



Sociedade Brasileira de Medicina
de Família & Comunidade

EDITAL SBMFC / TEMFC N.º 26

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

Na tela: Josefa, 25 anos, gestante 10 semanas, acompanha pré-natal com sua médica de família e chega em uma consulta não agendada.

Cena 1

Enfermeiro: Doutora, você pode ir na sala de curativos agora?

MFC: O que aconteceu?

Enfermeiro: Dona Josefa apanhou do marido, ele jogou uma pedra que pegou na perna dela e está sangrando, acho que vai precisar de sutura.

MFC: Claro, vamos lá.

Enfermeiro: Ela também está grávida de 10 semanas.

Cena 2

Paciente na maca:

Paciente: Doutora eu vim só para fazer os pontos na minha perna que está machucada, e ver se o bebê está bem, não quero denunciar o Zé.

MFC: Calma Josefa, a gente já vai conversar ...

Enfermeiro: A gente deve preencher a ficha de notificação de violência?

Paciente [chorando]: Não, eu não quero denunciar o Zé, porque eu sei que ele não vale nada, mas eu não quero ficar sozinha só com o bebê.

MFC: Fica tranquila. Jean, nesse momento a gente não vai pensar em ficha de notificação, então queria que você pegasse o material de sutura e o sonar para poder examinar e dar os pontos na perna dela, pode ser?

Paciente: Dra., o Zé está todo quebrado porque quando me viram assim bateram muito nele. É que ele voltou a beber, mas ele não me bate muitas vezes. Ele me bate só de vez em quando e eu estou com medo que ele vá preso.

MFC: Te entendo. Que pena que seu José voltou a beber. Ele estava indo tão bem no processo de desintoxicação aqui no posto com a gente. Faz um favor, pede para ele procurar a gente para retomarmos esse processo com ele, tá? Agora vou te aplicar um anestésico para dar os pontos na sua perna e depois vou examinar o bebê, ok?

Nega outras queixas.

Exame físico: PA: 140/90 mmHg. BCF (Batimento Cardíaco Fetal): não audível. Movimentos fetais: ausentes.

- Com relação à notificação de violência, pela equipe de saúde,
 - é uma exigência legal para crianças, adolescentes, mulheres e idosos.
 - tanto a notificação como o boletim de ocorrência são uma exigência legal, nesse caso.
 - deve ser feita, nesse caso, apenas se a paciente concordar.
 - não deve ser feita, nesse caso, devido ao risco de aumentar a violência doméstica.
- Com relação ao procedimento de sutura nesse caso, é correto afirmar que
 - o anestésico local mais apropriado para realizar a sutura da lesão é a prilocaína.
 - embora o impulso nociceptivo seja abolido após a anestesia local, Josefa ainda pode ter preservadas as sensibilidades tátil e térmica.
 - ao realizar a sutura no ferimento de Josefa, o tipo de cicatrização esperada pelo médico de família e comunidade é de segunda intenção.
 - o ferimento de Josefa, provavelmente, é do tipo inciso, já que ela foi agredida por uma pedra pelo marido.
- Sobre o exame físico da gestante nesse caso, que vinha acompanhando o pré-natal com a médica, assinale a alternativa correta.
 - Se a pressão arterial for confirmada em outra medida, considerar hipertensão prévia à gravidez, e é um sinal de alerta para pré-eclâmpsia.
 - A paciente deve ser encaminhada com urgência à maternidade para avaliar a ausência de BCF e movimentos fetais.
 - O médico deveria incluir o toque vaginal digital no exame físico da paciente nesse caso.
 - O médico deveria incluir a medida da altura uterina no exame físico da paciente nesse caso.
- Com relação às estratégias que a médica poderia usar para abordar o utilismo com o marido, a melhor abordagem inicial, nesse caso, é
 - aplicar o instrumento AUDIT para a detecção do uso abusivo e, em um segundo encontro, o CAGE.
 - aconselhar o paciente como um "expert" no assunto, dando as soluções mais adequadas para as suas dificuldades sob o ponto de vista médico.
 - utilizar a intervenção breve, que é considerada a primeira escolha na abordagem de pessoas com problemas com uso de álcool.
 - explicar ao marido que ele é um alcoólatra e aconselhar o tratamento para a dependência de álcool o mais breve possível.
- Caso o marido aceite iniciar um tratamento farmacológico para desintoxicação ambulatorial,
 - pode ser usado naltrexona, se o objetivo for alcançar um consumo moderado e se a abstinência não for necessária.
 - pode ocorrer síndrome de abstinência alcoólica, que deve ser tratada com hidratação intravenosa, tiamina, glicose e clorpromazina.
 - pode ocorrer *delirium tremens*, que pode ser tratado na própria unidade de atenção primária com diazepam intramuscular.
 - o paciente pode conduzir veículos durante o uso de benzodiazepínicos na primeira semana de tratamento.

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

DIÁLOGO – VÍDEO 2

Na tela: Orlando, 40 anos, trabalhador rural.

Orlando: Bom dia doutora, a senhora desculpa nós vim aqui, eu mais minha muié, mas é que faz uns bons par de dias que eu tô com uma dor doída lá no fundo do bucho, quando eu vou obrar, sabe? Antontem ainda me deu essa dor, mas hoje inté que me levantei um pouco mió, sabe? Mas essa dor é terrível, quando ela volta dá uma gastura, ferveio no corpo, começa a lançar seco, a cabeça fica ruim, parece pobrema do fígado, quem sabe do estômago ou talvez até congestão de quebradura.

Esposa: Oh doutora, eu já falei para ele, que isso é tiricía!

Orlando: Num sei não, muié ... Doutora, que que eu faço?

6. Caso o médico deseje entender melhor o paciente, a melhor abordagem inicial, nesse caso, seria

- (A) pedir para vir alguém da família na próxima consulta para explicar o significado das palavras.
- (B) pedir para o paciente explicar melhor o significado das palavras que o médico não conhece.
- (C) pedir para algum funcionário da unidade, que seja morador da região, explicar o significado das palavras.
- (D) explicar ao paciente que se ele continuar falando termos que o médico não conhece, o atendimento será interrompido.

7. Sobre a competência cultural, é correto afirmar que é

- (A) a competência que as equipes de saúde devem desenvolver para realizar um cuidado à saúde que seja acultural.
- (B) a competência do profissional de saúde em usar a ciência para modernizar a cultura dos pacientes.
- (C) a habilidade de estabelecer um processo comunicativo capaz de superar as diferenças culturais existentes.
- (D) uma habilidade que o profissional de saúde deve reservar para utilizar com as minorias étnicas.

8. Sobre a Atenção Primária à Saúde, na população rural, é correto afirmar que o(a)

- (A) saúde da população rural apresenta indicadores similares aos da saúde da população urbana.
- (B) principal fator para a retenção dos profissionais de saúde, na área rural, é o foco na melhoria da competência comunicativa intercultural.
- (C) acesso e a longitudinalidade são similares na zona urbana e na zona rural do Brasil.
- (D) profissional de saúde necessita de maior repertório de habilidades e conhecimentos para realização de mais procedimentos e atendimento de emergências.

9. O médico desconfiou de uma parasitose intestinal porque sabia que o paciente vive em condições precárias de saneamento. Assinale a alternativa que apresenta a etiologia mais provável, de acordo com a confirmação dos sintomas.

- (A) Se houver prurido anal, é mais provável que seja uma enterobíase.
- (B) Se houver eliminação de verme, é mais provável que seja uma amebíase.
- (C) Se houver uma síndrome de má-absorção, é mais provável que seja uma teníase.
- (D) Se houver uma cirrose como complicação, é mais provável que seja uma giardíase.

10. Em relação à observação e interpretação da comunicação não verbal do médico, assinale a alternativa correta.

- (A) As expressões faciais e gestuais demonstram atenção centrada no paciente.
- (B) A baixa reatividade demonstra silêncio disfuncional.
- (C) Os marcadores de cordialidade demonstram acolhimento.
- (D) A paralinguagem demonstra agressividade.

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

DIÁLOGO – VÍDEO 3

Arthur, 62 anos, trabalhador da floresta aposentado, com diagnóstico de esquizofrenia, acompanhado da filha Kátia de 35 anos. Última internação psiquiátrica há 10 anos. Nega outros problemas de saúde atuais ou anteriores. Nega uso de outros medicamentos. Nega tabagismo, álcool ou drogas. Em uso de Olanzapina 2,5 mg pela manhã e Clonazepam 2 mg à noite.

Kátia: Doutora, o meu pai tá desse jeito.

MFC: Hmmm, como é que ele está?

Kátia: Então, ele vive dizendo que vê o diabo. E aí ele se bate, se joga no chão, se machuca lutando contra o diabo.

MFC: Como é isso, seu Arthur?

Arthur: Doutora, o diabo me persegue.

MFC: E quando foi que isso começou?

Arthur: Ixi, já faz muito tempo, desde que minha ex-mulher me deixou, então ela fez uma bruxaria para o diabo me perseguir.

MFC: E o senhor sente isso como, seu Arthur?

Arthur: Ele me puxa pelos pés e depois me fala muitos palavrões no meu ouvido.

MFC: Kátia, ele está fazendo uso de alguma medicação?

Kátia: Esse aqui, doutora.

MFC: Deixa eu dar uma olhadinha. Quanto ele toma desse medicamento?

Kátia: Ele toma um comprimido pela manhã.

MFC: E tem mais algum outro remédio?

MFC: É importante saber, Kátia ...

Kátia: Então, eu dou um para dormir, que é um frasquinho branco, é umas gotinhas, doutora.

MFC: Você lembra o nome?

Kátia: Não lembro.

MFC: Como é que você consegue esse medicamento?

Kátia: A gente sempre consegue, doutora.

MFC: Será que é o clonazepam?

Kátia: É esse mesmo, doutora.

MFC: E ele está fazendo algum acompanhamento?

Kátia: Não, faz tempo que ele não vai ao psiquiatra. Mas doutora, está muito difícil, a gente é em oito irmãos e eu cuido sozinha do meu pai há dez anos, eu não aguento mais, é muito cansativo.

Arthur: Mas eu também não aguento mais esse negócio do diabo me puxar pelos pés!

11. Em relação à observação da história e estado mental no caso do paciente Arthur, pode-se afirmar que ele apresenta

- (A) ilusão visual, devido à distorção de uma percepção sensorial existente.
- (B) alucinação auditiva, devido a alterações do juízo da realidade e dedução incorreta sobre a realidade.
- (C) delírio persecutório, devido à alteração de conteúdo de pensamento.
- (D) humor eufórico, devido à agitação psicomotora e alienação ao mundo externo.

12. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais correta da médica em relação ao manejo dos psicofármacos em uso, nesse caso.

- (A) Suspender, imediatamente, o benzodiazepínico em uso, devido ao risco de queda em idosos.
- (B) Aumentar a dose do antipsicótico em uso e passar a tomar o medicamento à noite.
- (C) Associar a prescrição de um antiparkinsoniano, devido aos sintomas extrapiramidais comuns.
- (D) Prescrever um antipsicótico de depósito, como o haloperidol injetável, mensalmente.

13. Após a estabilização do quadro de psicose, em relação ao acompanhamento deste paciente na Atenção Primária, é correto afirmar que

- (A) o acompanhamento de manutenção deve ser de retorno livre, se crises ou se efeitos indesejáveis.
- (B) se deve avaliar, periodicamente, medidas de peso, estatura, medida da circunferência abdominal, pressão arterial, dosagens de glicemia e perfil lipídico.
- (C) é recomendável evitar a inserção em atividades sociais na comunidade até o completo controle, pois isso pode causar estresse ao paciente e piora do quadro.
- (D) se deve referenciar a um serviço de psiquiatria hospitalar para acompanhamento a cada 6 meses.

14. Se o paciente não tivesse histórico de diagnóstico de esquizofrenia e iniciasse de forma abrupta um quadro de psicose relacionado a uma disfunção orgânica, o diagnóstico mais provável seria

- (A) tumor cerebral.
- (B) *delirium*.
- (C) Alzheimer.
- (D) demência senil.

15. Sobre dados de morbimortalidade, em relação ao caso, é correto afirmar que

- (A) a taxa de mortalidade por causas naturais de pessoas com esquizofrenia é maior que a da população geral.
- (B) pessoas com transtorno mental têm mais chance de serem submetidas a procedimentos terapêuticos invasivos que a população geral.
- (C) a taxa de suicídio de pessoas com esquizofrenia é menor que da população geral.
- (D) a expectativa de vida de pessoas com esquizofrenia é a mesma da população geral.

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

DIÁLOGO – VÍDEO 4

Davi, 1 ano e 8 meses, mãe Jenifer. Acompanha com seu médico de família por dor abdominal recorrente, sem sintomas sistêmicos associados. Últimos exames laboratoriais e exame físico sem alterações.

Jenifer: Doutora, eu não sei o que fazer, porque meu bebê está de novo com essa dor na barriga. Não dormi a noite inteira, ele sempre reclamando, dei aqueles mesmos remédios e nada, a dor continua.

MFC: E ele teve algum vômito?

Jenifer: Não.

MFC: Nada, febre?

Jenifer: Não. Eu achei uma hora, mas não também.

MFC: E onde é a dor?

Jenifer: É mais ou menos aqui que ele aponta.

MFC: E ele chegou a ter diarreia?

Jenifer: Também não.

MFC: Então vamos dar uma olhada nele, vou examinar.

MFC: Jenifer, coloca ele aqui para a gente dar uma olhadinha, ver se a gente consegue examinar.

Jenifer: Calma amor, é só um pouquinho.

MFC: Mamãe fica aqui pertinho, vem cá. Olha a mamãe, fica pertinho.

Jenifer: Calma, filho, tá tudo bem, tá tudo bem, a tia só vai ver.

MFC: Olha, Jenifer, no exame físico que eu fiz, não identifiquei nada assim que ressaltasse algo para a gente se preocupar. Eu queria saber o que ele comeu nesse dia que ele teve dor, ou saber um pouco mais sobre a alimentação dele, para a gente tentar entender.

Jenifer: Olha a alimentação dele foi normal, a gente acordou, ele tomou café ...

MFC: Ele toma café preto?!

Jenifer: Toma, aham! Junto comigo!

MFC: Pois então, isso pode ter alguma influência para a dor dele, né? Porque café não é um alimento indicado para uma criança nessa idade.

Jenifer: Mas ele adora, doutora, ele adora!

MFC: Pois é, mas nem sempre tudo que a criança adora a gente tem que dar, né? Pode ser que isto esteja causando a dor. Mas eu queria saber assim também, se tem outras coisas que aconteceram nos últimos tempos, que pode ter influenciado de diferente na rotina de vocês.

Jenifer: Olha, eu comecei a trabalhar, né? Antes ele ficava o dia inteiro comigo, daí talvez não sei agora na escolinha se ele está estranhando também.

MFC: Pode ser.

16. Assinale a alternativa que apresenta uma possível orientação correta da médica, em relação à alimentação de Davi.

- (A) Substituir o leite de vaca do café de Davi por leite de soja, para prevenir alergia a proteína do leite de vaca.
- (B) Acrescentar óleo, açúcar e farinha no leite de vaca para garantir o aporte energético da criança.
- (C) Proibir o café e orientar substituir por achocolatados em pó ou sucos de qualquer tipo.
- (D) Caso Davi ainda esteja sendo amamentado, orientar substituir o café por leite materno, conservado na geladeira por 24 horas.

17. Considerando que Davi não apresenta sinais de alerta, em relação à investigação da dor abdominal do paciente, é correto afirmar que

- (A) a principal causa de vômitos e diarreia em lactentes é gastrite aguda de etiologia bacteriana.
- (B) as infecções parasitárias são a causa mais comum de dor abdominal em pacientes como Davi.
- (C) está indicada a solicitação de uma ultrassonografia abdominal total para Davi para aprofundar a investigação.
- (D) a causa de dor abdominal recorrente mais provável, em crianças, não é de origem orgânica e apresenta evolução benigna.

18. Considerando que a médica solicitou mais exames e não concluiu nenhum diagnóstico orgânico, seria correto

- (A) explicar que a atitude ansiosa da família diante da dor recorrente pode atuar como fator de manutenção da queixa.
- (B) dizer que será realizada uma investigação mais extensa da dor para excluir causas de gravidade e tranquilizar a família.
- (C) explicar à família que a criança não tem nada e que os sintomas tendem a desaparecer com o tempo.
- (D) sugerir, delicadamente, que a criança pode estar dissimulando para tentar tirar algum proveito da atenção à dor.

19. Pela observação da situação hipotética, pode-se afirmar que a comunicação da médica

- (A) delimitou os motivos de consulta para prevenção de demandas aditivas.
- (B) realizou um reenquadramento da entrevista para abordar o âmbito psicossocial.
- (C) usou recursos efetivos para tranquilizar a criança durante o exame físico.
- (D) realizou aconselhamento alimentar para abordar as dúvidas da mãe.

20. Após a consulta, a médica relatou o caso em um Grupo Balint, contando que se sente muito irritada com a mãe e incomodada com o caso da criança, sentindo-se ansiosa, cansada e com raiva toda vez que vê que a criança está na sua agenda ou na sala de espera. Sobre a postura da médica, é recomendável que ela

- (A) reprima os sentimentos de raiva e ansiedade porque são transferências negativas que prejudicam a relação médico-paciente.
- (B) referencie o paciente para outro colega, pois irritabilidade faz parte dos sinais luminosos de defesa na relação médico-paciente.
- (C) ao reconhecer os sentimentos de contratransferência, procure dosar-se na medida certa, promovendo um “efeito droga” adequado.
- (D) busque afastamento laboral, porque está com síndrome de Burnout devido ao cansaço, irritabilidade e ansiedade.

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO 5, RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 21 A 25.

DIÁLOGO – VÍDEO 5

Em uma unidade do Sul do país ... Marcos, 19 anos.

Marcos: Bom dia, Dra. Eu vim para fazer os exames de check-up e para saber que vacinas preciso tomar para viajar para o norte. Vamos conhecer a Amazônia!

MFC: Ah, que legal! E você está com alguma queixa, algum sintoma no momento? Tem algum problema de saúde?

Marcos: Não.

MFC: Na família, tem algum problema? Diabetes, colesterol, hipertensão, algum problema de saúde?

Marcos: Não que eu saiba.

MFC: Certo, quando foi a última vez que você fez exames?

Marcos: Ah, ano passado. E o médico falou que estava tudo bem!

MFC: Ok, vou te pedir então alguns exames. Vou pedir um hemograma completo, diabetes, colesterol, e posso te pedir de doenças sexualmente transmissíveis?

Marcos: De aids, a senhora quer dizer?

MFC: Isso, não só HIV, de outras doenças também.

Marcos: Ai, não sei, tenho um pouco de medo ...

MFC: Por que medo? Você costuma usar preservativos nas relações?

Marcos: Nem sempre, Dra. ...

MFC: Certo, então vou te deixar esse folder com algumas orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis e vou pedir os exames para você, tá?

Marcos: Ai meu Deus, que medo!

MFC: Mais alguma coisa?

Marcos: Ah sim, eu preciso que a senhora me receite alguma coisa para acne, pois eu tenho uma que sai e me

incomoda muito. Tirei uma foto na última vez de como ficou para mostrar.

21. Considerando que Marcos viajará por 20 dias para o interior do Amazonas, que é imunocompetente e sua carteira de vacinação está em dia, analise o histórico das últimas doses que ele tomou.

- Antitetânica – 2016.
- Antirrábica – nunca tomou.
- Febre amarela – 2014.

Com base nessas informações, assinale a alternativa que apresenta as recomendações corretas nesse caso.

- (A) Vacinação para tétano, sarampo e hepatite A.
- (B) Vacinação para raiva e *Haemophilus influenzae*.
- (C) Vacinação para febre amarela, pelo menos, 10 dias antes da viagem.
- (D) Quimioprofilaxia para malária, se a viagem for para região de alto risco de transmissão de *P. falciparum*.

22. Se Marcos iniciar com sintomas, após a viagem, é correto afirmar que

- (A) na diarreia do viajante, geralmente, é necessário indicar antibioticoterapia.
- (B) se tiver febre, considerar inicialmente as infecções de rotina de não viajantes e depois incluir as infecções relacionadas a viagens.
- (C) se iniciar com febre alta com pulso lento, icterícia e mialgia generalizada, a causa mais provável é leptospirose.
- (D) se tiver hepatite aguda infecciosa, a mais comum será do tipo B.

23. Com relação aos exames de rastreamento, solicitados no caso, há evidências da solicitação de

- (A) hemograma.
- (B) glicose.
- (C) perfil lipídico.
- (D) exames para infecções sexualmente transmissíveis.

24. Com relação ao pedido de solicitação de exames, observa-se que a médica

- (A) aproveitou a oportunidade para realizar prevenção e abordou hábitos sexuais de risco do paciente.
- (B) realizou o aconselhamento pré-teste dos exames solicitados com abordagem centrada no paciente.
- (C) aproveitou a oportunidade para realizar prevenção de doenças e solicitou exames pactuados com o paciente.
- (D) forneceu material explicativo adequado baseado nas dúvidas trazidas pelo paciente para tranquilizá-lo.

25. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento inicial de acne mais recomendado nesse caso, conforme a avaliação da imagem apresentada no final da consulta.

- (A) Retinoides tópicos ou peróxido de benzoíla, apenas.
- (B) Retinoides tópicos associados a antibióticos tópicos.
- (C) Retinoides tópicos associados a antibiótico sistêmico.
- (D) Referenciar ao dermatologista para uso de isotretinoína.

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO, 6 RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 26 A 30.

DIÁLOGO – VÍDEO 6

Gonçalves, divorciado, 52 anos, 2 filhos. Acompanha com seu médico de família Dr. Lúcio há 2 anos por diabetes *mellitus* tipo II, de difícil controle. Dr. Lúcio já discutiu o caso com a endócrino e decidiram que a melhor estratégia é iniciar insulinoterapia. Em uso de antidiabéticos orais.

MFC: Bom dia, seu Gonçalves, tudo bem?

Gonçalves: Tudo.

MFC: Legal, hoje eu tenho um assunto muito importante para tratar com o senhor. Conversei com a endocrinologista e a gente decidiu que para o seu caso, o melhor a ser feito é começar o uso da insulina.

Gonçalves: É sério o que o senhor está me dizendo?

MFC: Calma, eu sei que não é uma situação fácil, tem muita gente que usa e se dá bem. Nós estamos aqui para ajudar o senhor no que for necessário, fica tranquilo.

Gonçalves: Eu nunca imaginei que ia chegar nisso, meu Deus, o que eu fiz para merecer isso?! Acho que não vou conseguir dar conta disso não.

MFC: Mantenha a calma, seu Gonçalves, a enfermeira vai lhe explicar o passo a passo de como fazer a aplicação, é um procedimento bastante simples, o importante é manter a calma no momento.

Gonçalves: Mas doutor, eu não consigo nem lembrar dos meus remédios sozinho, que eu não gosto de tomar, o senhor sabe, quem dirá aplicar agulha todo dia. Fico apavorado só de pensar.

26. Considerando que o paciente fazia uso de metformina, assinale a alternativa que apresenta a estratégia inicial mais recomendada para o Dr. Lúcio introduzir a insulina.

- (A) Suspender o antidiabético oral e iniciar insulinoterapia, em dose única, à noite.
- (B) Suspender o antidiabético oral e iniciar insulinoterapia duas vezes ao dia.
- (C) Associar ao antidiabético oral insulinoterapia, em dose única, à noite.
- (D) Associar ao antidiabético oral insulinoterapia, em dose única, pela manhã.

27. Com relação ao acompanhamento do senhor Gonçalves na APS, é correto afirmar que o Dr. Lúcio deve

- (A) solicitar retorno em 1 a 3 meses e ajustar o esquema terapêutico se glicemia de jejum não atingir meta terapêutica.
- (B) solicitar, anualmente, exames de rastreamento para retinopatia, doença coronariana e avaliação dos pés.
- (C) recomendar imunização contra *Influenza* e *pneumococos* e uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina se microalbuminúria.
- (D) referenciar, anualmente, para acompanhamento com nutricionista, nefrologista, neurologista e endocrinologista.

28. Na comunicação sobre a notícia de iniciar a insulina, pode-se observar que o médico

- (A) comunicou o entendimento dos medos do paciente e abordou suas preocupações e sentimentos.
- (B) verbalizou uma resposta empática em relação aos medos e se colocou à disposição para apoio.
- (C) forneceu a quantidade de informações, conforme avaliação do quanto o paciente poderia entender no momento.
- (D) utilizou linguagem de fácil entendimento e confirmou a compreensão do entendimento do paciente.

29. Pode-se verificar que o Dr. Lúcio utilizou o apoio matricial com a endocrinologista, que levou a decisão de iniciar a insulino terapia. Sobre esse processo, é correto afirmar que

- (A) o objetivo é substituir as consultas com o especialista focal para resolver as dificuldades de acesso à atenção secundária.
- (B) envolve também atendimentos conjuntos e tem o objetivo de educação permanente.
- (C) o objetivo do especialista focal é de tomar a responsabilidade da decisão sobre o melhor plano terapêutico.
- (D) deve envolver a tomada de decisão compartilhada com o paciente, como observado no vídeo.

30. Com relação às recomendações gerais para aplicação da insulina, assinale a alternativa correta.

- (A) É necessário puxar o êmbolo da seringa para verificar a presença de sangue antes de cada aplicação.
- (B) Evitar reaplicar no mesmo local do corpo, em menos de 15 a 20 dias, para prevenção de lipodistrofia.
- (C) Em caso de combinação de dois tipos de insulina, aspirar antes a insulina de ação intermediária.
- (D) O local de aplicação deve ser pinçado entre dois dedos e a agulha deve ser introduzida completamente, em ângulo de 45 graus, na maioria dos pacientes.

A PARTIR DA QUESTÃO 31, NÃO SERÃO MAIS EXIBIDOS VÍDEOS.

31. Júlia, 43 anos, vem à consulta com seu Médico de Família e Comunidade (MFC), Rodrigo. Ela traz uma lista de exames solicitados por uma nutricionista. Pede ao médico que troque o pedido para uma requisição do Sistema Único de Saúde, pois viu o preço dos exames para fazer no privado e não tem condições de pagar. Júlia está com sobrepeso, com índice de massa corporal 28. Nega outros problemas de saúde e uso de medicamentos. Nega tabagismo e história familiar de doença cardiovascular ou de doença da tireoide. Ao verificar a lista, Rodrigo percebe que há alguns exames desnecessários, como LDL, T4 livre e hemoglobina glicosilada, e outros que não estariam indicados numa pessoa assintomática na idade de Júlia. Ao examiná-la, a pressão arterial estava em 110/70 mmHg e a tireoide eutrófica, sem nódulos palpáveis. Dentre os exames indicados pela nutricionista, ele explica para Júlia quais estariam indicados para ela e solicita colesterol total, HDL, triglicérides e glicose. De acordo com o manual de medicina de família e comunidade de McWhinney, percebe-se que Rodrigo utiliza um dos princípios da MFC, pois ele

- (A) procura gerenciar os recursos disponíveis.
- (B) busca entender o contexto da experiência com a doença.
- (C) utiliza o contato com Júlia como uma oportunidade de promoção da saúde.
- (D) considera-se parte de uma rede comunitária de apoio e de atenção à saúde.

Leia o diálogo abaixo para responder à questão 32.

Após mais um ano de epidemia de dengue na Região dos Lagos, uma líder comunitária e representante do conselho de saúde local solicitou uma reunião com o gerente da Unidade Básica de Saúde que assiste o local.

Lavínia: Bom dia, Maurício, tudo bem? Vim aqui para conversarmos sobre a situação que estamos vivendo mais um ano. Todo ano é isso: gente morrendo por falta de assistência, falta de soro, falta de exames, falta de leitos para essa infinidade de casos de dengue. Já estamos fartos disso!!!

Maurício: Olha, Sra. Lavínia, estamos no meio do caos!! Não está vendo??? Não posso parar por muito tempo para conversarmos porque preciso ir pegar equipo de soro em outra unidade de saúde porque aqui está em falta.

Lavínia: Como assim? Vocês não se organizaram para esse ano mais uma vez? Eu não vi uma campanha, aviso, visita domiciliar para abordar o combate ao mosquito da dengue ... agora deu no que deu!!!

E os dois continuaram discutindo na sala do gestor.

32. Com base no diálogo, assinale a alternativa correta.

- (A) O gestor deve considerar a realização de um estudo para diagnóstico de saúde da população, que é essencialmente um estudo longitudinal, realizado ao longo de alguns anos na comunidade assistida.
- (B) O diagnóstico de demanda, especificamente para a dengue, constitui um tipo de pesquisa falha devido à limitação metodológica na utilização de dados assistenciais de demanda espontânea.
- (C) A grande dificuldade do gestor pode estar relacionada à falta de dados sobre tamanho da população assistida, fato impeditivo para a realização de estudos de diagnóstico de saúde da comunidade.
- (D) Um dos pontos de partida para um planejamento em saúde é a compreensão do tamanho da população em risco de adoecimento e, conseqüentemente, com maior necessidade assistencial.

33. Carla, 53 anos, vem para consulta de rotina de acompanhamento por ter diabetes. Ela usa metformina 850 mg, 2 vezes ao dia. Está assintomática. Não tem outros problemas de saúde. Traz seus exames de rotina. A hemoglobina glicosilada está em 7,8%. Júlio, seu Médico de Família e Comunidade (MFC), verifica no prontuário que o exame anterior era 6,5%. Questionada sobre porque acha que o exame do diabetes piorou, Carla diz que andou descuidando um pouco da dieta e parou de fazer caminhada. Também se mostra preocupada que possa ter alguma complicação da doença com a piora no exame, porque seu avô tinha diabetes e ficou acamado no final da vida por um derrame. Júlio discute com Carla sobre as possibilidades de manejo do diabetes e a estimula a retomar os cuidados com a dieta e a atividade física. Carla concorda. De acordo com a atual divisão dos componentes do método clínico centrado na pessoa, o MFC utilizou o

- (A) 1º Componente (explorando a saúde, a doença e a experiência da doença) e o 4º Componente (incorporando prevenção e promoção da saúde na prática diária).

<p>(B) 2º Componente (entendendo a pessoa como um todo) e o 3º Componente (elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas).</p> <p>(C) 1º Componente (explorando a saúde, a doença e a experiência da doença) e o 3º Componente (elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas).</p> <p>(D) 2º Componente (entendendo a pessoa como um todo) e o 4º Componente (incorporando prevenção e promoção da saúde na prática diária).</p>	
<p>34. Caio, Médico de Família e Comunidade (MFC) de um Centro de Saúde (CS) na zona do agreste paraibano, recebe em consulta Joana, 32 anos, com uma lesão de pele em membro inferior direito, pruriginosa, que surgiu há cerca de 30 dias. Após fazer anamnese e exame físico, fica em dúvida quanto ao diagnóstico e terapêutica. Como trabalha em um Centro de Saúde em que é o único médico, opta por ligar para o Telessaúde RS (0800 644 6543) com o objetivo de ter um suporte para a tomada de decisão. Ao ligar, o médico que o atende solicita, além de informações do caso, uma foto que é prontamente enviada por meio de aplicativo de mensagem de celular. Em menos de 10 minutos, Caio recebe orientações a respeito de possíveis diagnósticos e condutas frente ao caso de Joana.</p> <p>Com base no que está acima descrito, é correto afirmar que a resposta dada a Caio é uma forma de</p> <p>(A) teleconsultoria. (B) teleducação em saúde. (C) teleconsulta. (D) telediagnóstico.</p>	<p>36. Carlos, residente de medicina de família e comunidade, vem lhe procurar para discutir sobre o rastreamento de diabetes gestacional. Ele viu que o protocolo do município recomenda o uso dos critérios modificados da International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), que considera para o diagnóstico valores de glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL e/ou glicemia, após 2 horas ≥ 200 mg/dL. Ele traz um estudo publicado em 2018 (Characteristics of different risk factors and fasting plasma glucose for identifying GDM when using IADPSG criteria: a cross-sectional study) que avaliou o uso de fatores de risco ou de glicemia capilar de jejum como testes de rastreamento para o diagnóstico de diabetes gestacional. De acordo com esse estudo, o uso de pontos de corte de glicemia de jejum >82 mg/dL, >85 mg/dL e >89 mg/dL teriam, respectivamente, sensibilidade de 95%, 91% e 89% e especificidade de 67%, 85% e 96%, quando comparados aos critérios modificados da IADPSG. Como ele percebe que as gestantes, em geral, não gostam de realizar o teste de tolerância oral à glicose, ele questiona se pode realizar a glicemia de jejum como teste alternativo. Baseado nos dados do estudo, pode-se afirmar que o(a)</p> <p>(A) uso da glicemia de jejum com ponto de corte >89 mg/dL é melhor para confirmar o diagnóstico, pois tem menos falso-negativos. (B) ponto de corte de glicemia de jejum >82 mg/dL é pior para confirmar o diagnóstico, pois tem menos falso-positivos. (C) glicemia de jejum >85 mg/dL tem 15% de falso-negativos e 9% de falso-positivos. (D) uso da glicemia de jejum >82 mg/dL como ponto de corte tem menor probabilidade de falso-negativos.</p>
<p>35. João, 52 anos, vem para consulta querendo realizar exames de rotina. Está assintomático. Tem hipertensão e faz tratamento com hidroclorotiazida 25 mg pela manhã. É separado há 6 anos e, há 6 meses, está num novo relacionamento fixo. Antes disso, tinha relações sexuais eventuais com diferentes parceiras. Nega uso de preservativo. Nega tabagismo, uso de drogas, tatuagens e transfusões sanguíneas. No seu histórico vacinal consta vacinação contra hepatite B (3 doses). História familiar: pais e um irmão com hipertensão. O pai teve câncer de cólon com 67 anos. Pressão arterial 130/80 mmHg. Peso 80 kg. Altura 1,73 m. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Ao levar em consideração as recomendações de rastreamento e a prevenção quaternária, além dos exames de rotina para hipertensão, como colesterol total, HDL, triglicérides, glicose, creatinina, potássio e exame qualitativo de urina, o médico deveria solicitar</p> <p>(A) PSA e PSOF. (B) PSOF e sorologias para HIV e sífilis. (C) sorologias para HIV, sífilis e hepatite C. (D) PSA, PSOF e sorologias para HIV e sífilis.</p> <p>PSA = Antígeno prostático específico. PSOF = Pesquisa de sangue oculto nas fezes.</p>	<p>37. Assinale a alternativa que trata da “análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa e transformar as práticas profissionais e organizacionais”, segundo Gusso, 2019.</p> <p>(A) Toda segunda terça-feira do mês a equipe de Saúde da Família do bairro de Fátima faz grupo para tratamento de fumantes na paróquia do bairro e vem alcançando índices satisfatórios de cessação de tabagismo. (B) Há mais de 5 anos a equipe de Saúde da Família do Conde Montreal faz grupo de assertividade, conduzido pela própria comunidade, para troca de saberes, bem-estar e empoderamento da identidade cultural. (C) A equipe de Saúde da Família do Ouro participa, mensalmente, de reuniões com as associações comunitárias locais, a fim de discutir melhorias para a região, não só no âmbito da saúde. (D) A partir da análise do número de casos encaminhados inadequadamente para a neurologia, a gestão da atenção primária organizou o serviço de apoio matricial da especialidade.</p>

38. Maria José, 38 anos, vem ao Centro de Saúde após muita insistência de sua filha Isadora, de 15 anos. Chega à consulta sozinha, diz que foi trazida de carro pelo marido, Paulo, 43 anos, que está na recepção. Questionada pelo Médico de Família e Comunidade (MFC) sobre como poderia ser ajudada, Maria começa a chorar. Após um período de silêncio, conta que há cerca de 3 meses tem se sentido muito triste e chora escondida diariamente, não tem vontade de fazer nada, não dorme mais do que duas horas por noite, com uma angústia muito grande, não tem apetite e já perdeu cerca de 4 kg nesse período. Na última semana, faltou duas vezes ao seu trabalho (é diarista). Diz que nunca foi muito feliz, uma vez chegou a ir ao médico quando tinha 27 anos, quando foi receitado um remédio para depressão (“foi o que o médico disse”), mas acabou não usando e foi melhorando aos poucos. Diz nunca ter ficado tão ruim anteriormente. Questionada, começou a chorar e disse ter ideias e planos suicidas; por muito pouco não usou uma corda que tem escondida em sua casa há cerca de 1 semana. Não quis falar sobre possíveis motivações para estar assim, só disse: “tenho vários problemas, mas não tem a ver com meu marido. Ele inclusive me apoia, mas não sabe metade do que estou sentindo. Minha filha que está mais desconfiada”. Ao identificar Paulo como principal aliado terapêutico potencial, o MFC aponta a Maria a necessidade de chamar o marido para compartilhar a situação. Maria, em um primeiro momento, não aceita. Sobre a conduta do MFC, levando em conta o sigilo médico, é possível afirmar que deve

- (A) tentar, empaticamente, utilizar todas as ferramentas para ter a aprovação da paciente para chamar Paulo, mas se ela não ceder, deve respeitar sua vontade.
- (B) partir do princípio de que a paciente tem autonomia para fazer suas escolhas e de que a quebra de sigilo médico não é permitida.
- (C) tentar, empaticamente, convencer e explicitar o porquê da necessidade de chamar Paulo e que, mesmo que ela não aceite, tem obrigação de chamá-lo.
- (D) respeitar Maria no que diz respeito a chamar Paulo, mas deve acionar, mesmo sem consentimento e sem avisá-la, o serviço de urgência para que seja levada para internação.

Leia o texto abaixo para responder à questão 39.

O presente estudo versa sobre a prevalência de casos graves de dengue no distrito sanitário de Ubiratanga, no período da sazonalidade no ano de 2018. A amostra para o estudo foi de pessoas que moravam próximo da UBS e concluiu-se que no território em questão existe uma baixa prevalência de casos graves da doença comparado a dados nacionais.

39. Assinale a alternativa que apresenta o tipo de viés do estudo apresentado no enunciado.
- (A) Um estudo realizado sobre o perfil epidemiológico de crianças assistidas na UBS Jardins em 2017, cuja amostra foi de crianças assistidas em puericultura. Concluiu-se que faz parte do perfil epidemiológico de crianças assistidas, crianças brancas, na faixa etária de 0 a 2 anos.
 - (B) Um estudo realizado sobre intensidade de dor em idosos, entre 60 e 70 anos, com osteoartrite

avanzada e com baixa acuidade visual que acompanham no ambulatório de reumatologia do Hospital Federal Ambui. Foi utilizada a escala analógica visual como instrumento de pesquisa.

- (C) Um estudo realizado sobre satisfação dos usuários que frequentam a UBS Maria de Lourdes considerou todos que utilizaram qualquer serviço da UBS, de janeiro a dezembro de 2018. Foi considerado para a pesquisa o relato dos servidores ao final de cada semana de trabalho.
- (D) Um estudo foi realizado sobre a classificação do grau de incapacidade de pessoas com Hanseníase no momento do diagnóstico. Após as consultas médicas e de enfermagem, o pesquisador entrevistou estes profissionais usando o instrumento de avaliação do grau de incapacidade.

40. Romualdo, 56 anos, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial sistêmica compensada e doença pulmonar obstrutiva crônica leve, em uso de hidroclorotiazida e enalapril, vem à consulta referindo intolerância aos grandes esforços há cerca de 3 meses, o que o motivou a refletir: “Estou começando a achar que preciso parar de fumar, mas tenho medo de não conseguir. Nunca tentei antes”. Nega quaisquer outras queixas. É tabagista desde 17 anos, média de 30 cigarros por dia. Teste de Fagerström com alta dependência à nicotina. Exame físico normal, exceto pequena redução do murmúrio vesicular em ambos pulmões. Assinale a alternativa que apresenta a frase mais adequada, levando em conta técnicas de abordagem da entrevista motivacional para a cessação do tabagismo.

- (A) “Romualdo, já passou da hora de parar de fumar! Agora é com você. Já te disse várias vezes o que penso. Não vou mais passar a mão na tua cabeça”.
- (B) “Romualdo, e como acha que posso te ajudar nesse momento?”.
- (C) “Ótimo, Romualdo! Você vai conseguir. O que acha de a gente iniciar o tratamento com nicotina hoje mesmo?”.
- (D) “Entendo. Você é tabagista pesado. Sei que não é fácil, mas é uma questão de querer. Tenho certeza que se tiver força de vontade, você sairá vencedor”.

41. Suponha que você é o médico de família regulador da sua cidade e que, dentre as vagas disponíveis para realização de teste ergométrico, você tenha apenas uma para casos em que o exame seja indicado para apoio à prescrição de atividade física moderada ou vigorosa. Nenhum dos casos abaixo realizou teste ergométrico nos últimos dois anos. Assinale a alternativa que apresenta qual dos casos você marcaria nesta vaga.

- (A) Leonora, 40 anos, tabagista 20 maços/ano, história familiar: pai faleceu de infarto agudo do miocárdio aos 69 anos.
- (B) Isabel, 50 anos, sedentária, sem história de doenças cardiovasculares e obesa grau 1.
- (C) Leonardo, 38 anos, diabetes tipo 1 com diagnóstico aos 10 anos, exames laboratoriais normais, com bom controle glicêmico.
- (D) Ícaro, 43 anos, hipertensão arterial sistêmica, sem sintomas, sem lesões de órgão alvo no momento.

42. Mirela, 27 anos, está com 8 semanas de gestação e vem à consulta de pré-natal de rotina referindo náuseas e episódios esporádicos de vômitos. Seu médico de família e comunidade sabe que ela não gosta de tomar medicamentos alopáticos e prefere terapias alternativas. Além de orientar cuidados alimentares, a conduta mais adequada seria oferecer

- (A) tratamento homeopático com Sulphur 6CH.
- (B) uso de chá de macela (*Achyrocline satureoides*).
- (C) uso de chá de camomila (*Chamomilla recutita*).
- (D) aplicação de agulhamento no ponto Pericárdio 6 (PC6).

43. Rodolfo, 66 anos, vem para consulta por demanda espontânea e passa pela escuta inicial da equipe de saúde. Paulo, residente de medicina da família e comunidade, observa a planilha que a equipe utiliza para organizar a demanda espontânea e identifica que Rodolfo procurou o serviço por uma queixa de dispneia há 4 meses. Ele reflete sobre os diagnósticos diferenciais de dispneia, com base em um caso clínico que discutiu com os outros residentes e os preceptores na semana anterior. Sobre isto, pode-se afirmar que

- (A) nos idosos com história de tabagismo, é preciso atentar para o surgimento de dispneia crônica, um achado inicial comum de câncer de pulmão.
- (B) a anemia está entre as causas mais comuns de dispneia em idosos, sendo um diagnóstico frequentemente esquecido.
- (C) embora a presença de roncos e sibilos seja mais sugestiva de uma causa pulmonar, não permite descartar completamente insuficiência cardíaca.
- (D) a obesidade e a falta de condicionamento físico costumam ser fatores agravantes da dispneia, mas não sua causa isolada.

44. Helena traz a filha Maria Luiza, de 11 meses, para consulta, pois está há três dias com febre não aferida, tosse, coriza, obstrução nasal e diminuição do apetite. O pai estava com sintomas semelhantes na última semana. Sobre as possibilidades diagnósticas, é possível afirmar que

- (A) nessa faixa etária pode ser mais difícil a distinção entre rinofaringite aguda e gripe por influenza, pois ambas podem causar febre.
- (B) se a frequência respiratória for maior que 40 mrpm (de acordo com a OMS), na ausência de sibilos, o diagnóstico mais provável é de pneumonia.
- (C) diante de um primeiro episódio de sibilância, a hipótese mais provável é de exacerbação de asma associada com uma síndrome gripal aguda.
- (D) se a rinorreia hialina evoluir para secreção amarelada durante a primeira semana, é indicativa de complicação por rinosinusite aguda bacteriana.

45. Náuseas e vômitos são causas frequentes de consultas médicas em ambiente de atenção primária à saúde, seja como sintomas isolados ou fazendo parte das mais diversas condições de saúde. Dentre os casos citados abaixo, assinale a alternativa que apresenta uma hipótese diagnóstica correta e a conduta mais adequada para a respectiva hipótese.

- (A) Homem, 52 anos, tabagista, diabético mal controlado com náuseas e sudorese iniciados há cerca de 20 minutos, sem outros sintomas. Hemoglicoteste = 197 → Infarto agudo do miocárdio → Encaminhamento para emergência para avaliação diagnóstica.

(B) Mulher, 35 anos, com cefaleia frontal de forte intensidade, latejante, iniciada há 2 horas, associada a fotofobia e náuseas. Teve dois episódios de vômitos no período. Sem alteração neurológica no exame físico. → Enxaqueca → Metoclopramida 10 mg intravenosa.

(C) Mulher, 22 anos, há 5 dias com náuseas e 2 a 3 episódios de vômitos por dia. Refere atraso menstrual de 17 dias. → Hiperêmese gravídica → Dimenidrinato 50 mg + piridoxina 5 mg 8-8 h, via oral.

(D) Homem, 55 anos, há 45 minutos vertigem associada a náuseas e vômitos que agravam com qualquer movimento da cabeça. Exame neurológico normal, exceto presença de nistagmo horizontal com mobilização da cabeça. → Cinetose → Dimenidrinato 50 mg 6-6 h, via oral.

46. Sr. Rogério, 66 anos, acompanhado há anos por seu Médico de Família e Comunidade, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial sistêmica compensada, hiperplasia prostática benigna e hemorroidas, vem ao centro de saúde para trazer exames laboratoriais solicitados há cerca de 45 dias. Nega tabagismo ou etilismo. Hoje, ao trazer os exames, referiu que há 30 dias passou a perceber episódios de hematoquezia pelo menos duas vezes por semana. Diz que não deu muita atenção ao diagnóstico de hemorroidas prévio, mas resolveu citar, "pois o sr. é meu médico e já que estou aqui, é bom falar". Questionado, refere eventual dor discreta ao evacuar, nega alteração de hábito intestinal (evacua uma vez ao dia, algumas vezes com fezes mais ressequidas) ou perda de peso. Tem tio com história de "câncer no intestino".

Ao exame: abdome com ruídos hidroaéreos presentes, depressível, indolor, sem visceromegalias. Ânus com presença de plicoma às 9 h com pequena fissura anal adjacente. Toque retal: próstata discretamente aumentada, sem nodularidades, de consistência fibroelástica. Ausência de tumorações palpáveis no reto. PA: 126x82 mmHg e FC: 84 bpm.

#Laboratório (de 12 dias atrás): Hemoglobina: 12,0; VCM: 78,0; RDW: 16,1; Glicose: 98; Colesterol total: 187; HDL: 55; Triglicerídeos: 159; Creatinina: 1,1; Potássio: 4,3. Obs: no prontuário consta Hemoglobina prévia (há 2 anos) = 13,6 e VCM = 84,8.

Dado o quadro clínico do Sr. Rogério, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

(A) Solicitar colonoscopia para investigação da hematoquezia – uma vez que mesmo com presença de fissura anal e diagnóstico prévio de hemorroidas, outros diagnósticos como câncer colorretal precisam ser descartados.

(B) Reforçar dieta com aumento de fibras, hidratação e banho de assento e reavaliar em 2 a 3 meses caso não haja melhora da hematoquezia – uma vez que o paciente já tem diagnóstico prévio de hemorroidas e no exame atual foi observado também fissura anal.

(C) Fazer tratamento para anemia com sulfato ferroso por 2 meses e repetir hemograma ao final desse período – uma vez que a anemia deve ser decorrente da hematoquezia causada pelas hemorroidas ou fissura anal.

(D) Solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes para então prosseguir investigação com outros exames caso positivo – dado risco de câncer colorretal ou mesmo de doença diverticular ou angiodisplasia.

47. Jorge, 37 anos, vem ao Centro de Saúde trazendo exames solicitados há cerca de 3 meses após um quadro de uretrite já tratado e com melhora clínica. Nega quaisquer sintomas no momento. Nega doenças prévias, alergias ou cirurgias prévias. Usa dipirona muito raramente para cefaleia, mas nega uso de outros medicamentos. Faz uso de álcool nos fins de semana, em pequena quantidade. Nega tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Tem uma tatuagem no antebraço esquerdo. Solteiro, diz ter tido relações sexuais desprotegidas com duas ex-namoradas e, isoladamente, com parceira “desconhecida” dias antes do episódio de uretrite.

Traz exames (coletados há 15 dias):

Anti-HCV: Reagente, VDRL: Não reagente, HBs-Ag: Não reagente, Anti-HIV: Não reagente.

Quanto à conduta a seguir, a partir do resultado dos exames, é possível afirmar que se deve

- (A) repetir o Anti-HCV com intuito de descartar erro laboratorial.
- (B) solicitar HCV-RNA para confirmar diagnóstico de hepatite C.
- (C) solicitar Anti-HDV (vírus da hepatite D) para averiguar infecção concomitante.
- (D) iniciar tratamento para hepatite C.

48. Paula, 35 anos, vem para consulta e aparenta estar inquieta e apreensiva. Conta que há uns 7 meses está se sentindo ansiosa, com irritabilidade, insônia e tem apresentado episódios de tremor e taquicardia. Acha que precisa tomar um medicamento para controlar a ansiedade. Gosta do seu trabalho como cabeleireira. Quando está trabalhando, costuma se sentir melhor, mas no último mês teve alguns episódios de sintomas mesmo no trabalho. Na última semana, teve que interromper o atendimento de uma amiga, quando estavam conversando sobre seus maridos. Júlia, sua médica de família, desconfia que possa ser algum problema com o esposo de Paula e pergunta sobre a família. Ela diz que o marido lhe traiu há 8 meses. Conta que desde então seu casamento não está bem e que não sabe o que fazer. Paula fala que já pensou em se separar, mas fica preocupada com os filhos, Amanda, de 8 anos, e Pedro, de 3 anos. Ela comenta que não esperava isso do marido logo agora, pois há 2 anos tinha feito a cirurgia bariátrica por incentivo dele e conseguiu emagrecer. Paula faz uso de anticoncepcional oral e nega o uso de outros medicamentos, de álcool e de drogas. Questionada sobre problemas de saúde na família, ela disse que os pais e um irmão são saudáveis, mas uma irmã mais velha tem história de hipertireoidismo. A abordagem inicial mais adequada para esse caso é

- (A) indicar terapia cognitivo-comportamental.
- (B) prescrever um inibidor seletivo da recaptção de serotonina.
- (C) prescrever venlafaxina ou duloxetine.
- (D) solicitar hemograma, hormônio tireoestimulante (TSH) e vitamina B12.

49. Fernando traz o pai, o Sr. Sandro, para consulta logo no início da manhã de segunda-feira. Sr. Sandro tem 67 anos e possui hipertensão arterial e diabetes. Faz tratamento com enalapril 10 mg, pela manhã, e metformina 850 mg, 1 comprimido no café da manhã e 1 comprimido no jantar. É tabagista de 20 cigarros/dia há uns 50 anos. No momento, está em acompanhamento no grupo de tratamento da unidade, em uso de bupropiona 150 mg, a cada 12 horas há 3 semanas, e sem fumar há 15 dias. Realizou exames de rotina há 1 mês: hemoglobina glicosilada 6,2%, colesterol total 205 mg/dL, HDL 50 mg/dL, triglicerídeos 180 mg/dL, potássio 4,5 mmol/L, creatinina 0,92 mg/dL, exame qualitativo de urina sem alterações. O filho relata que no início da noite de sábado, há 2 dias, o pai começou a ter movimentos repetitivos no membro superior direito e, na sequência, desmaiou, caiu no chão e começou a bater os braços e pernas. Ficou com os lábios roxos, começou a babar muito e acabou fazendo xixi na roupa. O episódio durou uns 5 minutos. Depois, o pai voltou a si, ficou confuso por um tempo, mas foi melhorando no decorrer do dia. Eles negaram episódios semelhantes prévios. Sr. Sandro não apresentou febre nem teve lesões de pele ou trauma na cabeça. Ao exame, pressão arterial 130/80 mmHg, corado, hidratado, sem alterações no exame neurológico e cardiopulmonar. A conduta mais adequada, nesse caso, é

- (A) suspender bupropiona e observar se irão ocorrer novos episódios dos sintomas.
- (B) considerar a hipótese de hipoglicemia e solicitar novos exames de controle do diabetes.
- (C) suspender bupropiona e solicitar um exame de neuroimagem, preferencialmente uma ressonância nuclear magnética do crânio.
- (D) encaminhar para realização de uma punção lombar para descartar uma causa infecciosa.

50. A Médica de Família e Comunidade, Rafaela, vai até a casa da Sra. Albertina, 67 anos, para uma visita domiciliar. Ela tem hipertensão, diabetes e dislipidemia. Passou recentemente por uma internação há 2 semanas por um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico e está caminhando com auxílio de uma muleta. Não tem queixas urinárias e gastrointestinais. Tem se alimentado com auxílio da filha por via oral. Ao exame, ela está com pressão arterial de 130/80 mmHg. Possui hemiparesia direita e desvio da rima labial. Sobre o manejo após um episódio de AVC, pode-se afirmar que

- (A) na suspeita de AVC aterotrombótico com estenose de carótida ipsilateral de 70% ou mais, há indicação de realizar endarterectomia após 6 meses do episódio agudo.
- (B) se houver fibrilação atrial e o risco de um novo episódio de AVC superar o risco de queda e de sangramento com a anticoagulação, pode-se iniciar varfarina em média 14 dias após o evento agudo.
- (C) é importante estar atento à presença de sintomas de depressão, que é comum em pessoas após um AVC, sendo que o tratamento com psicoterapia se mostrou mais efetivo do que o uso de antidepressivos.
- (D) a prevenção de novos episódios de AVC envolve o controle dos fatores de risco e, como Albertina possui diabetes, está indicado o uso de ácido acetilsalicílico, estatina e fibrato.

Analise o quadro abaixo para responder à questão 51.

Patrício, 45 anos, negro, professor de química e empresário, casado, 4 filhos. Consulta médica em 23/04/2019.

S. Procurou sua equipe de Saúde da Família de referência para uma consulta de rotina. Está preocupado porque depois de uma séria briga com a esposa, há 5 dias, que culminou com a saída do mesmo de casa, começou a sentir palpitações que vão e voltam e dor de cabeça que não passa. Não está dormindo bem ou se alimentando. No momento, nega tais sintomas. Não tem vícios.

O. Ao exame físico: Pressão Arterial (PA): 150x89 mmHg (aferida 3 vezes no consultório, pelo médico e com técnica adequada). Índice de massa corporal: 24,8. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas, rítmicas, sem sopros audíveis.

A. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Problemas familiares.

Cefaleia tensional.

P. Orientações de Mudança de Estilo de Vida (MEV).

Abordagem dos problemas conjugais – escuta ativa.

Paracetamol 500 mg a cada 6 horas por 7 dias.

Prescrito hidroclorotiazida 25 mg ao dia.

Solicitado colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia, exame qualitativo de urina, creatinina, eletrocardiograma e microalbuminúria.

Retorno em 30 dias para reavaliação.

51. Sobre o caso acima, assinale a alternativa que versa sobre um erro de conduta médica.

- (A) Por se tratar de um homem negro com HAS, a melhor opção terapêutica não seria tiazídico e, sim, bloqueador de canal de cálcio, justificado pela menor incidência de efeitos adversos.
- (B) Houve um erro de conduta quando o médico decidiu introduzir anti-hipertensivo para um caso de HAS Estágio I, que tem como recomendação apenas MEV e acompanhamento.
- (C) Pode-se considerar questionável a conduta do médico de ter solicitado exames laboratoriais neste caso, cuja classificação é HAS estágio I, o que pode ser considerada uma falha na prevenção quaternária.
- (D) Houve um equívoco diagnóstico ao interpretar um aumento da pressão arterial como HAS. O mais adequado seria reavaliações das medidas de pressão em semanas subsequentes e dos sintomas psicossomáticos.

52. Homem, 45 anos, vem em consulta queixando-se de inflamação das varizes desde anteontem, coisa que nunca teve. Possui, há cerca de 10 anos, veias varicosas em membros inferiores bilateralmente com sensação de dor em peso e edema eventual. Ao exame físico, é possível notar cordão eritematoso e hipersensível, de aproximadamente 3 cm, em trajeto de veia safena magna, em terço médio da perna direita, panturrilhas livres e simétricas, marcha preservada, sem febre nem outros sinais e sintomas sistêmicos. Quanto ao manejo, atentando-se para a

hipótese diagnóstica mais provável neste caso, assinale a alternativa correta.

- (A) É necessário encaminhamento no mesmo dia para serviço com vascular ou ultrassonografista experiente.
- (B) O paciente pode ser liberado com orientações de sinais de alarme, anti-inflamatório e medidas comportamentais até a resolução dos sintomas.
- (C) O tratamento pode ser ambulatorial, preferencialmente com antibioticoterapia, sem a necessidade de anticoagulação.
- (D) O tratamento pode ser ambulatorial, preferencialmente com anticoagulação, sem a necessidade de antibioticoterapia.

53. Homem, 72 anos, possui insuficiência cardíaca há 8 anos, devido à sua pressão alta e diabetes. Acompanha regularmente, tem boa adesão ao tratamento farmacológico, e há 2 anos não consegue descer o morro para ir à padaria sem ter que fazer algumas paradas na hora de voltar para casa devido à falta de ar e ao cansaço. Vem para se consultar, pois embora não note que estes sintomas estejam piorando nos últimos meses, gostaria de ter a vida de antes, e incomoda-se com seus netos que estão proibindo que ele saia de casa enquanto esteja se sentindo assim, pois em casa não tem sintomas. Ao exame, apresenta pressão arterial controlada, frequência cardíaca normal, sem edema de membros inferiores, e ausculta pulmonar normal. Sobre este caso, assinale a alternativa correta.

- (A) É necessário o encaminhamento para acompanhamento conjunto com a cardiologia, pois trata-se de uma complicação da hipertensão e do diabetes.
- (B) Recomenda-se a realização periódica de ecocardiograma para monitorar a função cardíaca e avaliar a necessidade de ajuste no tratamento.
- (C) É recomendado que ele mantenha atividades físicas conforme a tolerância, mesmo com os sintomas que ele apresenta.
- (D) Recomenda-se otimização do betabloqueador, mantendo, preferencialmente, frequência cardíaca abaixo de 50 batimentos por minuto.

54. Mulher, negra, 68 anos, possui hipertensão estágio 1, controlada com 10 mg de enalapril de manhã e à noite, diabetes controlado com dieta e fibrilação atrial assintomática, confirmada em eletrocardiograma realizado há pouco mais de 1 ano, segundo o prontuário. Na consulta prévia, seu médico de família identificou que ela não estava realizando nenhum tratamento para a arritmia e solicitou exames. Hoje, ela retorna trazendo os resultados. Nega tabagismo e etilismo. No exame físico, apresenta frequência cardíaca em torno de 95 batimentos por minuto, com ritmo irregularmente irregular, sem sopros. Ausculta pulmonar sem alterações, pressão arterial de 130x80 mmHg, sem outros achados. Os exames afastaram causas secundárias e mostraram função hepática normal, creatinina de 1,4 mg/dL (estável em relação às anteriores que realiza anualmente), com taxa de filtração glomerular de 44,6 mL/min/1,73m².

CHADS2		CHA2DS2-VASc		HAS-BLED	
Idade ≥ 75 anos	1 ponto	Idade 65-74 anos	1 ponto	Idade > 65 anos	1 ponto
Hipertensão	1 ponto	Idade ≥ 75 anos	2 pontos	Hipertensão não controlada	1 ponto
Insuficiência cardíaca	1 ponto	Sexo feminino	1 ponto	Insuficiência hepática	1 ponto
Diabetes	1 ponto	Hipertensão	1 ponto	Creatinina > 2,2	1 ponto
AVC, AIT ou embolia prévia	2 pontos	Insuficiência cardíaca	1 ponto	RNI lábil	1 ponto
		Diabetes	1 ponto	AVC prévio	1 ponto
		AVC, AIT ou tromboembolismo	2 pontos	História de sangramento	1 ponto
		Doença vascular	1 ponto	Uso de medicamentos que predispõem sangramento	1 ponto
				Álcool	1 ponto
Soma dos pontos:		Soma dos pontos:		Soma dos pontos:	

AVC = Acidente Vascular Cerebral.

AIT = Acidente Isquêmico Transitório.

RNI = Razão Normalizada Internacional.

Tendo em consideração seu risco estimado de sangramento e de evolução para acidente vascular cerebral (AVC), assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se manejar com controle de frequência, preferencialmente, com betabloqueador, e é mais prudente que seja associado um antiagregante plaquetário, em vez de um anticoagulante oral.
- (B) Deve-se manejar com controle de frequência, preferencialmente, com amiodarona, e é mais prudente que seja associado um antiagregante plaquetário, em vez de um anticoagulante oral.
- (C) Além do controle de frequência, que pode ser realizado com betabloqueador ou bloqueador de canais de cálcio, recomenda-se iniciar anticoagulação oral.
- (D) Deve-se pedir um ecocardiograma para avaliar se há trombos intracavitários e indicação de cardioversão e depois decidir entre anticoagulante oral ou antiagregante plaquetário.

Analisar o quadro abaixo para responder à questão 55.

Catarina, 66 anos, aposentada, 5 filhos, mora sozinha. Separada há 3 anos.

S. Está preocupada porque sente uma coceira no corpo todo, que vai e volta e piora às vezes. Não percebeu fatores desencadeantes. Relata que isso começou há alguns meses e nunca parou. Já foi em outros médicos, mas sempre prescrevem dexametasona tópica e orientam sobre tomar banho frio. Exigiu, em consulta com outro médico, que fossem feitos exames de sangue para descobrir a causa dessa coceira, porque não está convencida de que não tenha “nada no sangue”, mas o médico se recusou a passar, o que a fez nunca mais voltar à Unidade de Saúde. Contudo, soube que o médico mudou, e por isso resolveu marcar nova consulta. Refere que não tem “paciência de ficar passando remédio que é só paliativo”. Nega uso de medicamentos de uso crônico. Não tem histórico de alergias e não houve nada de significativo em relação aos hábitos de vida que pudessem desencadear o prurido.

O. Ao exame físico: aspecto da pele: normal, ausência de lesões dermatológicas, exceto alguns poucos arranhões devido

à coçadura, mas referiu que tenta não coçar com as unhas (apenas esfregando os dedos) para não se machucar.

55. Sobre a conduta que o Médico de Família e Comunidade deverá propor nesta consulta a Catarina, assinale a alternativa correta.

- (A) Explicar a Catarina que é um problema benigno e que não tem indicação, de fato, de nenhum exame, e sim, hidratar a pele, tomar bastante água e seguir com os cuidados com o banho.
- (B) Realizar biópsia de pele para descartar doença de base não aparente, além de prescrever corticoterapia sistêmica por um período limitado, associado a um inibidor de recaptção de serotonina.
- (C) Solicitar inicialmente alguns exames, como: hemograma, glicemia, creatinina, ureia, TSH, bilirrubinas, fosfatase alcalina e considerar sorologia para HIV e hepatites, ferro sérico, VHS e radiografia de tórax.
- (D) Encaminhar Catarina para avaliação com um dermatologista pelo fato de se tratar de prurido crônico, refratário ao tratamento convencional.

TSH = Hormônio Tiroestimulante.

VHS = Velocidade de Hemossedimentação.

56. Pedro, 15 anos, procurou atendimento por causa de manchas em mãos que vem aumentando. Começaram a aparecer quando os pais se separaram, há 1 ano. Já passou diversos cremes, dentre os quais, dexametasona, antifúngicos e tacrolimo. Relata diagnóstico de vitiligo. Nega outros problemas de saúde. Ao exame: máculas acrômicas, leitosas, não descamativas, com limites nítidos e bordas eritematosas, localizadas apenas no dorso das mãos.

Sobre o tratamento já realizado por Pedro, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de antifúngicos foi realizado devido à frequente sobreposição de vitiligo com pitíriase versicolor.
- (B) Recomendam-se corticosteroides tópicos para tratamento inicial de vitiligo, porém de alta potência e não de baixa potência, como foi o caso.
- (C) O uso de tacrolimo não é recomendado devido à alta toxicidade do medicamento, sendo usado apenas em casos de vitiligo refratários.
- (D) Devido ao vitiligo estar progredindo, este caso requer o uso de corticosteroide sistêmico.

57. Analise o quadro abaixo.

Judite, 50 anos, casada, 1 filho de 35 anos.

S. Refere que, há alguns anos, percebe que os pelos no corpo estão aumentando gradativamente, sobretudo em buço, queixo e peito. Faz depilação com lâmina de barbear frequentemente, o que está fazendo com que sua autoestima fique muito ruim (S) _____.

O. Ao exame físico: Pelos terminais distribuídos em face (mento e região supralabial), tronco, com escore de Ferriman-Gallwey modificado = 10. (O) _____.

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas, levando-se em conta tratar-se fortemente de um caso de hirsutismo idiopático.

<p>(A) (S) História de hipertensão arterial sistêmica e faz uso de enalapril. Menstruações regulares com menarca aos 13 anos / (O) PA: 125/78 mmHg, peso: 65 Kg, estatura: 1.65 m. IMC: 23,9</p> <p>(B) (S) História de epilepsia. Faz uso de ácido valproico e anticoncepcional. Menstruações regulares com menarca aos 11 anos / (O) PA: 122/80 mmHg, peso: 68 Kg, estatura: 1.69 m. IMC:24,7</p> <p>(C) (S) História de depressão e faz uso de fluoxetina. Menstruações irregulares com menarca aos 13 anos / (O) PA: 155/99 mmHg, peso: 69 Kg, estatura: 1.65 m. IMC: 25,3</p> <p>(D) (S) Não tem história de doenças ou uso de medicamentos. Menstruações irregulares (menstruações a cada 2 meses) / (O) alopecia androgenética, PA: 125/78 mmHg, peso: 69 Kg, estatura: 1.51 m. IMC: 30,3</p>	<p>o quadro é compatível com síndrome do túnel do carpo.</p> <p>(B) devido à história familiar, o contexto clínico apresentado e os medos da paciente, ainda que no exame físico não exista sinais de artrite, as radiografias de punho e metacarpofalangeanas são essenciais para o diagnóstico no caso de Mayara.</p> <p>(C) a hipótese mais provável é a de síndrome do túnel do carpo, sendo importante ressaltar o benefício do uso de anti-inflamatórios não esteroidais para alívio da dor. O uso da tala noturna, apesar de não efetivo para alívio sintomático ou para melhora da condução nervosa, faz parte do tratamento conservador.</p> <p>(D) o tratamento de escolha no quadro clínico de Mayara será conservador caso a eletroneuromiografia (ENMG) seja indicativa de perda axonal significativa, já que seus sintomas são leves. Nesses quadros, com ENMG alterada, recomenda-se o uso da tala contínua e a realização de infiltração local com corticosteroide simultaneamente.</p>
<p>58. Mulher, 37 anos, há 3 meses veio em consulta mostrar seu último check-up de rotina que ela costumava realizar pelo plano de saúde. Ela havia perdido o plano e estava preocupada com as alterações que apareceram. Não tinha sintomas e seus exames laboratoriais mostravam hemograma normal, colesterol total de 198 mg/dL, colesterol HDL de 42 mg/dL, TSH de 8,5 mIU/L, T4 livre de 0,9 ng/dL e glicemia de jejum de 98 mg/dL. Optaram por repetir os exames da tireoide após 3 meses, e agora ela retorna com os novos resultados, que foram muito semelhantes, mantendo-se assintomática. Diante deste caso, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) Trata-se, provavelmente, de um caso de hipotireoidismo, não há a necessidade de dosagem de anticorpos, e pode-se prosseguir ao tratamento com levotiroxina.</p> <p>(B) Trata-se, provavelmente, de um caso de hipotireoidismo subclínico e é recomendado iniciar levotiroxina e reavaliar TSH e T4 livre a cada 3 meses até que atinjam o alvo.</p> <p>(C) Trata-se, provavelmente, de um caso de hipertireoidismo subclínico e é recomendado discutir ou encaminhar para endócrino, e, caso tenha sintomas, iniciar betabloqueador em dose baixa.</p> <p>(D) Trata-se, provavelmente, de um caso de hipotireoidismo subclínico e é recomendado repetir TSH ao menos anualmente, caso mantenha-se assintomática.</p>	<p>60. Wilson, 32 anos, relata dor muito intensa no quadril direito com irradiação para face posterior do membro inferior. A dor é intermitente e o primeiro episódio foi aos 13 anos. Pouco a pouco, a dor, que antes era só no quadril, começou a acometer o joelho direito, o joelho esquerdo, a região lombar e a sacral. Nega quaisquer sinais de edema ou vermelhidão. Há cerca de 1 mês e meio, a dor vem piorando, despertando Wilson no período noturno e dificultando atividades físicas. Nega alteração de hábitos geniturinários e gastrointestinais. Wilson nega internações prévias, nega uso de álcool, tabaco ou outras substâncias psicoativas. Relata relações sexuais desprotegidas apenas com sua esposa. Nega história familiar de qualquer tipo de câncer ou reumatismo. Assinale a alternativa que elenca os exames complementares adequados para as respectivas hipóteses diagnósticas.</p> <p>(A) Pensando em osteoartrose de quadril, a radiografia bilateral anteroposterior, perfil e “pernas de rã” e a ultrassonografia são necessárias e ajudam a identificar alterações do espaço articular e lesões musculares.</p> <p>(B) Pensando em artrite reumatoide, a solicitação de hemograma, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, fator reumatoide, eletroforese de proteínas séricas e eletroforese de proteínas urinárias é considerada necessária.</p> <p>(C) Pensando em espondiloartropatias, deve-se considerar solicitação de radiografia de sacroilíacas e do HLA-B27. Apesar de não ser critério diagnóstico, está presente em cerca de 95% das pessoas com espondilite anquilosante.</p> <p>(D) Pensando em ciatalgia, a solicitação de ressonância magnética imediata, ainda que não exista suspeita de infecção, síndrome da cauda equina e/ou déficit neurológico severo, é considerada necessária devido à cronicidade do caso.</p>
<p>59. Mayara, 40 anos, vem à consulta com seu Médico de Família e Comunidade relatando desconforto em ambos os punhos, que vem evoluindo gradualmente há cerca de 5 anos. No início, só sentia dormência quando ficava digitando por longas horas no celular ou no computador. Atualmente, o desconforto ocorre inclusive no período da noite, acordando-a em algumas ocasiões. Vem sentindo ainda que as mãos acordam rígidas, mas que isso rapidamente melhora após sacudi-las por alguns segundos. Relata ainda sensação de inchaço, o que não foi confirmado ao exame físico. Nega traumas e vermelhidão local. Os sintomas têm atrapalhado no trabalho e no dia a dia, e ela tem muito medo de ser “reumatismo no sangue”, pois sua mãe tem e mal consegue mexer as mãos.</p> <p>Sobre diagnóstico, exames complementares e condução do caso em questão, é possível afirmar que</p> <p>(A) considerando que o diagrama de Katz tem maior razão de verossimilhança que o teste de Phalen, caso o primeiro resulte num padrão clássico, ainda que o Phalen seja negativo, pode-se explicar a Mayara que</p>	<p>61. Frida, 46 anos, comparece à consulta com a nova Médica de Família e Comunidade que assumiu sua área. Relata que, há cerca de 3 anos, vem sofrendo com dores muito intensas, por todo corpo, sempre bilateralmente (ombros, cotovelos, punhos, quadris, joelhos e lombar), que pioram com qualquer tipo de movimento, dificultando as atividades domésticas e melhoram apenas parcialmente com uso de diversos medicamentos analgésicos. Relata ainda insônia inicial com despertares frequentes durante toda a noite. As dores e a falta de sono a deixam bastante chorosa e estressada. Deseja fazer novos exames de sangue e uma</p>

ressonância de todo o corpo, pois os últimos exames “não deram nada” e, desde então, sua família não a apoia. A respeito do quadro de Frida, pode-se afirmar que

- (A) a apresentação de um padrão de dor difusa crônica, associada a sintomas somáticos (insônia, alteração de humor, ansiedade), sem grandes alterações em exames de imagem e laboratoriais, em uma mulher de meia idade como Frida, aventa fibromialgia como hipótese diagnóstica.
- (B) considerando que o padrão de dor descrito é inflamatório e simétrico, deve-se considerar artrite reumatoide para o quadro de Frida, ainda que todos os exames radiológicos e laboratoriais (incluindo fator reumatoide e velocidade de hemossedimentação) permaneçam inalterados.
- (C) considerando como hipótese diagnóstica principal fibromialgia, a base do tratamento seria o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, podendo ser associados aos medicamentos modificadores da doença, como metotrexato e azatioprina.
- (D) considerando como hipótese diagnóstica principal artrite reumatoide, a base do tratamento seria uma abordagem combinada entre antidepressivos tricíclicos, miorelaxantes e medidas não farmacológicas como exercício e terapia cognitivo-comportamental.

62. Antônio, 63 anos, hipertenso de longa data, em uso regular de hidroclorotiazida 50 mg, 1 comprimido pela manhã, atenolol 50 mg, 1 comprimido de 12 em 12 horas, e ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg, 1 comprimido após almoço, sem lesão de órgão alvo documentada até então. Relata que, há cerca de uma semana, iniciou com dor intensa em hálux do pé direito acompanhada de vermelhidão e edema intensos. Fez uso de cápsula fitoterápica de “unha de gato” com melhora parcial, porém houve piora na sequência. A respeito do possível diagnóstico e conduta mais adequada, assinale a alternativa correta.

- (A) Na fase aguda, com alta suspeição clínica de gota, inicia-se de imediato o medicamento colchicina, a ser mantido por 6 meses. Quando assintomático, independente no nível de ácido úrico ou função renal, existe a indicação direta de hipouricemiante, devendo-se iniciar alendronato de sódio 70 mg, 1 vez por semana.
- (B) Diante de uma hipótese de gota em um paciente sabidamente hipertenso, ainda que compensado, nos casos em que o ácido úrico esteja acima de 10 mg/dl, deve-se realizar a substituição de hidroclorotiazida. Betabloqueadores e AAS não estão correlacionados como fatores de desenvolvimento e podem ser mantidos.
- (C) Ainda que seja a primeira crise de gota, após a resolução da inflamação (entre 4 a 6 semanas), caso Antônio apresente taxa de filtração glomerular < 60 ml/min estará indicado iniciar um hipouricemiante. A primeira linha é alopurinol, com ajuste gradual da dose, tendo em vista alvo de ácido úrico menor que 5 a 6 mg/dl.
- (D) Considerando como principal hipótese para o caso de Antônio a artrite gotosa, tem-se que o padrão ouro para diagnóstico dessa artrite é o achado de cristais de monourato de sódio no líquido sinovial. Devido à praticidade da punção articular e à alta sensibilidade da avaliação do líquido sinovial, recomenda-se a realização rotineira na APS.

63. Marcos, 35 anos, queixa-se de olhos vermelhos, sensação de corpo estranho e que acorda com “olhos grudados” há 3 dias. Questionado, refere fotofobia discreta, coriza hialina e embaçamento visual que alivia quando pisca os olhos, há 1 dia. Sem outras queixas. Refere diagnóstico de asma e rinite alérgica controladas no momento, mesmo sem uso de medicamentos. Nega contato com pessoas com sintomas semelhantes. Ao exame: ambos os olhos com hiperemia difusa de conjuntiva bulbar e palpebral e presença de secreção serosa. Oroscoopia: normal. Rinoscopia: presença de hiperemia de mucosa nasal. A conduta mais apropriada é

- (A) colírio de tobramicina por 7 dias, limpeza com solução fisiológica 0,9%, cuidados com higiene das mãos e toalhas.
- (B) compressa fria de solução fisiológica 0,9%, cuidados com higiene das mãos e toalhas.
- (C) colírio de cromoglicato dissódico por 7 dias, compressa fria com solução fisiológica 0,9% e evitar exposição a alérgenos.
- (D) encaminhamento de urgência à oftalmologista devido à presença de fotofobia e perda de acuidade visual, ainda que discretas.

64. Maria José, 55 anos, queixa-se da presença de uma bolinha na pálpebra inferior de olho esquerdo cujo aparecimento notou há 3 meses. Na época, a lesão estava um pouco maior, mais dolorosa e com ponto purulento central, tendo sido diagnosticada como hordéolo e orientada a fazer uso de compressa morna local por uma semana. Embora melhora parcial tenha ocorrido rapidamente, desde então a lesão permanece estável e Maria José está incomodada quanto à questão estética. Nega qualquer outra queixa ocular. Ao exame, observa-se pequena nodulação em porção interna de pálpebra inferior de olho esquerdo, com aspecto cístico, sem sinais flogísticos, de cerca de 7 mm de diâmetro. Dado o quadro clínico, pode-se afirmar que

- (A) se trata de hordéolo que foi tratado inadequadamente. Deve ser indicado curso de pomada antibiótica tópica por 2 semanas ou até a resolução dos sintomas.
- (B) se trata de quadro compatível com calázio. Como teve boa evolução inicial com compressa morna, sugere-se mais um ciclo de compressa morna por 10 minutos, 4 vezes ao dia, estendido por mais 3 semanas.
- (C) se trata de calázio. Dado o tempo de evolução, ausência de sinais flogísticos e queixa de comprometimento estético, recomenda-se encaminhamento para oftalmologista.
- (D) dada a cronicidade da lesão, diagnósticos diferenciais devem ser considerados e encaminhamento para oftalmologista deve ser feito a fim de avaliar biópsia.

65. Valdete, 52 anos, vem ao Centro de Saúde com queixa de ter iniciado, há 13 dias, coriza hialina, febre de até 37,8 graus e tosse com expectoração clara. Há 11 dias cessou a febre, mas iniciou com rouquidão. Desde então, refere que a coriza reduziu até não a perceber mais há uns 3 dias. Ainda tem um pouco de tosse, agora seca, mas o que mais a incomoda, no momento, é a rouquidão. História mórbida progressa: refere ter tido refluxo gastroesofágico, mas não tem sintomas há mais de 2 anos, quando mudou a alimentação. Nega outras queixas ou alergia a medicamentos. É tabagista, 20 cigarros/dia há 27 anos. Trabalha como arquiteta.

<p>Ao exame: Frequência cardíaca = 84 bpm, pressão arterial = 120x75 mmHg, temperatura axilar = 36,8 °C, bom estado geral, lúcida, orientada, eupneica, hidratada. Ausculta cardíaca e pulmonar: sem particularidades. Oroscoopia: discreta hiperemia em parede posterior de orofaringe. Rinoscopia: hiperemia discreta. Ausência de linfonodos cervicais anteriores. Tireoide palpável, simétrica, aparentemente sem nódulos.</p> <p>A conduta mais apropriada, além de repouso de voz e hidratação abundante, é</p> <p>(A) prednisona 40 mg/dia, por 5 dias, e orientar retorno em 1 semana caso não haja melhora da rouquidão. (B) encaminhar para realização de videolaringoscopia. (C) omeprazol 20 mg/dia por 30 dias e orientar retorno caso não haja melhora da rouquidão. (D) orientar retorno em uma semana caso não haja melhora da rouquidão.</p>	<p>68. Juliano, 35 anos, é trazido à unidade de saúde por sua esposa Marisa. Ela conta que ele estava na escada pintando a casa e caiu há 20 minutos. Ela ouviu um barulho alto e acha que ele bateu a cabeça. Ao examinar Juliano, você percebe que ele está agitado e parece irritado. Ele fica andando de um lado para o outro, mas quer ir logo para casa. Ela está preocupada, refere que ele não tem esse comportamento normalmente. Sobre o atendimento de Juliano, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada nesse caso.</p> <p>(A) Realizar exame físico completo, incluindo neurológico e, se normal, orientar uso de analgésicos e retorno se novas alterações. (B) Encaminhar Juliano a outro nível de atenção, já que ele tem alteração de comportamento, sendo necessário investigação adicional. (C) Realizar exame físico, manter Juliano em observação na unidade de saúde por 8 horas, além de analgesia. (D) Fazer avaliação da Escala de Coma de Glasgow, que, se abaixo de 14, indica realização de exame radiográfico.</p>
<p>66. Juliana, 15 anos, vem acompanhada da mãe para consulta. Ela iniciou com febre de até 38,5 °C há 2 dias, com dor de garganta e tosse. Nega outros sintomas gripais. Ao exame, apresenta oroscopia com hipertrofia e hiperemia tonsilar, com presença de exsudatos, sem linfonodomegalias. De acordo com o escore de Centor, recomendado pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), o manejo mais adequado para a possibilidade de faringoamigdalite aguda, neste caso, é prescrever</p> <p>(A) penicilina oral ou injetável, na ausência de alergia, para prevenção de febre reumática. (B) penicilina oral ou injetável, na ausência de alergia, para prevenção de abscesso amigdaliano, otite e rinosinite. (C) penicilina oral ou injetável, na ausência de alergia, para prevenção das complicações supurativas e não supurativas. (D) paracetamol ou ibuprofeno para alívio da dor e orientar retorno em caso de sinais ou sintomas de alerta ou se não houver melhora.</p>	<p>69. Artur, 30 anos, veio à Unidade Básica de Saúde com queixa que sua unha do dedão do pé direito está encravada há muito tempo e que inflama frequentemente. Fez uso de antibióticos e anti-inflamatórios recentemente, mas reclama que ainda sente dor local devido à "carne crescida" no canto da unha. Sobre as técnicas de cirurgia para tratamento deste caso, é correto afirmar que</p> <p>(A) como alternativa à cantoplastia, pode-se lançar mão da redução da espessura da unha em tira central para casos graves. (B) para casos graves com tecido de granulação, está indicada a ressecção do bordo lateral acometido junto com a matriz ungueal. (C) a técnica de matricectomia sem ressecção cirúrgica da região lateral da unha está indicada para casos moderados. (D) está indicada, para casos graves com tecido de granulação e sinais de infecção, a técnica de Bartlett.</p>
<p>67. Marcos, um adolescente de 14 anos, estava jogando bola com os amigos e caiu com o cotovelo direito no chão. Sua mãe o traz para a unidade de saúde para avaliação. Ele está chorando muito, sentindo muita dor local. Ao examiná-lo, seu Médico de Família e Comunidade (MFC) verifica que Marcos tem crepitação à mobilização local, além de um ferimento profundo com sangramento ativo no antebraço direito. Seu MFC, então, faz a conduta mais adequada para o caso, que inclui</p> <p>(A) profilaxia antitetânica, curativo oclusivo estéril, imobilização axilopalmar, analgesia e encaminhamento à urgência. (B) acionamento de serviço de transporte, curativo oclusivo e encaminhamento ao hospital terciário para conduta e avaliação. (C) realização de analgesia, curativo compressivo para posterior encaminhamento à urgência e imobilização em tipoia. (D) imobilização adequada em tipoia, profilaxia antitetânica, curativo oclusivo estéril, analgesia e encaminhamento para o hospital.</p>	<p>70. Henrique e Juliana trazem o filho Pedro, de 3 anos, à consulta de rotina com seu Médico de Família e Comunidade (MFC) Luiz Carlos, que acompanha Pedro desde o nascimento. Peso ao nascimento 3.300 g, altura 51 cm, aleitamento materno até os 2 anos, boa aceitação alimentar, frequentando creche desde os 9 meses e com adequado Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM). Na curva OMS altura/idade(A/I) até 1 ano e 3 meses manteve-se próximo do p50 e, a partir daí, houve queda na velocidade de crescimento, e hoje A/I entre p3-p10. Baseado na altura dos pais, a estatura alvo desta criança deve situar-se entre 172 cm(P30) e 185 cm(P85). Em outra consulta foram solicitados exames laboratoriais que vieram normais e radiografia para determinação da idade óssea, em que o resultado foi idade óssea inferior à cronológica. Os pais trazem a preocupação que Pedro é o "menorzinho da turma" e, se comparado ao primo da mesma idade, também é considerado pequeno pela família. Sobre o caso, assinale a alternativa que apresenta a informação mais adequada a fornecer aos pais nesse momento.</p> <p>(A) Explicar à família que Pedro irá crescer até mais tarde e atingir a estatura alvo. (B) Explicar à família que Pedro tem critérios para tratamento com hormônio de crescimento e encaminhar para seguimento conjunto com endocrinologista pediátrico.</p>

<p>(C) Explicar à família que será necessário solicitar ressonância magnética da hipófise para elucidação diagnóstica.</p> <p>(D) Orientar que neste momento não há tratamento e que será um adulto com baixa estatura.</p>	<p>urinário, que vieram todos normais. Diante da principal hipótese diagnóstica, recomenda-se</p>
<p>71. Assinale a alternativa em que é DISPENSÁVEL a investigação do quadro de base apresentado para a criança.</p> <p>(A) Isabela, 12 meses, com regurgitação desde a amamentação exclusiva, recusa alimentar, hipersalivação e baixo ganho de peso.</p> <p>(B) Miguel, 4 meses, com regurgitação e vômitos episódicos desde 2 meses, ganho ponderal adequado, movimentos mastigatórios e rinação.</p> <p>(C) Amanda, 6 meses, com regurgitação, irritabilidade, choro excessivo e opistótono em decúbito. História de sibilância.</p> <p>(D) Kaio, 18 meses, há 3 meses com regurgitação, recusa alimentar, alteração do sono e anemia ferropriva.</p>	<p>(A) utilizar nitrofurantoína 100 mg, a cada 6 horas por 7 dias, uma vez que sulfametoxazol-trimetoprima e ciprofloxacino já foram utilizados.</p> <p>(B) utilizar ciprofloxacino 500 mg, de 12 em 12 horas por 10 a 14 dias, devido recorrência, e cistoscopia para afastar câncer de bexiga.</p> <p>(C) tratar a infecção urinária e solicitar biópsia de próstata.</p> <p>(D) utilizar sulfametoxazol-trimetoprima 800 mg + 160 mg ou ciprofloxacino 500 mg, de 12 em 12 horas por 6 semanas.</p>
<p>72. Robson, 8 anos, é trazido pelos pais à consulta com seu MFC devido solicitação da escola. Os pais relatam que não percebem dificuldade de aprendizado em casa e a criança sempre apresentou boa relação com a família e com colegas. No relatório escolar, descreve-se que Robson tem dificuldade de aprender e não sabe nem ler nem escrever, deixando as tarefas de casa sempre incompletas. A professora questiona ainda sobre a necessidade de avaliação com neuropediatra e psiquiatra infantil. Sobre a abordagem desse caso, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) O primeiro passo é avaliar o entendimento dos pais e da criança sobre a queixa da escola. Além disso, dados sobre a gestação e o nascimento são essenciais. Em crianças com história de sofrimento fetal e anoxia neonatal, é possível estabelecer relação de causa-efeito com dificuldades escolares, independente do desempenho em ambiente familiar.</p> <p>(B) Em casos como o de Robson, é importante referenciar de imediato a criança para o neuropediatra para avaliação com testes específicos para tipos de memória, raciocínio, relação temporal e coordenação motora e equilíbrio.</p> <p>(C) Em casos como o de Robson, pode ser realizado o teste terapêutico com o uso de estimulantes, em particular metilfenidato, conforme recomendado por diretrizes norte-americanas e europeias. Inicia-se com 5 mg 2 vezes por dia, podendo aumentar até 60 mg/dia.</p> <p>(D) É importante a avaliação da escolaridade e ocupação dos pais. Em casos como o de Robson, caso a escolarização seja baixa e/ou a ocupação os mantenha fora de casa a maior parte do tempo, existe correlação possível com a dificuldade de realização das lições de casa.</p>	<p>74. Mariana e Júlio, ambos com 26 anos, estão casados há 3 anos e vêm consultar na unidade de saúde em busca de orientações. Eles desejam ser pais, mas Júlio está preocupado, pois Mariana fuma e toma ácido valproico para epilepsia, ainda que esteja sem crises convulsivas há mais de 3 anos. Além disso, querem fazer alguns exames para ver se está tudo certo para Mariana engravidar. Atualmente, o casal faz uso de preservativos como método anticoncepcional. O exame físico de Mariana é normal, incluindo o exame neurológico. Sobre o caso acima, assinale a conduta a ser tomada pelo Médico de Família e Comunidade, além da solicitação de sorologias e atualização da situação vacinal de Mariana.</p> <p>(A) Prescrição de polivitamínicos e manutenção do ácido valproico – por ser o antiepiléptico mais seguro para gestantes.</p> <p>(B) Prescrição de ácido fólico; manutenção do antiepiléptico e solicitação de exames laboratoriais: TSH, hemograma, urocultura, parasitológico, tipagem sanguínea e glicemia.</p> <p>(C) Prescrição de ácido fólico; abordagem do tabagismo e troca do ácido valproico por lamotrigina – dado perfil de segurança.</p> <p>(D) Prescrição de ácido fólico; abordagem do tabagismo e avaliação da possibilidade de suspensão de ácido valproico com eletroencefalograma.</p>
<p>73. Homem, 52 anos, vem em consulta novamente com queixa de disúria, sem febre nem hematúria, há 2 semanas. Há 3 meses teve os mesmos sintomas. Foi tratado empiricamente com sulfametoxazol-trimetoprima 800 mg + 160 mg, de 12 em 12 horas por 5 dias, com melhora completa. Há 2 meses teve novamente os mesmos sintomas, sendo tratado empiricamente com ciprofloxacino 500 mg, de 12 em 12 horas por 7 dias, tendo também melhora completa. Devido à recorrência e ao exame físico normal, optou-se por solicitar análise do sedimento urinário, cultura de bactérias na urina, sorologias para infecções sexualmente transmissíveis e ultrassonografia de aparelho</p>	<p>75. O casal Mariana e Júlio retorna para consultar, pois fizeram a avaliação pré-concepcional e estão há 18 meses tentando engravidar, sem sucesso. Eles desejam a orientação de seu Médico de Família e Comunidade sobre seu problema. Nenhum dos dois têm filhos em outro relacionamento.</p> <p>Obs.: anti-HBs e IgG para rubéola, realizados há 18 meses por Mariana, reagentes.</p> <p>Sobre o caso acima, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) Deve-se tranquilizar o casal, já que é possível uma espera permitida para investigação complementar.</p> <p>(B) A infertilidade masculina é a principal causa de infertilidade na maioria dos casos, sendo indicado, inicialmente, solicitação de espermocitograma.</p> <p>(C) Caso Júlio tenha realizado um espermocitograma com concentração de espermatozoides superior a 20 milhões/mL, está descartada infertilidade masculina.</p> <p>(D) A conduta, nesse caso, deve incluir rastreamento de Mariana para doenças infecciosas como clamídia, hepatite C, sífilis e HIV.</p>

76. Nicole, 26 anos, consulta com seu Médico de Família e Comunidade para trazer resultados de exames solicitados. Ela conta que teve a menarca aos 14 anos, sexarca aos 17 anos, tem relações sexuais regulares e faz uso de preservativos. É nulípara e está investigando por que está sem menstruar há cerca de 5 meses. Traz beta-HCG negativo, TSH 2,5 mUI/L, prolactina 19 ng/dl. Assinale a alternativa que apresenta o próximo passo para o acompanhamento de Nicole.
- Encaminhamento ao serviço de ginecologia para investigação complementar.
 - Realização de teste de ciclo hormonal artificial, com prescrição de estrogênio seguido de progesterona.
 - Encaminhamento ao serviço de endocrinologia para investigação complementar.
 - Realização de teste de progesterônio e avaliação de sangramento por privação.
77. Lúcia, 28 anos, nuligesta, com sete semanas de atraso menstrual, procura seu Médico de Família e Comunidade (MFC) com quadro de dor em baixo ventre. Relata dor em hipogástrio e fossa ilíaca direita há 2 dias, constante, em peso e numa escala de 10 classifica a dor em 6. Sem antecedentes patológicos. Ao exame físico, os sinais vitais são: temperatura de 38,3 °C, frequência cardíaca 90 bpm, frequência respiratória 13 mrm e pressão arterial 118/60 mmHg. Mucosas coradas e hidratadas. O abdômen tem ruídos hidroaéreos presentes, ligeiramente doloroso à palpação superficial, mas doloroso à descompressão súbita de fossa ilíaca direita e hipogástrio. Ao exame ginecológico, o colo tem consistência normal, está inteiro e fechado e é doloroso à mobilização. O útero e as regiões anexiais são difíceis de avaliar pela dor. O teste imunológico de gravidez na urina é negativo. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada para este caso.
- Referenciar para serviço de urgência.
 - Iniciar tratamento antibiótico e reavaliar em 24h.
 - Solicitar dosagem de beta-HCG sérico.
 - Solicitar radiografia de abdômen total.
78. João, 38 anos, procura seu Médico de Família e Comunidade (MFC), Júlio, por dor lombar iniciada há cerca de 12 horas. Dor tipo cólica, irradiada para virilha e em escala de 10 classifica a dor como 7. Sem outros sintomas. Ao exame físico, sinais vitais são: Temperatura axilar 36,8 °C, frequência cardíaca 80 bpm, frequência respiratória 13 mrm e pressão arterial 110/080 mmHg. Sem alteração no exame do abdômen e manobra de Giordano é negativa. Traz consigo ultrassonografia de vias urinárias realizada há 30 dias, quando foi avaliado em serviço de urgência por quadro de dor semelhante que evidenciou cálculo renal de cerca de 7 mm. Ficou esse período assintomático e agora retornou com sintomas. O MFC Júlio prescreve medicamento injetável para analgesia imediata com alívio da dor. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada para este caso.
- Liberar para casa com anti-inflamatório não esteroidal (AINE) para analgesia, bloqueador alfa-adrenérgico como terapia expulsiva e reavaliar em uma semana.
 - Liberar para casa com butilbrometo de escopolamina (hioscina) para analgesia, ingesta hídrica abundante como terapia expulsiva e reavaliar em uma semana.
 - Liberar para casa com AINE oral para analgesia, ingesta hídrica abundante como terapia expulsiva e reavaliar em 48h.
 - Liberar para casa com butilbrometo de escopolamina (hioscina) para analgesia e encaminhar para urologista.
79. Na reunião semanal, a equipe de saúde define as visitas para semana seguinte. Alexandre, residente de medicina de família, assumirá a visita do Sr. Manoel, de 80 anos. A filha dele relatou para a Agente Comunitária de Saúde que o pai anda esquecido, com dificuldade auditiva e tem perdido peso, pois não está mais se alimentando direito, depois que a esposa faleceu, há uns 6 meses. Depois da reunião, Alexandre lhe pergunta o que ele precisa avaliar na visita de Manoel e você sugere que ele leia sobre a avaliação multidimensional do idoso. Sobre o instrumento utilizado para essa avaliação, que aumenta a eficácia de detecção de problemas que afetam esta população e que frequentemente são negligenciados, é possível afirmar que
- a identificação de cuidadores ativos ou em potencial é parte da avaliação da dimensão suporte social.
 - a avaliação da dimensão de audição no idoso deve ser feita através da solicitação de audiometria.
 - para avaliação da dimensão estado nutricional no idoso, o indicador mais útil é o Índice de Massa Corporal (IMC).
 - a avaliação inicial do estado mental é realizada através da aplicação do minixame do estado mental (minimental).
80. Elza, 49 anos, faxineira, procura seu Médico de Família e Comunidade, Leonardo, por dor no ombro direito. Durante a consulta relata que tem dor há mais de 1 ano, mas vinha tomando analgésicos em casa com melhora temporária. Há 1 mês não tem melhora, mesmo com analgésicos, e não consegue dormir sobre o ombro direito pela dor intensa. Trabalha 40 horas por semana, há 20 anos, em casa, onde realiza todo trabalho doméstico (passar roupa, estender roupa, limpar vidros e paredes, varrer, cozinhar...). Ao exame: dor à elevação e abdução do membro superior direito acima de 90 graus. Além de prescrever analgesia, a conduta inicial para este caso inclui
- afastamento do trabalho e encaminhar para fisioterapia. Orientar sobre possível associação com o trabalho e reavaliar em 15 dias.
 - imobilização e orientar sobre a possível associação com trabalho. Solicitar ecografia do ombro direito e encaminhar para ortopedia.
 - orientar sobre a possível associação com trabalho. Solicitar ecografia do ombro direito e, após resultado, avaliar a necessidade de afastamento laboral.
 - imobilização e afastamento do trabalho. Orientar sobre possível associação com o trabalho e reavaliar em 15 dias.