



Sociedade Brasileira de Medicina
de Família & Comunidade

EDITAL SBMFC / TEMFC N.º 27

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

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

Diálogo – Vídeo 1

Na tela

Aline, 40 anos, moradora da região metropolitana de uma capital, procura sua médica de família.

Cena 1

Aline: Ai Doutora, eu estou com uma dor, já faz uns 5 dias, desde domingo. Uma dor aqui no peito.

MFC: Me conta um pouco mais como é que é essa dor.

Aline: Então, ela começa aqui em cima e vai até aqui por baixo da mama.

MFC: E quanto tempo que ela dura?

Aline: Dura, em média, uns 5 minutos e depois ela vai embora.

MFC: Com que frequência você tem sentido isso, Aline?

Aline: Ai, umas 5 vezes por dia.

MFC: Tá bom. E percebeu relação com alguma coisa que você faz que aparece a dor?

Aline: Então, eu amamento meu neném que tem 2 anos, eu sinto muita dor na hora de amamentar e daí eu até queria ver um remédio, porque eu já estou cansada de amamentar, um remédio para parar. Daí eu pensei, mas eu não sei se é da amamentação, porque assim ó, é lá por dentro, sabe. É profunda. E, não sei, me falaram que pode ser do coração também. Não sei se tem muito a ver.

MFC: Tá bom. E faz alguma atividade física?

Aline: Eu caminho.

MFC: E percebeu se essa dor tem alguma coisa a ver com a atividade física?

Aline: Acho que não.

MFC: Toma algum remédio?

Aline: Também não.

MFC: Tá bom, vamos examinar, então, Aline?

Aline: Vamos.

Na tela

Exame físico sem alterações, apenas, mama com grande quantidade de leite.

Cena 2

MFC: Então Aline, examinei sua mama e, a princípio, não tem nada de alterado, está tudo normal.

Aline: Nada? Como assim?

MFC: Você está preocupada com alguma coisa? Está angustiada? Está acontecendo alguma coisa?

Aline: Olha doutora, o meu filho foi preso de novo, segunda vez que ele é preso. Dei de comer, fiz tudo por ele a vida inteira e agora foi preso de novo, aprontou no trabalho do meu marido e eu falei que se ele fizesse isso de novo, eu não ia visitar ele na cadeia. Ai, é muita coisa, né?

MFC: Com certeza, né? Eu estou vendo que você está bem angustiada com isso. Não acha que isso pode ter relação com essa dor no peito que você está sentindo?

Aline: Será?

1. Apesar de Aline achar que a dor no peito estava relacionada com a amamentação, tinha a preocupação de que pudesse ser de origem cardíaca. Com relação ao raciocínio clínico da médica para o diagnóstico diferencial de desconforto torácico,

- (A) o alívio da dor rapidamente em repouso é uma das características de angina típica.
- (B) a localização da dor de Aline é característica de angina típica.
- (C) se a dor fosse provocada por exercício físico, seria uma costochondrite.
- (D) se a dor de Aline durasse 2 meses, poderia ser uma angina típica estável.

2. Considere que a paciente realizou investigação e foram excluídas causas cardíacas e pulmonares. A melhor abordagem do médico de família e comunidade para explicar sobre os sintomas físicos considerados como somatização seria

- (A) “Você não tem nenhuma doença no corpo. Não se preocupe, não é nada. Você vai ver que vai passar sem precisarmos fazer nada”.
- (B) “Isso é tudo fruto da sua cabeça e precisa tentar esquecer esses problemas. Se quiser, posso te encaminhar para um psicólogo”.
- (C) “Algumas situações de estresse e nervosismo podem fazer com que o corpo reaja com sintomas, como dor no peito ou no estômago”.
- (D) “Tome estes medicamentos para alívio da dor e você verá que vai passar. Volte em 15 dias para conversarmos novamente”.

3. Com relação ao pedido de auxílio da mãe para desmame, seria correto a médica explicar à paciente que

- (A) o aleitamento materno prolongado é danoso para a criança sob o ponto de vista psicológico.
- (B) a mãe não deve desmamar enquanto a criança não demonstrar estar pronta.
- (C) a mãe pode usar a estratégia de desmame abrupto, que tem mostrado melhores resultados.
- (D) no desmame natural, a criança se auto desmama e isso costuma ocorrer entre dois e três anos de idade.

4. A médica realizou corretamente a seguinte habilidade de comunicação:

- (A) preveniu demandas aditivas.
- (B) explorou o medo relacionado à queixa inicial.
- (C) abordou relação do sintoma com contexto psicossocial.
- (D) elaborou um plano conjunto.

5. Na Atenção Primária à Saúde, considerando que a paciente não apresenta transtorno de ansiedade ou depressão, a intervenção terapêutica de apoio mais útil, nesse caso, para ajudar a superar os problemas psicossociais relacionados à sua queixa somática seria

- (A) terapia de resolução de problemas.
- (B) entrevista motivacional.
- (C) genograma.
- (D) ecomapa.

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

Diálogo – Vídeo 2

Na tela

Maria, 70 anos, vem consultar com sua médica de família, acompanhada do marido. O casal tem problemas de saúde semelhantes, mas usam medicamentos diferentes. Ambos não sabem ler.

Lista de problemas de Maria

Tabagista. Hipertensão arterial controlada. Diabetes *melitus*, tipo II, controlada. Dislipidemia. Osteopenia. Lombalgia crônica/Osteoartrose de coluna lombar. Infarto agudo do miocárdio prévio há 5 anos, sem necessidade de stent.

Medicamentos em uso

Enalapril 20 mg, atenolol 50 mg, metformina 500 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, clopidogrel 75 mg, sinvastatina 40 mg, alendronato de sódio 70 mg semanal, paracetamol 750 mg e clonazepam 2 mg.

Maria: Eu estou muito brava com a senhora, estou com muita dor nas minhas costas, tudo que a senhora está me dando para tomar, não está adiantando nada.

MFC: Olha, eu também estou brava com a senhora, porque eu vi aqui que a senhora não está tomando a medicação que eu passei para a pressão alta, para diabetes, né?

Maria: Então vamos ver o que vamos fazer, por favor doutora, eu não aguento mais de dor. Eu preciso ver alguma coisa, ou um raio X, ou uma injeção, alguma coisa que me ajude.

MFC: Olha Dona Maria, não me estranha nada esse estado que a senhora está, porque a senhora não estava fazendo o uso da medicação que eu passei direitinho. Eu estou vendo que a senhora não está confiando na conduta que eu estou tendo com a senhora. Então assim, né? Difícil fazer assim, né? Deixa eu ver uma coisa, eu olhei aqui e vi que a senhora está com a medicação, posso dar uma olhadinha?

Maria: Sim. Estão todas aqui dentro.

MFC: Deixa eu ver.

A MFC pergunta para o marido: E o senhor, e a medicação do senhor? Onde é que está?

Antônio: Também está no pote.

MFC: Está aqui dentro do pote?

Antônio: Sim.

MFC: Tudo junto? De vocês dois juntos? Gente! O que que é isso?

Antônio: Eu não tenho pressão alta e diabetes?

MFC: Tem. Mas, né ...

Maria: Nós temos o mesmo problema, por isso que está tudo junto.

MFC: Não gente! Está tudo errado isso!

Maria: Mas doutora, a medicação não é para o mesmo problema?

MFC: Mas não é assim não, colocar tudo junto, de qualquer jeito.

Cada um toma um remédio diferente para uma coisa diferente.

Maria: A gente não tem estudo.

Antônio: Eu não tenho pressão alta e diabetes?

MFC: Tem.

Maria: A gente não tem estudo, então a gente colocou tudo aí dentro, dividiu os comprimidos e a gente toma. E eu também não sei para que tanto remédio.

MFC: Tudo errado isso aqui, tem que arrumar!

6. Considerando o manejo da polifarmácia e a gestão de cuidado aos idosos, seria uma recomendação correta, nesse caso,

- (A) reduzir o número de medicamentos, procurando se aproximar de cinco fármacos.
- (B) suspender clonazepam, imediatamente, devido ao risco de quedas em idosos.
- (C) manter alendronato para prevenção de osteoporose.
- (D) associar ao paracetamol, a orientação de repouso prolongado para a lombalgia.

7. Se a médica quisesse reduzir o número de medicamentos de Maria, considerando os fármacos e os respectivos motivos, a melhor opção para suspender o uso seria

- (A) enalapril, pelo risco de hipotensão e quedas em idosos.
- (B) clopidogrel, pelo risco de sangramento e ausência de benefício.
- (C) ácido acetilsalicílico, pelo risco de sangramento e falta de benefício.
- (D) sinvastatina, porque causa dor muscular e não tem benefício.

8. Depois da frase de Maria que demonstra agressividade latente: “Eu estou muito brava com a senhora, estou com muita dor nas minhas costas, tudo que a senhora está me dando para tomar, não está adiantando nada”, se a médica desejasse dar uma resposta verbal empática, com delimitação adequada dos motivos de consulta, o melhor início da entrevista seria

- (A) “Eu imagino o quanto essas dores devem estar incomodando a senhora! Quais são os medicamentos que a senhora está usando? Podemos trocar por um outro mais potente”.
- (B) “Nossa, sinto muito! É compreensível. Foi isso que lhe trouxe à consulta ou há mais coisas que deseja consultar? Vamos ao mais importante: como podemos melhorar os seus sintomas?”
- (C) “Calma Dona Maria. Estou aqui para ajudar. Mostre-me então onde é a dor e quando começou”.
- (D) “A senhora está nervosa porque continua com a dor, é normal. Não se preocupe, vamos reavaliar e resolver tudo que for preciso!”

9. A estratégia mais efetiva para melhorar a adesão farmacológica de Maria seria
- (A) maior uso de instruções verbais e escritas e simplificação do esquema terapêutico.
 - (B) o método da sacola e demonstrar descontentamento com a má adesão.
 - (C) usar símbolos visuais compatíveis com a cultura local.
 - (D) reforçar as consequências da má adesão ao tratamento.
10. A médica contou, posteriormente, no grupo Balint, do qual participa periodicamente, que se sentiu muito mobilizada emocionalmente nesse caso, ficando frustrada porque a paciente não seguia suas recomendações. Esta frustração está relacionada à seguinte categoria balintiana, na teoria de Michael Balint:
- (A) conluio do anonimato.
 - (B) função apostólica.
 - (C) oferta da doença.
 - (D) organização da doença.

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

Diálogo – Vídeo 3

Na tela

Jurema, 40 anos, acompanha com seu médico de família há 4 anos. Veio mostrar o monitoramento da Pressão Arterial (PA), pois tem apresentado algumas medidas isoladas de PA elevada. Durante a consulta, conta que se sente muito triste desde que seu filho de 18 anos se suicidou há cerca de 2 meses.

Jurema: Ai doutor, está tão difícil! Não estou suportando não!

MFC: Eu sei que não é fácil Dona Jurema, mas me conte como é que está a sua vida?

Jurema: Ah, agora a minha filha passou no vestibular, meu marido passa mais tempo em casa porque ele reduziu a carga horária no trabalho dele, né? Fica comigo mais.

MFC: Viu, quanta coisa boa você está me dizendo! Não chore! As coisas vão melhorar, a vida é bela!

Jurema: Não adianta doutor. Eu estou tão triste. Eu estou tão triste porque eu penso toda hora o que eu podia ter feito para ter evitado essa tragédia, doutor.

MFC: Quem sabe a gente não começa um antidepressivo, acho que vai ajudar você a se sentir melhor.

Jurema: Ai, eu não sei doutor, o senhor que sabe.

11. Com relação às habilidades de comunicação na entrevista clínica com a pessoa que chora, o médico demonstrou no predomínio de
- (A) contenção emocional.
 - (B) método clínico centrado no paciente.
 - (C) alta reatividade emocional.
 - (D) domínio da distância terapêutica.

12. Com relação à abordagem do luto, nesse caso, seria correto o médico
- (A) realizar uma anamnese espiritual e abordagem do coping religioso-espiritual.
 - (B) evitar falar de situações ou eventos traumáticos relacionados à pessoa falecida.
 - (C) diagnosticar transtorno do luto prolongado, se o quadro persistir por mais de quatro meses depois do luto.
 - (D) prescrever um inibidor de recepção de serotonina no início do luto para pessoas com perdas familiares abruptas e violentas.

13. Ao final da consulta o médico atualizou a lista de problemas do caso no prontuário:

Lista de problemas:

- # Hipertensão arterial sistêmica?
- # Luto por suicídio do filho.
- # Suspeita de depressão.
- # Encaminhamento para psicologia.

Considerando as recomendações para o registro de saúde orientado por problemas, está corretamente incluído na lista o problema relacionado à/ao

- (A) hipertensão arterial sistêmica.
- (B) luto.
- (C) depressão.
- (D) psicologia.

14. Se o médico fizer o diagnóstico de uma depressão leve durante o acompanhamento do caso, a melhor conduta inicial seria

- (A) recomendar medidas não farmacológicas e acompanhamento semanal.
- (B) encaminhar para psicoterapia e retorno em 2 meses.
- (C) prescrever um inibidor seletivo de recaptção de serotonina.
- (D) prescrever um antidepressivo tricíclico.

15. Jonas, o filho de Jurema, acompanhava com seu médico de família por transtorno depressivo, fazia uso de fluoxetina 20 mg, por dia, há 5 meses e psicoterapia. Realizava uso abusivo de álcool frequentemente e havia rompido recentemente um namoro. Morava sozinho em outra cidade, longe dos pais, e não possuía uma rede de suporte social. Um tio havia cometido suicídio anteriormente. Jonas nunca teve nenhuma tentativa de suicídio, mas disse, alguns dias antes, na última consulta com seu médico, que estava com medo de fazer alguma “besteira contra si”, pois vinha pensando em como poderia usar os lençóis de casa como corda para se enforçar. A melhor conduta do médico, na última consulta, teria sido

- (A) aumentar a dose do medicamento.
- (B) associar benzodiazepínico.
- (C) indicar cuidado domiciliar.
- (D) indicar cuidado hospitalar.

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

Diálogo – Vídeo 4

Na tela

Ana, primigesta, 20 anos, segundo trimestre, acompanha com seu médico de família em uma unidade básica de saúde de uma cidade pequena na região sudeste. Vem para mostrar resultado dos exames do acompanhamento pré-natal solicitados no primeiro trimestre. Nega histórico pessoal ou familiar de doenças. IMC=23.

Resultado de exames do primeiro trimestre:

Hemoglobina: 10,8 g/dL; glicemia de jejum: 80 mg/dL.
TSH (hormônio tireoestimulante): 2,0 microUI/mL.
Toxoplasmose: IgM não reagente, IgG reagente.
Rubéola: IgM não reagente, IgG não reagente.
HBsAg: não reagente; anti-HIV: não reagente; anti-HCV: não reagente.
VDRL: 1:4; teste treponêmico por quimioluminescência reagente.

MFC: Bem, Ana, estou vendo aqui seus exames e quase todos deram normais.

Ana: Ai meu Deus, alguma coisa grave?

MFC: Não, não, só tem aqui um pouquinho de anemia, deu uma outra alteraçãozinha aqui, que você e seu marido vão ter que tomar uma injeção de penicilina. Você lembra se já tomou esse tipo de injeção alguma vez?

Ana: Eu não doutor, nunca tomei. Não gosto de injeção também. E o meu marido também? Ele me passou alguma doença?

MFC: Não, não dá para saber, mas fica tranquila. E me diz uma coisa, exame preventivo do útero, quando é que você fez a última vez?

Ana: Aquele negócio que coloca no meio das pernas?

MFC: Isso, esse mesmo.

Ana: Nunca fiz não, tenho medo disso. E ... mas eu estou tendo um pouco de corrimento.

MFC: E como é que é esse corrimento?

Ana: É meio amarelado assim, com cheiro ruim.

MFC: E tem coceira? Teve febre?

Ana: Não, não tive coceira nem febre.

MFC: E dor quando está tendo relação, tem sentido alguma coisa?

Ana: Não tive mais relação depois que eu comecei a ter corrimento.

MFC: Bem, nós vamos ter então que fazer um exame ginecológico, é importante para avaliar isso. E quanto à anemia, você vai precisar comer melhor. Pelo que você me falou da outra vez, você tem que parar de comer besteira, começar a comer comida de verdade, saudável, entendeu? Até porque, eu estou olhando aqui e você ganhou mais peso do que devia nos últimos meses!

Na tela

Realizado coleta de citopatológico do colo uterino. Realizado toque vaginal, sem dor à mobilização do colo uterino ou à palpação de anexos. Realizado teste do hidróxido de potássio (KOH): positivo. Microscopia não disponível.

16. A primeira opção de tratamento empírico para o corrimento vaginal, nesse caso, é

- (A) miconazol tópico.
- (B) metronidazol tópico.
- (C) clindamicina via oral.
- (D) metronidazol via oral.

17. Com relação à análise dos exames solicitados para rastreamento no pré-natal, nesse caso,

- (A) a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal não é recomendada.
- (B) deveria ter sido pedido teste de tolerância oral à glicose ao invés da glicemia de jejum.
- (C) o TSH foi, corretamente, solicitado para rastreamento de disfunção da tireoide.
- (D) as sorologias para toxoplasmose devem ser repetidas no próximo trimestre.

18. Diante do resultado dos exames de sífilis nesse caso, é correto afirmar que o(a)

- (A) conduta foi incorreta e não é necessário tratar porque os níveis de VDRL são baixos e trata-se de cicatriz sorológica, devendo-se apenas acompanhar.
- (B) médico agiu de maneira incorreta e não há necessidade de tratar o parceiro nesse caso.
- (C) conduta foi adequada e a gestante deve receber penicilina G benzatina, 2.400.000 U, em dose única, e ter seguimento com VDRL a cada trimestre.
- (D) conduta foi correta e a gestante deve tratar com penicilina G benzatina, 2.400.000 U, semanal, por 3 semanas e ter seguimento com VDRL mensal.

19. Foi uma conduta correta realizada pelo médico o(a)

- (A) abordagem dos medos da paciente para o exame ginecológico.
- (B) indicação da coleta do citopatológico para rastreamento de câncer do colo do útero.
- (C) orientação de que a paciente poderia tranquilizar-se sobre a possível transmissão de doenças pelo marido.
- (D) uso de KOH na realização de exame ginecológico da gestante.

20. A gestante contou para o médico que na sua alimentação havia grande quantidade de carboidratos e alimentos industrializados e poucas frutas e verduras. O médico gostaria de recomendar que ela mudasse sua alimentação, diminuindo os carboidratos e alimentos industrializados e aumentando o consumo de frutas e verduras. Se ele pretendesse realizar um processo de tomada de decisão compartilhada sobre a mudança alimentar, a abordagem mais adequada, nesse caso, seria

- (A) “É muito importante que você pare de comer besteiras e comece a comer comida de verdade e saudável, pois isso já está prejudicando seu ganho de peso e pode prejudicar o bebê”.
- (B) “Eu vou te explicar porque seria importante mudar sua alimentação e depois você me diz como acha que poderia modificar e elaboramos uma proposta de mudança”.
- (C) “Vou compartilhar contigo este folheto com orientações sobre uma alimentação saudável na gestação, o que você acha de ler e mudar sua alimentação até a próxima consulta?”
- (D) “É muito importante diminuir o consumo de carboidratos e alimentos industrializados e aumentar o consumo de fibras e alimentos naturais. Tenho certeza que você conseguirá!”

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

Diálogo – Vídeo 5

Na tela

Em uma pequena cidade na zona rural do Sul do Brasil [aparece uma máquina pulverizando uma lavoura de soja]. Próximo ao meio dia a enfermeira chama o médico de família e comunidade no consultório para falar sobre Dona Albertina, que tem 62 anos e tem hipertensão arterial, diabetes, insuficiência renal crônica e anemia. Sem histórico de eventos cardiovasculares prévios. Vem, trazida pela filha, Liliam, para consulta não agendada, depois de ter contato com produto químico nos olhos e na pele. O neto estava próximo à avó, mas não teve contato direto com o produto.

Em uso de: losartana, metformina e sinvastatina.

Cena 1

MFC: Liliam, o que aconteceu?

Liliam: Aí Doutor, eu acho que é o veneno. A minha mãe estava trabalhando lá na roça e aí meu filho Julinho veio me chamar, dizendo que ela estava passando mal, que ela estava com tontura, que ela estava, né, com enjoo, que ela não estava bem. E aí também atacou a asma dele, ele começou com tosse. Aí doutor, eu estou tão preocupada, o que que minha mãe tem?

MFC: E você sabe qual foi o produto que usaram lá na lavoura?

Liliam: Agrotóxicos, né doutor! Eu não sei o nome daquilo ali, mas eu sei que é forte e dessa vez estava mais forte do que o normal, entendeu? Aí gente!

MFC: E faz quanto tempo que aconteceu isso?

Liliam: Aí, a gente demorou umas 2 horas para chegar aqui, né mãe? A gente pegou um sol forte também, doutor. E ela não bebe água. Eu fiquei tentando dar um pouco, mas ela não quer. Aí meu Deus do céu.

MFC: Eu vou examiná-los!

Na tela

Exame físico de Albertina:

Lúcida e orientada no tempo e no espaço, agitada, sudorética, pupilas reagentes.

Mucosas hipocoradas, secas; turgor da pele diminuído; olhos vermelhos.

Tremor leve nas mãos e salivação aumentada.

Pressão arterial: 110/70 mmHg.

Frequência cardíaca: 120 bpm.

Frequência respiratória: 22 mrpm.

Temperatura: 37 °C.

Saturação de oxigênio: 97%.

Tórax: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

Bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas.

Abdômen: globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor à palpação superficial e profunda.

Exame físico do neto Julinho: (8 anos)

Bom estado geral, ativo, falando frases completas.

Frequência respiratória: 30 mrpm.

Frequência cardíaca: 110 bpm.

Saturação de oxigênio: 92%.

Tórax: murmúrio vesicular presente com sibilos esparsos, sem tiragem ou sinais de esforço respiratório.

Demais no exame físico sem alterações.

Cena 2

Liliam: E aí doutor, o seguinte, eu preciso de um atestado também, né, para eu poder ficar em casa cuidando dele.

21. Sobre a avaliação do quadro de Dona Albertina, pode-se afirmar que

- (A) os olhos devem ser irrigados com solução fisiológica em ambiente hospitalar.
- (B) turgor da pele é um bom parâmetro para avaliar desidratação.
- (C) a salivação e tremores são sinais de síndrome colinérgica.
- (D) a pele deve ser lavada e esfregada vigorosamente para retirada do produto.

22. Se o médico considerar que houve uma intoxicação aguda por organofosforados, no caso de Dona Albertina, seria uma conduta correta a indicação de

- (A) intubação traqueal.
- (B) lavagem gástrica de rotina.
- (C) atropina intravenosa.
- (D) carvão ativado.

23. Sobre a análise do acompanhamento farmacológico da paciente, estaria correto, nesse caso,

- (A) associar um inibidor da enzima conversora de angiotensina para nefroproteção, já que a paciente tem diabetes.
- (B) suspender metformina se a taxa de filtração glomerular ficar abaixo de 30 mL/min/1,73m².
- (C) associar eritropoetina e sulfato ferroso intravenoso se a hemoglobina estiver abaixo de 12 mg/dL.
- (D) suspender sinvastatina, já que a paciente não apresenta alto risco cardiovascular.

24. Considere que Julinho possui diagnóstico anterior de asma intermitente, sem uso de medicamento contínuo, e apresentou uma crise aguda desencadeada pelo contato com o produto químico. Já fez uso de salbutamol spray com espaçador, a cada 20 minutos na primeira hora, no caminho para unidade de saúde, conforme orientado para mãe em consultas prévias. Além de oxigênio, a conduta mais adequada, na sequência, é

- (A) salbutamol por nebulização.
- (B) prednisona ou prednisolona oral.
- (C) hidrocortisona intravenosa.
- (D) adrenalina por nebulização.

25. A melhor conduta do médico, com relação ao pedido de atestado da mãe, devido ao problema de saúde do filho, é

- (A) fornecer atestado com CID de pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente.
- (B) explicar que a mãe não tem direito a faltar ao trabalho devido ao problema de saúde do filho.
- (C) colocar o CID da doença do filho no atestado da mãe.
- (D) fornecer uma declaração de comparecimento ao em vez de atestado médico de afastamento.

26. Ao final da consulta, a filha, muito nervosa e preocupada, perguntou novamente para o médico sobre o diagnóstico e o prognóstico da mãe. O médico ainda tinha dúvidas quanto ao diagnóstico e a gravidade. A melhor resposta seria
- (A) “Fique tranquila, faremos tudo o que for possível para que sua mãe fique bem, não há motivo para preocupar-se tanto”.
 - (B) “Devemos esperar até que tenhamos mais provas, para poder dar informações com mais segurança para a senhora”.
 - (C) “Ainda não sabemos ao certo a gravidade, mas vai dar tudo certo, procure se acalmar, por favor”.
 - (D) “Pode confiar na equipe, que estamos fazendo o melhor cuidado possível, não é tão grave”.

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

Diálogo – Vídeo 6

Na tela

Lurdes, 40 anos, aguarda consulta não agendada com seu médico de família por queixa de tontura com início há 2 dias.

Cena 1

Lurdes: Até que enfim, né? Duas horas esperando é um absurdo, doutor! Fiquei aqui esperando, vendo um monte de gente que estava bem entrando na minha frente. O senhor concorda com isso? Eu vou chamar a Record (canal de televisão) para ver se vocês me atendem melhor, porque eu pago meus impostos e quero ser atendida. Isso é um absurdo!

MFC: Veja bem, minha senhora, a senhora não marcou consulta. Tem gente com consulta marcada, tá! Não aguento mais essa agenda cheia de pacientes.

Lurdes: Mas todas as pessoas que entraram no seu consultório na minha frente estavam bem e eu não estou bem!

MFC: O que que a senhora tem?

Lurdes: Olha doutor, eu não consigo nem andar, tá! Eu estou há dois dias que eu fico caindo assim, parece que o meu corpo cai para o lado, mas só para um lado, só para a direita. Parece que eu estou num barco e que vou cair para o lado, só para direita. Eu não consigo andar e é uma sensação tão horrível, assim, que é impossível. Deve ser muito grave!

MFC: E a senhora está sentindo alguma coisa no ouvido? Um barulho? Nada disso?

Lurdes: Não. Não.

MFC: Teve algum resfriado recente?

Lurdes: Também não.

MFC: Então passe à maca, que eu vou fazer uma manobra e a senhora vai se sentir melhor.

Lurdes: Ah, tá! Vamos ver! Vamos ver se eu vou melhorar mesmo!

Na tela

Nega perda auditiva, náuseas ou zumbidos. Nega uso de medicamentos. Nega outros problemas de saúde anteriores ou atuais.

Cena 2

MFC: Então, Dona Lurdes, eu vou fazer a senhora se deitar, depois a senhora vai se levantar e vai sair, está bem? Vamos lá. Se deite. Levante-se e agora a senhora já pode sair, tudo bem?

27. Com relação à avaliação e ao diagnóstico diferencial da tontura de Lurdes, pode-se afirmar que

- (A) a tendência à queda sempre para o mesmo lado pode ser vista na neurite vestibular.
- (B) uma audiometria deve ser solicitada na avaliação inicial.
- (C) a presença de nistagmo fatigável e sem latência durante a manobra sugere causa central.
- (D) é possível fazer o diagnóstico sem a necessidade de exame físico.

28. Se, depois do exame físico, Lurdes fosse diagnosticada com vertigem paroxística posicional benigna, o melhor tratamento inicial seria

- (A) manobra de Epley.
- (B) manobra de Dix-Hallpike.
- (C) dimenidrato.
- (D) cinarizina.

29. Com relação à manobra de reposição canalicular feita pelo médico, assinale o que foi realizado corretamente.

- (A) O posicionamento da cabeça da paciente na maca pelo médico.
- (B) Os movimentos de giro da cabeça realizados pelo médico, quando a paciente foi colocada na posição horizontal.
- (C) As orientações dadas à paciente, antes da manobra.
- (D) A manobra foi realizada totalmente de forma inadequada.

30. Lurdes, inicialmente, ligou no seu centro de saúde de referência, solicitando um agendamento de consulta. Foi orientada a ir, pessoalmente, no dia seguinte para agendar na recepção. No outro dia, na recepção, foi-lhe oferecida uma consulta agendada para dali a 10 dias. Ela respondeu que não poderia esperar tanto. Foi, então, orientada pela recepção a aguardar o técnico de enfermagem, que avaliou o caso, forneceu uma senha e orientou que deveria esperar pelo atendimento médico. O médico tinha sua agenda com todos os horários de consulta agendados e fez um “encaixe” no final da manhã, depois de todas as consultas. Ele já havia feito outros 3 “encaixes” de pacientes mais graves e acabou perdendo seu horário de almoço e, por isso, estava muito estressado com a equipe e pacientes. Considerando que, nesse caso, não havia nenhum sinal de alerta ou gravidade, com relação à reclamação de Lurdes, observada no vídeo, e às recomendações para organização da demanda espontânea e agendada dentro do modelo do acesso avançado, é correto afirmar que

- (A) se Lurdes não tivesse sido “encaixada” para o mesmo dia, o tempo de oferta para consulta agendada, no contato com a recepção, foi conforme o preconizado, em até 2 semanas.
- (B) se recomenda ofertar, preferencialmente, senhas em vez de horários aos usuários que solicitam

atendimento no mesmo dia para facilitar a organização e ordem de atendimento.

- (C) é recomendado que se o paciente não puder esperar o horário de atendimento previsto, questionar a possibilidade de retorno no dia seguinte, mantendo o objetivo de 48 horas do acesso avançado.
- (D) a agenda do médico deveria estar com 30% do tempo livre para consultas de demanda espontânea do dia, e 70% com pacientes agendados previamente.

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

31. Amanda, médica de família e comunidade da equipe Iron, está tentando convencer a gerente da unidade básica de saúde de que ela precisa de um psicólogo no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que a apoia. Em reunião, relatou que, nos últimos 2 meses, atendeu mais de 50 casos de problemas mentais diversos, dentre os quais, casos de transtornos de personalidade, depressão grave, transtorno do pânico, compulsão alimentar etc. Na mesma reunião, mostrou uma planilha onde fez o registro de todos os casos de saúde mental atendidos no período de agosto a outubro de 2019, constando: dados das pessoas, código CIAP de avaliação e plano.

Sobre a ferramenta para diagnóstico de saúde da comunidade descrita acima, assinale a alternativa correta.

*CIAP = Classificação Internacional de Atenção Primária.
CID = Classificação Internacional de Doenças.

- (A) O diagnóstico de demanda é útil para definir o perfil do usuário dos serviços, as informações sobre o processo de trabalho, além de características do atendimento e da prática dos profissionais de saúde.
- (B) Os dados obtidos por meio de questionários auto aplicados ou por análise de registros dos serviços de saúde, geralmente, são fidedignos porque retratam a realidade do território assistido.
- (C) No caso da utilização de CIAP para fins de pesquisa em saúde, caso haja dois ou mais motivos de consulta, apenas o primeiro deverá ser considerado, uma vez que é equivalente à queixa principal.
- (D) Recomenda-se o uso do CIAP para realização do diagnóstico de demanda. Estes compilados podem ser obtidos através do site do DATASUS, que vem utilizando o CIAP ao invés do CID10 desde 2017.

32. O grupo começou com Marilda falando sobre o último episódio que enfrentou em sua casa, com o esposo que mais uma vez chegou bêbado. Relatou o que fez desta vez para proteger a si e a sua filha, lembrando das experiências das outras mulheres do grupo e suas famílias, que já passaram pela mesma experiência e, atualmente, aprenderam como se defender de situações de violência doméstica. Algumas delas, além de estarem com vínculos mais fortalecidos com outros familiares, também conseguiram estabelecer ligações com outros pontos de apoio; compartilharam a experiência de como funciona a rede de apoio às vítimas de violência e veem este grupo como uma parte desta rede.

Assinale a alternativa que apresenta o tipo de abordagem apresentada no caso acima.

- (A) Terapia cognitiva comportamental de grupo.
- (B) Terapia comunitária.
- (C) Psicodrama.
- (D) Grupo de educação em saúde do tipo palestra comunitária.

33. Em um terreno amplo da cidade fictícia de Margam Luiz, mais um assentamento está sendo construído próximo à margem da BR199. A cada semana, mais de 10 famílias chegam para morar em condições precárias, sem água encanada, luz elétrica ou saneamento. Isso preocupa a equipe de Saúde da Família do Arroz Cateto, uma vez que o assentamento está contido em uma parte de duas microáreas da equipe e no território de outra unidade de saúde. Porém, a unidade mais próxima é a da equipe do Arroz Cateto, que acaba sendo procurada pela população. Além das condições precárias de moradia, a equipe identificou várias gestantes que não estavam fazendo pré-natal e crianças que haviam perdido o ano escolar, o que reflete a grande vulnerabilidade destas famílias. A equipe tem, em seu território adscrito, 3.790 famílias cadastradas, cadastro este atualizado até o mês passado (30 dias atrás). A territorialização será rediscutida com os gestores locais no mês que vem, uma vez que a equipe está com uma pressão assistencial cada vez maior. Na história apresentada acima, vários conceitos sobre territorialização podem ser extraídos. Assinale a alternativa que corresponda ao tema apresentado.

- (A) Serviços assistenciais que contemplem a saúde da mulher, criança, hipertensão, diabetes e doenças infecto-parasitárias devem ser ofertados ao território adscrito, por isso, são importantes agendas programáticas.
- (B) A Política Nacional de Atenção Básica, republicada em 2018, admite como forma de organização de uma equipe de Saúde da Família uma lista de pessoas entre 2.500 e 4.000.
- (C) Além de, ainda, não terem sido cadastradas todas as famílias do assentamento, parte do mesmo está na área de influência da equipe e, por isso, acaba aumentando a pressão assistencial na demanda espontânea.
- (D) A microárea de um território é simétrica e homogênea espacialmente, sendo constituída por no máximo 750 famílias, de modo a facilitar o trabalho de visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde.

34. Robson, 34 anos, agenda consulta com seu médico de família e comunidade, Alfredo. Com o intuito de delimitar corretamente a demanda de Robson, a pergunta mais apropriada para iniciar a consulta seria

- (A) “Robson, como vai o senhor?”
- (B) “Sr. Robson, já está com o exame que solicitei na última consulta?”
- (C) “Me conte, Robson, está melhor hoje?”
- (D) “Sr. Robson, o que lhe traz aqui hoje?”

Leia o caso abaixo para responder às questões 35 e 36.

Na reunião de equipe, dado o excesso de demanda a que vinha sendo submetida a equipe de saúde da qual Dr. Jorge (médico de família e comunidade) fazia parte, resolveu-se averiguar quem eram os pacientes que consultavam frequentemente e se haveria algo a ser feito para reduzir a demanda deste grupo de pacientes.

Dona Rosilda foi identificada como a pessoa que mais consultou nos últimos 12 meses com Dr. Jorge, somando 19 encontros.

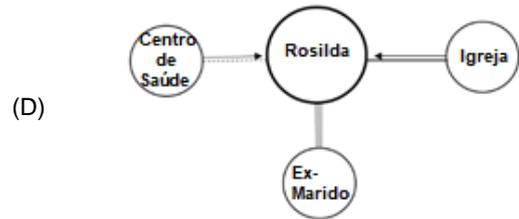
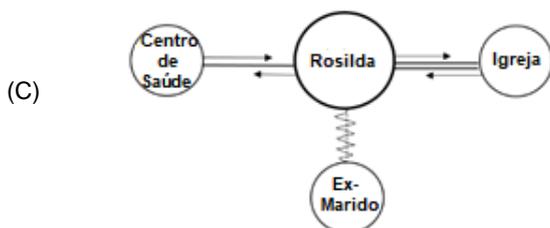
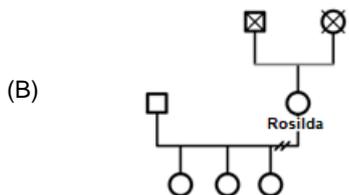
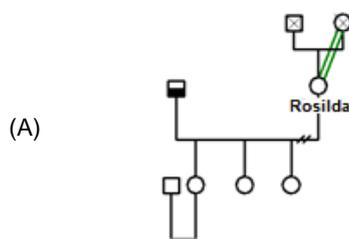
Rosilda acompanhava com ele há 12 anos, tinha 63 anos de idade, era divorciada e morava só. Tinha 3 filhas, só a primeira casada, nenhum neto. Duas moravam em outro estado, enquanto a mais nova, na mesma cidade, embora só conseguisse vê-la aos fins de semana. Tinha poucos amigos. Apresentava diagnósticos de diabetes *mellitus*,

hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, depressão, osteoartrose incipiente de joelhos e fibromialgia. Fazia uso de sete tipos diferentes de medicamentos. Morava a cerca de 50 metros do centro de saúde, sendo este o único estabelecimento de saúde que frequentou no último ano.

35. Dos fatores abaixo, presentes na história de Rosilda, os que estão associados a maior frequência de consultas são:

- (A) morar próximo ao centro de saúde e apresentar multimorbidade.
- (B) morar próximo ao centro de saúde e ter problemas emocionais.
- (C) apresentar multimorbidade e viver só.
- (D) ter problemas emocionais e poucas idas à emergência.

36. Depois de discutir com a equipe o caso de Rosilda, Dr. Jorge opta por agendar uma consulta com mais tempo. Nela, aborda sua história de vida. Rosilda é filha única. Trabalhou 28 anos como empregada doméstica na casa de uma mesma família. Aposentou-se há 6 anos, depois de descobrir seu problema no coração. Sua mãe, a quem era muito próxima, faleceu há cerca de 10 anos, na mesma época em que se separou. O pai havia morrido quando ainda era pequena. Sempre teve uma relação conturbada com o ex-marido, que era etilista. Até hoje o contato com ele, ainda que esporádico, faz mal a ela. É católica, vai toda semana à igreja e tem na religião um alicerce importante em sua vida. Dr. Jorge resolve, então, fazer um ecomapa. Sobre o quadro, a figura que melhor caracteriza o ecomapa é



37. Diante de um quadro de dor torácica, Júlio, médico de família e comunidade, costuma considerar a probabilidade pré-teste de doença coronariana, conforme o quadro abaixo, para avaliar a necessidade de solicitar um teste ergométrico.

Probabilidade (%) de dor torácica causada por doença coronariana, de acordo com características de dor, idade e sexo dos pacientes.

Idade	Dor torácica não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
30-39	5,2	0,8	21,8	4,2	69,7	25,8
40-49	14,1	2,8	46,1	13,3	87,3	55,2
50-59	21,5	8,4	58,9	32,4	92	79,4
60-69	28,1	18,6	67,1	54,4	94,3	90,6

(Fonte: Adaptada de Diamond e Forrester).

Dentre as situações clínicas apresentadas abaixo, aquela em que a solicitação de um teste ergométrico para confirmar o diagnóstico de doença arterial coronariana está melhor indicada é

- (A) mulher, 57 anos, apresentou episódio de dor torácica retroesternal com duração de 3 minutos, ao deitar, para assistir televisão depois do jantar.
- (B) mulher, 35 anos, tabagista, depois de sair da academia, estava voltando para casa e teve um episódio de dor torácica subesternal por cerca de 1 minuto.
- (C) homem, 50 anos, tabagista, teve episódio de dor torácica precordial ao correr na esteira, que cessou logo ao interromper o exercício.
- (D) homem, 48 anos, teve dor torácica subesternal por 3 minutos ao carregar um armário pelas escadas até o terceiro andar, que cedeu ao interromper a atividade.

38. Considere o registro abaixo da consulta de Juarez, 47 anos:

S – Retorna ao terminar o tratamento prescrito na última consulta de omeprazol 20 mg de manhã, em jejum, por 30 dias. Reduziu consumo de café, conforme orientado e tem procurado melhorar a dieta, mas mantém dor epigástrica tipo queimação diariamente, sem melhora com os tratamentos realizados. Nega azia, regurgitação, disfagia, sangramento gastrointestinal, perda de peso ou vômitos. Nega tabagismo ou uso de outros medicamentos, além de omeprazol. Faz uso de álcool, às vezes, aos finais de semana, em pouca quantidade. Trabalha com telemarketing.

O – Corado, hidratado, abdômen com ruídos hidroaéreos presentes, indolor, sem visceromegalias.

A – _____.

P – _____.

O preenchimento mais adequado da análise e do plano do registro orientado por problemas seria

- (A) A – Gastrite sem melhora clínica com omeprazol e dieta.
P – Solicito esofagogastroduodenoscopia.
- (B) A – Dispepsia sem melhora com tratamento conservador.
P – Solicito EDA e mantenho omeprazol.
- (C) A – Síndrome dispéptica.
P – Prescrevo IBP + amoxi + claritro/14 dias e retorno depois do tratamento.
- (D) A – Dispepsia sem melhora clínica com omeprazol e dieta.
P – Prescrevo omeprazol, amoxicilina e claritromicina por 7 dias e retorno depois do tratamento.

39. Na reunião da equipe Laranjeiras, no dia 29.11.2019, o médico, a enfermeira, os agentes comunitários e o residente de medicina de família e comunidade avaliam a seguinte planilha de acompanhamento dos casos de sífilis do território.

*gestantes.

Nº do paciente	Nº de doses prescritas/ realizadas (penicilina)	Data da última dose aplicada	Testes não treponêmicos		
			Data e resultado do primeiro teste	Data e resultado do penúltimo teste	Data e resultado do último teste
35	3/3	6/12/18	21/11/18 1:32	20/8/19 1:8	21/11/19 1:4
36	1/1	11/4/19	11/4/19 1:128	19/7/19 1:32	
37	3/3	26/4/19	11/4/19 1:64	23/8/19 1:32	
38*	3/3	29/4/19	15/4/19 1:128	28/10/19 1:16	28/11/19 1:8
39	3/3	29/4/19	15/4/19 1:256	30/7/19 1:128	29/10/19 1:64
40	3/3	16/5/19	2/5/19 1:32	19/8/19 1:16	
41	1/1	23/5/19	23/5/19 1:64	22/8/19 1:4	26/11/19 1:8
42	3/3	21/8/19	7/8/19 1:512	21/11/19 1:128	
43*	3/2	14/11/19	7/11/19 1:128		
45	3/1	25/11/19	25/11/19 1:16		

Com base nestas informações, há necessidade de busca ativa de

- (A) quatro pacientes, dos quais nenhuma é gestante.
(B) cinco pacientes, dos quais uma é gestante.
(C) quatro pacientes, dos quais uma é gestante.
(D) três pacientes, dos quais nenhuma é gestante.

40. Rogério, 57 anos, apresenta diagnósticos de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica com últimos laboratórios, realizados há 6 meses, com os seguintes resultados: Hemoglobina=14,2 g/dL / Vol. Corpuscular Médio=90,1 / RDW=13,1 / Leucócitos=7.200/mcL (séries normais) / Hemoglobina glicada=6,7% / Glicemia de jejum=112 mg/dL / Parcial de urina ou Exame qualitativo de urina=normal, sem proteinúria / Potássio=3,9 mmol/L / Creatinina=1,1 mg/dL / Colesterol total=172 mg/dL / HDL=50 mg/dL / Triglicérides=152mg/dL. Avaliação com oftalmologista há 7 meses, normal. Ex-tabagista (20 maços.ano), cessou há 3 anos, quando teve o diagnóstico de diabetes *mellitus*. Hoje, vem à consulta, referindo preocupação com perda de peso de aproximadamente 3 kg nos últimos 3 meses. Refere manter atividade física, conforme já fazia anteriormente. Nega alteração do apetite ou da rotina alimentar. Está mais estressado com o trabalho, dormindo menos e tomando mais café neste período. Não apresenta outras queixas. Ao exame: Bom

estado geral, hidratado, corado, eupneico, afebril. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdômen: sem particularidades. Ausência de linfonodos palpáveis. Toque retal com próstata normal e ausência de massas palpáveis. Frequência cardíaca 76 bpm, pressão arterial 120x80 mmHg, peso 76 kg (tinha 79 kg há 6 meses, na última consulta), altura 1,74 m. Faz uso regular de metformina 850 mg duas vezes ao dia e enalapril 10 mg duas vezes ao dia, nestas doses há, pelo menos, dois anos. Sobre a situação clínica e a investigação da perda de peso de Rogério, é correto afirmar que

- (A) ele apresenta quadro de perda de peso involuntária e deve ser investigado, inicialmente, com exames laboratoriais e colonoscopia para descartar neoplasia.
(B) ele não apresenta quadro de perda de peso involuntária clinicamente significativa, que corresponde a uma redução do peso corporal maior que 10% em um período de 6 a 12 meses.
(C) ele apresenta quadro de perda de peso involuntária clinicamente significativa, mas a ausência de alterações no exame físico indica que, provavelmente, o estresse e o consumo excessivo de café sejam os fatores desencadeantes.
(D) embora a perda de peso involuntária dele não seja clinicamente significativa, deve ter, pelo menos, exames laboratoriais solicitados de acordo com a rotina para diabetes *mellitus*.

41. Cláudia, 47 anos, vem à consulta com seu médico de família. Ela diz que iniciou com coriza, dor de garganta e tosse produtiva há 4 semanas. Os demais sintomas melhoraram, mas ela persiste com tosse, ora seca, ora um pouco produtiva. Nega fatores de alívio ou de piora. Nega febre, perda de peso, falta de ar ou sudorese. Nega contato com outras pessoas com infecção respiratória ou tosse prolongada. Nega história pessoal ou familiar de atopia. Mora só com o esposo. Nenhum dos dois fuma, mas preocupa-se porque o pai dela era fumante de até 2 carteiras por dia e ela conviveu com ele até os 28 anos de idade, quando se casou e saiu de casa. O pai faleceu com câncer de pulmão com 70 anos. O exame físico, incluindo a ausculta e a frequência respiratória, é normal. O diagnóstico mais provável é

- (A) tosse variante da asma.
(B) tosse pós-infecção viral.
(C) síndrome da tosse das vias aéreas superiores.
(D) doença do refluxo gastroesofágico.

42. João Carlos, 63 anos, retorna com resultado de exames solicitados na consulta anterior. Ele apresenta tosse crônica há alguns anos e dispneia aos esforços, que vem piorando, gradualmente, com o passar do tempo. Diz que sente falta de ar ao andar rápido e subir ladeiras. Também caminha mais devagar do que pessoas da sua faixa etária devido à dispneia. Nega episódios de pneumonia ou piora aguda do quadro no último ano. É tabagista de 1 carteira por dia há uns 40 anos. Nega uso de medicamentos e doenças crônicas. Ausculta pulmonar sem ruídos adventícios e frequência respiratória de 20 mrpm.

Exames:

- Hemograma com hemoglobina 16,1 g/dL e hematócrito 48%.
- Radiografia de tórax sem alterações.
- Espirometria com CVF/FEV1 65% do previsto para idade, FEV1 67% do previsto para idade pós-broncodilatador (sem resposta ao broncodilatador).

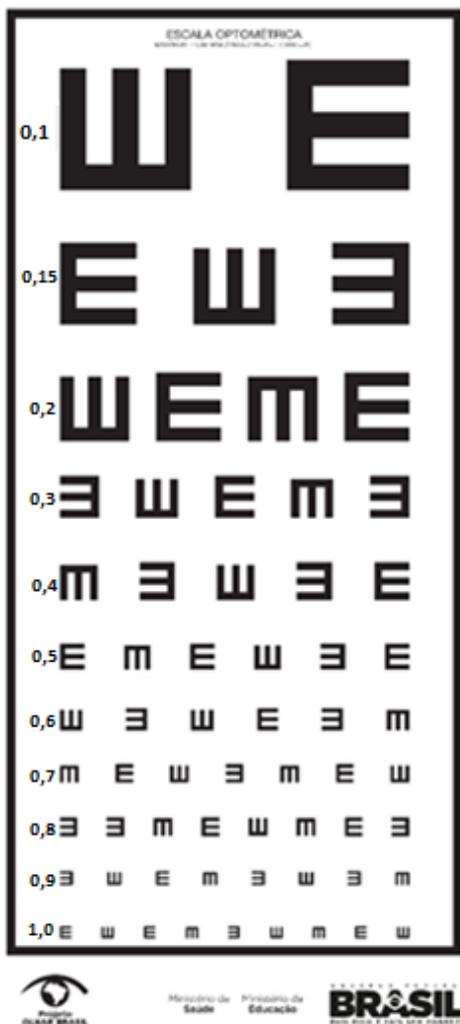
<p>Além de abordar o tabagismo e de indicar vacina antipneumocócica, a conduta inicial mais adequada para o tratamento farmacológico do Sr. João Carlos seria</p> <p>(A) salbutamol para quando sentir falta de ar. (B) salbutamol, conforme necessário e formoterol para uso contínuo. (C) salbutamol, conforme necessário e formoterol com budesonida para uso contínuo. (D) salbutamol para quando sentir falta de ar e encaminhar para avaliação com pneumologista.</p>	<p>P – _____.</p> <p>Para investigação da causa mais provável das queixas de Patrícia, o plano deve incluir</p> <p>(A) teste de retirada do leite e derivados da dieta. (B) a solicitação de teste de tolerância oral à lactose. (C) teste de suspensão do glúten da dieta. (D) a solicitação de anticorpos antitransglutaminase tecidual.</p>
<p>43. Ângelo, 32 anos, vem ao centro de saúde com queixa de diarreia aquosa e tenesmo há cerca de 24 horas (7 episódios no período), com pequena quantidade de sangue no terceiro episódio. Nega presença de muco ou restos alimentares nas fezes. Nega vômitos, náuseas ou outras queixas. Ao exame: bom estado geral, mucosa oral hidratada, corado, eupneico. Pressão arterial 110x60 mmHg, frequência cardíaca 96 bpm, temperatura axilar 36,8 °C. Abdômen: aumento de ruídos hidroaéreos. Dor moderada à palpação, sobretudo em quadrante inferior esquerdo, sem dor à descompressão súbita ou sinais de defesa. Sobre o caso em questão, é correto afirmar que</p> <p>(A) Ângelo apresenta disenteria e deve receber hidratação abundante devido ao maior risco de desidratação associado a quadros clínicos com acometimento do cólon distal. (B) a presença de sangue nas fezes torna o uso de antibiótico para o tratamento de <i>Shigella sp.</i> imperativo e doxiciclina pode ser prescrita por um período de 3 dias. (C) a presença de tenesmo, ainda que na presença de sangue em um dos episódios de diarreia, indica que o quadro, provavelmente, é de etiologia viral. (D) probióticos como <i>Lactobacillus</i> ou <i>Saccharomyces boulardii</i> podem ser considerados como tratamento adjuvante a fim de reduzir o tempo de diarreia de Ângelo.</p>	<p>45. Jaime, 57 anos, morador de cidade com epidemia de dengue, procura o centro de saúde com quadro de febre de até 39 °C há 3 dias associado à dor retro orbital de forte intensidade e mialgia. Sem quaisquer outras queixas. Apresenta diabetes <i>mellitus</i> em uso de metformina 850mg/dia – última hemoglobina glicada: 7,2%. Nega outras doenças. No exame físico, bom estado geral, hidratado, corado, eupneico. Temperatura axilar: 38,2 °C, frequência cardíaca: 104 bpm, pressão arterial: 128/80 mmHg, frequência respiratória: 18 mrpm. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdômen com dor discreta à palpação difusamente, sem dor à descompressão súbita. Ausência de visceromegalias. Conjuntiva normal. Ausência de lesões de pele. Prova do laço negativa. Depois da avaliação, Jaime é notificado como caso suspeito de dengue. Seguindo o fluxograma mais recente de classificação de risco para dengue do Ministério da Saúde, a conduta mais adequada é iniciar</p> <p>(A) hidratação oral, prescrever paracetamol, conforme sintomas, e liberar paciente para ser reavaliado quando cessar a febre (período em que costumam ocorrer as complicações) ou antes se sinais de alerta. (B) hidratação oral, solicitar hemograma com plaquetas (conforme fluxo local) e prescrever paracetamol, conforme sintomas. Liberar paciente para ser reavaliado o mais breve possível, assim que exame pronto ou antes se sinais de alerta. (C) hidratação oral e prescrever paracetamol, conforme sintomas. Se disponível no local, solicitar hemograma com plaquetas e liberar paciente apenas se exame normal e depois de reavaliação clínica, com orientação de retorno em 48 horas ou antes se sinais de alerta. (D) hidratação venosa, imediatamente, e sintomáticos conforme necessidade. Encaminhar para o hospital para realização de exames laboratoriais. Orientar que, caso seja liberado depois da avaliação inicial no hospital, deve retornar em 48 horas ou antes se sinais de alerta.</p>
<p>44. Veja o registro abaixo da consulta com Patrícia, de 32 anos.</p> <p>S1 – Há cerca de 2 meses com lesões bolhosas, que coçam, em ambos braços e pernas, algumas na barriga e nas costas. Já usou algumas pomadas, que não lembra o nome, sem melhora. Não percebe fator desencadeante, de alívio ou de agravamento. Nega episódios prévios e contato com pessoas com sintomas semelhantes.</p> <p>S2 – Diarreias leves recorrentes há alguns anos, com distensão, dor abdominal e flatulência, às vezes com presença de gordura, sem presença de sangue. Desconfia que possa ser intolerância a lactose, mas nunca conseguiu relacionar à ingestão de algum alimento específico. No momento não está com diarreia. Nega problemas gastrointestinais na infância e na adolescência.</p> <p>Nega febre, perda de peso e uso de medicamentos. É casada. Mora com o marido e a filha de 8 anos. Trabalha como vendedora. Feliz com o trabalho e a família. Nega situações de estresse.</p> <p>O – Hidratada, com palidez mucosa e pressão arterial 110/60 mmHg. Presença de lesões papulovesiculares, com base hiperemiada, algumas delas confluentes, de distribuição simétrica nos membros, dorso e abdômen. Abdômen levemente distendido, com ruídos hidroaéreos presentes e dor leve à palpação, sem dor à descompressão e sem visceromegalias. Inspeção anal sem alterações.</p> <p>A – Dermatite herpetiforme. Diarreia recorrente. Palidez cutânea.</p>	<p>46. Alfredo, 42 anos, vem hoje à unidade básica de saúde em Porto Alegre, RS, com queixa de febre há 3 dias, acompanhada de dores nas pernas e nas costas, diferentes das quais costuma sentir com frequência, e de dor de cabeça. Hoje não conseguiu trabalhar no “bico” que está fazendo como pintor de edifícios, devido náuseas e alguns vômitos, além do cansaço. Refere que é a terceira vez que isso acontece, sempre uma ou duas semanas depois de voltar do outro “bico” que faz na colheita de arroz no interior do estado do Rio Grande do Sul. Às vezes até melhora sozinho, sem medicamento nenhum, mas uma vez ficou internado todo amarelo. Ano que vem voltará para a colheita, ficará uns 3 meses lá, e questiona se não tem uma vacina para prevenir isto. Diante da principal hipótese diagnóstica e das possíveis profilaxias, é possível dizer que se trata de</p> <p>(A) febre amarela e pode-se recomendar que ele se vacine, caso já não o tenha feito.</p>

<p>(B) malária e pode-se recomendar quimioprofilaxia com doxiciclina enquanto durar a colheita.</p> <p>(C) leptospirose e pode-se recomendar penicilina benzatina a cada 15 dias enquanto durar a colheita.</p> <p>(D) hepatite A e pode-se recomendar que ele se vacine, caso já não o tenha feito.</p>	<p>49. Carmem, 40 anos, vem à consulta de rotina. Está assintomática e deseja fazer alguns exames, pois nunca vem ao médico. Durante a ausculta cardíaca, nota-se um sopro holossistólico grau 2, sem outros achados no exame físico. Diante do caso, o diagnóstico mais provável é</p> <p>(A) insuficiência mitral.</p> <p>(B) sopro da artéria mamária.</p> <p>(C) estenose mitral.</p> <p>(D) estenose aórtica.</p>
<p>47. Marileuza, 30 anos, gestante, Gesta: 3, Partos: 2, idade gestacional: 25 semanas e 3 dias, reclama que nunca teve problemas de rinite, mas que há 3 meses o nariz não para de escorrer e há 15 dias começou a sangrar. Achou que pudesse ser do clima seco, mas está muito frequente (1 vez ao dia, pelo menos). Percebeu um caroço no nariz, de onde acha que é o sangramento. Mora em Macapá e fez uma viagem para o interior do estado no ano passado e o único problema que relatou neste período foi uma ferida no rosto que demorou para cicatrizar, mas que depois, sumiu sozinha depois de ter usado muita andiroba. Ao exame físico: presença de cicatriz em face, arredondada. À rinoscopia anterior: nódulo ulcerado em região septal anterior em narina esquerda. Solicitado intradermoreação de Montenegro com resultado positivo. Diante do quadro clínico e laboratorial e com relação ao tratamento de primeira escolha para este caso, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) Antimoniato de meglumina, em regime ambulatorial.</p> <p>(B) Antimoniato de meglumina, em regime hospitalar.</p> <p>(C) Isetionato de pentamidina.</p> <p>(D) Anfotericina B.</p>	<p>50. Roseane, 45 anos, casada, professora da educação fundamental, pediu atendimento de demanda espontânea e foi consultada pelo seu médico de família, conforme registro abaixo.</p> <p>S – Percebeu aparecimento de manchas nas costas e peito há 7 dias. Chegou a tomar um anti-histamínico, porque achou que pudesse ser alergia, mas não houve melhora. Leve prurido local. Tudo começou com uma lesão rosada apenas nas costas, vista pelo marido.</p> <p>O – Placas (aproximadamente 20) em tronco posterior e anterior, elípticas, eritematoescamosas, com tendência anular, centro amarelo tênue e bordas ligeiramente elevadas, não confluentes, circundadas por uma descamação em colarete.</p> <p>A – Pitíriase Rósea de Gilbert.</p> <p>P – Encaminhada ao serviço de dermatologia para confirmação diagnóstica, orientações para controle dos sintomas.</p> <p>Sobre o registro acima, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) A avaliação está correta, porém o plano está equivocado por se tratar de uma doença autolimitada e demandar apenas controle dos sintomas e tranquilização da pessoa com relação à benignidade do problema.</p> <p>(B) A avaliação está incorreta porque se trata de uma pitíriase rubra pilar, mas o plano está correto, uma vez que se faz necessário avaliação do especialista focal devido à prescrição de medicamento de alto custo.</p> <p>(C) Assim como a avaliação, o plano também está correto, uma vez que pitíriase rósea de Gilbert é uma doença que pode evoluir com confluência das placas e desenvolvimento de eritrodermia grave.</p> <p>(D) Tanto a avaliação quanto o plano estão incorretos, uma vez que se trata de um quadro de psoríase vulgar e o tratamento inicial seria prednisona oral e identificação dos fatores desencadeantes.</p>
<p>48. Alessandra, 19 anos, vem à consulta com desejo de perder peso. Está atualmente com 45 quilos, para 1,60 m de altura. Há 6 anos pratica corrida e natação todos os dias, faz uma ou duas refeições diárias no máximo, e às vezes passa 2 dias sem comer. Entretanto, há uns 6 meses, depois do término de um relacionamento amoroso, passou a ter episódios recorrentes de compulsão alimentar, sempre seguido de vômitos induzidos e uso de laxantes. Nessa fase, ganhou quase 2 quilos, mas, há três semanas, isso não acontece mais. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) Este caso é melhor caracterizado como anorexia nervosa e, provavelmente, Alessandra se beneficiaria de apoio psicoterapêutico, mas não de inibidores da receptação de serotonina, visto que estes fármacos têm efetividade limitada.</p> <p>(B) Embora este caso possa ter sido caracterizado no passado como anorexia nervosa, atualmente trata-se de bulimia nervosa, e além de apoio psicoterapêutico, Alessandra também poderia se beneficiar com a associação de algum inibidor da recaptção de serotonina.</p> <p>(C) Este caso é melhor caracterizado como transtorno de compulsão alimentar, embora antes apresentasse padrão restritivo, e além de apoio psicoterapêutico, Alessandra também poderia se beneficiar com a associação de topiramato.</p> <p>(D) Embora este caso possa ter sido caracterizado no passado como bulimia nervosa, atualmente trata-se de transtorno de compulsão alimentar, e além de apoio psicoterapêutico, Alessandra também poderia se beneficiar com a associação de algum inibidor da recaptção de serotonina.</p>	<p>51. Andira, 10 anos, foi levada pela vizinha à unidade básica de saúde, devido a um prurido intenso no corpo, principalmente, no tronco, na virilha e na face anterior dos braços, que começou há 7 dias. A avó, cadeirante, com quem mora há 2 anos, depois da morte dos pais, e que também está sentindo os mesmos sintomas, “mandou dizer” por Andira que acha que é sarna. A avó havia comprado permanganato, que as duas estavam usando há 4 dias, porém com piora importante do quadro. O avô e o irmão, que também moram na mesma casa, não estão sentindo nada. Ao ser atendida na unidade básica de saúde, Andira recebeu o seguinte tratamento e orientação:</p> <p>1. Permetrina loção a 5%: aplicar o medicamento do pescoço aos pés, sem friccionar, deixar agir por 20 minutos e depois enxaguar com água abundantemente. Durante a aplicação, deve-se evitar contato com as mucosas e dar especial atenção à</p>

<p>aplicação do medicamento nos espaços interdigitais, no umbigo, nos genitais e no sulco interglúteo.</p> <p>2. A pessoa e os contactantes devem ser tratados na mesma noite, caso estejam com prurido ou outros sinais clínicos.</p> <p>3. As roupas usadas e os lençóis devem ser lavados e passados. Artigos que não possam ser lavados devem ficar 10 dias guardados em um saco, podendo-se também recorrer à lavagem a seco.</p> <p>Referente ao que foi orientado para o tratamento, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) Permetrina loção 5% para escabiose deve ser mantida no corpo por 6 a 12 horas e, só depois deste período, deve-se proceder com o banho. Os contactantes devem ser tratados independente dos sintomas.</p> <p>(B) Permetrina loção 5% para escabiose deve ser aplicada conforme descrito no enunciado, mas repetida por 3 dias seguidos e novamente depois de 7 dias. As orientações 2 e 3 estão corretas.</p> <p>(C) O uso de permetrina foi orientado corretamente. Além disto, os contactantes também deverão ser tratados, todos, inclusive animais de estimação, caso tenham sintomas e lesões.</p> <p>(D) O uso de permetrina loção 5% não é o tratamento de escolha atual devido a melhor comodidade farmacológica de ivermectina comprimido, que pode ser em dose única e, também, deverá ser ofertado à avó.</p>	<p>53. Maria, 32 anos, é vegetariana e há 6 meses está em uso mensal de 1000 mcg de cianocobalamina intramuscular e de 5 mg diários de ácido fólico. Traz hoje seus exames que constam níveis normais de B12 e ácido fólico, mas com discreta anemia (Hemoglobina 10,8 g/dL) e Volume Corpuscular Médio ligeiramente aumentado (VCM 100,5). A conduta mais adequada no caso de Maria seria</p> <p>(A) solicitar perfil de ferro, diante da possibilidade de anemia por doença crônica.</p> <p>(B) solicitar hormônio tireoestimulante e T4 livre, pensando em hipotireoidismo.</p> <p>(C) prescrever polivitamínico, devido à possibilidade de deficiência de outras vitaminas.</p> <p>(D) solicitar eletroforese de proteínas, para descartar talassemia.</p> <hr/> <p>54. João Lucas, 16 anos, vem à consulta acompanhado da mãe no período da manhã. Há 3 dias iniciou com quadro de febre, dor de garganta e fadiga. Ao exame físico está afebril, eucárdico e eupneico. Apresenta linfonodomegalia dolorosa, fibroelástica e móvel na região cervical anterior e posterior, axilar e inguinal. Na oroscopia, visualiza-se hiperemia da faringe, hipertrofia e hiperemia tonsilar bilateral e petéquias no palato. Ausculta cardíaca e pulmonar estão normais. O exame do abdômen revela a presença de hepatoesplenomegalia. O diagnóstico mais provável é</p> <p>(A) mononucleose infecciosa.</p> <p>(B) toxoplasmose.</p> <p>(C) infecção aguda pelo vírus da imunodeficiência humana.</p> <p>(D) sífilis secundária.</p>
<p>52. Safira, 17 anos, é moradora da área da equipe Malta, já tem como diagnóstico transtorno obsessivo compulsivo e não faz uso de nenhum medicamento no momento. Veio em consulta com a mãe, apesar de Safira achar que está bem nos últimos meses. Porém, a mãe está preocupada porque a filha anda estudando muito por causa do período de provas do ENEM. Dona Leide, a mãe, acha que a filha está até perdendo cabelo de tanta preocupação e gostaria que fossem solicitados alguns exames para ver se Safira não está com anemia ou outra doença, pois a filha está comendo muita guloseima, em detrimento de alimentos mais saudáveis. Também está preocupada porque a avó tem alopecia androgenética e fica com receio de a filha também ter herdado esse problema. Ao exame físico: áreas assimétricas de rarefação de cabelo em couro cabeludo, principalmente em região parietal esquerda e occipital esquerda, onde existem fios quebrados de diversos tamanhos. Sobre o quadro, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) Esse quadro pode estar relacionado à alopecia androgenética precoce devido ao padrão difuso da rarefação capilar e por isso o tratamento de escolha seria minoxidil tópico com reavaliações periódicas.</p> <p>(B) Deve-se solicitar exames, como hemograma, teste não treponêmico, hormônio tireoestimulante e T4 livre, para descartar doenças que podem predispor eflúvio telógeno, bem caracterizado pelo exame físico.</p> <p>(C) Trata-se de um quadro sugestivo de tricotilomania, quando se deve considerar a introdução de fluoxetina 10 a 20 mg ao dia com aumento gradual e, se possível, acompanhamento com psicólogo.</p> <p>(D) Trata-se de quadro sugestivo de alopecia areata, quando o tratamento de escolha é corticosteroide tópico aplicado nas áreas afetadas e tranquilizar a pessoa, explicando que é um quadro relacionado ao estresse.</p>	<p>55. Sônia está preocupada com seu peso. Há 3 anos descobriu ter pressão alta e há 6 meses, em uma consulta com oftalmologista, ao qual foi encaminhada por rotina devido à hipertensão, descobriu ter glaucoma leve, que provavelmente não terá que ser operado, mas vai ter que usar colírio “para o resto da vida”. Quer emagrecer, pois já não bastasse seu peso e sua pressão terem aumentado, a pressão dos olhos está aumentando e Sônia está com medo de morrer. Utiliza regularmente 25 mg de hidroclorotiazida e não é diabética, mas fuma de 5 a 10 cigarros por dia. Ao exame físico está com IMC de 32, pressão arterial de 120/80 mmHg. Sobre o quadro, assinale a alternativa correta.</p> <p>(A) As dietas mais restritivas, com 400 a 800 kcal/dia, tendem a ser mais eficazes no longo prazo que as dietas menos restritivas, com 1200 a 1700 kcal/dia.</p> <p>(B) Além das medidas comportamentais, a associação de sibutramina pode ser uma opção neste caso, contanto que a pressão permaneça controlada.</p> <p>(C) A cessação do tabagismo deve ser evitada neste momento, pois está associada, usualmente, a ganho de peso.</p> <p>(D) Não há consenso de que a mortalidade de pessoas com obesidade classe 1 seja maior que a mortalidade de pessoas com peso normal.</p>

56. Nicole, médica de família da unidade de saúde Vila Feliz, ao atender Rita, 45 anos, sua paciente, verifica que ela iniciou há alguns meses com dor tipo queimação em região de cintura escapular e chegou a usar diversos medicamentos, com melhora parcial. Ela refere piora no final do dia, nega emagrecimento ou outros sintomas. Nicole faz o exame físico e verifica um ponto gatilho de dor em região infraescapular à direita, além de localização de banda muscular tensa, com dor à palpação local e reflexo contrátil localizado. O diagnóstico mais provável e o tratamento indicado no caso são
- (A) fibromialgia e duloxetine.
 - (B) distensão muscular e anti-inflamatórios.
 - (C) síndrome dolorosa miofascial e agulhamento.
 - (D) polimiosite e corticosteroides.
57. Juliana tem 35 anos e retorna à unidade básica de saúde próxima de sua casa. Há 2 meses, ela consultou por uma dor em região cervical, mas que não está melhorando com o medicamento que lhe foi prescrito. Trabalha como secretária e fica muitas horas por dia no computador. Hoje, deseja um medicamento mais forte e uma radiografia para entender o que está acontecendo. A dor está dificultando seu sono e chegou a sentir amortecimento da mão direita. No exame físico não há alterações. A conduta mais adequada, neste caso, é
- (A) referenciar ao serviço de urgência.
 - (B) solicitar radiografia e otimizar o tratamento clínico.
 - (C) otimizar o tratamento clínico e fazer conduta expectante por 30 dias.
 - (D) orientar repouso e fornecer atestado.
58. Ricardo vai à consulta por sentir dor em seu cotovelo direito sempre que faz musculação. Ele conta que a dor começou há 3 semanas, ao iniciar novo treino na academia. Ao realizar o exame, o médico verifica dor à palpação de epicôndilo lateral direito, sem outras alterações relevantes. A conduta com o melhor nível de evidência para o caso descrito é
- (A) terapia com ondas de choque.
 - (B) crioterapia.
 - (C) calor local.
 - (D) acupuntura.
59. Talita tem 35 anos e iniciou corridas no parque há 1 ano. Recentemente, ao realizar uma corrida, sentiu uma dor na região lateral do quadril, da coxa e do joelho esquerdos. Desde então, ao tentar correr, sua dor retorna. O médico que a consultou excluiu sinais de alarme e realizou o teste de Ober, que foi positivo. O diagnóstico mais provável de Talita, considerando a história e o exame físico, é
- (A) bursite trocântérica.
 - (B) síndrome da banda iliotibial.
 - (C) osteoatrose do quadril.
 - (D) impacto femuroacetabular.
60. Marina, 40 anos, tem o diagnóstico prévio de artrite reumatoide desde os 30 anos e faz acompanhamento com sua médica reumatologista, a Dra. Patrícia, e seu médico de família, o Dr. Rafael. Iniciou tratamento com metotrexato, um Medicamento Modificador do Curso da Doença (MMCD), que é considerado o tratamento de primeira linha. No entanto, não obteve remissão da doença e mudou o tratamento para outro MMCD sintético. Marina teve alopecia como efeito adverso, tendo que alterar novamente o esquema terapêutico. Passou a fazer uso de um esquema com três fármacos (MMCD sintéticos) com controle da artrite, mas na última consulta na unidade básica de saúde, foi encaminhada para avaliação com oftalmologista devido à queixa de dificuldade visual. Retornou trazendo a contrarreferência para o Dr. Rafael, que continha orientação para que fosse reavaliada, em breve, pela Dra. Patrícia para adequação do tratamento, pois havia sido identificada uma retinopatia por efeito adverso de um dos medicamentos em uso. Assinale a alternativa que apresenta os fármacos responsáveis pelos efeitos adversos apresentados por Marina na sequência cronológica em que foram utilizados.
- (A) Leflunomida e hidroxiquina.
 - (B) Sulfassalazina e leflunomida.
 - (C) Hidroxiquina e metotrexato.
 - (D) Sulfassalazina e metotrexato.
61. A assistente social da sua unidade vem discutir com você, médico de família e comunidade, o caso de Leonardo. Ele tem 34 anos, é esquizofrênico e vive em situação de rua há mais de 5 anos, sem aceitar qualquer tratamento via oral. Leonardo sofreu uma fratura exposta no pé esquerdo há cerca de 2 anos, tendo sido indicado procedimento cirúrgico na ocasião. Contudo, ele se evadiu do hospital antes que pudesse ser realizado qualquer tratamento, evoluindo com deformação pronunciada ao longo dos anos. Desde então, procura atendimento com frequência devido a dor, edema e eritema locais com abscesso e saída de secreção purulenta de fístula ativa, tendo sido iniciado tratamento, diversas vezes, com antibiótico via oral e parenteral, sem melhora do quadro. Leonardo está há 3 meses fazendo decanoato de haloperidol, quinzenalmente, e encontra-se motivado para tratamento da lesão do pé. Considerando a possibilidade diagnóstica e a oportunidade nesse momento de vinculação e tratamento do paciente, deve-se indicar
- (A) antibioticoterapia empírica com ciprofloxacino, com reavaliação depois de 48 horas, e se houver melhora, manter por 2 semanas, com curativos diários, não sendo necessário abordagem cirúrgica.
 - (B) antibioticoterapia empírica com linezolida por 4 a 6 semanas, curativos diários na unidade de saúde e reavaliar necessidade de abordagem cirúrgica ou troca de antibioticoterapia depois de ciclo prolongado.
 - (C) antibioticoterapia empírica com ciprofloxacino e clindamicina, enquanto é programado e pactuado tratamento cirúrgico, mantendo depois antibióticos de acordo com o resultado da cultura, por até 6 meses depois do procedimento.
 - (D) antibioticoterapia guiada por punção articular, devendo ser acompanhada de reabilitação para evitar manutenção das prováveis alterações degenerativas já presentes, evitando a necessidade de tratamento cirúrgico adicional.

62. Miguel, 11 anos, é trazido por seu pai, referindo não estar enxergando bem o quadro/lousa durante as aulas, mesmo se sentando a uns 3 metros de distância, na primeira carteira. Não sabe precisar ao certo há quanto tempo; acha que em torno de quatro meses. Criança e pai negam qualquer outra queixa ou alteração de comportamento. Mantém bom desempenho no colégio – está cursando a quinta série do ensino fundamental. Pai faz uso de óculos (diz que é para perto) desde os 15 anos. Mãe não usa óculos. À inspeção não é detectada qualquer alteração dos olhos. Miguel é levado à sala ao lado, onde é realizado o teste com escala optométrica (Snellen). Consegue fazer leitura correta dos símbolos (vide tabela abaixo) até 0,5 (20/40) no olho esquerdo e 0,6 (aproximadamente 20/33) no olho direito.

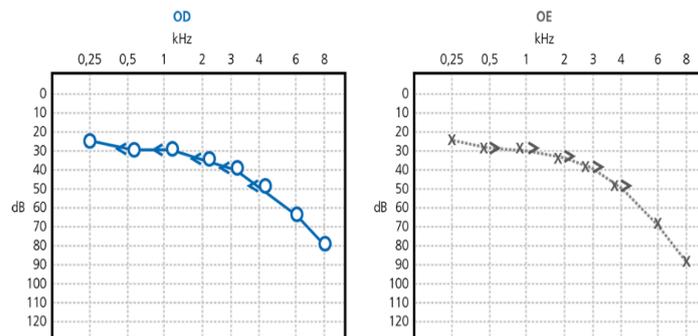


Diante do quadro, o correto é

- (A) encaminhar para avaliação com oftalmologista, uma vez que há queixa de redução de acuidade visual e o teste de Snellen está alterado.
- (B) realizar o exame de fundo de olho com dilatação da pupila para descartar patologia do globo ocular, causa mais provável da queixa de redução da acuidade visual de Miguel.
- (C) tranquilizar o pai e a criança, uma vez que o teste de Snellen apresenta resultado conforme o esperado para a idade.
- (D) encaminhar para avaliação com oftalmologista, pois, ainda que o teste de Snellen esteja normal, a presença da queixa não descarta algum defeito óptico ou patologia do globo ocular.

63. Maria, 71 anos, apresenta redução gradativa de sua acuidade auditiva, bilateralmente, ao longo dos últimos dois anos. Diz que a hipoacusia é pior quando em ambiente com muitas pessoas. Também refere que o marido tem reclamado que ela fala muito alto. Refere zumbido leve, mas nega quaisquer outras queixas. Nega história de infecções no ouvido no passado, bem como sintomas respiratórios nos últimos três meses. É hipertensa controlada em uso de hidroclorotiazida. Nega outras doenças ou uso de outros medicamentos. Ao exame apresenta condutos auditivos pérvios, sem alterações. Membranas timpânicas sem alterações.

Traz hoje audiometria tonal e vocal, solicitada por seu médico de família e comunidade em consulta anterior – vide abaixo.



(Fonte: Figura 184.1 de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C., 2019).

Resultado: perda auditiva neurossensorial bilateral simétrica em altas frequências.

O diagnóstico mais provável é

- (A) surdez autoimune.
- (B) disfunção da tuba auditiva.
- (C) doença de Ménière.
- (D) presbiacusia.

64. Juçara, 1 ano e 9 meses, veio acompanhada da mãe, Caterine, 23 anos, que relata que a filha está com febre (aferida temperatura máxima de 38,5 °C) há 3 dias e fica com a mão sobre o ouvido direito frequentemente, indicando dor. Ao exame físico: temperatura axilar de 39,2 °C; criança chorosa; otoscopia com membrana timpânica direita opaca e abaulada. Sobre o tratamento indicado para Juçara, assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica.

- (A) Paracetamol, prednisolona e amoxicilina por, 7 dias.
- (B) Amoxicilina + clavulanato, por 10 dias, e paracetamol, se necessário.
- (C) Cefalexina, por 7 dias, e dipirona.
- (D) Ibuprofeno, por 3 dias, e acompanhamento ambulatorial.

65. Amauri, 33 anos, tecnólogo, trabalha em uma empresa de sistemas de informação. Veio à consulta hoje porque ontem à noite passou no pronto-socorro, onde foi diagnosticado com rinossinusite e queria confirmar algumas informações. Amauri apresenta um quadro de coriza, espirros e congestão nasal há 10 dias. Ontem pela manhã, houve piora da coriza, dor na garganta e halitose e começou a apresentar sensação de pressão facial, febre de 38,5 °C e mal-estar importante. Não estava em uso de nenhum medicamento até então. No pronto-socorro, foram prescritos amoxicilina e budesonida, além de orientações de controle ambiental. Trouxe tudo anotado no bloco de notas do seu celular e enviou as dúvidas que gostaria de discutir por bluetooth para o seu médico de família durante a consulta.

- Posso usar soro nasal ao invés de budesonida?
- Preciso mesmo usar amoxicilina?
- Posso usar algum remédio antialérgico (anti-histamínico) junto com os outros remédios para diminuir os espirros?
- O médico do pronto-socorro pediu para repetir a radiografia dos seios paranasais depois de 7 dias. Preciso mesmo fazê-lo?

Assinale a alternativa que apresenta a resposta mais adequada do seu médico de família.

- (A) Sim, pode usar soro nasal ao invés de corticosteroide nasal, porque se trata de um caso de rinossinusite aguda leve.
- (B) Sim, recomendo o uso de amoxicilina, porque se trata de um caso de rinossinusite aguda grave.
- (C) Sim, pois já existe evidência que o uso de anti-histamínico associado a corticosteroides tópicos reduz o tempo de sintomas nestes casos.
- (D) Sim, porque se trata de um quadro de sinusite cronicada e necessitaremos da radiografia para controle de cura.

66. Eduarda, 25 anos, vem à unidade de saúde acompanhada do marido no início da manhã. Ela acordou, havia aquecido água para fazer o café e derrubou a jarra, queimando a região anterior da perna esquerda, o dorso do pé e dos dedos do mesmo lado. Demonstra receio de poder ficar com alguma cicatriz. Está com dor intensa. Não possui nenhuma doença crônica, nem usa medicamentos contínuos. As lesões apresentam áreas hiperemiadas e com flictenas, algumas rotas, com fundo rosado, tanto na perna, quando no pé e nos dedos. Não há sinais de infecção e nem lesões que cheguem a circular o membro ou os dedos. A pressão arterial está em 120/80 mmHg e os demais sinais vitais estáveis. Como conduta inicial, além de lavar com água corrente e realizar a limpeza da lesão, a analgesia, a avaliação quanto à manutenção ou ao rompimento das flictenas íntegras e o debridamento das rotas e, se necessário, a atualização da vacina antitetânica, deve-se

- (A) prescrever curativo diário com colagenase.
- (B) recomendar curativo diário com gaze vaselinada.
- (C) encaminhar para o hospital de referência para tratamento de queimados.
- (D) indicar curativo diário com mupirocina tópica para profilaxia de infecção secundária.

67. Gregório tem 2 meses e veio acompanhado dos pais Miguel e Elaine, que estão preocupados porque o filho tem um abaulamento na região do estômago que aparece quando a criança faz força na barriga, por exemplo, quando chora. Ao exame físico: bom estado geral, criança tranquila, com presença de aumento de volume na linha média supraumbilical, quando a criança chorou ao ser retirada da amamentação. À palpação, percebido herniação epigástrica. Sobre o diagnóstico de Gregório, assinale a alternativa sobre o que foi explicado corretamente aos pais.

- (A) “Devemos aguardar até Gregório completar 1 ano para encaminhá-lo para cirurgia pediátrica geral”.
- (B) “Gregório precisa ser operado o mais breve possível, por isso vou encaminhá-lo para o setor de emergência da cirurgia pediátrica”.
- (C) “Como mais de 75% dos casos se resolve espontaneamente, só precisamos observar atentamente a evolução do caso”.
- (D) “Por ser um problema que não tem resolução espontânea, é indicada a realização de correção cirúrgica eletiva”.

68. Renata, 29 anos, traz a filha Paula de 2 meses e 20 dias para consulta de puericultura com seu médico de família e comunidade. Paula nasceu de parto normal prematuro com 33 semanas de idade gestacional, porque a mãe teve um quadro de infecção urinária na gravidez. O peso de nascimento estava adequado para este tempo de gestação. O restante do pré-natal não teve nenhuma outra intercorrência. A mãe está preocupada, porque quando segura a filha sentada no colo, ela pende a cabeça e não consegue firmá-la bem. Diz que a prima tem um filho de 2 meses, que já sustenta bem a cabeça desde 1 mês e meio. Paula está em amamentação exclusiva, com boa pega e sucção, e as vacinas estão em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde. O ganho de peso, da estatura e do perímetro cefálico estão de acordo com o esperado, todos próximos da média para idade, considerando a idade cronológica corrigida. Paula apresenta sorriso social. Os reflexos de preensão palmar, cutâneo-plantar, de Moro e tônico-cervical estão presentes. Ela mantém postura de flexão dos membros, com resistência para a abdução das coxas. Fixa faces humanas e volta os olhos para estímulos sonoros. Paula é a primeira filha de Renata, que é advogada, e de Eduardo, engenheiro. A avó materna tem auxiliado nos seus cuidados. A rotina de acompanhamento de puericultura do serviço de saúde para crianças até 1 ano de idade envolve consultas na primeira semana de vida e com 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses. A conduta mais adequada, diante da preocupação da mãe, é

- (A) encaminhar para avaliação neurológica mais detalhada.
- (B) orientar a estimulação de Paula e agendar retorno em 15 dias.
- (C) tranquilizar a mãe, orientar a estimulação de Paula e os sinais de alerta e agendar retorno com 4 meses de idade.
- (D) solicitar um exame de neuroimagem para descartar alguma lesão neurológica relacionada à prematuridade.

69. A agente comunitária de saúde, Vânia, traz à reunião de equipe que Gabriel, de 10 meses, esteve novamente em observação no hospital por chiado no peito, segundo a mãe dele. O médico de família e comunidade, André, relembra a última consulta de Gabriel, que foi há umas 3 semanas. Ele vem apresentando crises de sibilância cerca de uma vez por mês, associadas com quadros gripais, desde que ficou internado por bronquiolite aos 6 meses de idade. A radiografia de tórax e o hemograma trazidos na última consulta estavam normais. O menino nunca teve sintomas sugestivos de rinite alérgica ou de dermatite atópica. O pai de Gabriel teve asma na infância. A enfermeira Júlia mostra os gráficos de crescimento de Gabriel no prontuário eletrônico e ele mantém a velocidade de ganho de peso e de estatura. As vacinas estão em dia e ele foi amamentado, exclusivamente, até os 6 meses de idade. André sugere que a equipe faça uma visita domiciliar para observar o ambiente da casa. Na visita, Júlia identifica xepas (bitucas) de cigarro no chão do quintal atrás da casa. Vânia comenta que o pai de Gabriel é fumante, mas que ele só tem fumado neste local. A residência tem uma sala, uma cozinha, uma área de serviço, três quartos, dois banheiros, uma varanda e uma garagem. Nela moram apenas Gabriel e seus pais. A família tem um cão pequeno, que fica dentro de casa, e o quarto de Gabriel pega pouco sol e tem mofo na parede. Os outros dois quartos, ao contrário, pegam o sol da manhã e são mais ventilados. Vânia conta que Gabriel está frequentando a creche que fica a umas 3 quadras da casa deles e ela costuma levá-lo no carrinho de bebê. A equipe pode orientar que

- (A) como Gabriel tem asma, a família deve avaliar a possibilidade de trocar o quarto do menino para diminuir a exposição aos alérgenos ambientais.
- (B) se o pai de Gabriel não quiser tentar parar de fumar, deve continuar a fazê-lo apenas fora de casa, pois ao menos já evita danos para o filho.
- (C) o cão pode ser bom para Gabriel, já que estudos atuais mostraram que este animal doméstico não costuma ser um fator alérgico.
- (D) a família deve observar se há fontes de alérgenos próximo da casa e no caminho para creche, como mercearias, fábricas ou postos de gasolina.

70. Pablo, 12 anos, é levado pela sua mãe até a unidade de saúde de seu bairro, pois há cerca de 1 ano se queixa de dor nas pernas, difusa, que ocorria de 1 a 2 vezes por semana, de maneira irregular, e melhorava com paracetamol ou depois de ficar deitado. Há 2 meses, a dor piorou e Pablo começou a se queixar de dor na região anterior da perna direita, sempre que retorna do treino de corrida, 5 vezes por semana. Nega dor durante a corrida, ao se agachar ou fletir o joelho. Os episódios duram algumas horas, cedem com analgésicos e, por vezes, sem medicamentos; contudo incomodam bastante o adolescente, que vem treinando para uma prova de atletismo. Nega quaisquer outros sintomas sistêmicos, incluindo febre e perda de peso. Ao exame físico, há dor apenas na palpação do tubérculo tibial direito, com inchaço leve no local, sem dor a movimentação ativa contra resistência. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável para esse caso, a conduta adequada seria

- (A) como a doença é autolimitada, deve-se orientar a Pablo e sua mãe que os sintomas podem durar até 12 a 24 meses e a restrição total de atividades físicas nesse período melhora o quadro e diminui a chance de recidivas.
- (B) adolescentes esportistas, como Pablo, se beneficiam de infiltração local na entese do tendão patelar e na

apófise tibial com lidocaína a 1% e dextrose a 12,5%, caso não melhorem com tratamento conservador.

- (C) Pablo deve ser orientado a manter a atividade física de maneira habitual, podendo utilizar analgésicos e aplicar gelo de 10 a 15 minutos, 3 vezes por dia, contraindicando apenas exercícios isométricos e fortalecimento de quadríceps.
- (D) como Pablo apresentava uma dor recorrente prévia, deve se esclarecer que não há patologia orgânica provável, a atividade física pode ser mantida de maneira habitual e os analgésicos devem ser evitados nas crises.

71. Carla, 32 anos, traz Amanda, com 11 dias de vida, para sua primeira consulta de puericultura, sem qualquer queixa. Durante o exame físico, você percebe um ritmo cardíaco regular com bulhas normofonéticas e sopro holossistólico, pulsos periféricos sem alteração, frequências cardíaca e respiratória normais, sem cianose ou sinais de esforço respiratório. Sem outros achados anormais no exame físico. Observando a caderneta da criança, Amanda teve teste do coraçãozinho realizado na maternidade sem alterações detectadas. A respeito das hipóteses diagnósticas no caso de Amanda, considerando os achados do exame físico e a epidemiologia, pode se dizer que a causa mais provável seria

- (A) comunicação interventricular.
- (B) tetralogia de Fallot.
- (C) persistência do ducto arterial.
- (D) comunicação interatrial.

72. Sara, 40 dias de vida, é trazida por sua mãe, Carla, com queixa de constipação. Segundo Carla, a filha está em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento e sempre manteve fezes endurecidas, com diâmetro aumentado e volumosas a cada 4 a 5 dias. Nunca observou saída de sangue ou muco. Carla afirma que hoje faz 9 dias que Sara não evacua, apesar de manter aleitamento aparentemente normal. Está mais chorosa que o habitual e com dificuldade para dormir, contudo não apresentou febre ou outro sinal ou sintoma. Ao exame físico, Sara apresenta crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor adequados, distensão abdominal discreta, fezes endurecidas na palpação abdominal. Ao toque retal não são palpadas fezes na ampola retal. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável no caso de Sara, pode-se afirmar que

- (A) se deve tranquilizar Carla, pois é um quadro autolimitado e não é necessário investigação adicional ou tratamento nesse momento.
- (B) se deve encaminhar para uma investigação adicional apropriada devido ao risco de doença orgânica.
- (C) como não existem fezes na ampola retal, deve-se prescrever óleo mineral 1 a 3 ml/kg/dia e agendar nova avaliação dentro de 2 dias.
- (D) como não é preciso investigação adicional no momento, deve-se prescrever supositório glicerinado por 10 dias, com reavaliação depois do uso.

73. Teresa leva sua filha Bia, de 25 dias, até sua médica de família, depois de ter percebido febre diária há 4 dias, sem observar quaisquer outros sinais ou sintomas. Teresa em geral é tranquila e estava esperando que o quadro fosse autolimitado. Contudo, com a persistência da febre, está bastante preocupada e acredita que sua filha precisa fazer exames. Depois de avaliar, cuidadosamente, sua história e exame físico, sem encontrar uma causa para febre, o médico de família e comunidade
- (A) encaminha para o hospital, pois além de hemograma, hemocultura, exame de urina, urocultura e radiografia de tórax, já há necessidade de punção de líquido cefalorraquidiano.
- (B) tranquiliza a mãe e orienta sinais de alarme, pois como Bia é previamente hígida, com vacinação em dia e com exame físico sem achados, não existe indicação de exames complementares.
- (C) solicita hemograma, hemocultura, exame de urina, urocultura e radiografia de tórax; caso os primeiros exames estejam normais, encaminha para punção de líquido cefalorraquidiano.
- (D) tranquiliza a mãe, já que Bia é previamente hígida, com vacinação em dia e com exame físico sem achados, orienta que não há necessidade de exames complementares e inicia amoxicilina empiricamente.
-
74. Joana, 47 anos, procura seu médico de família e comunidade porque vem apresentando menstruações abundantes e frequentes há 4 meses. Ela refere que menstrua a maioria dos dias do mês. A última hemorragia ocorreu há cinco dias e necessitou mudar o tampão higiênico a cada duas ou três horas. De história prévia, teve duas gestações e dois partos vaginais, submetida à laqueação tubária bilateral depois da sua última gravidez há 8 anos. Não tem doenças prévias e não faz uso de nenhum medicamento. A mãe foi submetida à histerectomia total por neoplasia de ovário. O exame físico revela uma pequena quantidade de sangue vermelho-escuro em fundo de saco vaginal posterior. O colo uterino está fechado; não se observam lesões. O útero tem um tamanho normal, é firme e móvel; não se palpam massas anexais. Ela traz os resultados do exame Papanicolau e da ultrassonografia transvaginal, realizados há 2 meses, ambos normais. Além de solicitar um hemograma, o exame diagnóstico mais apropriado para continuar a investigação, deste caso, é
- (A) biópsia do endométrio.
- (B) dosagem do hormônio folículo estimulante (FSH).
- (C) ressonância nuclear magnética da pelve.
- (D) coagulograma.
-
75. Luciana, 28 anos, terçigesta, primeira gestação normal e segunda com pré-eclâmpsia leve. Na 26ª semana da gestação, apresentou glicemia de jejum de 91 mg/dl. Foi realizado teste de sobrecarga oral com 75 g de glicose, que revelou glicemia de 158 mg/dl em 2 horas. A interpretação do exame e a conduta recomendada para este caso são:
- (A) gravidez normal – manter seguimento no pré-natal de baixo risco.
- (B) rastreio duvidoso – repetir o teste na 32ª semana.
- (C) diabetes gestacional – orientar dieta e encaminhar para seguimento conjunto com pré-natal de alto risco.
- (D) rastreio duvidoso – solicitar curva glicêmica.
-
76. Marta, 30 anos, está na segunda gestação, sem antecedentes patológicos. A gestação anterior foi normal e a termo. Iniciou acompanhamento de pré-natal com a médica de família e comunidade Denise, com 8 semanas de gestação, calculada pela data da última menstruação. Com 12 semanas, na consulta de rotina, trouxe os exames do primeiro trimestre com IgM e IgG reagentes para toxoplasmose. Foi solicitado teste de avidéz IgG para toxoplasmose, que veio com avidéz fraca. Tinha resultados não reagentes de IgM e IgG para toxoplasmose na última gestação. A conduta neste caso seria
- (A) iniciar sulfadiazina+pirimetamina+ácido fólico e encaminhar ao pré-natal de alto risco.
- (B) iniciar espiramicina e encaminhar ao pré-natal de alto risco.
- (C) solicitar ecografia obstétrica e encaminhar ao pré-natal de alto risco.
- (D) tranquilizar e orientar que não é necessário tratamento, pois a avidéz indica que a doença foi prévia a gestação.
-
77. Juliana, 25 anos, contadora, procura seu médico de família e comunidade, Ernesto, com exame de gonadotrofina coriônica humana (beta-HCG) positivo. Tem idade gestacional estimada pela data da última menstruação (DUM) de 4 semanas. A gestação não foi planejada e Juliana é portadora de epilepsia, com diagnóstico há 15 anos. Faz uso de ácido valproico 2 g/dia e está sem crises há 18 meses. Além de prescrever ácido fólico, 1 comprimido de 5 mg, por dia, a conduta recomendada para este caso é
- (A) suspender, gradualmente, ácido valproico e introduzir fenobarbital.
- (B) suspender, gradualmente, ácido valproico, já que Juliana está há 1 ano e meio sem ter crises.
- (C) diminuir a dose de ácido valproico para 1 grama, pois o risco de malformação diminuiria de 24,2% para 5,6%.
- (D) encaminhar, imediatamente, para neurologista para avaliar a substituição por lamotrigina ou levetiracetam.
-
78. João, 47 anos, engenheiro, procura o médico de família e comunidade Júlio por ter iniciado há 2 dias com disúria, polaciúria e tenesmo vesical. Sem outros sintomas. Sem antecedentes patológicos. Ao exame físico sinais vitais são: temperatura 36,8 °C, frequência cardíaca 80 bpm, frequência respiratória 13 mrpm e pressão arterial 110/80 mmHg. Não tem alteração no exame do abdômen e apresenta dor a punho percussão lombar à direita. A conduta inicial mais adequada para este caso é
- (A) realizar o exame da fita reagente durante a consulta e, conforme resultado, iniciar antibioticoterapia empírica.
- (B) solicitar exame de urina, urocultura e antibiograma e prescrever antibioticoterapia empírica para início depois da coleta do exame de urina.
- (C) iniciar antibioticoterapia empírica, solicitar radiografia simples de abdômen e ecografia de vias urinárias e encaminhar para urologia.
- (D) solicitar radiografia simples de abdômen, ecografia de vias urinárias, exame de urina, urocultura e antibiograma e prescrever antibioticoterapia empírica para início depois da coleta do exame de urina.

79. Seu João, 81 anos, é trazido a seu médico de família pelo filho Ronaldo, com quem vive há 12 anos, desde o falecimento de sua esposa. Ronaldo refere que seu pai anda mais esquecido. Observa o sintoma há cerca de 2 a 3 anos (não sabe precisar bem), com agravamento paulatino. Inicialmente, achou que poderia ser normal da idade, mas veio buscar ajuda, pois, nos últimos meses, notou que seu pai deixou por pelo menos três vezes o fogão de casa aceso e se perdeu um dia ao sair de casa para ir à padaria, sendo auxiliado a voltar para casa por um amigo da vizinhança. Também tem esquecido, às vezes, o nome de pessoas próximas conhecidas e, às vezes, não sabe responder o que fez no dia anterior. João é hipertenso controlado em uso de hidroclorotiazida, sem outras comorbidades. Nunca fez uso de álcool ou cigarro. Ele nega quaisquer queixas e não menciona qualquer preocupação com o esquecimento. Acha que é exagero do filho. No exame físico, não apresenta qualquer alteração neurológica, exceto, miniexame do estado mental com valor de 23 (orientação=7/10; registro=3/3; atenção e cálculo=4/5; evocação=0/3; linguagem=8/8; visuoespacial=1/1). Obs: tem curso superior incompleto.

O diagnóstico mais provável é

- (A) *delirium*.
- (B) demência vascular.
- (C) doença de Alzheimer.
- (D) pseudodemência depressiva.

80. Durante reunião de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, a agente comunitária Claudete relata que foi informada por vizinhos que a Sra. Júlia, 83 anos, está sendo agredida pela filha, Sra. Roberta. Roberta é paciente da equipe de longa data, apresentando quadro de depressão crônica, com problemas importantes de relacionamento com seu marido, Róger. "Dona de casa", vive com o marido e a filha única Maria, 25 anos, portadora de síndrome de Down. Róger é caminhoneiro, ficando longos períodos fora do domicílio. Sra. Júlia veio morar há cerca de 20 dias com Roberta, depois da morte do Sr. Leandro, seu marido. Claudete não conhece a Sra. Júlia, mas acha pouco provável que tenha ocorrido de fato alguma agressão. Frente ao quadro em questão, a conduta mais adequada que o MFC da equipe deveria tomar é

- (A) denunciar junto à Delegacia do Idoso local a situação de possível violência ao idoso para que sejam tomadas medidas cabíveis a fim de evitar um possível desfecho trágico.
- (B) programar uma visita domiciliar para avaliação da Sra. Júlia com o intuito de fazer vínculo, procurando abordar empaticamente tanto ela como a Sra. Roberta para compreender melhor a situação.
- (C) orientar Claudete que não há dados para confirmar ou descartar a situação de violência e que devemos observar ao longo das próximas semanas se novas informações irão surgir.
- (D) programar uma visita domiciliar à casa de Roberta com o intuito de informar que a equipe está a par da suspeita de violência e de que esta será notificada, ainda que não haja certeza de sua veracidade.