UBS)

RECURSOS

- uma paciente simulada (atriz jovem, com cerca de 29 anos de idade)
- ambiente que simule consultório de UBS
- Impresso 1 – fotografia de lesão genital
- Impresso 2 – receituário prescrito em atendimento prévio
- Impresso 3 – resultados de exames laboratoriais
- Impresso 4 – prontuário eletrônico

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

Maria, de 12 anos de idade, com quadro de suspeita de dengue, foi atendida por enfermeira da equipe de saúde da família de uma UBS. A enfermeira levantou a suspeita de dengue, notificou o caso, solicitou hemograma, NS1 e teste rápido de dengue IgM e IgG, com urgência, e prescreveu dipirona e sais de reidratação oral. Orientou o retorno da paciente em 24 h à UBS com resultado dos exames. Nesse retorno, comparece apenas a mãe da paciente, que traz os resultados dos exames solicitados e está bastante preocupada com a filha, pois notou lesão na região genital da pré-adolescente, o que a mãe acredita ter alguma relação com o uso das medicações prescritas pela enfermeira. A filha não quis comparecer à consulta, mas concordou que a mãe levasse fotos da lesão para que o(a) médico(a) prescrevesse uma pomada que melhorasse a dor no local das lesões. As fotos, tiradas por aparelho celular, mostram lesões vulvares ulceradas dolorosas com hiperemia perilesional, sem lesões satélites, prurido ou descamação. Há discretas vesículas visíveis. Os exames laboratoriais mostram hemograma normal, testes rápidos de dengue negativos e NS1 positivo.

O caso em tela objetiva defrontar o(a) candidato(a) com um caso suspeito de dengue, desde a confirmação diagnóstica, classificação clínica e plano terapêutico no âmbito da atenção primária à saúde. Espera-se que o(a) candidato(a) lide com a ausência da paciente na consulta de maneira ética e cordial, acolhendo a demanda da mãe sobre a questão da dengue, com correta interpretação clínica e de avaliação e manejo de lesão genital da pré-adolescente. A demanda oculta de possível abuso de menor se apresenta pelo padrão e pela localização da lesão. Espera-se que o(a) candidato(a) maneje as medidas de apoio e proteção à mãe e à menor, medidas de vigilância em saúde, ao indicar a notificação de caso suspeito de violência, pense e articule um manejo multiprofissional para o caso, utilize habilidades de comunicação clínica e mantenha adequada relação médico-paciente, para atingir os objetivos da avaliação.

O(a) candidato(a) deverá ser capaz de:

- identificar-se no início do atendimento, sendo respeitoso(a), ético(a), acolhedor(a) e empático(a) durante todo o atendimento;
- realizar a consulta de forma organizada, utilizando a sequência SOAP, a seguir.

#Subjetivo

- Colher a história clínica de forma centrada na pessoa, verificando sentimentos e perspectivas da paciente.
- Demonstrar segurança na condução do caso.

#Objetivo

- Interpretar os achados clínicos, o registro prévio de atendimento e os resultados de exames, de forma clara e objetiva, explicitando o raciocínio clínico para a melhor condução do caso.

#Avaliação

- Elaborar uma lista de problemas e(ou) diagnósticos clínicos/sindrômicos adequada ao caso:
 - o diagnosticar corretamente a dengue clássica, classificar clinicamente como grupo B e indicar à mãe da paciente os próximos passos do seguimento/tratamento clínico baseado na história natural dessa doença;
 - o diagnosticar corretamente a demanda oculta de síndrome da úlcera genital, com características de herpes genital, e indicar à mãe da paciente os próximos passos do seguimento/tratamento clínico baseado na história natural dessa doença;
 - o estar atento(a), com elevado grau de suspeição, à violência contra a pré-adolescente, buscando mudanças de comportamento, avaliando as condições de risco nos ambientes em que a adolescente convive, explicando a necessidade de notificação compulsória do caso e acionamento de autoridade que possa prover segurança à paciente.

#Plano

- Demonstrar atitude acolhedora com a mãe da paciente, indicando suporte multiprofissional para a família e provendo escuta qualificada.
- Orientar seguimento longitudinal a ser feito na ESF.
- Esclarecer as dúvidas da paciente.
- Finalizar o atendimento, sistematizando a conduta sugerida ao caso.



UnB | HUB

ESTAÇÃO 5 – 1.º DIA

PROVA PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS

ÁREA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

IMPRESSO 1

fotos da lesão



UnB | HUB



Cebraspe
Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

IMPRESSO 2**RECEITUÁRIO COMUM**

1. DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML----- 2 FRASCOS
- Tomar 40 gotas a cada 6/6 horas se dor ou febre.
2. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL ----- 4 ENVELOPES
- Dissolver o conteúdo do envelope em 1 litro de água fervida ou filtrada.
- Tomar 1 litro da solução por dia, durante 4 dias.



IMPRESSO 3

TESTE RÁPIDO DE DENGUE

Material: soro

Valores de referência:

Dengue IgM: NÃO REAGENTE

(NÃO REAGENTE)

Dengue IgG: NÃO REAGENTE

(NÃO REAGENTE)

NS1: REAGENTE

(NÃO REAGENTE)

Data da coleta: 08/01/2021

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue

***** Eritrograma *****

Hemácias: $4,25 \times 10^6/\mu\text{L}$ (3,90 - 5,30)

VCM: 82,0 fL (80,0 - 94,0)

Hemoglobina: 13,8 g/dL (11,7 - 15,7)

HCM: 32,0 pg (27,0 - 32,0)

Hematócrito: 40,2 % (37,0 - 44,0)

CHCM: 34,3 g/dL (32,0 - 36,0)

RDW: 12,1 % (12,0 - 17,0)

***** Leucograma *****

Leucócitos: $3,9 \times 10^3/\mu\text{L}$ $10^3/\mu\text{L}$ (4,0 - 11,0)

Neutrófilos Totais: 32,8 % (40,0 - 74,0)

1,2 (1,6 - 8,1)

Eosinófilos: 1,6 % (1,0 - 5,0)

0,06 (0,0 - 0,5)

Basófilos: 0,6 % (0,0 - 3,0)

0,02 (0,0 - 0,3)

Monócitos: 8,0 % (2,0 - 10,0)

0,3 (0,0 - 1,0)

Linfócitos: 52,0 % (20,0 - 50,0)

2,0 (1,0 - 4,5)

Plaquetas: $99 \times 10^3/\mu\text{L}$ (150 - 450)

MPV: 6,8 fL (7,2 - 11,0)

Método: Automatizado e Análise Microscópica

Data de Coleta: 08/01/2021



IMPRESSO 4

E-SUS APS Prontuário Eletrônico do Cidadão

SUBJETIVO	OBJETIVO															
Demanda espontânea Pré-adolescente vem com a mãe referindo febre, cefaleia, mialgia e dor retro-orbitária com início há 2 dias. Hoje, 3.º dia de evolução, apresentou exantema. Nega sintomas de alarme. Nega tosse ou contato com caso suspeito de covid-19. Casos suspeitos de dengue na mesma rua. Nega alergias ou uso de medicações.	Bom estado geral, corada, desidratada (+/4+), exantema difuso erimatoso. PA em pé: 105 mmHg × 70 mmHg PA deitada: 103 mmHg × 67 mmHg Prova de laço: positiva															
	Antropometria <table><tr><td>Perímetro cefálico</td><td>Peso</td><td>Altura</td><td rowspan="2">IMC</td></tr><tr><td> cm</td><td> kg</td><td> cm</td></tr><tr><td>Perímetro da panturrilha</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td> cm</td><td colspan="3"></td></tr></table>	Perímetro cefálico	Peso	Altura	IMC	cm	kg	cm	Perímetro da panturrilha				cm			
Perímetro cefálico	Peso	Altura	IMC													
cm	kg	cm														
Perímetro da panturrilha																
cm																
Motivo da consulta CIAP2 A03 - febre	Sinais Vitais <table><tr><td>Pressão arterial</td><td>Frequência respiratória</td><td>Frequência cardíaca</td></tr><tr><td>105 / 70 mmHg</td><td> rpm</td><td>70 bpm</td></tr><tr><td>Temperatura</td><td>Saturação de O₂</td><td></td></tr><tr><td>37,8 °C</td><td> %</td><td></td></tr></table>	Pressão arterial	Frequência respiratória	Frequência cardíaca	105 / 70 mmHg	rpm	70 bpm	Temperatura	Saturação de O ₂		37,8 °C	%				
Pressão arterial	Frequência respiratória	Frequência cardíaca														
105 / 70 mmHg	rpm	70 bpm														
Temperatura	Saturação de O ₂															
37,8 °C	%															
AValiação Febre a/e – Suspeita de dengue - B Caracteres restantes: 4000	PLANO Indico sintomáticos + SRO Oriento sinais de alarme Notifico suspeita de dengue no SINAN Solicito HMG e TR-dengue (urgente) Retorno em 24 h															
Problema e / ou condição detectada CIAP2 A77 – Dengue e outras doenças virais NE	Intervenção e / ou procedimentos Procedimento CIAP2 38 - Outras análises laboratoriais NE															



INSTRUÇÕES PARA O(A) CANDIDATO(A)

CENÁRIO DE ATUAÇÃO

Você é um(a) médico(a) de família e comunidade de uma equipe de saúde da família e está em um consultório de uma unidade básica de saúde (UBS), onde realizará um atendimento agendado de um paciente, com classificação de risco azul, que deseja realizar uma vasectomia, com vistas ao planejamento familiar.

TAREFAS

- Realizar o atendimento completo do paciente, com todos os passos do Método Clínico Centrado na Pessoa.
- Solicitar o(s) exame(s) complementar(es) necessário(s) ao caso.

Caso necessário, solicite ao paciente simulado os resultados do exame físico e do(s) exame(s) complementar(es).

**CATEGORIA DO CASO**

abordagem de planejamento familiar na atenção primária à saúde (APS)

CENÁRIO DE ATENDIMENTO

consultório de UBS

RECURSOS

um ator jovem para atuar como paciente simulado

ambiente que simule consultório de uma unidade básica de saúde

1 mesa

3 cadeiras — candidato(a), paciente simulado e *videomaker*

Impresso 1 (resultados do exame físico)

Impresso 2 (informativo sobre a indisponibilidade de testes rápidos para diagnóstico de ISTs na UBS)

FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE

O caso destina-se a verificar as habilidades de consulta do(a) candidato(a) em uma situação de consulta agendada na APS, com o tema do planejamento familiar.

O paciente, Estácio da Silva, um homem de 26 anos de idade, com prole constituída (3 filhos) e com a atual companheira grávida de 13 semanas, preenche os critérios legais para realização de esterilização cirúrgica (vasectomia), como é o seu desejo.

Espera-se que o(a) candidato(a): i) seja capaz de dar seguimento a essa demanda do paciente dentro de uma consulta, seguindo os passos do Método Clínico Centrado na Pessoa; ii) identifique o comportamento sexual de risco do paciente e lhe solicite exames sorológicos para identificar possíveis infecções sexualmente transmissíveis, bem como faça o adequado aconselhamento pré-teste; e iii) porte-se, durante a consulta, com ética e empatia perante o paciente, utilizando as adequadas habilidades de comunicação para estabelecer uma boa relação médico-paciente, em uma consulta que seja resolutiva.

O(a) candidato(a) deverá:

- realizar consulta de forma organizada, utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa;
- buscar compreender as razões do paciente, bem como seu contexto familiar e de trabalho;
- ser ético(a) e empático(a), oferecendo acolhimento e apoio, promovendo uma adequada relação médico-paciente;
- compreender que o paciente se encaixa nos critérios para indicação de cirurgia de esterilização (vasectomia) e fazer o encaminhamento adequado;
- fornecer as informações adequadas sobre o método contraceptivo escolhido, tirando dúvidas do paciente, inclusive sobre o período mínimo de 60 dias necessários entre a manifestação de interesse e a realização do procedimento, bem como dos passos seguintes (espermograma) antes de atestar a eficácia do procedimento;
- identificar comportamento sexual de risco e solicitar os exames sorológicos adequados;
- realizar o adequado aconselhamento pré-teste antes da solicitação dos exames sorológicos;
- abrir a consulta para dúvidas e questionamentos do paciente;
- terminar a consulta com um sumário breve do que foi realizado e combinar o retorno do paciente, para avaliar os resultados dos exames.



Resultados do exame físico

Sinais vitais: PA = 130 mmHg × 85 mmHg.

Frequência cardíaca = 85 bpm.

Frequência respiratória = 17 irpm.

peso = 78 kg.

altura = 1,71 m.

IMC = 26,67 kg/m².

Bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico.

Linfático: sem linfadenomegalias.

Ausculata cardiovascular: bulhas cardíacas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros.

Ausculata respiratória: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: plano, flácido, indolor, sem visceromegalias, timpânico, com ruídos hidroaéreos presentes.

Pele: sem ulcerações ou outras lesões identificáveis, inclusive na região genital.



IMPRESSO 2

Informativo sobre os exames complementares

No momento, a UBS não dispõe de testes rápidos para diagnóstico de ISTs. Os testes devem ser solicitados via laboratório. As amostras podem ser colhidas amanhã de manhã. Os resultados ficam prontos em 3 dias após a coleta.