



Sociedade Brasileira de Medicina
de Família & Comunidade

EDITAL SBMFC / TEMFC N.º 25

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

(TEMFC) PROVA ESCRITA

NOME DO CANDIDATO

NÚMERO DE INSCRIÇÃO

- VOCÊ RECEBEU SUA FOLHA DE RESPOSTAS E ESTE CADERNO CONTENDO **80 (OITENTA)** QUESTÕES OBJETIVAS.
- VERIFIQUE SE O CONTEÚDO DESTES CADERNO ENCONTRA-SE COMPLETO E LEGÍVEL, HAVENDO DIVERGÊNCIA, INFORME, IMEDIATAMENTE, AO FISCAL DA SALA. NÃO SERÃO ACEITAS RECLAMAÇÕES POSTERIORES.
- PREENCHA COM SEU NOME E NÚMERO DE INSCRIÇÃO OS ESPAÇOS RESERVADOS NA CAPA DESTES CADERNO.
- LEIA CUIDADOSAMENTE AS QUESTÕES E ESCOLHA A RESPOSTA QUE VOCÊ CONSIDERA CORRETA.
- RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.
- TRANSCREVA PARA A FOLHA DE RESPOSTAS, COM CANETA DE TINTA AZUL OU PRETA.
- A DURAÇÃO DA PROVA É DE **5 (CINCO)** HORAS.
- O CANDIDATO SOMENTE PODERÁ RETIRAR-SE DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PROVA LEVANDO O CADERNO DE QUESTÕES, QUE É DE PREENCHIMENTO FACULTATIVO, APÓS DECORRIDA **1 (UMA)** HORA DO INÍCIO DA PROVA.
- AO SAIR, VOCÊ ENTREGARÁ AO FISCAL A FOLHA DE RESPOSTAS.
- O GABARITO SERÁ DIVULGADO EM ATÉ **3 (TRÊS)** DIAS ÚTEIS, APÓS A APLICAÇÃO DA PROVA, NA PÁGINA DA SBMFC NA INTERNET.

**É EXPRESSAMENTE PROIBIDO O USO DE CELULAR E OUTROS APARELHOS ELETRÔNICOS NAS
DEPENDÊNCIAS DO LOCAL DE PROVA.**

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO 1 RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 1 A 5.

Diálogo – Vídeo 1

Cena 1

PACIENTE: Então doutor ... ontem eu fui no hospital por causa de uma dor no estômago e me mandaram fazer uma endoscopia. E aí eu vim aqui porque o Dr. é meu médico e eu quero saber a sua opinião.

MFC: Me conta um pouco mais como é essa dor?

Tela com escrita: Bernardo, 35 anos, relata queixa de epigastralgia e náuseas há 1 mês. Ele não tem sinais de alerta. Nega hábitos alimentares que possam ter relação com a dispepsia.

Cena 2

MFC: Usou algum medicamento, tipo anti-inflamatório?

PACIENTE: Não.

MFC: E ... usou algum outro medicamento pra os sintomas?

PACIENTE: Não, né! Mais medicamento, não né, Dr.!

MFC: Tá bem. Deixa eu ver teu histórico aqui. Tu acompanha conosco ... comigo e com o psiquiatra há cerca de uns 4 anos pelo diagnóstico de transtorno bipolar. E ... usou uma série de medicamentos. Parece ter estabilizado com o lítio. Como é que está se sentindo em relação a isso?

PACIENTE: Na verdade eu tô bem. Inclusive eu tô desconfiado que tudo isso é por causa do lítio. Eu me sinto bem. E eu não aguento mais ir fazer esses exames com frequência. Eu acredito que eu tô bem e eu não preciso mais desse medicamento aí Dr.

ACOMPANHANTE: Ai, Dr., olha ... eu tenho medo porque se ele para o medicamento pode acontecer o que já aconteceu antes e o sr. lembra, né?

PACIENTE: Ela tem medo que eu tente me matar de novo.

MFC: Tá. Tem tido pensamento acelerado?

PACIENTE: Não, não. Tá tudo bem, Dr.

MFC: E chegou a pensar em morte alguma vez?

PACIENTE: Não, não. Eu me sinto bem e tá tudo certo!

MFC: Tá bem. É ... Vamos na maca que eu vou te examinar agora.

Cena 3

MFC: Bom. Teu exame deu tudo bem. Eu vou deixar um medicamento pra aliviar esse seu desconforto. E você não deve parar o lítio, tá!? Vamos fazer uma endoscopia pra ver como é

que tá. E assim que estiver pronto o exame, você traz pra mostrar pra gente. Está bem?!

ACOMPANHANTE: Obrigada.

- Com relação ao acompanhamento do uso de lítio na APS, pode-se dizer que
 - a dosagem de lítio deve ser realizada, anualmente, após a introdução do medicamento.
 - as funções renal e tireoidiana devem ser avaliadas sempre que houver mudança de dose.
 - não há a relação entre o uso de lítio e a dispepsia.
 - o nível terapêutico de lítio é considerado seguro em relação aos níveis tóxicos.
- Além de realizar orientações alimentares, a melhor conduta inicial, em relação aos sintomas dispépticos do Bernardo, é
 - solicitar endoscopia digestiva alta e prescrever ranitidina.
 - solicitar endoscopia digestiva alta e prescrever omeprazol.
 - não solicitar endoscopia digestiva alta e prescrever omeprazol.
 - não solicitar endoscopia digestiva alta e não prescrever medicamentos.
- O princípio da Medicina de Família e Comunidade que pode ser observado no caso, quando o paciente fala: "... ontem eu fui no hospital por causa de uma dor no estômago e me mandaram fazer uma endoscopia. E aí eu vim aqui porque o Dr. é meu médico e eu quero saber a sua opinião.", é que
 - o médico de família e comunidade é um clínico qualificado.
 - a atuação do médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade.
 - o médico de família e comunidade é recurso de uma população definida.
 - a medicina de família é uma especialidade focal.
- Sobre a abordagem individual, na avaliação de risco e prevenção de suicídio nesse caso, é possível dizer que
 - o médico não deveria ter perguntado ao paciente abertamente a respeito de ideação suicida para não o sugerir.
 - como histórico de tentativa de suicídio é um fator de risco, o paciente deve ser encaminhado, imediatamente, para avaliação com psiquiatra.
 - o sexo do paciente não deve ser considerado um fator de risco, pois o suicídio é mais comum em mulheres.
 - o médico deve considerar que o lítio é um fármaco que atua na prevenção do suicídio.
- A melhor estratégia inicial, se o objetivo do médico fosse realizar uma decisão compartilhada sobre o tratamento farmacológico, seria
 - tentar convencer o paciente a fazer o tratamento proposto, enfatizando os benefícios dos medicamentos.
 - resumir as opções, descrever uma ou mais opções de tratamento e a consequência de não tratar.
 - especificar o problema que requer uma decisão, levando em consideração as suas percepções e as do paciente.
 - abordar como manejar os efeitos adversos dos medicamentos para melhorar a adesão ao tratamento.

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO 2 RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 6 A 10.

Diálogo – Vídeo 2

Cena 1

PACIENTE: Oi, Dra. Eu vim aqui pra fazer o meu preventivo e trocar meu comprimido de anticoncepcional.

MFC: Qual a sua idade?

PACIENTE: Eu tenho 36 anos.

MFC: Hurum ... quando fez o último exame preventivo?

PACIENTE: Ai, eu não lembro!

MFC: Mais de 2 anos?

PACIENTE: Mais.

MFC: Mais de 5 anos?

PACIENTE: Mais de 5 Dra., é que ... sabe o que é ... eu tava presa, né ... andei me envolvendo ai com uns problemas que não vem muito ao caso agora. Mas lá onde eu tava não tinha médico.

MFC: Hum ... tá. Entendi. Vamos falar mais um pouquinho de você. É ... você é casada? Solteira?

PACIENTE: Solteira.

MFC: E trabalha com o que?

PACIENTE: Eu sou profissional do sexo, Dra.

MFC: Tá certo. E usa preservativo?

PACIENTE: Sim. Claro! Não sou boba, né!

MFC: Hurum ... tá! E usa anticoncepcional?

PACIENTE: Sim. É essa pílula que eu quero trocar porque ela me dá muita enxaqueca.

MFC: Qual é a pílula?

PACIENTE: Ah ... essa aqui que eu não lembro o nome.

MFC: Ah, tá. Você tá tomando levonorgestrel com etinilestradiol. Tá certo. Hurum ...

PACIENTE: É ... mas ela tá me dando muita enxaqueca. Muita.

MFC: Tá. Me fala mais sobre essa enxaqueca.

PACIENTE: É ... faz mais ou menos 1 ano que tá piorando. Mas eu já tenho ela há muitos anos. Eu tive 3 crises fortes nos últimos 6 meses. É ... as crises são geralmente de 1 dia, só um lado da cabeça. É ... vem com muito enjoo e piora com a luz.

MFC: Hurum ... e você percebe algumas luzinhas durante as crises?

PACIENTE: Luzinha não.

MFC: Ahram ... Fuma?

PACIENTE: Não.

MFC: Tá. E ... fez algum tratamento alguma vez? Pra enxaqueca ...

PACIENTE: É ... pra enxaqueca, né?

MFC: É.

PACIENTE: Pra enxaqueca eu tomo quando tô com dor ... eu tomo esse remédio aqui ó ...

MFC: Ah, tá. A ergotamina. Tá certo.

PACIENTE: Isso! Ai quando não melhora vou na UPA ... aí eu tomo dipirona na veia ... aí melhora.

MFC: Hurum ... e tem algum outro problema de saúde?

PACIENTE: Não.

MFC: Tá. Toma mais alguma medicação?

PACIENTE. Não. Só quando tenho a enxaqueca mesmo, porque eu nem gosto muito de tomar remédios.

MFC: Tá certo. Vamos fazer a coleta do teu preventivo hoje?

PACIENTE: Vamos.

Cena 2

PACIENTE: Oi, Dra. Eu vim buscar o resultado do meu preventivo.

MFC: Ah, tá. Só um pouquinho que eu vou dar uma olhada pra ver. Só um minutinho ... Hum ... Já chegou! Então ... deu uma alteraçãozinha aqui tá...

PACIENTE: Como assim Dra.?!?

MFC: Você está com uma lesão intraepitelial de alto grau, NIC 3, Tá? Isso quer dizer que você tem uma célula neoplásica no teu colo do teu útero. Isso deve estar relacionado com o tempo que você ficou sem fazer, com teu trabalho ... entendeu?! Então provocou essa lesão. Assim ... não se preocupa! Tá! Eu vou te encaminhar pra ginecologista e vai ficar tudo bem. Você tem alguma dúvida?

6. Com relação à escolha de um anticoncepcional em mulheres com mais de 35 anos e enxaqueca, sem outros riscos, é contraindicado o uso de

- (A) anticoncepcional hormonal oral combinado.
- (B) progestágeno injetável.
- (C) DIU com hormônio.
- (D) DIU de cobre.

7. Com relação à abordagem da enxaqueca no caso, o médico poderia

- (A) propor o uso de anti-inflamatórios não esteroides nas crises, porque são efetivos para o tratamento da dor aguda.
- (B) iniciar opiáceos, porque são boas opções para os casos que não respondem aos analgésicos comuns.
- (C) iniciar terapia profilática para prevenção de novas crises, compartilhando a decisão dentre as opções de medicamentos disponíveis.
- (D) orientar o uso inicial de dipirona, seguido de uma segunda dose deste fármaco se a dor não melhorar após 1 hora e que, caso ainda persista com dor depois de umas 4 a 6 horas, utilize ergotamina para tentar evitar a necessidade de ir para UPA.

8. Sobre a periodicidade do rastreamento de câncer de colo do útero, pode-se dizer que mulheres
- (A) que já iniciaram atividade sexual ou acima de 18 anos devem realizar o rastreamento.
 - (B) com histerectomia total por doença benigna não se beneficiam desse exame.
 - (C) acima de 65 anos devem continuar o rastreamento, enquanto vida sexual ativa.
 - (D) HIV positivo imunossuprimidas, após 2 exames normais, podem realizar o exame a cada 3 anos.
9. Com relação às possíveis alterações na coleta e resultados do citopatológico de colo de útero, pode-se afirmar que
- (A) a lesão intraepitelial de alto grau compreende as neoplasias intraepiteliais cervicais de graus I e II.
 - (B) se resultado de lesão de baixo grau em dois exames seguidos, deve-se encaminhar para colposcopia e biópsia.
 - (C) se observado lesão cervical suspeita ao exame clínico, deve-se solicitar retorno em 6 meses.
 - (D) se resultado ASC-US ou células escamosas atípicas de significado indeterminado em um exame, deve-se encaminhar para colposcopia e biópsia.
10. A estratégia de abordagem inicial, mais recomendada para a médica comunicar o resultado do exame, seria
- (A) abordar a rede de apoio familiar e colocar-se à disposição para falar com familiares, se a paciente desejasse.
 - (B) enfatizar os benefícios do tratamento e a importância da adesão terapêutica.
 - (C) perguntar o que o paciente deseja saber sobre o seu diagnóstico e prognóstico.
 - (D) explicar, de forma clara, sobre a gravidade do diagnóstico e prognóstico.

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO 3 RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 11 A 15.

Diálogo – Vídeo 3

Cena 1

ENFERMEIRA: Bom dia, Dra., tudo bem?

MFC: Tudo.

ENFERMEIRA: Sabe aquele paciente que vem toda semana pedindo atestado?

MFC: Ai ... sei ...

ENFERMEIRA: Está aí de novo. Posso fazer um encaixe?

MFC: Tá ... faz ...

ENFERMEIRA: Obrigada.

Tela com escrita: João, 30 anos, operador de telemarketing, tem consultado frequentemente por lombalgia crônica e hoje procurou sua médica de família porque iniciou com uma dor no ombro.

Cena 2

MFC: Olá João, tudo bem?

PACIENTE: Ah ... se tivesse bem não estava aqui Dra.! Tô com aquela mesma dor nas costas de sempre. E ... vem me incomodando um monte.

MFC: Então deixa eu ver se eu entendi essa sua dor ou se mudou alguma coisa desde a última vez que você esteve aqui. Você iniciou há 3 meses com uma dor lombar leve em região central baixa ... que há 2 semanas vem piorando e isso fez com que o senhor começasse a procurar a gente com mais frequência nas 2 últimas semanas. Essa dor ela não corre para as pernas. Deixa eu ver ... não tem formigamento e ... também não acorda o senhor à noite, certo?

PACIENTE: Isso Dra.! A mesma coisa ... a mesma coisa ... não mudou nada. Única coisa que mudou é que eu de 3 dias pra cá ... eu tenho outra dor. Venho sentindo uma dor no ombro. Essa dor tem sido muito intensa. Eu não consigo sequer levantar o ombro, nem dormir em cima dele.

MFC: Tá certo ... então eu acho que eu vou examinar o senhor. Pode ser?

Cena 3

MFC: Só um minuto que eu vou anotar o seu exame aqui, tá?!

Cena 4

PACIENTE: E então ... podia pedir uma tomografia também, né Dra.? Eu não fiz nenhum exame ainda desse negócio aqui, já estou preocupado!

MFC: Mas por que você quer tanto fazer uma tomografia, João?

PACIENTE: Ah ... vai que é uma hérnia. Meu pai teve uma hérnia também. Vai que eu tenha isso?!

MFC: Tá certo, vou te pedir uma tomografia pra gente ver isso.

PACIENTE: Ah! Ainda bem! Aproveita e ... eu vou precisar de um atestado de pelo menos uns 20 dias pra descansar direito, né Dra.?

MFC: Calma! 20 dias é muito tempo, né João! E você já pegou vários atestados esse mês. Nessas últimas 2 semanas que a dor piorou.

PACIENTE: Sim! Mas a senhora viu que eu não consigo voltar a trabalhar desse jeito. Não tem como.

MFC: Eu entendo, João! Mas 20 dias é muito tempo! É tempo demais!

PACIENTE: Ah ... não quero voltar a trabalhar naquele local. Ah ... mudou o chefe ... o chefe fica pegando no meu pé. E ... é muito ruim! A senhora não sabe o que é trabalhar com telemarketing naquela empresa!

MFC: Olha João, eu entendo. Então ... vou fazer o seguinte. Eu vou lhe dar 3 dias de afastamento, tá?! E a dor deve ir melhorando. E vou encaminhar você pra fisioterapia. E a gente vai depois ... a gente revê.

PACIENTE: Ah ... quero só ver se essa fisioterapia vai melhorar mesmo! Ah ... no atestado coloca o CID também ... que a empresa pede.

MFC: Tá bom.

11. A médica registra as seguintes informações sobre o exame físico do paciente: exame da coluna lombar com dor à palpação da musculatura lombar; dor lombar à elevação do membro inferior direito a 60 graus; exame neurológico sem alterações. Considerando que não há outros sinais de gravidade, além dos avaliados no caso, sobre a conduta adequada para a dor lombar de João, pode-se afirmar que

- (A) como o teste de Lasègue está positivo à direita, há indicação de uma tomografia computadorizada da coluna.
- (B) há indicação de realizar uma ressonância magnética da coluna nesse caso, para excluir hérnia de disco.
- (C) há orientação para o paciente manter-se em repouso e o afastamento prolongado poderia ajudar na recuperação da dor lombar nesse caso.
- (D) se houvesse história de rigidez matinal prolongada maior que 1 (uma) hora, estaria indicado investigar artropatia inflamatória.

12. Sobre a avaliação da dor no ombro de João, pode-se afirmar que

- (A) se houver limitação de rotação interna e de elevação do ombro, sugere lesão do manguito rotador.
- (B) se tiver teste de Neer positivo, sugere uma tendinite biceptal.
- (C) se João não conseguir fazer resistência no teste de Jobe, sugere ruptura completa do tendão supraespinhoso.
- (D) não é necessário realizar o exame físico do ombro nesse caso e deve-se solicitar diretamente uma ecografia da articulação.

13. Sobre a abordagem de saúde do trabalhador na Atenção Primária, pode-se afirmar que

- (A) é papel apenas do médico do trabalho solicitar à empresa a descrição das atividades laborais.
- (B) o perfil psicológico do paciente, sentimentos com relação à doença, à empresa e ao retorno ao trabalho fazem parte dos chamados sinais amarelos.
- (C) não é papel do médico da Atenção Primária abordar o relacionamento com colegas e chefias.
- (D) o médico deve colocar o diagnóstico do paciente no atestado, quando solicitado pela empresa.

14. Das estratégias utilizadas pela médica, a que se recomenda para pacientes que consultam frequentemente é

- (A) iniciar a consulta fazendo um resumo do caso pelas consultas anteriores.
- (B) abordar os fatores "trigger" (disparadores) dos sintomas.
- (C) explorar o contexto psicossocial do paciente.
- (D) identificar medos e preocupações do paciente.

15. A estratégia mais recomendada ao médico da Atenção Primária, com relação a pedidos de exames e atestados laborais desnecessários, é

- (A) fazer uma medicina defensiva e solicitar exames mesmo sem indicação, mas para proteger-se de futuros processos.
- (B) pensar, inicialmente, que o motivo principal da consulta é um pedido de atestado para afastamento laboral.
- (C) normalizar a situação diante de um paciente que não quer aceitar o fim do atestado de afastamento laboral.
- (D) confrontar esse tipo de paciente com uma descarga "catártica" periodicamente, para colocar limites na situação.

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO 4 RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 16 A 20.

Diálogo – Vídeo 4

Tela com escrita: Reunião de equipe.

Cena 1

MFC: Então pessoal, temos mais algum caso pra discutir essa semana?

ACS: Dr., tem a Dona Ana, sabe?! Aquela sra. com câncer e que está com metástases ... passei na casa dela essa semana ... e ela ... tá se queixado de muita dor e tá pedindo mais morfina. É ... ela tá bem tristonha e fraquinha, sabe Dr.?! É ... parece que está nas últimas já ...

MFC: Sim. Podemos marcar uma visita domiciliar pra Dona Ana. E ... marcar aqui no consultório com o filho dela também. Pra gente conversar sobre isso.

ACS: Então, Dr., eu sei que o sr. já explicou, mas eu não entendo por que é que não mandam ela pro hospital ... é ... ou dão um antidepressivo pra ela ... porque parece que a gente tá ... tá deixando ela morrer sem fazer nada!

MFC: Joana, eu entendo tua angústia. Mas ... nós estamos fazendo todo o suficiente pra dar a melhor qualidade de vida pra ela. O hospital já não tem mais nenhum recurso que vá mudar o quadro da Dona Ana. A gente já conversou com os familiares e inclusive com a própria paciente e todos concordam com isso.

Cena 2

Tela com escrita: Filho vem à consulta.

MFC: Felipe, te chamei aqui hoje para gente conversar um pouco sobre o estado de saúde da tua mãe. Como vocês tem entendido isso em casa?

PACIENTE: Ai, Dr., eu sei que ela tá mal e que não adianta nem levar ela pro hospital ... e que a gente deveria cuidar dela em casa mesmo.

MFC: Sim. Como vocês sabem, o câncer já está em um estado avançado e já se espalhou para outros órgãos.

PACIENTE: É Dr., mas o sr. sabia que ela até tá comendo melhor esses últimos dias?

MFC: Que bom. Fico feliz de saber disso. Ah ... nós não temos uma solução para esse tipo de tumor. Ah ... mas ... vocês têm cuidado da Dona Ana de uma forma muito boa ... e podem ficar orgulhosos por conta disso. Provavelmente, por conta disso, ela tem conseguido conviver de forma tão confortável nos últimos meses. Mas é importante que a gente saiba que esse quadro pode mudar em breve. Como vocês têm se preparado para isso?

PACIENTE: Aí, Dr., eu não sei. Eu ainda tô pensando sobre isso.

Cena 3

ACS: Dr., a Dona Ana faleceu ontem, no domingo, e o filho tá aí para pegar o atestado de óbito. O senhor pode falar com ele?

MFC: Claro.

Cena 4

PACIENTE: Aí, Dr., eu já esperava. Mas eu tô tão triste. Eu sinto uma dor tão profunda.

MFC: Sim, Felipe. Aconteceu o inevitável e vocês fizeram tudo que tava ao alcance.

PACIENTE: Ai, Dr., obrigado por tudo. Eu espero que o senhor possa ir ao velório.

MFC: Sim. Tentarei ... ir no velório. E ... esse é o atestado dela, tá.

16. Com relação à abordagem em cuidados paliativos, pode-se afirmar que

- (A) os pacientes que necessitam de cuidados paliativos devem ser prioridade para os serviços de internação domiciliar.
- (B) os pacientes que necessitam de cuidados paliativos devem receber esses cuidados no domicílio.
- (C) no paciente em cuidados paliativos, é papel do médico da Atenção Primária não permitir que a morte do paciente ocorra no hospital.
- (D) os cuidados paliativos são indicados apenas nos pacientes com doenças em estágio terminal.

17. Com relação ao manejo da analgesia em pacientes oncológicos na APS, é correto dizer que

- (A) a via de administração para dor oncológica deve ser sempre que possível intravenosa.
- (B) quando ocorre tolerância ao uso de um opioide, pode-se trocar para formulação de liberação controlada ou fazer rodízio de opioides.
- (C) meperidina é um opioide recomendado para o tratamento da dor crônica em pacientes oncológicos.
- (D) deve-se evitar a prescrição frequente de morfina devido ao risco de depressão respiratória.

18. No vídeo, é possível observar um exemplo de

- (A) suicídio assistido.
- (B) distanásia.
- (C) eutanásia.
- (D) ortotanásia.

19. Com relação ao cuidado domiciliar na APS, pode-se afirmar que

- (A) como o médico no vídeo já acompanhava bem o caso, pode fazer o atestado de óbito, sem necessidade de nova visita domiciliar.
- (B) o agente comunitário de saúde deve participar dos atendimentos durante as consultas médicas na visita domiciliar.
- (C) a ausência de cuidador é um dos critérios de desligamento ou alta de internamento domiciliar.
- (D) a equipe da APS deve evitar capacitar cuidadores domiciliares leigos, pois essa função deve ser realizada por cuidadores profissionais.

20. Com relação à abordagem da morte e do luto na APS e considerando o caso do vídeo, pode-se dizer que o médico

- (A) deve assumir uma postura otimista e evitar antecipar a reflexão sobre a possibilidade de morte, pelo risco de aumentar o sofrimento precoce na família.
- (B) deveria ter tratado com antidepressivos a tristeza da paciente para melhorar sua qualidade de vida.
- (C) agiu corretamente ao evitar aprofundar assuntos que possam trazer mais tristeza à família na fase de luto recente.
- (D) agiu corretamente ao aceitar o convite dos familiares para participar da cerimônia funeral.

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO 5 RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 21 A 26.

Diálogo – Vídeo 5

Cena 1

Tela com escrita: Lucas tem 1 ano e 3 meses, nasceu de parto normal sem intercorrências e veio para uma consulta de demanda espontânea.

MFC: Bom dia, o que eu posso te ajudar hoje?

PACIENTE: Nossa ... como você é novinha!

MFC: Ah, obrigada. Mas eu disfarço bem! Não sou tão novinha assim, já estou formada há 5 anos!

PACIENTE: Nossa ... não parece mesmo! Bom ... então Dra., é ... a gente consulta sempre com o Dr. João ... mas sabe como é que é né ... a vez que tem consulta, ele não tem nada e quando realmente precisa não dá pra marcar. Eu trouxe ele porque ele está com várias feridas e manchas no corpo.

MFC: Ah, ok. E me fale um pouco mais então sobre essas manchas ...

PACIENTE: Começaram há umas duas semanas e ele coça muito.

MFC: Ahram. E ele tem ou teve algum problema de saúde?

PACIENTE: Olha ... até agora ... ele teve o que o Dr. João chama de bronquiolite. Só ...

MFC: Hurum ... e a Sra. ou seu marido tem algum problema de saúde?

PACIENTE: Eu tenho asma ... e meu marido ... acho que não ... acho que só rinite mesmo ...

MFC: Hurum ... e ele tem algum outro sintoma?

PACIENTE: Não.

MFC: Hurum ... entendi. E ... teve alguma mudança recente na sua casa?

PACIENTE: Ai, Dra., é que tá difícil sabe ... eu tô desempregada e meu marido também. Daí fica difícil sabe ... não tem como a gente fazer as coisas ... fica tudo muito difícil ...

MFC: Não chore. Não fique assim! Logo as coisas vão melhorar ... bem ... vamos examinar?

Cena 2

MFC: Olha ... o peso dele ... tá adequado pra idade dele, viu?! E isso que ele tem se chama dermatite atópica. E ela é assim ... ela vai e ela volta. Eu vou deixar prescrito uma pomadinha agora que ele está em crise, tá?! E outra que você vai passar depois que ele melhorar. E eu vou te deixar algumas recomendações por escrito que são importantes.

PACIENTE: É ... Dra., me falaram que esse negócio de mancha de pele ... de às vezes ser vermes ... Sempre mandam remédio de vermes pro meu filho mais velho ... Será que tem como fazer algum exame, fazer alguma coisa pra ver?

MFC: Ah claro, já vou pedir exame de sangue, urina e fezes pra ele.

PACIENTE: Ok. É ... só isso?

MFC: Ah, eu vou encaminhar ele também para esse local aqui ó ... é um local que tem palestras muito boas sobre dermatite atópica. E daí, se ele não melhorar, você pode levar ele no médico de família ... tá?! E assim, ó ... a senhora ... se a senhora quiser ... a senhora pode participar do nosso Grupo de Terapia Comunitária.

PACIENTE: Ok. Obrigada.

21. Com relação ao acompanhamento de Lucas na Atenção Primária, pode-se afirmar que

- (A) a periodicidade das consultas de puericultura na idade dele é mensal.
- (B) a criança pode ser considerada de alto risco adquirido, devido ao desemprego dos pais.
- (C) a médica deveria ter realizado a aferição da pressão arterial do paciente.
- (D) é correta a recomendação de realização rotineira de exames de sangue, fezes e urina.

22. Com relação ao diagnóstico e tratamento da dermatite atópica de Lucas, é possível afirmar que

- (A) as localizações mais comuns das lesões na idade dele são na face, nas áreas de atrito e na zona de fraldas.
- (B) os imunomoduladores tópicos (tacrolimus, pimecrolimus) constituem o tratamento preferencial para os casos moderados e graves.
- (C) os anti-histamínicos podem ser utilizados para o prurido, mas não se deve prescrever loratadina.
- (D) os corticosteroides tópicos de alta potência podem ser utilizados uma a duas vezes por semana para tratamento de manutenção por até 3 meses em casos moderados.

23. Sobre a abordagem de parasitoses intestinais na APS, pode-se afirmar que

- (A) manchas na pele podem ser um sinal de parasitose.
- (B) prurido anal e vulvar pode ser um sintoma de parasitose intestinal.
- (C) recomenda-se exame coproparasitológico rotineiramente, a partir de 1 ano.
- (D) recomenda-se o uso de antiparasitários periodicamente, a partir de 1 ano.

24. Com relação à abordagem comunitária em grupos, pode-se dizer que

- (A) não há indicação de programas de desverminação em escolas em grupos de assintomáticos, mesmo em populações com alta prevalência.
- (B) os grupos de puericultura são uma alternativa adequada para compensar a falta de atendimentos individuais devido à demanda crescente.
- (C) os grupos de terapia comunitária são uma forma de intervenção em redes, consistindo em compartilhamento de narrativas de vida.
- (D) nos grupos de educação em saúde, a realização de palestras é a metodologia mais aconselhável.

25. Com relação ao raciocínio clínico, para solicitação de exames complementares, deve-se

- (A) considerar a premissa que “prevenir é sempre melhor do que curar”.
- (B) solicitar os exames que tenham ao mesmo tempo 100% de sensibilidade e 100% de especificidade.
- (C) buscar realizar a prevenção quaternária e evitar a pomoprevenção e medicalização da sociedade.
- (D) utilizar o tempo como instrumento de trabalho e realizar a chamada demora permitida, quando o médico tem dúvida sobre a urgência do caso.

26. Sobre as habilidades de comunicação da médica na consulta, ela

- (A) demonstrou uma comunicação adequada com a criança durante a anamnese.
- (B) respondeu a um juízo de valor (“muito novinha”) de maneira adequada.
- (C) reagiu empaticamente ao choro da mãe.
- (D) realizou escuta ativa.

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO 6 RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 27 A 30.

Diálogo – Vídeo 6

Cena 1

Tela com escrita: Luana está no 22º dia de puerpério e vem consultar com sua médica de família.

MFC: Olá!

PACIENTE: Oi, Dra., essa é minha sogra, o meu marido ... ele tá trabalhando e hoje ela veio me acompanhar na consulta.

MFC: Tudo bem. Como tem passado, Luana?

PACIENTE: Ah ... o parto foi tudo bem, foi parto normal. Mas ... é primeiro filho né, é tudo novo.

MFC: Hum ... E o bebezinho, como está?

ACOMPANHANTE: E acho ele muito magrinho Dra.

PACIENTE: Mas, Dra., eu tô tendo muita dor para amamentar. Começou com umas rachaduras ... é aqui na região do peito e ... agora eu tô tendo muita dor em queimação ... tá ficando quente ... tá ficando vermelho. Eu já estou fazendo algumas compressas mornas e tomando paracetamol, mas não está aliviando muito.

MFC: É mesmo? Eu já vou te examinar. Tem mais alguma coisa?

PACIENTE: Não.

ACOMPANHANTE: Não vai falar da dor de cabeça? Vive se queixando.

PACIENTE: Dra., eu tenho tido dor de cabeça.

MFC: Ahram ... e tem alguma coisa mais?

PACIENTE: Não.

MFC: E como é que é essa dor de cabeça?

PACIENTE: Então ... não é todo dia não. Ela dói aqui assim ó ... (aponta região parietal bilateral).

MFC: Ahram ... Durante o dia ... tem algo que tu faça que melhore ou piore essa dor?

PACIENTE: Tem. Eu percebo que quando eu tomo um paracetamol a minha dor melhora. E... quando eu fico muito nervosa é quando ela piora. Ah, Dra., tem sido dias tão difíceis ... Eu fico muito nervosa com o bebê ... e meu marido ... ele tá trabalhando muito. E ... a minha mãe ... ela mora longe.

ACOMPANHANTE: Ela que é nervosa demais, Dra.!

MFC: Ahram ... e tem febre?

PACIENTE: Febre ... eu tive ontem, uma vez só. E ... eu não cheguei a medir. Mas sabe Dra., eu acho que eu posso tá pegando gripe. Porque meu marido ... ele está gripado

MFC: Hurum ... e tem dor abdominal?

PACIENTE: Não. Dor abdominal não.

MFC: Ahram ... e como é que está o sangramento?

PACIENTE: Já diminuiu bastante, está só um pouquinho agora.

MFC: Ahram ... além de tudo isso, sentiu alguma coisa de diferente?

PACIENTE: Não. É ... o que mais está me incomodando é o peito. Ah ... Dra., e se a senhora puder me passar alguma coisa para eu tomar e não engravidar ...

MFC: Claro que sim ... vamos examinar?!

Cena 2

MFC: Então, Luana, durante o seu exame eu percebi que a sua mama não está bem. Mas o resto dos seus exames deram bons. A tua pressão, a tua temperatura, o teu exame neurológico estão todos dentro da normalidade.

PACIENTE: Dra., mas tá tão difícil de amamentar ...

ACOMPANHANTE: Eu já falei que o leite dela é fraco. E ela tem que dar mamadeira pro bebê, que ajuda o bebê e ela pode descansar. Eu fiz isso com meus 4 filhos ... e deu certo!

MFC: Bom Luana, eu sugiro que você evite mamadeira por enquanto.

ACOMPANHANTE: Desculpa, Dra. Você tem filhos?

MFC: Não.

ACOMPANHANTE: Então você não sabe o que é passar por isso. Eu acho que a Luana deveria dar a mamadeira para a criança. É melhor para ela e para ele.

MFC: Olha só, Senhora, eu estudei bastante para saber o que é melhor. Se a senhora não aceita o que eu estou sugerindo pra ela, a senhora pode procurar outro profissional. Eu não vou ficar aqui discutindo com a senhora. Então, Luana, você já pensou em qual método anticoncepcional você quer iniciar?

27. Com relação à avaliação da puérpera no caso, é correto dizer que

- (A) como a febre, nesse caso, é considerada um sinal de alerta vermelho, a médica deveria encaminhar a paciente para serviço de emergência.
- (B) a cefaleia, nesse caso, é um sinal amarelo e a puérpera deve ser encaminhada para avaliação em ambulatório com especialista focal.
- (C) o uso de anticoncepcional hormonal combinado é contraindicado, pois as evidências comprovam que afeta a amamentação.
- (D) a médica pode recomendar uso de progestogênio injetável como método contraceptivo.

28. Considerando que o caso do vídeo é de uma mastite sem abscesso, a melhor conduta da médica é

- (A) associar antibioticoterapia oral e manutenção da amamentação.
- (B) associar antibioticoterapia tópica e suspensão da amamentação.
- (C) drenagem, antibioticoterapia oral e manutenção da amamentação.
- (D) manter apenas calor úmido, analgesia e suspensão da amamentação.

29. Com relação ao uso de instrumentos de abordagem familiar com essa família na APS, recomenda-se

- (A) analisar o estágio de ciclo de vida para abordar preventivamente transtornos como depressão e abuso de álcool.
- (B) convocar os familiares para uma entrevista familiar para explicar como devem agir nessa fase do ciclo de vida.
- (C) aplicar o ecomapa para entender o histórico familiar e as relações entre os membros da família.
- (D) aplicar o genograma para identificar todos os sistemas envolvidos e relacionados com a pessoa e com a família em questão.

30. Com relação às habilidades de comunicação da médica na consulta, pode-se afirmar que ela

- (A) realizou a prevenção de demandas aditivas.
- (B) confrontou adequadamente à acompanhante invasiva.
- (C) demonstrou respostas verbais empáticas com a paciente.
- (D) realizou abordagem psicossocial.

A PARTIR DA QUESTÃO 31 NÃO SERÃO MAIS EXIBIDOS VÍDEOS.

31. Adelson, artesão, 35 anos, foi ao pronto-socorro do Hospital Municipal de Molina, pois estava com dor lombar há 30 dias. Foi atendido no serviço de ortopedia, onde foi indicada analgesia intramuscular e feito encaminhamento para ortopedia de coluna com a hipótese diagnóstica de "lombalgia mecano-postural". Ao procurar o balcão de atendimento do hospital, foi orientado que não poderia marcar consulta naquele serviço, pois, pela nova orientação da gerência de Atenção Primária da cidade, ele teria que procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa. Adelson, contrariado, procurou o posto de saúde no dia seguinte. Durante o acolhimento, foi orientado pela enfermeira que teria que ser atendido pelo médico de família da equipe para avaliar o seu caso, fato que o deixou ainda mais revoltado, porque "só quer ir a um médico especialista em coluna para pedir uma ressonância, pois ainda sente dor, mesmo após a medicação dada no pronto-socorro".

O médico da equipe Aurora-Boreal, após anamnese e exame físico, orientou a Adelson que ele não necessitava de especialista em coluna ou qualquer exame de imagem, e sim, modificar postura e outros hábitos de vida que estavam causando a dor.

Sobre o caso acima, analise as proposições abaixo e assinale a alternativa em que o mesmo princípio essencial da Atenção Primária é demonstrado.

- (A) Lindalva, 98 anos, mora com a família e não consegue ir à unidade básica de saúde porque está acamada após ter sofrido um acidente vascular cerebral no último ano. Recebe visita da equipe de saúde da família e a família paga por acompanhamento domiciliar de um cuidador.
- (B) Talita, 37 anos, há 1 ano iniciou quadro de tristeza, choros imotivados, anedonia importante e isolamento social. Está em acompanhamento com o médico de família que propôs tratamento com medicamento e retorna regularmente a cada 3 meses. Além disso, participa dos grupos de loga e caminhada. Está com exame de rastreamento de colo uterino em dia.
- (C) Miguel, 13 anos, tem diagnóstico de miastenia gravis juvenil. Veio em consulta com seu médico de família

e há 2 dias acha que está com perda de força. Ao consultar o registro no prontuário da última consulta com o neurologista, viu que o mesmo orientou detalhadamente o aumento de dose do medicamento em caso de sintomas, auxiliando-o na decisão de aumentar a dose e registrar no prontuário para comunicação com o neurologista sobre o ocorrido.

- (D) Estefânia, 50 anos, participa do conselho de saúde há mais de 10 anos e sempre foi muito participante. Na última reunião, uma das pautas mais polêmicas foi sobre o atendimento na unidade básica de saúde de onde mora. Os moradores estão reclamando muito sobre o médico da unidade, que sempre chega tarde e não é muito cortês com os usuários, o que está dificultando o atendimento das pessoas naquela Unidade Básica de Saúde - UBS.

32. "... o educador já não é o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os 'argumentos de autoridade' já não valem ...".

(Paulo Freire).

Com base no trecho, por Paulo Freire, sobre a educação popular em saúde e sua aplicação na Atenção Primária, é correto afirmar que

- (A) para uma melhor decisão terapêutica, deve-se compreender as dimensões de aproximação com a vida familiar e comunitária, pois só assim será possível revelar dimensões emocionais, ambientais e sociais envolvidas no problema, sendo indispensável a presença do profissional médico nesses espaços.
- (B) as atividades em grupos educativos, apesar de já serem reconhecidas como importantes por permitirem trocas de experiências e gerarem uma aproximação com a vida familiar e comunitária, devem ser cuidadosamente planejadas em equipe e realizadas no âmbito do conselho local de saúde.
- (C) dentro da perspectiva da educação popular em saúde busca-se romper com a equidade, pois seria ilegal e contra os princípios do SUS, oferecer de maneira desigual aos pobres e marginalizados oportunidade de participação popular além do âmbito dos conselhos locais de saúde.
- (D) o controle social deve ser estimulado como uma forma de educação popular em saúde. Para tal, as práticas devem ser construídas de forma dialogada entre a população e os profissionais de saúde para ampliar o alcance das mesmas.

33. A MFC Joana iniciou recentemente o trabalho na Unidade de Saúde Vale dos Sonhos. Uma das atividades da sua primeira semana foi a territorialização. Sobre o processo de territorialização, é correto afirmar que

- (A) permite identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, possibilitando ações mais apropriadas e resolutivas.
- (B) consiste em uma ação de prevenção de doenças e promoção da saúde das pessoas de um determinado território.
- (C) é uma atividade que compete principalmente aos Agentes Comunitários de Saúde, não devendo o médico priorizá-la em detrimento dos atendimentos clínicos.
- (D) tem como principal objetivo definir a população adscrita do território de uma unidade de saúde e sua divisão em áreas e microáreas.

34. Amélia, 35 anos, vem em consulta solicitando uma ultrassonografia de tireoide. Diz que sua mãe, que está com 56 anos, teve câncer na tireoide. Nega queixas ou outras demandas. Nega problemas de saúde crônicos ou uso de medicamentos. Ao exame físico, a tireoide está eutrófica e sem nódulos palpáveis. A prevenção que deve ser aplicada neste caso é a

- (A) primária.
- (B) secundária.
- (C) terciária.
- (D) quaternária.

35. João, 32 anos, vem consultar com seu MFC, que faz o registro da consulta como descrito abaixo. Verifica-se no prontuário que é a terceira consulta e que na lista de problemas principal do prontuário consta: ALERGIA À DIPIRONA (história de angioedema).

S: Relata que há 2 dias apresenta quadro de coriza hialina acompanhada de tosse com expectoração clara e febre intermitente de até 38 graus. Nega dispneia ou outras queixas. Nega comorbidades prévias.

O: Bom estado geral, eupneico, hidratado. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, sem sopros. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular positivo bilateralmente, sem ruídos adventícios. Oroscoopia: hiperemia de orofaringe, sem presença de placas em amígdalas. Otoscopia: membranas timpânicas e condutos sem alterações. PA = 125x80 mmHg, FC = 92 bpm, FR = 18 mrpm, Temperatura Axilar = 37,7 °C.

A: Infecção de vias aéreas superiores.

P: Orientação quanto a sinais e sintomas de gravidade; paracetamol 500 mg 1 comprimido de 6 em 6 horas se dor ou febre maior que 38,2°C; hidratação e solução fisiológica nasal.

Em relação ao registro acima, no formato SOAP, é correto afirmar que

- (A) o registro está adequado, obedecendo ao método SOAP.
- (B) infecção de vias aéreas superiores é um termo genérico e está sendo usado inadequadamente no A (Avaliação) do SOAP.
- (C) o P (Plano) do SOAP está inadequado, pois deveria se ater à menção da terapia farmacológica instituída.
- (D) o S (Subjetivo) do SOAP está inadequado pela menção de febre, que, por ser um sinal, deveria aparecer exclusivamente no O (Objetivo) do SOAP.

36. Paulo, MFC, chama Dona Joana, de 74 anos, para o primeiro atendimento dela no Centro de Saúde. Ela vem para uma consulta de rotina, acompanhada da filha, com quem veio morar recentemente, há umas 2 semanas. Precisa renovar a receita dos seus medicamentos. Tem hipertensão, diabetes e queixa-se de incontinência urinária de esforço. Na sua última receita constam captopril 25 mg 3 vezes ao dia, hidroclorotiazida 25 mg pela manhã e metformina 850 mg 3 vezes ao dia. Ela diz que a dose do comprimido grande do diabetes foi aumentada de 2 para 3 comprimidos ao dia na última consulta, mas ela tem tomado apenas 1 ou 2 comprimidos, pois sente dores abdominais e flatulência com o uso. Também conta que a pressão estava se mantendo alterada e foi acrescentado o diurético, mas deixa de tomar quando sai de casa, pois faz ela urinar mais e piora seu escape de urina. Onde ela morava antes, gostava de participar dos grupos de idosos e de mulheres e saía de casa com frequência, pelo menos 4 vezes por semana. Questionada sobre o uso de captopril, diz que

toma junto com o café da manhã e na janta, mas costuma esquecer o do horário do almoço. Entende que é importante tratar a pressão alta e o diabetes, pois sua mãe morreu de complicações destas doenças. No entanto, não gosta de tomar muitos comprimidos por dia e diz que não tinha muita confiança no médico que lhe acompanhava antes. Agora, mostra-se animada, pois a filha falou muito bem do Dr. Paulo. Ao exame, a PA estava 150x100 mmHg (diz que as medidas prévias vinham se mantendo em torno desse valor) e tinha exames laboratoriais realizados há 6 meses: hemoglobina glicosilada 8,2%, glicemia 178 mg/dL, exame qualitativo de urina normal, creatinina 0,8 mg/dL, colesterol total 180 mg/dL, HDL 48 mg/dL, triglicerídeos 185 mg/dL. Ao final da consulta Paulo reforça a importância da adesão ao tratamento, explica sobre os medicamentos e medidas não farmacológicas e pede a opinião da filha. A proposta de adequação na terapia farmacológica a ser compartilhada com Dona Joana, visando melhorar a sua adesão ao tratamento, seria inicialmente

- (A) trocar captopril por enalapril na dose de 1 comprimido de 20 mg pela manhã, suspender hidroclorotiazida e substituir metformina 850 mg por 2 comprimidos de 500 mg de ação prolongada na janta.
- (B) ajustar a dose de captopril para 2 comprimidos de 25 mg no café da manhã e na janta, diminuir hidroclorotiazida para ½ (meio comprimido) pela manhã e deixar 1 comprimido de metformina 850 mg de manhã e na janta.
- (C) trocar captopril por enalapril na dose de 1 comprimido de 20 mg pela manhã, diminuir hidroclorotiazida para ½ (meio comprimido) pela manhã e deixar 1 comprimido de metformina 850 mg no café da manhã e na janta.
- (D) ajustar a dose de captopril para 2 comprimidos de 25 mg no café da manhã e na janta, suspender hidroclorotiazida e trocar metformina 850 mg por 2 comprimidos de 500 mg de ação prolongada na janta.

37. O grupo de médicos de família e comunidade que trabalham nas Unidades de Saúde de um determinado município são chamados pelo gerente de Atenção Primária à Saúde. Ele diz que estão fazendo um convênio com a universidade local para oferecer campo de estágio para os cursos da saúde. Nesta parceria, também pretendem formalizar um projeto para criação de um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade. Ele pede ajuda para elaboração do projeto e do plano pedagógico. Em reunião posterior, os médicos estudam o assunto do programa de residência. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.

- (A) Atividades em serviço de atenção primária devem compor um mínimo de 90% da carga horária total do programa de residência.
- (B) Faz parte das competências esperadas dos médicos de família e comunidade, a serem treinadas no período da residência, ser capaz de atuar no cotidiano de serviços de atenção primária, secundária e terciária.
- (C) No processo de avaliação dos residentes de MFC devem estar presentes momentos de avaliação estruturada de supervisão de consultas e procedimentos.
- (D) Para ser preceptor de um programa de residência em MFC, o certificado de residência em MFC é obrigatório.

38. Dentre as diversas dificuldades de se trabalhar em equipe, é correto afirmar que uma das principais é
- o baixo grau de interação entre os profissionais das equipes, o que conseqüentemente pode culminar em maior ênfase às ações preventivas, em detrimento das curativas.
 - a integralização de diversas atribuições e a regulamentação de novas profissões à equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família.
 - a alta rotatividade profissional, o que culmina em maior longitudinalidade e coordenação de cuidado.
 - a dificuldade na construção dialógica de processos de trabalho que tracem planos estratégicos e considerem a dinâmica e necessidades populacionais.
39. Jorge, MFC, está trabalhando numa equipe de saúde da família de uma UBS da zona rural há 3 meses. Na última reunião de equipe, estavam discutindo sobre instrumentos para realizar a vigilância em saúde do território. Ele comentou sobre a importância das informações para a programação das atividades de promoção, prevenção e assistenciais da equipe. Decidiram criar uma planilha para monitorar o acompanhamento das mulheres da área de abrangência da unidade que tivessem apresentado alguma alteração no exame preventivo de câncer de colo uterino. A enfermeira tinha conhecimento de uma mulher de 28 anos, sem outros problemas de saúde, que realizou o exame há 3 meses e teve o resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US). No entanto, ponderou que algumas mulheres realizavam a coleta do exame na unidade central. A equipe decidiu entrar em contato com a Vigilância em Saúde do município para ver se conseguia informações sobre os resultados desses exames. O sistema de informação que pode fornecer esses dados e a conduta mais adequada para a mulher de 28 anos são, respectivamente,
- Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 9 meses.
 - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 3 meses.
 - Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 9 meses.
 - Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 3 meses.
40. Em uma unidade de saúde com pressão assistencial muito grande, os profissionais se reuniram para discutir o processo de trabalho e o acesso oferecido aos usuários. A coordenadora levantou os dados do SIS-PRÉ-NATAL e do SISVAN para ver o número de gestantes e de crianças menores de um ano que estão em acompanhamento. Um dos profissionais sugeriu que se deveria reservar espaço na agenda também para as pessoas com hipertensão, diabetes e dislipidemia. Joaquim, MFC, baseado nas diferenças entre a abordagem populacional e individual, pondera alguns cuidados para organização da agenda na realidade que eles enfrentam. Sobre isso é correto afirmar que
- a agenda deve ser organizada com espaços para atendimento da demanda espontânea e outros específicos para grupos populacionais, como gestantes, crianças menores de 1 ano, hipertensos, diabéticos e idosos.
41. Clara, residente de MFC, atendeu Maria, 26 anos, com queixa de "desmaios" e decidiu discutir o caso com seu preceptor. Segundo Clara, Maria contou que os episódios ocorreram cerca de 1 a 2 vezes por mês no último ano. Não conseguiu relatar as ocasiões específicas, mas negou traumas ou outros sintomas antes dos episódios. Afirmou ainda que a sensação era de borramento visual e perda de consciência breve, seguida de desconforto inespecífico. Negou: perda de esfíncteres, cefaleia, foto e fonofobia, tremores ou abalos musculares, taquicardia, precordialgia, outras doenças crônicas conhecidas, cirurgias prévias, uso de drogas e de medicamentos. Clara, questiona sobre quais as possíveis causas de síncope compatíveis com esse caso e quais os exames poderiam auxiliar no diagnóstico. O preceptor comenta que o exame físico cardiovascular deveria incluir medidas da pressão arterial e da frequência cardíaca em posição deitada e após 1 a 2 min em posição ortostática, ausculta cardíaca e de carótidas. Levando isto em consideração, assinale a alternativa que apresenta resposta adequada para a dúvida da residente.
- Dentre as causas mais comuns estão reflexo vasovagal e hipotensão ortostática. Deve ser realizado o exame físico cardiovascular e neurológico, podendo ser seguido de solicitação de tilt-test para confirmar a suscetibilidade à síncope vasovagal.
 - As causas mais comuns são reflexo vasovagal e crise convulsiva. Deve ser realizado o exame físico cardiovascular, podendo ser seguido de solicitação posterior de eletrocardiograma para confirmar suscetibilidade à síncope vasovagal e eletroencefalograma para avaliar possibilidade de convulsão.
 - Dentre as causas mais comuns estão incluídas a migrânea vestibular e a hipotensão ortostática. Deve ser realizado exame físico cardiovascular e neurológico, podendo ser solicitados, na sequência, para confirmar a suscetibilidade: tilt-test, eletrocardiograma de repouso e holter.
 - As causas mais comuns são reflexo vasovagal e hipotensão ortostática. Deve ser realizado o exame físico cardiovascular e neurológico, podendo ser seguido de solicitação de eletrocardiograma de repouso e holter para confirmar a suscetibilidade à síncope vasovagal.

42. Fernando, 28 anos, previamente hígido, busca a UBS com queixa de fraqueza há cerca 1 mês.

Segundo a descrição de Fernando a fraqueza é diária, dura praticamente o dia todo sem fatores de melhora ou piora. Apesar de não impedir as atividades de vida diária, vem tornando mais penoso o dia a dia. Questionado sobre sintomas adicionais, Fernando nega dispneia e dispneia paroxística noturna, nega tosse, nega febre, nega precordialgia, nega sintomas articulares e musculares, nega rash cutâneo, nega alterações de peso. Sem quaisquer alterações no exame físico.

Ao tentar entender melhor o contexto dessa fraqueza, percebe-se que Fernando trabalha como bibliotecário, nega sobrecarga no trabalho. É casado e mora com a esposa, referindo bom relacionamento. Nega uso de álcool, tabaco ou outras drogas. Faz cerca de 30 minutos de atividade física diariamente, dorme cerca de 6 a 7 horas por noite.

A respeito da abordagem diagnóstica e tratamento da fraqueza na Atenção Primária à Saúde, é correto afirmar que, no caso de Fernando,

- (A) ainda na anamnese, podem ser questionados adicionalmente a ocorrência de pele seca, intolerância ao frio, poliúria, polidipsia e ronco noturno, pois esses seriam considerados sinais e sintomas de alerta, indicando o encaminhamento a outro nível de atenção.
- (B) para a exclusão de causa tratável, na investigação inicial deve-se solicitar sorologias, hemograma, velocidade de hemossedimentação, ferritina sérica, glicemia de Jejum, eletrólitos, ureia, creatinina, transaminases, hormônio tireoestimulante, ecocardiograma transtorácico e radiografia de tórax.
- (C) o tratamento empírico com Ferro elementar 80 mg/dia por 1 mês, pode e deve ser orientado, pois existem relatos de melhora dos sintomas mesmo em pacientes não anêmicos com ferritina sérica alta.
- (D) deve-se questionar se ele tem doenças crônicas ou utiliza medicamentos de forma contínua, pois há vários que podem causar fadiga e que devem ser substituídos sempre que possível, como beta bloqueadores, ansiolíticos, anticolinérgicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos e opioides.

43. Moana, 12 anos, comparece a UBS acompanhada da mãe, relatando que a bombinha para asma não está mais funcionando. Moana tem asma diagnosticada desde os 9 anos, na ocasião com espirometria normal. Nunca esteve internada e vinha fazendo uso de salbutamol nas crises cerca de 2 vezes por mês. Há cerca de 6 semanas vem se queixando de tosse e chiado no peito quase diariamente, com uso de salbutamol 3 vezes por dia em dias alternados. Não sente limitação para as atividades físicas e nega despertares noturnos. No momento da consulta, Moana está em bom estado geral, afebril, FC = 80 bpm, levemente taquipneica (FR = 31 mrpm), sem presença de tiragens ou sinais de esforço respiratório, com sibilos difusos, sem dificuldade para falar. A respeito da conduta frente a esse caso, é correto afirmar que ela tem asma

- (A) não controlada e se apresenta com uma crise grave neste momento. Após controle da crise, é desnecessário avaliar a forma de uso do Beta 2 agonista, pois deve ser introduzido corticosteroide oral e inalatório com objetivo de reduzir recidiva dos sintoma e internações. Orientações sobre mudança ambiental sempre devem ser feitas nesses casos.

- (B) não controlada e se apresenta com uma crise leve-moderada neste momento. Após controle da crise, é necessária a avaliação do modo de uso do Beta 2 agonista, pois o mesmo será mantido por 48 horas e acrescido de corticosteroide oral por 3 a 7 dias, com objetivo de reduzir recidiva dos sintoma e internações. Não devem ser feitos ajustes no tratamento de base nesse momento e um retorno precoce após 2 dias, é indicado.
- (C) parcialmente controlada e se apresenta com uma crise grave neste momento. É desnecessário avaliar a forma de uso do Beta 2 agonista neste momento, pois deve ser ajustado o tratamento de base e introduzido corticosteroide inalatório contínuo com objetivo de reduzir recidiva dos sintoma e internações. Corticosteroide oral deve ser evitado e orientações sobre mudança ambiental sempre devem ser feitas nesses casos.
- (D) parcialmente controlada e se apresenta com uma crise leve-moderada. É necessária a avaliação do modo de uso do Beta 2 agonista, pois o mesmo será mantido por 48 horas e acrescido de corticosteroide oral por 3 a 7 dias, com objetivo de reduzir recidiva dos sintoma e internações. O tratamento de base deve ser ajustado e um retorno em 1 semana é indicado.

44. Pedro, 10 anos, é trazido pela mãe Luzia à UBS para consulta. Segundo relato da mãe, Pedro está com febre vespertina, associada a sudorese profusa e tosse há cerca de 18 dias. Luzia, relata que já levou a criança duas vezes ao pronto-socorro com medo de ser tuberculose, já que o marido concluiu o tratamento para essa doença há cerca de 6 meses, quando Pedro inclusive foi revacinado com BCG. Logo no início do quadro, Pedro realizou uma radiografia de tórax na urgência que indicou uma condensação, para a qual foi prescrita antibioticoterapia ambulatorial. Após uso adequado do medicamento, sem melhora, voltou ao pronto-socorro. Na segunda ida, foi repetida a radiografia de tórax e realizada prova tuberculínica e baciloscopia, conforme resultados apresentados abaixo.
Radiografia de tórax: Presença de adenomegalia hilar. Condensação sem escavação, sem melhora quando comparada a radiografia prévia, realizada há 2 semanas.
Prova tuberculínica: 12 mm.
Baciloscopia: Negativa.

Considerando o quadro clínico, a epidemiologia e os achados dos exames complementares, assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico de tuberculose neste caso é muito provável. Apesar da baciloscopia ser negativa, os achados radiológicos não serem os esperados e a prova tuberculínica estar dentro do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos, o quadro clínico e epidemiológico são típicos de tuberculose pulmonar.
- (B) O diagnóstico de tuberculose neste caso é muito provável. Apesar da baciloscopia ser negativa, a prova tuberculínica está acima do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos além de que, o quadro clínico, epidemiológico e os achados radiológicos são compatíveis com a suspeita de tuberculose pulmonar.
- (C) O diagnóstico de tuberculose neste caso é pouco provável, pois apesar do quadro clínico e radiológico serem indicativos, a baciloscopia é negativa e a prova tuberculínica, mesmo estando maior que 5 mm, está dentro do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos.

<p>(D) O diagnóstico de tuberculose neste caso é possível. Apesar da baciloscopia ser negativa, os achados radiológicos não serem os esperados e a prova tuberculínica estar dentro do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos, o quadro clínico e epidemiológico são típicos.</p>	<p>(A) mononucleose infecciosa. (B) sarampo. (C) rubéola. (D) exantema súbito.</p>
<p>45. Sra. Ana Maria, 49 anos de idade, procura seu MFC com queixa de dificuldade para evacuar há pelo menos 5 anos. Evacua a cada 2 ou 3 dias, fezes na maioria das vezes endurecidas, com sensação de esvaziamento incompleto. Está preocupada porque não viu melhora com aumento de fibras e de ingesta hídrica na dieta e há alguns meses está precisando usar laxantes para conseguir evacuar. Faz tratamento para hipertensão arterial sistêmica há 6 anos com anlodipino e hidroclorotiazida. Exame físico com dor e distensão abdominal, sem outras alterações. Além de reforçar a ingesta diária de alimentos ricos em fibras e de líquidos e de estimular a atividade física, a conduta mais adequada para este caso é</p> <p>(A) considerar a troca dos medicamentos anti-hipertensivos e a prescrição de laxativo formador de bolo fecal, como <i>Psyllium</i>, por período de 4 a 8 semanas. (B) solicitar colonoscopia e prescrever laxativo osmótico, como lactulose, por período de 4 semanas. (C) considerar a troca dos medicamentos anti-hipertensivos, solicitar colonoscopia e TSH e prescrever laxativo formador de bolo fecal, como <i>Psyllium</i>, por período de 4 a 8 semanas. (D) prescrever laxativo osmótico, como lactulose, por período de 4 semanas.</p>	<p>48. Ana Paula vem com sua filha, Júlia, de 4 anos, para consulta de rotina no Posto de Saúde da Vila Nova, em Londrina/PR, durante a campanha de vacinação contra poliomielite e sarampo em agosto de 2018. A mãe expressa preocupação com as notícias de surto de sarampo no país e quer saber se sua filha precisa tomar um reforço da vacina contra esta doença. Ao checar a caderneta da menina, o MFC identifica duas vacinas realizadas previamente conforme o calendário do Programa Nacional de Imunização (PNI), uma dose de triviral com 12 meses e uma dose posterior de tetraviral. A orientação correta para mãe é que</p> <p>(A) Júlia está com a vacina em dia, mas deve tomar um reforço de tetraviral. (B) Júlia está com a vacina em dia e não necessita de reforço vacinal. (C) Júlia deve atualizar seu esquema com a segunda dose da vacina triviral. (D) a dose de triviral realizada com 12 meses já confere 99% de proteção.</p>
<p>46. Joana, 30 anos, procura seu MFC, pois há 1 ano, no final da última gestação, iniciou quadro de dor intensa após evacuar e hematoquezia. O sintoma é recorrente, mas não havia procurado atendimento médico até então. Ao exame físico percebe-se úlcera linear longitudinal dolorosa na linha média posterior do canal anal e plicoma sentinela. Além do aumento da ingesta de fibras e de água e de recomendar banho de assento com água morna, a conduta mais adequada para este caso é</p> <p>(A) tratamento com analgésico e anestésico tópico por 7 dias seguidos. (B) encaminhar ao proctologista, pois há necessidade de tratamento cirúrgico. (C) tratamento tópico com diltiazem a 2% ou dinitrato de isossorbida a 0,2%. (D) manter as medidas comportamentais não farmacológicas já citadas.</p>	<p>49. Sr. João procura a Unidade acompanhado do filho André de 18 anos. Relata que há cerca de 3 dias o filho está agitado, com pensamentos delirantes, não dorme e sai de casa sem rumo. O pai diz que há três meses vem percebendo alteração no comportamento do filho que às vezes falava sozinho, com dificuldade de concentração, insônia e abandono do emprego e da escola. Sem história de uso de álcool ou outras drogas. Durante a consulta André tem discurso desorganizado e fala delirante. Não há relatos de agressões contra si próprio ou contra terceiros. Tem boa rede de suporte familiar. Não apresenta alterações no exame físico. A conduta mais adequada para este caso é</p> <p>(A) introduzir antidepressivo, discutir caso em equipe para acompanhamento regular e orientar retorno em 20 a 30 dias. (B) introduzir antipsicótico, orientar familiares sobre o quadro, possíveis efeitos adversos do medicamento e para retorno breve, se possível em 24 horas. (C) explicar para a família que se trata de uma urgência psiquiátrica e encaminhar para internação hospitalar. (D) encaminhar para psicoterapia e considerar uso de antipsicótico caso os sintomas não melhorem ou persistam por mais 3 meses.</p>
<p>47. Lactente do sexo masculino, 1 ano e 10 meses, é trazido pelo pai com queixa de ter iniciado há 4 dias com febre de até 39,5 °C, que cessava com uso de dipirona, associado à irritabilidade. Há 2 dias foi avaliado, dito que exame estava normal, tendo sido orientado sintomáticos e observação. Há 1 dia febre cessou e hoje acordou com lesões de pele que iniciaram no tronco e estão se espalhando até o pescoço. Sem outras queixas. Ao exame: FR = 33 mrpm, FC = 112 bpm, Temperatura Axilar = 36,9 °C. Bom estado geral, eupneico, hidratado, corado. Ausência de tiragens ou esforço respiratório. Abdome: depressível, sem visceromegalias. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Sem rigidez de nuca. Oroscoopia: hiperemia discreta de orofaringe. Otoscopia: discreta hiperemia em ambos tímpanos, sem sinais de abaulamento. Rash cutâneo maculopapular róseo em tronco e região cervical. Com base nos sinais e sintomas, é correto afirmar que o diagnóstico mais provável é</p>	<p>50. Fátima, 72 anos, vem a UBS acompanhada do filho. Ela tem hipertensão, dislipidemia e é tabagista. A enfermeira acolhe a demanda dela e logo lhe procura, pedindo que ela seja atendida brevemente, pois apresenta vertigem, perda de equilíbrio e dificuldade de caminhar sozinha, náuseas e cefaleia occipital, que iniciaram há menos de 1 hora. A PA está em 180x110 mmHg, a temperatura 36,5 °C, frequência cardíaca e respiratória normais. Você revisa rapidamente a lista de problemas e percebe que ela já teve um episódio de vertigem paroxística periférica benigna há 3 anos. Decide ir até a sala da enfermeira para avaliá-la, onde encontra deitada na maca. Ela nega queixas auditivas. Teve um episódio de gripe há uns 10 dias, mantendo apenas tosse seca eventual. Você realiza a manobra de Dix-Hallpike e percebe nistagmo vertical, sem latência e não fatigável. A otoscopia estava normal. O diagnóstico mais provável e a conduta inicial apropriada são</p>

- (A) vertigem paroxística periférica benigna, cujo tratamento é realizado com a manobra de Epley.
- (B) neurite vestibular, que deve ser tratada com dimenidrinato.
- (C) síndrome de Menière, que pode ser tratada com betaistina ou diurético.
- (D) acidente vascular cerebelar, que necessita de encaminhamento imediato para a emergência.

51. Roberto, 67 anos, vem à consulta com queixa de tremor progressivo nas mãos há quase 1 ano. Questionado, diz que faz uso de um medicamento, que não lembra o nome, há cerca de 1 ano e meio, devido a insônia e porque a esposa reclamava que ele ficava agitado enquanto dormia. Ao exame, apresenta PA 140/80 mmHg, peso 76 kg, estatura 1,74 m. Com relação a outras informações da anamnese e do exame físico, que podem auxiliar no diagnóstico do tremor do Sr. Roberto, é correto afirmar que se

- (A) o tremor for de repouso e estiver associado à rigidez muscular e bradicinesia, todos simétricos desde o início do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é de doença de Parkinson.
- (B) houver presença de sintomas depressivos previamente ao início do tremor, descarta-se a possibilidade de doença de Parkinson e deve-se pensar em somatização.
- (C) houver disfunção erétil e comprometimento cognitivo leve, além de tremor de repouso com rigidez muscular e bradicinesia, mais intensos à direita, o diagnóstico mais provável é de doença de Parkinson.
- (D) o tremor for postural e simétrico, melhorar com repouso e piorar com a ingestão de álcool, sem outras alterações no exame neurológico, o diagnóstico mais provável é de tremor essencial.

52. Mulher, 68 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica controlada em uso de clortalidona 12,5 mg/dia. Há cerca de 3 meses iniciou com dor precordial tipo aperto com irradiação para membro superior esquerdo, de leve intensidade, que aparece somente aos esforços (quando deambula mais rápido ou está subindo um morro) e alivia com repouso. Acha que frequência e intensidade da dor vêm se mantendo estáveis desde o início do quadro. Nega outras queixas. Nunca fumou, nem fez uso de outras drogas ilícitas. Mãe faleceu aos 59 anos com infarto agudo do miocárdio. Pai faleceu aos 82 anos de câncer de próstata. Ao exame: Altura = 1,62 m, Peso = 56 Kg, PA: 130x80 mmHg, FC = 88 bpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades. Ausência de dor à palpação de região precordial (onde refere ter a dor).

Abaixo, últimos exames, ambos realizados há cerca de 7 meses:

#Laboratório: Colesterol total 159 mg/dL, HDL 49 mg/dL, triglicérides 149 mg/dL, potássio 4,3 mEq/L, creatinina 0,8 mg/dL, glicose 98 mg/dL, exame qualitativo de urina (parcial de urina) normal.

Eletrocardiograma (ECG):



Dado o quadro clínico, pode-se afirmar que

- (A) se trata de um quadro de angina típica e estável.
- (B) embora provavelmente a origem da dor não seja cardíaca, há indicação de uso de estatina e ácido acetilsalicílico, dado o alto risco cardiovascular decorrente da história familiar positiva para doença arterial coronariana.
- (C) a ausência de alteração no exame físico e nos exames complementares (ECG e laboratório) feitos recentemente, descartam a possibilidade de que a dor seja de origem cardíaca.
- (D) se trata de um quadro de angina atípica e está indicada a realização de teste ergométrico para avaliação diagnóstica.

53. Sônia, negra, tabagista, 56 anos, é acompanhada pelo seu médico de família André. Teve recentemente diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Com relação ao diagnóstico, avaliação e tratamento da HAS, pode-se afirmar que

- (A) caso se avalie a necessidade de tratamento farmacológico, a melhor opção inicial neste caso seria o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina.
- (B) caso se avalie a necessidade de tratamento farmacológico, a melhor opção inicial neste caso seria o uso de diuréticos tiazídicos.
- (C) os exames para avaliação inicial são: glicose, colesterol total, HDL, triglicérides, ureia, creatinina, sódio, potássio, exame qualitativo de urina e eletrocardiograma de repouso.
- (D) além da mudança de estilo de vida e de tratamento farmacológico, a suplementação de cálcio, magnésio e potássio são indicados atualmente.

54. Dona Rute, 85 anos, vem consultar com seu médico de família por apresentar dor em membros inferiores que piora com a deambulação. É hipertensa há muitos anos e está com a pressão arterial controlada com enalapril e hidroclorotiazida. Além disso, é tabagista de 20 maços/ano. Ao examinar Dona Rute você verifica PA 130 x 80 mmHg, aparelho cardiopulmonar sem alterações e Índice Tornozelo Braquial (ITB) igual a 0,7. Sobre o caso de Dona Rute, pode-se afirmar que

- (A) a principal hipótese diagnóstica é de doença arterial periférica, devendo-se, além de outras medidas, iniciar o uso de cilostazol.
- (B) devido à idade de Dona Rute, a principal hipótese diagnóstica é de artrose, devendo-se iniciar fisioterapia e analgesia para alívio da dor.
- (C) o valor de ITB está normal, devendo-se iniciar investigação adicional para diagnóstico e tratamento adequado do caso.
- (D) se dona Rute tivesse um ITB menor que 0,4 seria indicada a suspensão de enalapril, com adição de estatina e *Gingko biloba*.

55. Patrício, 35 anos, auxiliar de pedreiro, mudou-se há pouco tempo para o território da equipe Gardênia e veio para consulta com médico de família “porque está com muita caspa e as unhas estão estranhas”.

Patrício relata que sempre teve muita “caspa” na cabeça e já foi a vários médicos que só prescrevem xampu de cetoconazol, mas há alguns meses sente que está alastrando pelo corpo, principalmente para cotovelos e joelhos. Resolveu procurar atendimento porque as unhas também estão ficando alteradas.

Ao exame físico: presença de placas eritemato-descamativas em cotovelos, joelhos e couro cabeludo, com bordos bem delimitados, arredondadas. Realizado curetagem metódica de Brocq com sinal da vela positivo. Sinal de Auspitz positivo.

Assinale a alternativa que cita exclusivamente alterações ungueais das mãos e dos pés que são características da doença crônica de Patrício.

- (A) Pitting, onicólise e mancha de óleo.
- (B) Paroníquia crônica, estrias transversais e onicomadese.
- (C) Pterígio de unha, onicorrexe e linhas de Beau.
- (D) Leuconíquia, braquioníquia e espessamento ungueal.

56. Mulher, 55 anos, hipertensa controlada com uso de enalapril 20 mg/dia, refere ter iniciado há 2 dias com dor tipo ardência de moderada intensidade, acompanhada de mal-estar, seguido de lesões de pele na região dorsal do tronco. Nega febre ou outras queixas. Nunca teve quadro semelhante anteriormente. Ao exame: Bom estado geral, lúcida, orientada e contactuante, eupneica. PA = 130 x 80 mmHg, FC = 84 bpm, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Presença de lesões pápulo-vesiculares sobre base eritematosa seguindo distribuição de dermatomo D3 à esquerda. Dado o quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a terapia farmacológica correspondente são

- (A) herpes simples – aciclovir oral mais analgésico oral.
- (B) herpes simples – aciclovir tópico mais analgésico oral.
- (C) herpes zoster – aciclovir oral mais analgésico oral.
- (D) herpes zoster – prednisona oral mais analgésico oral.

57. Maria, 64 anos, branca, é diabética há muitos anos e vem trazer seus exames de rotina. Ela faz uso de glibenclamida 5 mg ao dia, metformina 850 mg 3 vezes ao dia, losartana 50 mg ao dia e sinvastatina 20 mg ao dia. Tem evitado açúcar e doces na dieta, mas não está praticando atividade física. Apresenta boca seca, polidipsia, poliúria e diz ter emagrecido, pois percebe pelas roupas.

Glicose 321 mg/dL, hemoglobina glicosilada 12,1%, creatinina 1,2 mg/dL, taxa de filtração glomerular CKD-EPI 47,72 mL/min/1,73 m², exame qualitativo de urina (parcial de urina) com glicosúria. O tratamento farmacológico mais adequado para Maria, no momento, é

- (A) aumentar a dose diária de glibenclamida.
- (B) suspender metformina e iniciar insulina regular.
- (C) adicionar insulina NPH antes de deitar.
- (D) devido à disfunção renal, suspender metformina e trocar glibenclamida por gliclazida.

58. O MFC atende Júlia, 55 anos, com queixa de fraqueza e anorexia há muitos anos. Ela tem história de doença do refluxo gastroesofágico, tratamento prévio para depressão e vários episódios de litíase renal. Ela nega uso de medicamentos no momento. Traz exames solicitados por colega com os seguintes resultados:

Hemoglobina 12,7 g/dL, glicemia 90 mg/dL, TSH 2,5 µUI/mL, creatinina 0,8 mg/dL, cálcio 12 mg/dL (valor de referência 8,5-10,2), sódio 141 mmol/L (valor de referência 135-145), magnésio 2,6 mg/dL (valor de referência 1,7-2,6).

O provável diagnóstico de Júlia é

- (A) hiperparatireoidismo.
- (B) depressão crônica.
- (C) hipoadrenalismo.
- (D) hipoparatiroidismo.

59. Juliano, de 25 anos, consulta com o MFC para avaliação de dor em joelho direito. Ele sente essa dor há algum tempo, mas percebe que tem piorado recentemente. Joga futebol duas vezes na semana e percebe edema eventual. O médico realiza exame físico e verifica discreto edema, além do teste de McMurray positivo à direita. A principal hipótese diagnóstica é lesão de

- (A) ligamento cruzado anterior.
- (B) ligamento cruzado posterior.
- (C) ligamento colateral.
- (D) menisco.

60. Júlio, residente de MFC do primeiro ano, vem discutir uma dúvida sobre o caso de uma senhora de 65 anos. Ele conta que ela veio na consulta trazendo um exame de densitometria óssea, com T-Score do colo do fêmur de -2,91. Ela estava preocupada porque viu que abaixo de -2,5 é considerado osteoporose e sua mãe faleceu após uma fratura do quadril. Ela é fumante e, na consulta, pesava 50 kg e tinha 1,54 m de altura. Negava consumo de álcool, fratura prévia, outros problemas de saúde e uso de medicamentos. Júlio calculou o risco de fraturas dela pelo Frax, para ver se conseguia tranquilizá-la. Ela tinha um risco em 10 anos de 11% para fraturas por osteoporose e de 4,7% para fratura de quadril. De acordo com o Frax, tais valores sugerem aconselhamento para mudança de estilo de vida para prevenção de fraturas osteoporóticas, mas recomendam o uso de medicamentos para prevenir fratura de quadril. Júlio disse que ia discutir o caso dela para ver qual a melhor opção. O MFC, como preceptor, comenta sobre as discussões que existem sobre a definição de osteoporose como doença na perspectiva da prevenção

<p>quaternária e depois sugere que Júlio leia sobre os medicamentos disponíveis e o balanço de risco e benefício com seu uso. Ao estudar sobre o assunto, Júlio identifica e encontra como informação correta que</p> <p>(A) calcitonina nasal é eficaz na prevenção primária de fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa e tem uma efetiva ação analgésica para dor associada à fratura vertebral aguda, mas pode causar ou piorar sintomas de rinite.</p> <p>(B) na prevenção primária só há evidência com uso de bifosfonados para redução de fraturas vertebrais e exclusivamente com alendronato, mas há relatos de aumento do risco de câncer de esôfago e de fraturas atípicas do fêmur.</p> <p>(C) raloxifeno se mostrou eficaz para redução de fraturas vertebrais e não vertebrais em mulheres e diminui a incidência de câncer de mama, mas seu benefício deve ser pesado contra o risco aumentado de eventos tromboembólicos.</p> <p>(D) o uso de estrogênios na menopausa está associado com aumento do risco de doenças cardiovasculares, como tromboembolismo, e de câncer de mama, apesar de haver consenso quanto à redução nas fraturas por osteoporose.</p>	<p>63. O zumbido é uma queixa frequente e muitas vezes se prolonga por anos e pode afetar seriamente a qualidade de vida. Algumas vezes pode estar associado a causas de fácil resolução na Atenção Primária à Saúde, como a presença de rolha de cerume. Para os casos de zumbido que persistem após o tratamento de doenças do conduto auditivo externo e para os demais (quando não há problema no conduto auditivo externo), o exame que deve ser solicitado na investigação de todas as pessoas é</p> <p>(A) proteína C reativa.</p> <p>(B) audiometria.</p> <p>(C) nistagmografia.</p> <p>(D) teste não treponêmico para sífilis.</p>
<p>61. Homem, 45 anos, queixa-se de discreta hiperemia no “canto interno” do olho direito, assintomática, há pelo menos dois anos. “Tem uma carnezinha que cresceu no olho”. Veio saber se é algo grave e se precisar ser encaminhado ao oftalmologista. Ao exame, observa-se lesão na conjuntiva nasal (medial) discretamente elevada e hiperemiada, em formato de cunha que se estende até o limbo (zona de transição entre esclera e córnea). Dado o quadro clínico em questão, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) Trata-se de pterígeo, com indicação de encaminhamento à oftalmologia para tratamento cirúrgico, pelo risco de evoluir com redução de acuidade visual devido a astigmatismo.</p> <p>(B) Embora o diagnóstico de pterígeo não possa ser descartado, pinguécua é o diagnóstico mais provável, dado o fato de ser unilateral e poupar a córnea.</p> <p>(C) Trata-se de pterígeo, mas como o paciente é assintomático, deve-se orientar sobre a condição e retorno em caso de agravamento da lesão ou aparecimento de sintomas.</p> <p>(D) O diagnóstico de pterígeo é o mais provável e o uso de corticosteroide tópico por um período de 30 dias deve ser indicado para evitar a progressão da doença.</p>	<p>64. Pedro, 27 anos, caixa de supermercado, vem à consulta relatando coriza hialina, espirros, prurido nasal e ocular, além de hiperemia conjuntival e lacrimejamento, de início há 1 dia. Diz que tentou lavar as narinas com soro fisiológico, mas mesmo assim teve dificuldade para dormir. Nega febre ou odinofagia ou tosse. Diz que está tendo sintomas semelhantes, 4 a 5 vezes por mês, com duração de 4 dias, que costumam atrapalhar o sono. Piorou há 3 meses, desde que se mudou para um apartamento pequeno com muita umidade e cheiro de mofo no armário do banheiro. Normalmente consegue trabalhar, mas desta vez, devido aos sintomas mais intensos, resolveu vir consultar. Acha que foi por causa do cheiro de um perfume que sua namorada usou no dia anterior. Nunca procurou ajuda médica para tratamento. Algumas vezes usou uma dose de um antialérgico por conta própria, que não lembra o nome, com alívio parcial dos sintomas, que depois cederam sozinhos em 2 a 3 dias. Tinha história de asma na infância, que melhorou por volta dos 7 anos e os pais têm história de rinite. Além de abordar os possíveis fatores desencadeantes e cuidados ambientais e de prescrever um anti-histamínico oral para os sintomas agudos atuais, a melhor opção para sequência do tratamento de Pedro é</p> <p>(A) budesonida 64 mcg spray nasal nas crises durante o período de duração dos sintomas.</p> <p>(B) loratadina 10 mg comprimido nas crises durante o período de duração dos sintomas.</p> <p>(C) loratadina 10 mg comprimido e budesonida 64 mcg spray nasal nas crises durante o período de duração dos sintomas.</p> <p>(D) budesonida 64 mcg spray nasal por pelo menos 30 a 60 dias para controle e prevenção dos sintomas da doença.</p>
<p>62. A epistaxe acomete mais de 10% da população ao longo da vida e o médico de família e comunidade deve estar apto a manejá-la. Sobre o controle do episódio de epistaxe na Atenção Primária à Saúde, pode-se afirmar que</p> <p>(A) o tamponamento nasal posterior é o mais simples de ser realizado, pois pode-se acessar diretamente os vasos sanguíneos da mucosa.</p> <p>(B) a pressão digital é bastante efetiva, pois a maioria dos sangramentos origina-se na parte anterior do septo nasal.</p> <p>(C) quando se opta pelo uso do tamponamento, ele deve ser retirado tão logo cesse o sangramento.</p> <p>(D) quando se opta pela cauterização nos casos de falha do tamponamento, não há a necessidade de uso de anestésicos.</p>	<p>65. A queixa de xerostomia é bastante comum em pacientes em uso de múltiplos fármacos. É papel do MFC estar atento às classes de medicamentos que reduzem a produção de saliva. A alternativa em que todas as classes apresentadas podem causar xerostomia é</p> <p>(A) relaxantes musculares, ansiolíticos e anticoncepcionais orais.</p> <p>(B) diuréticos, antipsicóticos e antibióticos.</p> <p>(C) anticolinérgicos, anti-histamínicos e antidepressivos.</p> <p>(D) anti-hipertensivos, sedativos e anti-inflamatórios.</p> <p>66. As intoxicações agudas fazem parte do rol de urgências e emergências que podem ser atendidas na APS. Sobre as intoxicações agudas, são apresentadas quatro substâncias comuns de serem causa de envenenamento. Assinale a alternativa que associa corretamente a substância com os sinais ou sintomas desencadeados.</p> <p>(A) Intoxicação por cocaína causa letargia e coma.</p> <p>(B) Intoxicação por antidepressivos tricíclicos causa salivação excessiva.</p>

<p>(C) Intoxicação por organofosforados causa tremor e diarreia.</p> <p>(D) Intoxicação por opioides causa sudorese e taquicardia.</p>	<p>pois a paciente não apresenta ultrassonografia transvaginal recente.</p> <p>(C) a realização de ultrassonografia transvaginal após 30 dias é indicada de rotina como meio de assegurar seu correto posicionamento.</p> <p>(D) feita de rotina, a histerometria tem como função avaliar quão profundo deve ser inserido o DIU de cobre (TCU380), não sendo parâmetro para contraindicar sua inserção.</p>
<p>67. Melissa, R2 de MFC, vai iniciar um estágio de pequenas cirurgias na próxima semana. Ela aproveita um momento de supervisão para tirar algumas dúvidas sobre a anestesia locorregional. Sobre as diferentes técnicas de anestesia, é correto afirmar que</p> <p>(A) se pode optar por uma anestesia local infiltrativa para a exérese de um nevo pequeno de 0,5 cm.</p> <p>(B) a anestesia local infiltrativa costuma eliminar a dor na drenagem de abscessos, não sendo necessário o bloqueio de campo.</p> <p>(C) o bloqueio digital é suficiente para anestesiar completamente o hálux para se fazer uma cantoplastia.</p> <p>(D) o bloqueio de campo é a técnica mais indicada para retirada de pequenas lesões.</p>	<p>70. Diante de um primeiro episódio de encoprese retentiva secundária em uma criança de 6 anos, é correto afirmar que o médico de família</p> <p>(A) deve encaminhar precocemente, por ser um problema de alta morbidade, para acompanhamento em serviço especializado e coordenar o cuidado, garantindo acesso por demanda espontânea.</p> <p>(B) deve investigar clinicamente as possíveis causas, explicar o mecanismo de desenvolvimento do problema e fatores desencadeantes, além de fazer orientações de mudança comportamental.</p> <p>(C) pode compartilhar o cuidado com um nutricionista a fim de fazer orientação alimentar, uma vez que a maioria dos casos de encoprese retentiva secundária está relacionada à alimentação laxativa de grande monta.</p> <p>(D) deve orientar aos pais ou responsáveis que o uso de laxativos, tanto alimentos, quanto medicamentos, não deve ser feito para que não haja piora do quadro.</p>
<p>68. Mulher, 55 anos, queixa-se de hipoacusia em ambos os ouvidos, mais importante à direita, há cerca de 2 semanas. Nega otalgia ou quadro de infecções de vias aéreas superiores recentemente. Nunca teve quadro semelhante previamente e faz uso de cotonete frequentemente. Ao exame, há presença de cerume, sem visualização da membrana timpânica em ambos os ouvidos. Por conta, fez uso de ceruminolítico tópico por 7 dias, 5 gotas três vezes ao dia em cada ouvido, indicado por vizinho. A respeito do quadro clínico, é correto afirmar que a(o)</p> <p>(A) simples orientação para evitar o uso de cotonete somada à prescrição de ceruminolítico tópico por mais 5 dias (3 gotas em cada ouvido três vezes ao dia) será suficiente para o tratamento do cerume impactado.</p> <p>(B) lavagem otológica, prática comum em vários centros, não deve ser realizada neste caso pelo risco de perfuração de membrana timpânica, devendo ser indicada a remoção manual por profissional treinado.</p> <p>(C) fato de ser o primeiro episódio, leva à necessidade de investigação da hipoacusia por otorrinolaringologista antes da realização de lavagem otológica ou remoção manual do cerume.</p> <p>(D) lavagem otológica está indicada neste caso, podendo ser realizada prontamente, uma vez que a queixa persiste apesar do uso de ceruminolítico por 7 dias.</p>	<p>71. Marta é a primeira filha do casal, Laiza e Miguel, de 17 e 20 anos, respectivamente. Laiza está muito irritada e cansada porque a filha, de 15 dias, “chora muito”.</p> <p>“Dra. Não sei mais o que faço. Geralmente começa a chorar no final do dia, não acontece todos os dias, mas dura umas 3 horas. Minha mãe mandou dar chá de camomila com mel de abelha, mas fiquei com medo e não dei. Já fiz massagem na barriguinha dela... quando ela começa a chorar, parece que tá com cólica, porque começa a ‘soltar pum’. Às vezes até melhora, mas frequentemente não. Já parei de comer um monte de coisas e nada adianta. O que eu posso dar pra ela? Será que ela tem algum problema no intestino? Por favor, me ajuda!!”.</p>
<p>69. Mulher, 28 anos, vem à consulta pois decidiu que quer colocar o DIU de cobre (TCu380). Realizou exame citopatológico do colo uterino (preventivo/Papanicolau) há 3 meses, sem alterações, tendo sido orientada sobre os possíveis métodos contraceptivos. Nega comorbidades ou história de infecções sexualmente transmissíveis. Tem 2 filhos, o mais novo com 3 anos, casada, com parceiro fixo. Ela não tem queixas sobre a menstruação, cujo ciclo é regular, com intervalo de cerca de 30 dias, e com fluxo moderado. Faz uso de preservativo masculino como método contraceptivo. Está menstruada há 2 dias. Sobre a técnica, as indicações e as contraindicações da colocação do DIU de cobre (TCu380), bem como o acompanhamento nesse caso, é correto afirmar que</p> <p>(A) há indicação de inserção do DIU de cobre (TCu380) no momento da consulta, se possível, pois o canal cervical está mais permeável, facilitando o procedimento.</p> <p>(B) embora bem indicada, a colocação do DIU de cobre (TCu380) não deve ser feita no momento da consulta,</p>	<p>Laiza descreveu que a filha está com evacuação diária de fezes de aspecto normal. Mantém amamentação exclusiva. Não foi descrito nenhum sinal de gravidade clínica ou identificada alteração ao exame físico. Ganho ponderal dentro dos parâmetros de normalidade.</p> <p>A conduta com o melhor grau de recomendação para o tratamento farmacológico do problema apresentado por Marta é</p> <p>(A) tranquilizar os pais, pois trata-se de um problema sem gravidade e autolimitado, podendo-se prescrever paracetamol ou dipirona em gotas, a cada 6 horas.</p> <p>(B) indicar o uso de probiótico contendo <i>Lactobacillus reuteri</i>, que se mostrou a terapêutica mais promissora e eficaz para tratamento de cólicas no lactente.</p> <p>(C) tranquilizar a família e reforçar que não dê chás ou mel para a criança, mas que a mãe pode fazer uso próprio para que o mesmo seja excretado no leite e com isso faça efeito terapêutico na criança.</p> <p>(D) prescrever diclomina ou simeticona gotas, devido ao efeito anticolinérgico que auxilia no alívio dos sintomas, com bom nível de evidência em relação à resposta clínica.</p>

72. Avalie os casos clínicos abaixo sobre problemas cirúrgicos na infância e assinale a alternativa correta.

- (A) Murilo, 15 meses, foi levado pela mãe, Carol, para consulta porque o filho estava só com um testículo. Ao exame físico, o médico constatou que o testículo esquerdo do menino estava na região inguinal, explicou o problema e o encaminhou para cirurgia urológica pediátrica.
- (B) Micael, 5 meses, veio acompanhado dos pais que querem encaminhamento para cirurgia porque o filho tem uma hérnia epigástrica desde o nascimento. O médico os tranquiliza e orienta que o menino somente precisará de cirurgia se a hérnia não fechar até os 12 meses.
- (C) Jenifer, 15 dias, veio para consulta com a mãe que reclama que a filha, toda vez que chora muito, estufa bastante o umbigo e quer saber se colocar uma moeda no umbigo ajuda. O médico responde que, neste caso, o que vai ajudar é a correção cirúrgica da hérnia e, por isso, a encaminhou para setor de cirurgia geral pediátrica.
- (D) Belmiro, 8 dias, veio para primeira consulta acompanhado dos pais que demonstram preocupação com a higiene da criança, que não expõe a glândula. O médico orienta que fimose é um problema comum ao nascimento e que tem indicação de cirurgia até 6 meses, caso não se resolva espontaneamente com exercícios durante o banho.

73. Diego, 25 anos, vem à Unidade de Saúde para consultar com seu Médico de Família. Ele conta que está muito ansioso para conversar. Refere que percebeu aumento da região escrotal direita há algumas semanas e deseja orientação. Nega relação sexual desprotegida e não tem dor local. Ao exame físico, o MFC verifica discreto edema local, a transiluminação é negativa e ele palpa um pequeno nódulo testicular. A conduta mais adequada, neste caso, é

- (A) tranquilizar o paciente e acompanhar a evolução.
- (B) solicitar tomografia computadorizada para confirmar o diagnóstico.
- (C) realizar tratamento para orquiepididimite e reavaliar.
- (D) encaminhar ao oncologista com urgência.

74. Sabe-se que a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) possui diversos riscos para as mulheres e por isso deve ser usada de forma parcimoniosa, após análise individualizada através de história pessoal, familiar e exames complementares. Contudo, existem evidências de benefício em alguns casos específicos, quando não se deve ultrapassar 5 anos, com menor dose possível para controle do problema. Analise os casos abaixo e assinale a alternativa para quem o uso de TRH foi indicado de forma correta.

- (A) Maura, 61 anos, 5 filhos, sem cirurgias prévias, história pessoal de diabetes, hemoglobina glicosilada recente: 7,8 mg/dL. Menopausa aos 50 anos. Reclama de secura e dor na vagina durante a penetração. Ao exame físico: atrofia urogenital. Medicamento indicado: estradiol micronizado (1-2 mg/dia, via oral) associado a acetato de medroxiprogesterona (5 mg/dia, via oral).
- (B) Deusanira, 49 anos, 3 filhos, sem cirurgias prévias, cefaleia crônica do tipo tensional controlada com medicamentos. Reclama de irregularidade menstrual, ondas de calor e sudorese intensas. Medicamento indicado: estrogênio conjugado equino (0,625 mg/dia

do 1º ao 25º dia, associado a acetato de medroxiprogesterona (5 mg/dia) nos últimos 14 dias.

- (C) Ana Paula, 51 anos, 2 filhos, histerectomia aos 49 anos devido a miomatose uterina volumosa. Apresenta sintomas de ondas de calor, sudorese e palpitação intensas. Medicação indicada: acetato de medroxiprogesterona isolado (5 mg/dia, via oral).
- (D) Isa Maria, 56 anos, 2 filhos, sem doenças prévias ou cirurgias. Apresenta sangramento uterino anormal pós-menopausa e sintomas vasomotores moderados. Medicamento indicado: estrogênio conjugado equino (0,625 mg/dia) do 1º ao 25º dia, associado a acetato de medroxiprogesterona (5 mg/dia) nos últimos 14 dias.

75. Letícia, 28 anos, vem para consulta de rotina de pré-natal, com idade gestacional de 33 semanas e 4 dias. Queixa-se de dor lombar, sem sinais de alerta. Nega corrimento, sangramento ou perda de líquido vaginal. Nega febre e disúria. Também refere azia frequente e regurgitação, que pioraram desde a última consulta, mesmo após as orientações quanto a dieta, fracionamento das refeições e para evitar de se deitar logo após comer, e com o uso de antiácido contendo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Nega vômitos, disfagia e perda de peso. Os exames de rotina realizados durante o pré-natal estavam todos normais. Ela nega preocupações, mas diz que prefere tomar algum medicamento para as suas queixas. Ao considerar os riscos do uso de medicamentos na gestação, o MFC opta pela prescrição mais segura, que seria

- (A) dipirona e omeprazol.
- (B) dipirona e ranitidina.
- (C) paracetamol e omeprazol.
- (D) paracetamol e ranitidina.

76. Eunice, 34 anos, 3 filhos, casada, professora, veio à Unidade Básica de Saúde com atraso menstrual de 6 semanas.

Ao exame físico, colo amolecido, porém fechado. Foi feito teste de gravidez com resultado positivo e iniciado o pré-natal.

Uma semana depois, Eunice voltou à UBS para mostrar resultado de ultrassonografia (USG) transvaginal, que fez neste mesmo dia. O resultado do exame constatou: "útero gravídico com saco gestacional posicionado no corpo uterino, com presença de embrião sem sinais de vitalidade". O resultado foi confirmado com nova USG após 7 dias. No momento da última consulta, Eunice não apresentava quaisquer sinais ou sintomas.

Diante deste caso de abortamento

- (A) incompleto, deve-se encaminhar a paciente para hospital para dilatação e curetagem uterina. Deve-se oferecer contracepção eficaz já no início do próximo ciclo menstrual.
- (B) incompleto, deve-se prescrever misoprostol para uso oral e intravaginal para completar abortamento. Deve-se oferecer contracepção eficaz imediata, após resolução do abortamento.
- (C) retido, deve-se encaminhar a paciente para o hospital para realização de dilatação e evacuação uterina. Deve-se oferecer contracepção eficaz já no início do próximo ciclo menstrual.
- (D) retido, deve-se encaminhar a paciente para hospital para aspiração uterina. Deve-se oferecer contracepção eficaz imediata após resolução do abortamento.

77. Dirce, 50 anos, casada, 3 filhos, secretária em escritório de advocacia, veio em consulta médica pela quarta vez devido ao mesmo problema: está perdendo urina toda vez que espirra, tosse ou carrega os netos no colo. O médico que a acompanha já prescreveu imipramina 25 mg há 30 dias, sem resposta. Dirce está muito incomodada. Quer saber se tem outra forma de tratamento mais definitivo que não seja pelo uso de imipramina.

Ao exame físico: Peso: 95 kg, Estatura: 1,67 m. IMC: 34,1, circunferência abdominal: 115 cm, PA: 110 x 85 mmHg, varizes de membros inferiores.

Exame genital: Vulva de aspecto normal e vagina com paredes tróficas; ausência de retocele, cistocele ou enterocele; conteúdo vaginal branco de pequena quantidade de aspecto fisiológico.

Analise os fatores que podem estar relacionados ao tipo de incontinência urinária de Dirce e assinale a alternativa correta em relação à conduta a ser proposta neste caso.

- (A) O médico deve orientar que Dirce precisa manter imipramina, aumentando a dose, já que é um medicamento com boa eficácia para incontinência urinária de esforço.
- (B) A incontinência urinária de urgência está intimamente relacionada a situações de obesidade, como neste caso, e por isso Dirce deve ser incentivada a perder peso.
- (C) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico, com exercícios realizados várias vezes ao dia, é o tratamento conservador de escolha para casos de incontinência urinária de esforço.
- (D) O tratamento farmacológico deve ser substituído por duloxetina, que possui melhor evidência no tratamento da incontinência urinária. Treinamento vesical pode ser indicado, como adjuvante ao medicamento.

78. Caio, 3 anos, foi à Unidade Básica de Saúde acompanhado da mãe (separada há 2 anos do pai de Caio), porque ela está preocupada com os exames do filho. A avó paterna o levou em outro serviço para que fossem solicitados exames de "rotina". Um dos exames que foram solicitados foi urocultura, que demonstrou bacteriúria. A criança está bem, sem sintomas e ganhando peso. Neste caso, deve-se

- (A) tranquilizar a mãe e orientar que não existe indicação de tratamento.
- (B) solicitar novo exame para orientar, através do antibiograma, o melhor tratamento.
- (C) tratar empiricamente com antibiótico e solicitar repetição de urocultura com antibiograma, após 7 dias do término do tratamento.
- (D) tratar com antibiótico empiricamente, mas não há necessidade de solicitar urocultura para controle de cura.

79. João, 73 anos, branco, faz acompanhamento regular com seu MFC com diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Veio trazer exames de rotina solicitados na última consulta e outros devido a uma distrofia ungueal que já tem há alguns meses em ambos os pés. Traz como queixa que há 2 dias houve piora de dor lombar mecânica, que já tem há anos, após se agachar para pegar um peso. Ao exame: PA = 125x70 mmHg, FC = 84 bpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Ausência de edema em membros inferiores. Pulsos pediosos amplos e simétricos. Sensibilidade preservada em ambos os pés, que apresentam distrofia ungueal no primeiro e segundo dedos

à direita e do primeiro dedo à esquerda. Região paravertebral lombar direita com contratura leve e dor moderada à palpação. Lasêgue negativo. Sem dor a punho percussão lombar.

Em uso de: metformina 850 mg 1 comprimido 2 vezes ao dia, enalapril 10 mg 1 comprimido 2 vezes ao dia, anlodipino 10 mg 1 comprimido 1 vez ao dia, sinvastatina 20 mg 1 comprimido 1 vez ao dia.

Abaixo segue resultado de exames realizados recentemente e há 6 meses.

Exame \ Data	Fev/2018	Out/2018	Valor de referência
Hemoglobina (mg/dL)	13,0	12,8	
VCM (fl)	85	84	
Leucócitos (por μ L)	7.300 (séries normais)	8.800 (séries normais)	
Plaquetas (por μ L)	160.000	152.000	
Creatinina (mg/dL)*	1,55 (TFG = 43,8)	1,68 (TFG = 39,7)	
Ureia (mg/dL)	59	65	
Potássio (mEq/L)	4,7	5,1	
Sódio (mEq/L)	140	139	135 – 145
Cálcio (mg/dL)	9,3	9,5	8,8 – 10,3
Ácido úrico (mg/dL)	5,8	6,3	3,4 – 7,0
Glicose (md/dL)	112	82	
Hemoglobina glicada (Hb A1c)	7,1	7,3	
Fósforo (mg/dL)	3,2	3,6	2,8 – 4,5
Paratormônio (pg/mL)	45	50	10 – 65
Colesterol total (mg/dL)	155	-	
HDL (mg/dL)	44	-	
Triglicerídeos (mg/dL)	178	-	
Parcial de urina **	Normal	Normal	
Albumina/creatinina (mg/g)**	22	25	
Micológico direto das unhas		Aglomerados de células leveduriformes globosas e pseudo-hifas ramificadas	
Cultura para fungo das unhas		<i>Candida albicans</i>	

* TFG calculado por CKD-EPI. / ** Amostra urinária.

Com base no quadro clínico, em relação à terapia farmacológica, é correto afirmar que há indicação de

- (A) aumentar a dose de metformina, visando alcançar níveis de HbA1c abaixo 7,0 mg/dL.
- (B) evitar o uso de fluconazol devido ao risco de interação com sinvastatina e de rabdomiólise.
- (C) substituir enalapril por furosemida, pela piora da função renal que pode estar relacionada à estenose da artéria renal.
- (D) prescrever ibuprofeno 600 mg 1 comprimido de 8 em 8 horas por 5 dias para tratamento da lombalgia de origem mecânica.

80. Priscila, 32 anos, vem à consulta queixando-se de insônia, dor de cabeça leve, sensação de pressão no peito e palpitações há 2 semanas. Conta que tem estado muito nervosa desde que seu marido perdeu o emprego há uns 15 dias. Eles têm uma filha, Júlia, de 8 anos, e um filho, Rodrigo, de 12 anos. O filho tem paralisia cerebral e é totalmente dependente de cuidados. Na parte da manhã, enquanto o filho vai para a APAE e a filha está no colégio, ela passa roupa para fora e, com isso, ganha em torno de R\$ 500,00 por mês. Além de abordar os sintomas trazidos por Priscila, o MFC sugere que ela converse com o assistente social do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e comenta que devido à condição de saúde de Rodrigo, seu filho tem direito à(ao)

- (A) auxílio-doença.
- (B) benefício de Prestação Continuada.
- (C) aposentadoria por invalidez.
- (D) aposentadoria especial.