



RESIDÊNCIA MÉDICA

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - VAGAS OCIOSAS

1. A prova terá duração de 5 (cinco) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 100 (cem) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES OBJETIVAS	
Clínica Médica	01 a 20
Cirurgia Geral	21 a 40
Obstetrícia/Ginecologia	41 a 60
Pediatria	61 a 80
Medicina Preventiva e Social	81 a 100

4. Transcreva a frase abaixo no espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"A única verdade é a realidade."

5. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.**
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador, etc, **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**
8. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>

CLÍNICA MÉDICA

01. Paciente vem à consulta para mostrar resultado de lipidograma que evidencia: triglicérides 880 mg/dL, HDL 80 mg/dL e LDL 90 mg/dL. A conduta farmacológica adequada para esse caso é:
- (A) ciprofibrato
(B) ciprofibrato + ezetimiba
(C) ciprofibrato + sinvastatina
(D) ciprofibrato + ácido nicotínico
02. Mulher de 52 anos de idade, com diabetes tipo 2, está em uso de insulina NPH e regular. Vem para consulta de retorno, trazendo resultado de exame que apresenta hemoglobina glicada de 7,8% e glicemia de jejum de 128 mg/dL. Seu esquema de utilização da insulina definido inclui o uso de 20 UI de NPH pela manhã, e 08 UI à noite, além de três doses de 04 UI de insulina regular antes das principais refeições. Sua dieta é baseada em carboidratos processados, frituras e carne vermelha. Sua PA estava 120x80 mmHg e IMC 22. Não consome frutas nem verduras, não usa adoçante nem nenhum tipo de suplemento alimentar, e é sedentária. Traz controle de glicemia capilar da última semana, conforme a tabela:

Controle de glicemia capilar da última semana		
Antes do café	Antes do almoço	Antes do jantar
137	285	161
62	180	264
185	177	202
226	71	157
128	283	312
215	194	66

Nesse caso, a conduta apropriada é

- (A) aumentar insulina regular
(B) aumentar insulina nph
(C) associar metformina
(D) orientar alimentação
03. Paciente masculino de 50 anos de idade começa a usar um fármaco prescrito pelo seu médico de família e comunidade (MCF) com o objetivo de diminuir seu risco cardiovascular. Duas semanas depois, em sua consulta de retorno, o paciente se queixa de estar apresentando fortes dores musculares, que até o impediram de trabalhar. A condição clínica que deve ter sido evidenciada, no início do acompanhamento, pelo MCF é a:
- (A) obesidade
(B) dislipidemia
(C) *diabetes mellitus*
(D) hipertensão arterial sistêmica
04. Uma jovem com 24 anos de idade queixa-se de abaulamento cervical há 10 dias, quando sentiu mal-estar durante 2 dias. Nega febre, emagrecimento e não apresenta qualquer outra queixa. Ao exame físico, constatam-se linfonodos aumentados na região referida pela paciente, assim como em região inguinal e axilar, bilateralmente. Os linfonodos são indolores e de consistência fibroelástica, medindo, o de maior de diâmetro, 1,5 cm. Ao exame do abdome, percebe-se discreta hepatoesplenomegalia. A melhor conduta para este caso é:
- (A) solicitar hemograma
(B) realizar biópsia excisional do maior linfonodo
(C) aplicar o conceito de demora permitida por 3 a 4 semanas
(D) proceder à punção aspirativa por agulha fina do maior linfonodo

05. José, de 58 anos de idade, procura a médica de família e comunidade com dificuldade para urinar. Relata que há 5 dias apresenta disúria, urgência miccional e dor à ejaculação. Ao toque retal, apresenta próstata endurecida, aumentada de volume e dolorosa. Relata 3 episódios semelhantes nos últimos 4 meses. O medicamento que representa a primeira escolha para o tratamento do problema do paciente é:
- (A) doxazosina, por 3 a 6 meses
(B) finasterida, por 6 meses a 1 ano
(C) ciprofloxacino, por 2 a 6 semanas
(D) sulfametoxazol/trimetoprima, por 4 a 12 semanas
06. João, com 43 anos de idade, procura seu médico e relata que há 9 meses tem dificuldade para manter a ereção durante as relações sexuais. Há 3 meses não consegue realizar a penetração, porém mantém a ereção matinal, antes da micção. Está desempregado há 1 ano e mantém conflito constante com a esposa por causa da situação financeira. Nega tabagismo, etilismo, doenças crônicas e não apresenta outras queixas. Sente-se bem e mantém encontro semanal com os amigos para jogar futebol. Diante do quadro apresentado, a conduta terapêutica inicial recomendada é a prescrição de:
- (A) inibidor da fosfodiesterase-5
(B) reposição hormonal com testosterona
(C) injeção intrapeniana de prostaglandina
(D) antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina
07. Homem, de 63 anos de idade, diagnosticado com hipertensão, história prévia de infarto do miocárdio há 6 meses e tabagista, faz uso de enalapril, atenolol, ácido acetilsalicílico e sinvastatina. Vem à consulta com registros do controle de pressão arterial variando de 150/90 mmHg a 170/100 mmHg. Solicita apoio para tratamento do tabagismo. Fuma seu primeiro cigarro do dia entre 5 e 30 minutos após acordar. Acha mais difícil deixar de fumar logo de manhã cedo, quando fuma mais. É fumante há cerca de 30 anos, atualmente consome 30 cigarros/dia. Consegue ficar sem fumar em locais proibidos ou em caso de doença, como quando ficou internado pelo infarto. Já fez duas tentativas prévias de parar de fumar sozinho, conseguindo abster-se por cerca de 2 semanas, mas recaído. Disse que ficava muito ansioso e com insônia. Nega outros problemas de saúde. Nega história prévia de convulsões. Tem score do teste de Fagerström de 6. Além da abordagem cognitivo-comportamental, considerando os sintomas que apresentou nas tentativas prévias e os potenciais efeitos adversos, a melhor opção de tratamento farmacológico é o uso de:
- (A) adesivo de nicotina
(B) bupropiona
(C) nortriptilina
(D) vareniclina

08. Mulher, branca, com 61 anos de idade, veio previamente em consulta para realizar exames de rotina e estava com a PA 160/100 mmHg. É sedentária, não é tabagista nem tem história familiar de infarto ou acidente vascular cerebral. O pai, com 86 anos de idade, tem hipertensão. Retorna em consulta com os exames: colesterol total 205, HDL 56, triglicerídeos 170, glicose 89. Controle de pressão: 150/100 mmHg, 160/100 mmHg, 140/100 mmHg, hoje com 160/90 mmHg. Peso 66 kg, altura 170 cm. A estimativa de risco cardiovascular em 10 anos pelo Qrisk é de 8,4%. Além de orientar a realização de atividade física e dieta saudável, a conduta mais adequada, neste caso, é:
- (A) solicitar creatinina, potássio, exame qualitativo de urina, eletrocardiograma e iniciar atenolol 50 mg, pela manhã
 - (B) solicitar creatinina, potássio, exame qualitativo de urina, eletrocardiograma e iniciar hidroclorotiazida 25 mg, pela manhã
 - (C) solicitar exames, como creatinina, potássio, exame qualitativo de urina, teste de esforço e iniciar tratamento com enalapril 10 mg, pela manhã
 - (D) orientar que tem baixo risco cardiovascular e que deve manter controle da pressão arterial para avaliar necessidade de tratamento para hipertensão
09. Homem, de 35 anos de idade, vem à consulta com termo de consentimento para realização de vasectomia, registrado no cartório há 70 dias. Solicita encaminhamento para cirurgia e pedido de exames pré-operatórios. Nega problemas de saúde e uso de medicamentos. Nega sangramentos em excesso após procedimentos ou mesmo sem trauma aparente. Costuma jogar tênis duas vezes por semana. O pai tem hipertensão e um irmão tem um problema sanguíneo e já necessitou receber transfusão. Nega outros problemas de saúde na família. Peso 70 kg, estatura 1,75 m, PA 120/80 mmHg, ausculta cardíaca e pulmonar normais. Além do encaminhamento, a conduta mais adequada também inclui:
- (A) solicitar hemograma e creatinina
 - (B) solicitar tempo de sangramento, TAP e TTPA
 - (C) solicitar coagulograma, creatinina, hemograma e glicemia
 - (D) orientar que exames pré-operatórios não são necessários
10. Pedro, com 60 anos de idade, ex-tabagista, procurou a unidade de saúde devido a quadro de dispneia crônica. Fez uma espirometria há 6 meses, com o seguinte resultado: VEF1= 80% e VEF1/CVF = 60%. Na época, foi prescrito salbutamol, porém há 1 mês, vem se queixando de piora da dispneia quando caminha rápido e quando sobe a ladeira para ir para casa, mas nega que fique sem fôlego ao caminhar devagar ou que ande mais devagar do que pessoas da sua idade. O próximo passo a ser proposto para otimizar o tratamento deste paciente é:
- (A) encaminhar para a reabilitação pulmonar e prescrever um beta-agonista de longa duração associado a corticoide inalatório
 - (B) introduzir um beta-agonista de longa duração e orientar exercícios para o quadríceps, 10 minutos por dia
 - (C) associar um anticolinérgico de curta duração a cada 6 horas e orientar caminhadas diárias de 40 minutos
 - (D) combinar corticoide inalatório a cada 12 horas e orientar subir dois lances de escada, por 10 minutos
11. Sérgio, com 27 anos de idade, vem à consulta com seu médico relatando tosse há 5 semanas. Nos primeiros 4 dias do quadro clínico apresentou febre, mialgia, rinorreia e tosse produtiva. Todos os sintomas melhoraram, exceto a tosse, que continua, porém, seca. Suas atividades da vida diária estão sendo prejudicadas, uma vez que tosse bastante no trabalho e não consegue dormir bem à noite. Ele nega dispneia, tabagismo e doenças respiratórias prévias. Ninguém do seu convívio tem problemas respiratórios. Ao exame físico, eupneico, ausculta respiratória sem alterações. O diagnóstico mais provável é
- (A) sinusite
 - (B) tosse alérgica
 - (C) tosse pós-infecciosa
 - (D) hiper-responsividade brônquica
12. Fernando, com 39 anos de idade, procura seu médico referindo queimação retroesternal diária há 5 meses, associada a epigastralgia leve. Nega perda de peso, disfagia e sangue nas fezes. Ingere bebida alcoólica uma vez por semana, quando sai com os amigos, mas diz que não chega a embriagar-se. Nega uso de medicamentos. O manejo correto deste caso pelo médico é:
- (A) introduzir omeprazol em jejum por um período de 4 semanas e solicitar endoscopia digestiva alta se não houver remissão dos sintomas
 - (B) prescrever domperidona ou metoclopramida e orientar perda de peso, fracionamento da dieta e elevação da cabeceira da cama ao dormir
 - (C) iniciar omeprazol em jejum, por um período de 4 semanas e realizar tratamento empírico para *H. pylori* caso não haja resposta após esse período
 - (D) prescrever hidróxido de alumínio, solicitar a cessação do consumo de álcool e realizar orientação alimentar, evitando o consumo de café e frituras
13. João, com 33 anos de idade, vem à consulta referindo três manchas no membro superior esquerdo há 6 meses. Ficou preocupado porque notou que no local das manchas não nasceram mais pelos, e não há muita sensibilidade ao toque. Nega fraqueza e parestesias nos membros. Ao exame físico, o médico constatou que as manchas eram hipocrômicas, com algumas áreas de hiperemia. Havia diminuição da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa nas manchas e espessamento à palpação do nervo ulnar esquerdo. Não foram observadas alterações de sensibilidade em outras partes do membro superior esquerdo e nos demais membros. Força muscular preservada, reflexos normais. O médico, que trabalha numa região endêmica para hanseníase, suspeita da doença e pede baciloscopias para Hansen. Na segunda consulta, João traz o resultado negativo das baciloscopias. A conduta mais adequada, nesse caso, é:
- (A) considerar que João tem hanseníase na forma paucibacilar e iniciar o tratamento
 - (B) encaminhar ao serviço de referência em hanseníase para confirmação diagnóstica
 - (C) solicitar função hepática e renal e iniciar tratamento de hanseníase multibacilar após os resultados
 - (D) solicitar biópsia de uma das lesões e do nervo ulnar para confirmar o diagnóstico de hanseníase

14. André, com 34 anos de idade, apresentou resultado de HBsAg reagente em exames sorológicos realizados. Não tinha queixas. Seu médico solicitou marcadores sorológicos de hepatite B e encontrou o seguinte resultado: anti-HBcIgM positivo com título baixo, anti-HBcIgG positivo, HBeAg negativo, anti-HBe positivo, anti-HBs negativo. A interpretação correta do *status* infeccioso deste caso de hepatite B é:
- (A) imunidade ao vírus da hepatite B
 - (B) hepatite aguda com replicação viral
 - (C) hepatite crônica em fase de convalescença
 - (D) hepatite crônica com presença de infecciosidade
15. Fabiana, com 24 anos de idade, procura o serviço de saúde para mostrar exames realizados. Ela vinha com um quadro de tosse produtiva há 30 dias, associada a febre, inapetência e perda de peso. A baciloscopia do escarro veio positiva para BAAR. A radiografia de tórax demonstra cavitações em ambos os pulmões. Ela traz também exame de anticorpos anti-HIV positivo. Com base nesses resultados, seu médico resolve fazer um encaminhamento para o serviço de infectologia, mas consegue marcar a consulta apenas para o próximo mês. Decide, então, discutir o caso com o infectologista, assumindo a conduta mais correta que é iniciar:
- (A) o tratamento antirretroviral e, após quinze dias, iniciar o tratamento da tuberculose, para evitar o fenômeno da transativação heteróloga
 - (B) os antirretrovirais em conjunto com o esquema básico da tuberculose para diminuir o risco de intolerância medicamentosa e eventos adversos
 - (C) o tratamento de tuberculose com o esquema básico e, após algumas semanas, o tratamento antirretroviral, para evitar síndrome de reconstituição imune
 - (D) o esquema básico de tratamento da tuberculose juntamente com o tratamento antirretroviral, porém modificando a rifampicina por rifabutina para diminuir o risco de efeitos adversos
16. Um MCF foi chamado para uma visita domiciliar a uma paciente com 63 anos de idade e história prévia de câncer de ovário e metástases disseminadas. Tinha recebido alta do serviço de oncologia no qual era acompanhada, tendo sido orientada que não haveria mais perspectiva de vida. No momento da consulta, a paciente estava deitada na cama, queixando-se de falta de ar. Nega tosse ou febre, mantém-se consciente e orientada. Ao exame: acianótica, afebril, hipocorada (2+/4+), sem turgência jugular, FR = 30 irpm, murmúrio vesicular universal, saturação de O₂ = 90%, PA = 120x80 mmHg, FC = 90 bpm, bulhas normofonéticas, sem sopros, ritmo cardíaco regular. A conduta farmacológica mais indicada nesta situação é prescrever:
- (A) nebulização com beta-agonista de 6 em 6h, por 5 dias
 - (B) levofloxacina 500 mg por dia, por 10 dias.
 - (C) furosemida 40 mg, pela manhã.
 - (D) morfina 10 mg, de 4 em 4h
17. Um MCF realiza visita domiciliar para uma paciente de 72 anos de idade que se encontra acamada após queda no dia anterior. A paciente apresenta sinais de contusão no braço e perna direita, sem sinais de fratura. Relata melhora da dor, pois já estava em uso de paracetamol. História prévia de HAS, DM, ICC e hipotireoidismo. Em uso diário de carvedilol 12,5 mg, furosemida 40 mg, losartana 50 mg, digoxina 0,125 mg, levotiroxina 75 mcg e metformina 1 g. Relata dispneia a médios esforços e 3 quedas no último ano quando ia ao banheiro à noite. Apresenta exames laboratoriais sem alterações. A conduta correta inicial do médico deve ser:
- (A) prescrever um andador e iniciar carbonato de cálcio
 - (B) avaliar o risco ambiental e propor medidas de segurança
 - (C) suspender a furosemida e reduzir a dose de metformina
 - (D) solicitar densitometria óssea e iniciar alendronato de sódio
18. Paciente de 62 anos de idade vem acompanhado de sua filha à consulta médica. A filha percebeu que o pai tem ficado mais agressivo nos últimos meses, liga o rádio em volume alto e fica gritando e cantando alto. Sai de casa e muitas vezes não consegue voltar, sendo trazido por vizinhos. Relatou que o pai era uma pessoa muito séria e discreta, mas atualmente tem ficado agressivo e está tirando a roupa na frente das netas, o que tem gerado constrangimento para a família. Quando foi questionada sobre a alteração da memória, a filha relata que ultimamente ele está esquecendo onde coloca as chaves. Nega uso de medicamentos ou patologias prévias. O paciente é independente para atividades de vida diária, mas precisa de ajuda para administrar o dinheiro e fazer compras. Foi realizado Exame Minimal com pontuação 15: perda na orientação temporal e espacial, memória tardia, linguagem e execução. Considerando o quadro descrito, o diagnóstico mais provável é:
- (A) *Delirium*
 - (B) demência vascular
 - (C) doença de Alzheimer
 - (D) demência frontotemporal
19. Em um turno de trabalho comum numa Unidade de Atenção Primária à Saúde, a enfermeira solicita que o médico vá até a sala de procedimentos, pois Rodrigo, de 22 anos de idade, acabou de iniciar uma crise convulsiva. Considerando que de fato se trate de um episódio convulsivo, a abordagem correta para este caso é:
- (A) a conduta prioritária é a preparação de material para intubação orotraqueal, pois se a crise avançar por mais de 5 minutos tudo já deve estar pronto para iniciar o procedimento
 - (B) além de posicionar Rodrigo adequadamente e afrouxar suas roupas, é importante a equipe garantir que haja permeabilidade das vias aéreas e oferta de oxigênio através de cateter nasal
 - (C) além das medidas iniciais para garantir a permeabilidade das vias aéreas, o acesso venoso deve ser buscado e a consequente administração de fenobarbital é a prescrição farmacológica primária
 - (D) diante da possibilidade de um eventual quadro de desnutrição e uso de bebidas alcoólicas por parte de Rodrigo, é prudente ofertar hidratação com soro fisiológico a 0,9% e restringir uso de glicose a 50%

20. Jussara, com 28 anos de idade, comparece à unidade de atenção primária com queixa de dor na mão direita, que vem piorando nos últimos meses. Durante a consulta, a paciente contou que a dor começou como um incômodo na mão e antebraço há 1 ano, que evoluiu para dormência e dor intensa à noite, principalmente quando chega do trabalho, onde exerce funções de auxiliar de escritório. Nega trauma nas mãos e refere que vem fazendo fisioterapia há seis meses, já usou tala por alguns meses concomitantemente ao uso de prednisona 10 mg, 2 vezes ao dia, por 2 semanas, sem melhora perceptível. Ao exame físico, apresentou parestesia após compressão da região do túnel do carpo e perda de massa muscular na região tenar. Considerando o caso descrito, a conduta adequada é:
- (A) solicitar radiografia da mão direita antes de iniciar novo fármaco
 - (B) solicitar eletroneuromiografia para esclarecer o diagnóstico
 - (C) indicar tratamento com vitamina B6 e fisioterapia
 - (D) encaminhar para avaliação cirúrgica

CIRURGIA GERAL

21. Célia, com 39 anos de idade, sofre de constipação desde a adolescência. Procurou sua MCF porque há 1 semana vem sentindo dor e ardência em região anal durante e depois da evacuação. Ao exame físico, a médica detecta uma fissura em região anal posterior. Prescreve analgésicos e orienta Célia para que realize banhos de assento com água morna, aumente a ingestão de água e fibras e evite o uso de papel higiênico. Célia retorna 2 meses depois, solicitando encaminhamento para proctologista. Está seguindo todas as recomendações, evacuando todos os dias, fezes com consistência pastosa, mas continua com os mesmos sintomas da consulta inicial. Ao exame físico, úlcera bem delimitada com base fibrosa em região anal posterior. Nesse caso, a médica pode prescrever para Célia, antes de encaminhá-la a um tratamento cirúrgico:
- (A) lidocaína 1,5% e dexametasona 1% tópico, de 8 em 8h, por 7 dias
 - (B) dinitrato de isossorbida 0,2% tópico, aplicar 2 vezes por dia, por 6 semanas
 - (C) óxido de zinco e hidrocortisona 0,5% tópicos, 2 vezes por dia, por 4 semanas
 - (D) diosmina 450 mg associado a hesperidina 50 mg, de 12 em 12h, por 4 semanas
22. Luana, com 39 anos de idade, iniciou o trabalho como técnica administrativa em uma unidade de saúde há 2 meses, no setor de marcação de exames. Desde que começou a trabalhar, vem apresentando ardência ocular, hiperemia conjuntival, lacrimejamento e borramento visual quando pisca os olhos. Não há secreção, história de trauma ocular ou alteração da córnea e as pupilas estão fotorreagentes. Nesse caso, o medicamento que o médico de família deve prescrever é:
- (A) colírio lubrificante
 - (B) anestésico tópico
 - (C) colírio de atropina
 - (D) colírio com solução vasoconstritora
23. João Paulo, com 40 anos de idade, comparece à unidade de atenção primária referindo dor em flanco esquerdo de forte intensidade, irradiada para região genital esquerda e acompanhada de náuseas, vômitos e sangue na urina. O quadro de dor iniciou durante a madrugada. Ao exame físico: afebril, punho percussão lombar positiva a esquerda, sem dor ou visceromegalias palpáveis em abdômen. A conduta mais adequada para o caso é:
- (A) adotar conduta expectante
 - (B) indicar tratamento cirúrgico
 - (C) prescrever medicamento antiemético
 - (D) encaminhar para serviço de emergência
24. A perda auditiva condutiva de Dona Ivana, de 44 anos de idade, pode ter como uma das causas a presença acumulada de cerume, um produto de glândulas sebáceas e ceruminosas. Nessa situação, pode ocorrer redução de até 40dB em seu poder auditivo, algo que tem gerado estresse no ambiente familiar. O médico de família propõe realizar a remoção do cerume e é correto afirmar que:
- (A) a prescrição de um ceruminolítico pode ser capaz de resolver o problema, considerando a atuação no âmbito da atenção primária à saúde
 - (B) em pessoas acima dos 50 anos, é indicada avaliação através de otoscopia a cada 3 anos, podendo assim indicar a remoção profilática do cerume visualizado
 - (C) se a paciente estiver com otite (bacteriana) externa e cerume, a conduta inicial é a irrigação com soro fisiológico 0,9%, pois esta atitude acelera a melhora do quadro
 - (D) com a decisão de realizar irrigação auricular em jato, a seringa é direcionada para cima e a avaliação otoscópica deve ser feita apenas quando a paciente citar tontura
25. Melissa, médica residente de Medicina de Família e Comunidade, vai iniciar um estágio de pequenas cirurgias na próxima semana. Ela aproveita um momento de supervisão para tirar algumas dúvidas quanto à anestesia locoregional. Sobre as diferentes técnicas de anestesia, é correto afirmar que:
- (A) o bloqueio de campo é a técnica mais indicada para retirada de pequenas lesões
 - (B) pode-se optar por uma anestesia local infiltrativa para exérese de um nervo pequeno, de 0,5 cm
 - (C) o bloqueio digital é suficiente para anestésiar completamente o hálux para se fazer uma cantoplastia
 - (D) a anestesia local infiltrativa costuma eliminar a dor na drenagem de abscessos, não sendo necessário o bloqueio de campo

26. O MCF acabou de chegar à unidade de atenção primária para começar os atendimentos numa comunidade rural. A enfermeira entra na sala relatando que neste final de semana houve festa na comunidade e um jovem de 17 anos de idade se envolveu numa briga por volta das 5:30h da manhã e teve a extremidade distal do segundo dedo da mão esquerda amputada com uma arma branca. A extremidade do dedo havia sido colocada num recipiente com gelo. O jovem e sua família estão na unidade solicitando atendimento juntamente a um policial, que quer levá-lo à delegacia para depoimento. O jovem não tem nenhum problema de saúde e, no prontuário, consta registro de dose de reforço contra o tétano aos 14 anos. A conduta mais adequada, considerando a situação descrita, é:
- manter a extremidade do dedo no recipiente com gelo, colocá-la numa caixa térmica, realizar analgesia e curativo oclusivo estéril, encaminhá-lo para um serviço de emergência especializado que fique no máximo a umas 3 horas da unidade e sugerir que o policial colete o depoimento depois
 - manter a extremidade do dedo no recipiente com gelo, colocá-la numa caixa térmica, recomendar dose de reforço da vacina contra o tétano, realizar analgesia e curativo oclusivo estéril e encaminhá-lo para um serviço de emergência especializado que fique no máximo a umas 4 horas da unidade
 - retirar a extremidade do dedo do recipiente com gelo, colocá-la num recipiente com soro fisiológico 0,9% e este dentro de uma caixa térmica com gelo, realizar analgesia e curativo oclusivo estéril e encaminhá-lo para um serviço de emergência especializado que fique no máximo a umas 3 horas da unidade
 - retirar a extremidade do dedo do recipiente com gelo, colocá-la num recipiente com soro fisiológico 0,9% e este dentro de uma caixa térmica com gelo, recomendar reforço da antitetânica, realizar analgesia e curativo oclusivo estéril e encaminhá-lo para um serviço de emergência especializado que fique no máximo a umas 4 horas da unidade
27. A epistaxe acomete mais de 10% da população ao longo da vida e o MCF deve estar apto a manejá-la. Sobre o controle do episódio de epistaxe na Atenção Primária à Saúde, pode-se afirmar que:
- quando se opta pelo uso do tamponamento, ele deve ser retirado tão logo cesse o sangramento
 - a pressão digital é bastante efetiva, pois a maioria dos sangramentos origina-se na parte anterior do septo nasal
 - quando se opta pela cauterização, nos casos de falha do tamponamento, não há a necessidade de uso de anestésicos
 - o tamponamento nasal posterior é o mais simples de ser realizado, pois se podem acessar diretamente os vasos sanguíneos da mucosa
28. As intoxicações agudas fazem parte do rol de urgências e emergências que podem ser atendidas na APS. Sobre as intoxicações agudas, são apresentadas quatro substâncias comuns de serem causa de envenenamento. A associação que descreve corretamente a substância envolvida na intoxicação e os sinais ou sintomas desencadeados é:
- cocaína causa letargia e coma
 - opioide causa sudorese e taquicardia
 - organofosforado causa tremor e diarreia
 - antidepressivo tricíclico causa salivação excessiva
29. Diego, com 25 anos de idade, vem à Unidade de Saúde para se consultar com seu médico de família. Ele conta que está muito ansioso para conversar. Refere que percebeu aumento da região escrotal direita há algumas semanas e deseja orientação. Nega relação sexual desprotegida e não tem dor local. Ao exame físico, o MFC verifica discreto edema local, a transiluminação é negativa e ele palpa um pequeno nódulo testicular. A conduta mais adequada, neste caso, é:
- solicitar tomografia computadorizada para confirmar o diagnóstico
 - realizar tratamento para orquitepididite e reavaliar
 - tranquilizar o paciente e acompanhar a evolução
 - encaminhar ao oncologista com urgência
30. Sr. Rogério, de 66 anos de idade, acompanhado há anos por seu MFC, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial sistêmica compensada, hiperplasia prostática benigna e hemorroidas, vem ao centro de saúde para trazer exames laboratoriais solicitados há cerca de 45 dias. Nega tabagismo ou etilismo. Hoje, ao trazer os exames, referiu que há 30 dias passou a perceber episódios de hematoquezia pelo menos duas vezes por semana. Diz que não deu muita atenção devido ao diagnóstico prévio de hemorroidas, mas resolveu citar, "pois o sr. é meu médico e já que estou aqui, é bom falar". Questionado, refere eventual dor discreta ao evacuar, nega alteração de hábito intestinal (evacua uma vez ao dia, algumas vezes com fezes mais ressequidas) ou perda de peso. Tem tio com história de "câncer no intestino". Ao exame: abdome com ruídos hidroaéreos presentes, depressível, indolor, sem visceromegalias. Ânus com presença de plicoma às 9 h com pequena fissura anal adjacente. Toque retal: próstata discretamente aumentada, sem nodularidades, de consistência fibroelástica. Ausência de tumorações palpáveis no reto. PA: 126x82 mmHg e FC: 84 bpm. Os resultados de exames de laboratório (de 12 dias atrás) indicam: hemoglobina: 12,0; VCM: 78,0; RDW: 16,1; glicose: 98; colesterol total: 187; HDL: 55; triglicerídeos: 159; creatinina: 1,1; potássio: 4,3. Obs: no prontuário consta hemoglobina prévia (há 2 anos) = 13,6 e VCM = 84,8. Diante do quadro clínico descrito a conduta mais adequada é:
- solicitar colonoscopia para investigação da hematoquezia uma vez que mesmo com presença de fissura anal e diagnóstico prévio de hemorroidas, outros diagnósticos como câncer colorretal precisam ser descartados
 - reforçar dieta com aumento de fibras, hidratação e banho de assento e reavaliar em 2 a 3 meses caso não haja melhora da hematoquezia uma vez que o paciente já tem diagnóstico prévio de hemorroidas e no exame atual foi observada, também, fissura anal
 - fazer tratamento para anemia com sulfato ferroso por 2 meses e repetir hemograma ao final desse período uma vez que a anemia deve ser decorrente da hematoquezia causada pelas hemorroidas ou fissura anal
 - solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes para, então, prosseguir investigação com outros exames, caso positivo dado risco de câncer colorretal ou mesmo de doença diverticular ou angiodisplasia

31. Marcos, um adolescente de 14 anos de idade, estava jogando bola com os amigos e caiu com o cotovelo direito no chão. Sua mãe o traz para a unidade de saúde para avaliação. Ele está chorando muito, sentindo muita dor local. Ao examiná-lo, o MFC verifica que Marcos tem crepitação à mobilização local, além de um ferimento profundo com sangramento ativo no antebraço direito. Considerando o quadro descrito, a conduta adequada é:
- (A) acionar serviço de transporte, curativo oclusivo e encaminhamento ao hospital terciário para conduta e avaliação
 - (B) realizar analgesia, curativo compressivo para posterior encaminhamento à urgência e imobilização em tipoia
 - (C) fazer profilaxia antitetânica, curativo oclusivo estéril, imobilização axilopalmar, analgesia e encaminhamento à urgência
 - (D) imobilizar adequadamente em tipoia, profilaxia antitetânica, curativo oclusivo estéril, analgesia e encaminhamento para o hospital
32. Juliano, com 35 anos de idade, é trazido à unidade de saúde por sua esposa Marisa. Ela conta que ele estava na escada pintando a casa e caiu há 20 minutos. Ela ouviu um barulho alto e acha que ele bateu a cabeça. Ao examinar Juliano, você percebe que ele está agitado e parece irritado. Ele fica andando de um lado para o outro, mas quer ir logo para casa. Ela está preocupada, refere que ele não tem esse comportamento normalmente. Sobre o quadro descrito, a conduta mais adequada é:
- (A) realizar exame físico, manter Juliano em observação na unidade de saúde por 8 horas, além de analgesia
 - (B) fazer avaliação da Escala de Coma de Glasgow, que, se abaixo de 14, indica realização de exame radiográfico
 - (C) realizar exame físico completo, incluindo neurológico e, se normal, orientar uso de analgésicos e retorno em caso de novas alterações
 - (D) encaminhar Juliano a serviço de urgência e emergência, já que ele tem alteração de comportamento, sendo necessária investigação adicional
33. Artur, 30 anos de idade, veio à Unidade Básica de Saúde com a queixa de que sua unha do dedão do pé direito está encravada há muito tempo e inflama frequentemente. Fez uso de antibióticos e anti-inflamatórios recentemente, mas reclama porque ainda sente dor local devido à "carne crescida" no canto da unha. Sobre as técnicas de cirurgia para tratamento deste caso, é correto afirmar que está indicada:
- (A) a técnica de Bartlett, para casos graves com tecido de granulação e sinais de infecção
 - (B) como alternativa à cantoplastia, a redução da espessura da unha em tira central, para casos graves
 - (C) a técnica de matricectomia sem ressecção cirúrgica da região lateral da unha para casos moderados
 - (D) a ressecção do bordo lateral acometido junto com a matriz ungueal, para casos graves com tecido de granulação
34. João, 38 anos de idade, procura seu MFC, Júlio, por dor lombar iniciada há cerca de 12 horas. Dor tipo cólica, irradiada para virilha; em escala de 10, classifica a dor como 7. Sem outros sintomas. Ao exame físico, sinais vitais são: temperatura axilar 36,8°C, frequência cardíaca 80 bpm, frequência respiratória 13 mrm e pressão arterial 110/80 mmHg. Sem alteração no exame do abdômen e a manobra de Giordano é negativa. Traz consigo ultrassonografia de vias urinárias realizada há 30 dias, quando foi avaliado em serviço de urgência por quadro de dor semelhante que evidenciou cálculo renal de cerca de 7 mm. Ficou esse período assintomático e agora retornou com sintomas. O MFC Júlio prescreve medicamento injetável para analgesia imediata com alívio da dor. A conduta recomendada para este caso é liberar para a casa com:
- (A) butilbrometo de escopolamina (hioscina) para analgesia e encaminhar para urologista
 - (B) anti-inflamatório não esteroidal (AINE) oral para analgesia, ingestão hídrica abundante como terapia expulsiva e reavaliar em 48h
 - (C) anti-inflamatório não esteroidal (AINE) para analgesia, bloqueador alfa-adrenérgico como terapia expulsiva e reavaliar em uma semana
 - (D) butilbrometo de escopolamina (hioscina) para analgesia, ingestão hídrica abundante como terapia expulsiva e reavaliar em uma semana
35. A MFC, Rafaela, vai até a casa da Sra. Albertina, de 67 anos de idade, para uma visita domiciliar. Ela tem hipertensão, diabetes e dislipidemia. Passou recentemente por uma internação há 2 semanas devido a um acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e está caminhando com auxílio de uma muleta. Não tem queixas urinárias e gastrointestinais. Tem se alimentado com auxílio da filha por via oral. Ao exame, a Sra. Albertina está com pressão arterial de 130/80 mmHg. Possui hemiparesia direita e desvio da rima labial. Sobre o manejo, após um episódio de AVC, pode-se afirmar que:
- (A) na suspeita de AVC aterotrombótico com estenose de carótida ipsilateral de 70% ou mais, há indicação de realizar endarterectomia após 6 meses do episódio agudo
 - (B) a prevenção de novos episódios de AVC envolve o controle dos fatores de risco e, como a Sra. Albertina possui diabetes, está indicado o uso de ácido acetilsalicílico, estatina e fibrato
 - (C) se houver fibrilação atrial e o risco de um novo episódio de AVC superar o risco de queda e de sangramento com a anticoagulação, pode-se iniciar varfarina em média 14 dias após o evento agudo
 - (D) é importante estar atento à presença de sintomas de depressão, comum em pessoas após um AVC, e o tratamento com psicoterapia se mostrou mais efetivo do que o uso de antidepressivos

36. Homem, com 45 anos de idade, vem à consulta queixando-se de inflamação das varizes desde antontem, coisa que nunca teve. Possui, há cerca de 10 anos, veias varicosas em membros inferiores bilateralmente com sensação de dor em peso e edema eventual. Ao exame físico, é possível notar cordão eritematoso e hipersensível, de aproximadamente 3 cm, em trajeto de veia safena magna, em terço médio da perna direita, panturrilhas livres e simétricas, marcha preservada, sem febre nem outros sinais e sintomas sistêmicos. Quanto ao manejo, atentando-se para a hipótese diagnóstica mais provável neste caso, é correto afirmar que:
- o tratamento pode ser ambulatorial, preferencialmente com antibioticoterapia, sem a necessidade de anticoagulação
 - o tratamento pode ser ambulatorial, preferencialmente com anticoagulação, sem a necessidade de antibioticoterapia
 - é necessário encaminhamento no mesmo dia para serviço com especialista em doenças vasculares ou ultrassonografista experiente
 - o paciente pode ser liberado com orientações de sinais de alarme, anti-inflamatório e medidas comportamentais até a resolução dos sintomas
37. Mayara, com 40 anos de idade, vem à consulta com seu MFC relatando desconforto em ambos os punhos, que vem evoluindo gradualmente há cerca de 5 anos. No início, só sentia dormência quando ficava digitando por longas horas no celular ou no computador. Atualmente, o desconforto ocorre inclusive no período da noite, acordando-a em algumas ocasiões. Vem sentindo ainda que as mãos acordam rígidas, mas que isso rapidamente melhora após sacudi-las por alguns segundos. Relata ainda sensação de inchaço, o que não foi confirmado ao exame físico. Nega traumas e vermelhidão local. Os sintomas têm atrapalhado no trabalho e no dia a dia, e ela tem muito medo de ser "reumatismo no sangue", pois sua mãe tem e mal consegue mexer as mãos. Sobre o diagnóstico, exames complementares e condução do caso em questão, é possível afirmar que:
- devido à história familiar, o contexto clínico apresentado e os receios da paciente, ainda que no exame físico não existam sinais de artrite, as radiografias de punho e metacarpofalangeanas são essenciais para o diagnóstico no caso de Mayara
 - considerando que o diagrama de Katz tem maior razão de verossimilhança que o teste de Phalen, caso o primeiro resulte num padrão clássico, ainda que o Phalen seja negativo, pode-se explicar a Mayara que o quadro é compatível com síndrome do túnel do carpo
 - a hipótese mais provável é a de síndrome do túnel do carpo, sendo importante ressaltar o benefício do uso de anti-inflamatórios não esteroidais para alívio da dor; o uso da tala noturna, apesar de não efetivo para alívio sintomático ou para melhora da condução nervosa, faz parte do tratamento conservador
 - o tratamento de escolha no quadro clínico de Mayara será conservador caso a eletroneuromiografia (ENMG) seja indicativa de perda axonal significativa, já que seus sintomas são leves; nesses quadros, com ENMG alterada, recomenda-se o uso da tala contínua e a realização de infiltração local com corticosteroide simultaneamente
38. Paciente feminina, 20 anos de idade, procura a unidade de atenção primária com queixa de dor abdominal iniciada há 12 horas em região do epigástrico. Refere náuseas e não se alimenta desde o dia anterior. Ao exame: dor à descompressão em fossa ilíaca direita e temperatura axilar de 38,2°C. A conduta mais adequada é:
- encaminhar imediatamente a serviço de urgência e emergência para avaliação pela cirurgia geral
 - prescrever, de imediato, analgesia intravenosa para posterior reavaliação do quadro
 - solicitar ultrassonografia transvaginal por suspeita de torção ovariana
 - solicitar rotina radiológica de abdômen agudo e hemograma
39. Sobre a paracentese abdominal, é correto afirmar que:
- a abordagem lateral-esquerda evita estruturas intestinais preenchidas com gás, que normalmente flutuam no líquido ascítico
 - contagens de células polimorfonucleares a partir de > 750 células/mm³ são altamente sugestivas de peritonite bacteriana
 - contagens de células mononucleares e presença de líquido hialino são altamente sugestivas de peritonite tuberculosa
 - a maioria dos líquidos ascíticos não se reacumula rapidamente
40. Marcos, com 35 anos de idade, queixa-se de olhos vermelhos, sensação de corpo estranho e diz que acorda com "olhos grudados" há 3 dias. Questionado, refere fotofobia discreta, coriza hialina e embaçamento visual que alivia quando pisca os olhos, há 1 dia. Sem outras queixas. Refere diagnóstico de asma e rinite alérgica controladas no momento, mesmo sem uso de medicamentos. Nega contato com pessoas com sintomas semelhantes. Ao exame: ambos os olhos com hiperemia difusa de conjuntiva bulbar e palpebral e presença de secreção serosa. Oroscoopia: normal. Rinoscopia: presença de hiperemia de mucosa nasal. Diante desse quadro, a conduta mais apropriada é:
- colírio de tobramicina por 7 dias, limpeza com solução fisiológica 0,9%, cuidados com higiene das mãos e toalhas
 - compressa fria de solução fisiológica 0,9%, cuidados com higiene das mãos e toalhas
 - colírio de cromoglicato dissódico por 7 dias, compressa fria com solução fisiológica 0,9% e evitar exposição a alérgenos
 - encaminhamento de urgência a oftalmologista, devido à presença de fotofobia e perda de acuidade visual, ainda que discretas

OBSTETRÍCIA/GINECOLOGIA

41. Mulher, com 28 anos de idade, mãe de um filho de 5 anos de idade, vem à consulta para inserção de DIU TCu380A. Relata que menstruou há 2 dias. Costuma ter ciclos regulares, com fluxo moderado e duração de 4 dias. Teve um parto normal sem intercorrências, nunca abortou e não tem história de cirurgia ou infecção uterina. Realizou preventivo de colo uterino há 5 meses, que estava normal. O MFC explica o procedimento. Ela reafirma o interesse no DIU. Ele então realiza o exame ginecológico, coloca o espécule e faz a assepsia do colo, vagina e períneo. Apreende o colo do útero com a pinça de Pozzi, retifica-o e insere lentamente o histerômetro, até perceber uma resistência, que interpreta como sendo o limite de inserção no fundo do útero. Ao retirar o histerômetro, percebe que a distância medida entre a entrada do colo e o fundo uterino é de 6 cm. Diante deste achado, a conduta correta a ser tomada é:
- (A) parar o procedimento, orientar a paciente que o tamanho encontrado está abaixo do mínimo necessário para inserir o DIU e encaminhá-la para avaliação com a ginecologia
 - (B) demarcar no aplicador do DIU a medida encontrada, inseri-lo, agendar retorno para revisão em 1 semana e orientar quais sinais e sintomas tornam necessário retornar antes desse prazo
 - (C) interromper o procedimento e solicitar ultrassonografia transvaginal para verificar se há miomas intrauterinos ou flexão uterina exagerada que possam dificultar a medida adequada da cavidade uterina
 - (D) interromper o procedimento, orientar a paciente que o tamanho encontrado está abaixo do mínimo necessário para colocar o DIU, contraindicar sua inserção e discutir métodos anticoncepcionais alternativos
42. Uma mulher de 42 anos de idade chega para buscar aconselhamento quanto ao melhor método contraceptivo, pois está com namorado fixo e ambos não desejam mais usar preservativos masculinos. Ela conta ao médico que tem enxaqueca sem aura. O método abaixo mais bem indicado para esta paciente é:
- (A) injetável trimestral
 - (B) DIU de cobre
 - (C) minipílula
 - (D) tabelinha
43. Uma paciente de 22 anos de idade, G1P0A0, com 32 semanas de gestação, tem tipagem sanguínea com Rh negativo e seu marido tem tipo sanguíneo B positivo. A médica que a acompanha, vem solicitando testes seriados de Coombs indireto e o último resultado, que a paciente traz na consulta de hoje, mostrou-se positivo. Nesse caso, a conduta correta é:
- (A) encaminhá-la para o pré-natal de alto risco
 - (B) solicitar novo teste de Coombs indireto para descartar falso-positivo
 - (C) orientar que ela receberá imunoglobulina anti-D no pós-parto imediato
 - (D) manter solicitação de teste de Coombs indireto mensalmente até o parto
44. Gestante de 23 anos de idade, com 25 semanas de idade gestacional e assintomática, traz resultado de exames previamente solicitados. O exame de VDRL mostrou-se reagente: 1:4. O médico então pergunta se ela tem algum exame de VDRL prévio e se tem um parceiro fixo. Ela mostra a ele um resultado de VDRL de 9 meses antes, não reagente, e diz que será mãe solteira, pois o pai não desejou a criança. A conduta correta para este caso é solicitar o FTA-ABS e:
- (A) iniciar tratamento para sífilis com 1 dose de 4.800.000 UI de penicilina benzatina
 - (B) iniciar tratamento para sífilis com 1 dose de 7.200.000 UI de penicilina benzatina
 - (C) iniciar tratamento para sífilis com 2 doses de 1.200.000 UI de penicilina benzatina
 - (D) aguardar a confirmação diagnóstica para tomada de decisão segura sobre o tratamento
45. Mulher de 37 anos de idade, gestante, com 10 semanas de gestação, apresentou IgM (+) e IgG (-) para toxoplasmose nos exames de pré-natal. Sua MFC pediu, então, o teste de avides para IgG, e o resultado mostrou uma baixa avides pela IgG. Além de encaminhar para o pré-natal de alto risco, a melhor conduta neste caso é:
- (A) solicitar IgA e IgE
 - (B) prescrever espiramicina
 - (C) tranquilizar a mãe, pois a infecção é antiga
 - (D) prescrever pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico
46. Flávia, com 28 anos de idade, comparece à unidade de atenção primária para saber o resultado do exame preventivo para câncer do colo do útero que ela nunca havia coletado antes. Nega qualquer sintoma desde a coleta. Relata ter parceiro sexual único, usa preservativo em todas as relações. Afirma, ainda, que todas as relações são consentidas, sem dor ou sangramento. Faz uso de anticoncepcional trimestral injetável. Não tem história pessoal nem familiar de qualquer tipo de câncer. Considerando possíveis resultados, as condutas compatíveis são, no caso de a amostra:
- (A) não ser adequada, ainda que venha como resultado ASC-H, deve-se repetir o exame em um intervalo de seis meses
 - (B) ser adequada com resultado evidenciando lesão intraepitelial de baixo grau, deve-se encaminhar a paciente para colposcopia imediata
 - (C) ser adequada com resultado mostrando ASC-US e considerando que paciente tem menos que 30 anos de idade, pode-se repetir o exame em 12 meses
 - (D) ser adequada com resultado de células glandulares atípicas de significado indeterminado, a conduta deve ser repetir preventivo em 6 meses com citologia de canal

47. Manuela, com 26 anos de idade, vem à consulta na unidade de atenção primária. Como o médico já a conhece há anos, nota que ela está bem ansiosa. Relata que fez um teste de farmácia e está mais uma vez grávida. Refere que, como o médico bem sabe, ela e o esposo estão desempregados e têm três filhos, o mais novo com 2 anos de idade. Devido às dificuldades financeiras, há tempos não tem mais desejo sexual, entretanto conta que o marido não a entende e isto tem sido motivo de brigas constantes entre o casal, chegando a ter relações sexuais por medo de consequências maiores. Está decidida a interromper esta gestação e pede ajuda ao médico. Considerando a intenção de Manuela, a legislação brasileira sobre o abortamento e o que dispõe o Conselho Federal de Medicina sobre sigilo médico, é correto afirmar que o médico deve acolhê-la com empatia e:
- (A) solicitar beta HCG sérico, discutir o caso em equipe e encaminhá-la para o serviço social e psicologia, uma vez que o abortamento legal não é permitido nestes casos
 - (B) solicitar beta HCG sérico e ultrassonografia para avaliação da idade gestacional, iniciar ácido fólico, acionar a rede de apoio familiar, e discutir o caso com o serviço social
 - (C) solicitar beta HCG sérico, e informá-la, com cuidado, que o abortamento é criminalizado nestes casos e que o médico pode ser obrigado a quebrar o sigilo médico caso ela prossiga com esse desejo
 - (D) informar que ela pode ter direito por lei ao abortamento se considerar que as relações sexuais ocorreram sob coerção, orientar sobre as possíveis implicações de sua decisão e, se ela desejar, encaminhar para avaliação no serviço de referência mais próximo
48. Letícia, com 28 anos de idade, vem para consulta de rotina de pré-natal, com idade gestacional de 33 semanas e 4 dias. Queixa-se de dor lombar, sem sinais de alerta. Nega corrimento, sangramento ou perda de líquido vaginal. Nega febre e disúria. Também refere azia frequente e regurgitação, que pioraram desde a última consulta, mesmo após as orientações quanto a dieta, fracionamento das refeições e para evitar de se deitar logo após comer, e com o uso de antiácido contendo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Nega vômitos, disfagia e perda de peso. Os exames de rotina realizados durante o pré-natal estavam todos normais. Ela nega preocupações, mas diz que prefere tomar algum medicamento para as suas queixas. Ao considerar os riscos do uso de medicamentos na gestação, o MFC opta pela prescrição mais segura, que é:
- (A) dipirona e ranitidina
 - (B) dipirona e omeprazol
 - (C) paracetamol e ranitidina
 - (D) paracetamol e omeprazol
49. Eunice, de 34 anos de idade, 3 filhos, casada, professora, veio à Unidade Básica de Saúde com atraso menstrual de 6 semanas. Ao exame físico, colo amolecido, porém fechado. Foi feito teste de gravidez com resultado positivo e iniciado o pré-natal. Uma semana depois, Eunice voltou à UBS para mostrar resultado de ultrassonografia (USG) transvaginal, que fez neste mesmo dia. O resultado do exame constatou: "útero gravídico com saco gestacional posicionado no corpo uterino, com presença de embrião sem sinais de vitalidade". O resultado foi confirmado com nova USG após 7 dias. No momento da última consulta, Eunice não apresentava quaisquer sinais ou sintomas. Trata-se de um caso de abortamento:
- (A) retido, a paciente deve ser encaminhada ao hospital para aspiração uterina e deve-se oferecer contracepção eficaz imediata após resolução do abortamento
 - (B) incompleto, a paciente deve ser encaminhada ao hospital para dilatação e curetagem uterina e deve-se oferecer contracepção eficaz já no início do próximo ciclo menstrual
 - (C) retido, a paciente deve ser encaminhada ao hospital para realização de dilatação e evacuação uterina e deve-se oferecer contracepção eficaz já no início do próximo ciclo menstrual
 - (D) incompleto, deve-se prescrever misoprostol para uso oral e intravaginal para completar o abortamento e deve-se oferecer contracepção eficaz imediata, após resolução do abortamento
50. Mariana e Júlio, ambos com 26 anos de idade, estão casados há 3 anos e vêm à consulta na unidade de saúde em busca de orientações. Eles desejam ser pais, mas Júlio está preocupado, pois Mariana fuma e toma ácido valproico para epilepsia, ainda que esteja sem crises convulsivas há mais de 3 anos. Além disso, querem fazer alguns exames para ver se está tudo certo para Mariana engravidar. Atualmente, o casal faz uso de preservativos como método anticoncepcional. O exame físico de Mariana é normal, incluindo o exame neurológico. Sobre o caso descrito, além da solicitação de sorologias e atualização da situação vacinal de Mariana, a conduta correta é prescrever:
- (A) polivitamínicos e manter o ácido valproico por ser o antiepiléptico mais seguro para gestantes
 - (B) ácido fólico; manter o antiepiléptico e solicitar exames laboratoriais: TSH, hemograma, urocultura, parasitológico, tipagem sanguínea e glicemia
 - (C) ácido fólico; realizar abordagem para o tabagismo e avaliar a possibilidade de suspensão de ácido valproico a partir da realização de eletroencefalograma
 - (D) ácido fólico; realizar abordagem para o tabagismo e substituir o ácido valproico por lamotrigina, considerando o perfil de segurança para o uso na gestação

51. O casal Mariana e Júlio retorna para consultar, pois fizeram a avaliação pré-concepcional e estão há 18 meses tentando engravidar, sem sucesso. Eles desejam a orientação de seu MFC sobre seu problema. Nenhum dos dois têm filhos em outro relacionamento.
- Obs.:** anti-HBs e IgG para rubéola, realizados há 18 meses por Mariana, reagentes.
- Sobre esse caso, é correto afirmar que:
- (A) deve-se tranquilizar o casal, já que é possível uma espera permitida para investigação complementar
- (B) a conduta deve incluir rastreamento de Mariana para doenças infecciosas como clamídia, hepatite C, sífilis e HIV
- (C) a infertilidade masculina é a principal causa de infertilidade na maioria dos casos, sendo indicado, inicialmente, solicitação de espermiograma
- (D) caso o espermiograma realizado por Júlio evidencie concentração de espermatozoides superior a 20 milhões/mL, está descartada infertilidade masculina
52. Nicole, de 26 anos de idade, consulta com seu MFC para trazer resultados de exames solicitados. Ela conta que teve a menarca aos 14 anos de idade, sexarca aos 17 anos, tem relações sexuais regulares e faz uso de preservativos. É nulípara e está investigando por que está sem menstruar há cerca de 5 meses. Traz beta-HCG negativo, TSH 2,5 mUI/L, prolactina 19 ng/dL. O próximo passo para o acompanhamento de Nicole é:
- (A) encaminhamento ao serviço de ginecologia para investigação complementar
- (B) encaminhamento ao serviço de endocrinologia para investigação complementar
- (C) realização de teste de progesterônio e avaliação de sangramento por privação
- (D) realização de teste de ciclo hormonal artificial, com prescrição de estrogênio seguido de progesterona
53. Lúcia, de 28 anos de idade, nuligesta, com sete semanas de atraso menstrual, procura seu MFC com quadro de dor em baixo ventre. Relata dor em hipogástrico e fossa ilíaca direita há 2 dias, constante, e numa escala de 10 classifica a dor em 6. Sem antecedentes patológicos. Ao exame físico, os sinais vitais são: temperatura de 38,3 °C, frequência cardíaca 90 bpm, frequência respiratória 13 mmm e pressão arterial 118/60 mmHg. Mucosas coradas e hidratadas. O abdômen tem ruídos hidroaéreos presentes, ligeiramente doloroso à palpação superficial, mas doloroso à descompressão súbita de fossa ilíaca direita e hipogástrico. Ao exame ginecológico, o colo tem consistência normal, está inteiro e fechado e é doloroso à mobilização. O útero e as regiões anexiais são difíceis de avaliar pela dor. O teste imunológico de gravidez na urina é negativo. A conduta recomendada para este caso é:
- (A) solicitar radiografia de abdômen total
- (B) solicitar dosagem de beta-HCG sérico
- (C) iniciar tratamento antibiótico e reavaliar em 24h
- (D) referenciar para serviço de urgência e emergência
54. O tumor benigno de mama observado em mulheres de 30 a 50 anos de idade, que geralmente se apresenta com descarga papilar unilateral, sanguinolenta de ducto único e nódulo nem sempre palpável é o:
- (A) lipoma
- (B) galactocele
- (C) fibroadenoma
- (D) papiloma intraductal
55. A puberdade é conhecida como última etapa do crescimento físico, que evolui de forma distinta nos dois sexos em relação ao início dos eventos. Na puberdade feminina, o primeiro sinal de início do processo vem com a:
- (A) telarca
- (B) pubarca
- (C) menarca
- (D) adrenarca
56. A respeito do abortamento, é correto afirmar que:
- (A) na ameaça de abortamento, o colo uterino se encontra fechado
- (B) em casos de abortamento retido, há ausência de atividade fetal e colo uterino aberto
- (C) em todos os casos de suspeita de abortamento é mandatória a realização de ultrassonografia
- (D) no abortamento completo, deve-se sempre proceder à aspiração intrauterina ou à curetagem para remover eventuais restos ovulares
57. A respeito da suplementação de ferro nas gestantes em acompanhamento pré-natal de baixo risco, é correto afirmar que:
- (A) a administração de ferro deverá ser feita em associação com algum alimento sólido de origem láctea, para aumentar sua biodisponibilidade sérica
- (B) o uso de ferro parenteral em gestantes está associado a melhores desfechos no tratamento da anemia e a menor risco de efeitos colaterais graves
- (C) embora o Ministério da Saúde recomende para tratamento da anemia moderada na gestação (hemoglobina entre 8 e 10mg/dL) a dose de 40 mg de ferro elementar por dia, é preferível usar uma dose menor
- (D) embora a suplementação durante a gestação diminua o número de mulheres com hemoglobina baixa no parto e nas 6 semanas de pós-parto, não há comprovação de redução no número de desfechos adversos maternos e fetais
58. Sobre a hipertensão no período gestacional, é correto afirmar que:
- (A) pré-eclâmpsia é a condição em que há hipertensão arterial sem proteinúria durante a gestação, quase sempre iniciada após a 20ª semana de gravidez
- (B) na hipertensão gestacional, há aumento de pressão arterial após a 10ª semana de gestação, com proteinúria positiva, que persiste por mais de 12 semanas após o parto
- (C) para o diagnóstico de hipertensão gestacional é necessário que a pressão arterial sistólica seja maior que 130 mmHg e a pressão diastólica esteja acima de 90 mmHg
- (D) a hipertensão arterial diagnosticada antes da 20ª semana de gravidez ou que persiste por 12 semanas ou mais após o parto é classificada como hipertensão arterial sistêmica crônica, não específica da gestação
59. A determinação da posição e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os polos cefálico, pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre mediante a manobra de:
- (A) Rubin
- (B) Leopold
- (C) Kristeller
- (D) Jacquemier

60. Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama. É mais comum na segunda e terceira semana pós-parto, porém pode ocorrer em qualquer período da amamentação. Sobre a conduta apropriada em caso de mastite, é correto afirmar que:
- (A) a amamentação deve ser mantida, pois o esvaziamento das mamas é o mais importante no tratamento
 - (B) a amamentação deve ser suspensa imediatamente, sob o risco de infecção do lactente
 - (C) a prescrição de antibióticos só está indicada em caso de abscesso mamário
 - (D) a prescrição de AINE está contraindicada

PEDIATRIA

61. Mãe de primeiro filho chega à consulta queixando-se que seu peito direito está endurecido em uma área do quadrante superior externo, e que a região está muito dolorida. Ela mostra o problema e acha que foi o leite que "empedrou". O médico confirma o problema. A recomendação correta a ser dada a mãe é que faça:
- (A) aplicação de gelo, antes das mamadas
 - (B) ordenha manual da aréola, antes das mamadas
 - (C) compressas mornas ou banho quente, após as mamadas
 - (D) massagens delicadas, com movimentos retilíneos sobre a região afetada
62. J.J, dois anos de idade, sexo feminino, é levada pela mãe ao MFC apresentando lesões verrucosas em região perineal e corrimento purulento. A criança vive com os pais. Durante as manhãs fica sob os cuidados da avó materna. Tendo em vista que casos suspeitos de violência são de notificação compulsória, a conduta correta neste caso é:
- (A) realizar a notificação
 - (B) aguardar resultado de exame pericial confirmatório para realizar a notificação
 - (C) encaminhar a criança para atenção secundária para nesse nível ser realizada a notificação
 - (D) realizar coleta de biópsia para confirmação diagnóstica e posteriormente realizar a notificação
63. M.C, 10 anos e 6 meses de idade, é atendida no ambulatório, acompanhada pela mãe. Refere menarca há 6 meses, pubarca há 2 anos e telarca há 2 anos e meio. Queixa de irregularidade nos ciclos menstruais. A conduta correta é:
- (A) solicitar LH e FSH para descartar puberdade precoce
 - (B) solicitar tomografia computadorizada de abdômen para descartar tumor de suprarenal
 - (C) tranquilizar a paciente e orientar sobre o diagnóstico de síndrome de ovários policísticos
 - (D) orientar a paciente sobre a ocorrência de ciclos anovulatórios em mais de 50% das meninas, até os dois primeiros anos da menarca
64. M.H, 13 anos de idade, em consulta com seu médico de família, queixa-se de discreto desconforto em região escrotal e assimetria. Ao examiná-lo, o MFC não palpou o testículo esquerdo dentro da bolsa escrotal e também não o palpou através de manobra digital, iniciada da linha anterossuperior da crista ilíaca, em direção à bolsa escrotal. Esse exame sugere que a hipótese correta é de:
- (A) varicocele
 - (B) epididimite
 - (C) criptorquidia
 - (D) testículo retrátil
65. Mãe traz seu filho adolescente, de 14 anos de idade, para consulta. Ela descreve que ele estava se arrumando para ir ao colégio e repentinamente ficou rígido, caiu no chão e começou a se tremer e babar e teve escape de urina. Isso nunca tinha acontecido antes. Ela está preocupada, pois um tio paterno tem epilepsia. Nega febre, trauma encefálico e uso de drogas ou outros medicamentos. Ele não se lembra do que aconteceu. Gravidez e parto não tiveram intercorrências. Foi uma criança com crescimento e desenvolvimento normais. Ao exame, ele está um pouco sonolento e lentificado, mas o exame neurológico está normal. A conduta mais apropriada neste caso é:
- (A) tranquilizar a mãe quanto à crise convulsiva e solicitar um eletroencefalograma para avaliar a necessidade de tratamento
 - (B) tranquilizar a mãe de que pode ser uma crise convulsiva isolada com grande chance de não se repetir e orientar retorno se tiver nova crise
 - (C) considerar epilepsia, iniciar ácido valproico, solicitar um eletroencefalograma e encaminhar para neurologia para acompanhamento conjunto
 - (D) orientar que ele teve uma crise convulsiva, que pelo histórico familiar, deve ser epilepsia idiopática e iniciar tratamento com carbamazepina
66. Mãe traz o filho, de 1 ano e 9 meses de idade com lesões pruriginosas disseminadas pelo corpo há cerca de 15 dias. Ao exame apresenta micropápulas mais presentes na região ao redor do umbigo, axilas, região inguinal bilateral, fossa antecubital e entre os dedos da mão. A mãe diz que os outros dois filhos, um menino de 8 anos e uma adolescente de 12 anos de idade estão com lesões semelhantes. Ela e o marido também começaram a apresentar lesões, mas em menor quantidade. Eles não vieram juntos, porque os outros filhos tinham prova no colégio e o marido recentemente iniciou num novo emprego e não pode faltar. Ela diz que não veio antes, pois também tem dificuldade de sair do trabalho, menstruou há 10 dias e usa DIU. Com a hipótese diagnóstica de escabiose, a conduta mais adequada neste caso é a:
- (A) prescrição de permetrina 5%, para toda a família, e orientação dos cuidados com a roupa de cama, de banho e de uso pessoal
 - (B) solicitação de que o marido venha com os outros dois filhos para verificar se é o mesmo diagnóstico, antes de iniciar o tratamento
 - (C) prescrição de ivermectina 6 mg para toda a família, conforme o peso, e orientação dos cuidados com a roupa de cama, de banho e de uso pessoal
 - (D) indicação de ivermectina 6 mg, para mãe, permetrina 1%, para o filho, orientação dos cuidados com as roupas e pedir que os familiares venham para avaliação

67. Criança, de 1 ano e 6 meses de idade, retorna com exames. Gravidez e parto não tiveram intercorrências. Nasceu a termo e com 3050 g. Na última consulta apresentava palidez cutâneo-mucosa e desaceleração do ganho de peso, mantendo velocidade de crescimento da estatura e do perímetro cefálico. A sua alimentação é pobre em frutas e verduras e não aceita bem carnes (boi, frango, peixe). Dieta mais a base de carboidratos, com arroz, massa, pão, bolacha. Às vezes come ovo e feijão. Vacinação em dia e desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a idade. Sem outras queixas. Exames: qualitativo de urina sem alterações, parasitológico de fezes (3 amostras) negativo, hemograma: hemácias 3 milhões/mm³, hematócrito 28%, hemoglobina 9,4 g/dL, VCM 72 fl, HCM 23 pg, RDW 16%, leucócitos 7000/mm³, diferencial sem alterações, plaquetas 325000/mm³. A conduta mais adequada neste caso é:
- orientar dieta e solicitar hemograma, ferro, ferritina e saturação de transferrina e então avaliar necessidade de suplemento de ferro
 - orientar dieta, prescrever 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, uma hora antes da refeição e, se possível, com alimentos ricos em vitamina C e reavaliar o peso em 30 dias
 - iniciar 3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar, uma hora antes da refeição e, se possível, com alimentos ricos em vitamina C, orientar dieta e solicitar ferritina e proteína C reativa
 - prescrever albendazol 40 mg/mL, na dose de 5 mL, por dia, durante 5 dias, e solicitar hemograma de controle para realizar após 30 dias para descartar anemia secundária
68. Joana comparece à unidade de atenção primária solicitando consulta para seu filho de 5 anos de idade. Refere que a criança realizou tratamento para infecção no ouvido esquerdo há pouco mais de 3 meses, mas acha que ele "não está escutando direito". Tem aumentado o volume da televisão e sentado mais perto da tela. Quando ela fala com ele, principalmente do lado esquerdo, muitas vezes ele não responde sendo necessário falar mais alto para chamar sua atenção. Nega febre, otalgia ou outras queixas. No prontuário há registro prévio com diagnóstico de otite média aguda, tratada com amoxicilina. Na otoscopia há pouca quantidade de cerume, com membrana timpânica direita translúcida. À esquerda visualiza-se presença de efusão na orelha média. A conduta correta para esse caso é:
- tranquilizar a mãe, pois essa intercorrência é frequente
 - encaminhar a criança para atendimento especializado
 - encaminhar imediatamente para emergência pediátrica
 - prescrever novo tratamento com antibiótico e analgésico
69. Chega ao consultório do MFC uma RN de 7 dias, nascida com 39 semanas e 2 dois dias de gestação, com 3100 g e 48 cm, sem história de intercorrências durante o pré-natal e o parto. A mãe queixa-se de que notou a bebê "amarelinha" há 4 dias. Ao exame físico, percebe-se icterícia cutânea até a altura do umbigo. Diante do quadro a conduta correta a ser adotada é:
- encaminhar para fototerapia
 - solicitar a dosagem das bilirrubinas
 - encaminhar para exsanguineotransfusão
 - orientar e observar a evolução da icterícia
70. Um menino de 12 anos de idade, em férias na fazenda, foi brincar com alguns pneus velhos que se encontravam no quintal da casa. De súbito, o menino sentiu uma dor muito forte na mão e foi, aos prantos, chamar sua mãe. A mesma então foi ao local do incidente e observou uma aranha alojada no pneu com o qual o filho estava brincando. Ela capturou o animal para mostrar ao MFC da Unidade de Saúde rural onde levou o filho para atendimento. O médico observou uma lesão avermelhada na mão do menino, que apresentava muita dor no local, mas sem manifestações sistêmicas. A mãe mostrou ao médico uma aranha coberta de pelos escuros, com patas grandes de quase 20 cm de comprimento. Considerando o tratamento para acidentes com aracnídeos, a conduta para esse caso é prescrever:
- corticoides tópicos e analgésicos orais
 - soro antiloxocélico e anti-histamínicos orais
 - compressas mornas no local da picada e soro antilatródético
 - soro antiaracnídeo e realizar infiltração local com lidocaina a 2%
71. Adolescente, de 14 anos de idade, procura seu médico de família com queixa de lesões eczematosas, pruriginosas em fossas cubitais e tornozelos. Refere recorrência das lesões e as associa à ingestão de certos alimentos e à exposição prolongada ao sol. Refere possuir essas lesões desde bebê, porém, quando criança, predominavam na face. Apresentava também pápulas hiperkeratóticas foliculares na face extensora dos membros superiores. A conduta mais adequada nesse caso é:
- indicar fototerapia como tratamento definitivo
 - prescrever anti-histamínicos sistêmicos para controle do prurido
 - prescrever corticoides tópicos de alta potência como terapia de manutenção por duas semanas
 - indicar hidratante tópico durante os períodos de exacerbação, sendo suspenso nos períodos de remissão
72. Carla, de 9 anos e 6 meses de idade, comparece para primeira consulta com seu médico de família acompanhada dos pais. Segundo a mãe, Carla é "menor que a irmã mais nova, Mercedes, e também é a menor da turma da escola", fato que vem causando problemas em casa e recusa da pré-adolescente de comparecer à escola. A mãe relata, ainda, que Carla nasceu a termo, apresentou teste do pezinho normal, desenvolvimento neuropsicomotor adequado e compatível com o da irmã, sempre comeu pouco, não costuma adoecer com frequência, nunca ficou internada e pratica atividades físicas na escola. Em casa, Carla tem bom relacionamento com os pais e a irmã, mas prefere ficar isolada estudando. Carla nega qualquer queixa espontânea, nega sintomas cardiorrespiratórios, nega alteração de hábito urinário ou intestinal e relata não ter tido menarca. No exame físico, pele discretamente pálida e seca, mucosas hidratadas, musculatura trófica com gordura subcutânea escassa. Exame cardíaco, pulmonar e abdominal sem alterações. A curva de crescimento, que vinha se mantendo próxima à mediana da população de referência, no momento apresenta a relação comprimento/idade baixa e IMC/idade classificado como magreza (Escore - Z (DP) entre -2 e -3). Maturação sexual M1P1. A conduta mais adequada nesse caso é:
- solicitação de hemograma, exame e cultura de urina, proteínas séricas, eletrólitos e parasitológico de fezes
 - solicitação de relação LH/FSH, glicemia, hemograma, exame e cultura de urina e parasitológico de fezes
 - solicitação de relação LH/FSH, radiografia de idade óssea e radiografia de tórax
 - solicitação de hemograma e exame parasitológico de fezes

73. Moana, com 12 anos de idade, comparece à UBS acompanhada da mãe, relatando que a bombinha para asma não está mais funcionando. A menina tem asma diagnosticada desde os 9 anos de idade, na ocasião com espirometria normal. Nunca esteve internada e vinha fazendo uso de salbutamol nas crises, cerca de 2 vezes por mês. Há cerca de 6 semanas vem se queixando de tosse e chiado no peito quase diariamente, com uso de salbutamol 3 vezes por dia em dias alternados. Não sente limitação para as atividades físicas e nega despertares noturnos. No momento da consulta, está em bom estado geral, afebril, FC = 80 bpm, levemente taquipneica (FR = 31 mrpm), sem presença de tiragens ou sinais de esforço respiratório, com sibilos difusos, sem dificuldade para falar. A respeito da conduta apropriada nesse caso, é correto afirmar que Moana tem asma:
- (A) parcialmente controlada e se apresenta como uma crise leve-moderada; é necessária a avaliação do modo de uso do beta 2 agonista, pois este será mantido por 48 horas e acrescido de corticosteroide oral por 3 a 7 dias, com objetivo de reduzir recidiva dos sintomas e internações; o tratamento de base deve ser ajustado e um retorno em 1 semana é indicado
- (B) parcialmente controlada e se apresenta como uma crise grave neste momento; é desnecessário avaliar a forma de uso do beta 2 agonista neste momento, pois deve ser ajustado o tratamento de base e introduzido corticosteroide inalatório contínuo com objetivo de reduzir recidiva dos sintomas e internações; corticosteroide oral deve ser evitado e orientações sobre mudança ambiental sempre devem ser feitas nesses casos
- (C) não controlada e se apresenta como uma crise leve-moderada neste momento; após controle da crise, é necessária a avaliação do modo de uso do beta 2 agonista, pois este será mantido por 48 horas e acrescido de corticosteroide oral por 3 a 7 dias, com objetivo de reduzir recidiva dos sintomas e internações; não devem ser feitos ajustes no tratamento de base neste momento e retorno precoce após 2 dias é indicado
- (D) não controlada e se apresenta como uma crise grave neste momento; após controle da crise, é desnecessário avaliar a forma de uso do beta 2 agonista, pois deve ser introduzido corticosteroide oral e inalatório com objetivo de reduzir recidiva dos sintomas e internações; orientações sobre mudança ambiental sempre devem ser feitas nesses casos
74. Lactente do sexo masculino, 1 ano e 10 meses, é trazido pelo pai com queixa de ter iniciado há 4 dias quadro com febre de até 39,5°C, que cessava com uso de dipirona, associado à irritabilidade. Há 2 dias foi avaliado, dito que exame estava normal, tendo sido orientado sintomáticos e observação. Há 1 dia a febre cessou e hoje acordou com lesões de pele que iniciaram no tronco e estão se espalhando até o pescoço. Sem outras queixas. Ao exame: FR = 33 mrpm, FC = 112 bpm, Temperatura Axilar = 36,9°C. Bom estado geral, eupneico, hidratado, corado. Ausência de tiragens ou esforço respiratório. Abdome: depressível, sem visceromegalias. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Sem rigidez de nuca. Oroscoopia: hiperemia discreta de orofaringe. Otoscopia: discreta hiperemia em ambos os tímpanos, sem sinais de abaulamento. Rash cutâneo maculopapular róseo em tronco e região cervical. Com base nos sinais e sintomas, o diagnóstico mais provável é:
- (A) rubéola
- (B) sarampo
- (C) exantema súbito
- (D) mononucleose infecciosa
75. Pedro, 10 anos de idade, é trazido pela mãe Luzia à UBS para consulta. Segundo relato da mãe, o menino está com febre vespertina, associada a sudorese profusa e tosse há cerca de 18 dias. Luzia relata que já o levou duas vezes ao pronto-socorro com medo de ser tuberculose, já que o marido concluiu o tratamento para essa doença há cerca de 6 meses, quando Pedro inclusive, foi revacinado com BCG. Logo no início do quadro, a criança realizou uma radiografia de tórax na urgência que indicou uma condensação, para a qual foi prescrita antibioticoterapia ambulatorial. Após uso adequado do medicamento, sem melhora, voltou ao pronto-socorro. Na segunda ida, foi repetida a radiografia de tórax e realizada prova tuberculínica e baciloscopia, conforme resultados apresentados abaixo:
- Radiografia de tórax:** presença de adenomegalia hilar. Condensação sem escavação, sem melhora quando comparada a radiografia prévia, realizada há 2 semanas;
- Prova tuberculínica:** 12 mm;
- Baciloscopia:** Negativa;
- Considerando o quadro clínico, a epidemiologia e os achados dos exames complementares, é correto afirmar que:
- (A) o diagnóstico de tuberculose neste caso é pouco provável, pois apesar de o quadro clínico e radiológico serem indicativos, a baciloscopia é negativa e a prova tuberculínica, mesmo estando maior que 5 mm, está dentro do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos
- (B) o diagnóstico de tuberculose neste caso é muito provável; apesar de a baciloscopia ser negativa, a prova tuberculínica está acima do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos, além de que o quadro clínico, epidemiológico e os achados radiológicos são compatíveis com a suspeita de tuberculose pulmonar
- (C) o diagnóstico de tuberculose neste caso é possível, pois apesar de a baciloscopia ser negativa, os achados radiológicos não serem os esperados e a prova tuberculínica estar dentro do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos, o quadro clínico e epidemiológico são típicos
- (D) o diagnóstico de tuberculose neste caso é muito provável; apesar de a baciloscopia ser negativa, os achados radiológicos não serem os esperados e a prova tuberculínica estar dentro do esperado para uma criança vacinada há menos de 2 anos, o quadro clínico e epidemiológico são típicos de tuberculose pulmonar
76. Ana Paula vem com sua filha, Júlia, de 4 anos de idade, para consulta de rotina na unidade de atenção primária durante a campanha de vacinação contra poliomielite e sarampo. A mãe expressa preocupação com as notícias de surto de sarampo no país e quer saber se sua filha precisa tomar um reforço da vacina contra essa doença. Ao checar a caderneta da menina, o MFC identifica duas vacinas realizadas previamente conforme o calendário do Programa Nacional de Imunização (PNI): uma dose de triviral com 12 meses e uma dose posterior de tetraviral. A orientação correta para mãe é a de que:
- (A) a dose de triviral realizada com 12 meses já confere 99% de proteção
- (B) Júlia está com a vacina em dia e não necessita de reforço vacinal
- (C) Júlia está com a vacina em dia, mas deve tomar um reforço de tetraviral
- (D) Júlia deve atualizar seu esquema com a segunda dose da vacina triviral

77. Caio, 3 anos de idade, acompanhado de sua mãe, chega à unidade de saúde porque ela está preocupada com os exames do filho. A avó paterna o levou a outro serviço para que fossem solicitados exames de "rotina". Um dos exames que foram solicitados foi urocultura, que demonstrou bacteriúria. A criança está bem, sem sintomas e ganhando peso. Diante deste quadro, a conduta correta é:
- (A) tratar empiricamente com antibiótico e solicitar repetição de urocultura com antibiograma, após 7 dias do término do tratamento
- (B) tratar com antibiótico empiricamente, mas não há necessidade de solicitar urocultura para controle de cura
- (C) solicitar novo exame para orientar, através do antibiograma, o melhor tratamento
- (D) tranquilizar a mãe e orientar que não existe indicação de tratamento
78. Helena traz a filha Maria Luiza, de 11 meses de vida, para consulta, pois está há três dias com febre não aferida, tosse, coriza, obstrução nasal e diminuição do apetite. O pai estava com sintomas semelhantes na última semana. Sobre as possibilidades diagnósticas, é possível afirmar que:
- (A) diante de um primeiro episódio de sibilância, a hipótese mais provável é de exacerbação de asma associada com uma síndrome gripal aguda
- (B) se a frequência respiratória for maior que 40 mrpm (de acordo com a OMS), na ausência de sibilos, o diagnóstico mais provável é de pneumonia
- (C) nessa faixa etária pode ser mais difícil a distinção entre rino-faringite aguda e gripe por *influenza*, pois ambas podem causar febre
- (D) se a rinorreia hialina evoluir para secreção amarelada durante a primeira semana, é indicativa de complicação por rinossinusite aguda bacteriana
79. Juliana, com 14 anos de idade, vem acompanhada da mãe para consulta, pois iniciou quadro de febre de até 38,5°C há 2 dias, com dor de garganta e tosse. Nega outros sintomas gripais. Ao exame, apresenta oroscopia com hipertrofia e hiperemia tonsilar, com presença de exsudatos, sem linfonodomegalias. De acordo com o escore de Centor, recomendado pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), o manejo mais adequado para este caso é prescrever:
- (A) penicilina oral ou injetável, na ausência de alergia, para prevenção de febre reumática
- (B) penicilina oral ou injetável, na ausência de alergia, para prevenção de abscesso amigdaliano, otite e rinossinusite
- (C) paracetamol ou ibuprofeno para alívio da dor e orientar retorno em caso de sinais ou sintomas de alerta ou se não houver melhora
- (D) penicilina oral ou injetável, na ausência de alergia, para prevenção das complicações supurativas e não supurativas

80. Henrique e Juliana trazem o filho Pedro, de 3 anos de idade, à consulta de rotina com seu MFC Luiz Carlos, que acompanha Pedro desde o nascimento. Peso ao nascimento 3.300 g, altura 51 cm, aleitamento materno até os 2 anos, boa aceitação alimentar, frequentando creche desde os 9 meses de vida e com adequado desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Na curva OMS altura/idade(A/I) até 1 ano e 3 meses manteve-se próximo do p50 e, a partir daí, houve queda na velocidade de crescimento, e hoje A/I entre p3-p10. Com base na altura dos pais, a estatura alvo desta criança deve situar-se entre 172 cm (P30) e 185 cm (P85). Em outra consulta foram solicitados exames laboratoriais que vieram normais e radiografia para determinação da idade óssea, em que o resultado foi idade óssea inferior à cronológica. Os pais trazem a preocupação de que Pedro é o "menorzinho da turma" e, se comparado ao primo da mesma idade, também é considerado pequeno pela família. Considerando o caso descrito, a conduta mais adequada para este momento é:
- (A) orientar que Pedro tem critérios para tratamento com hormônio de crescimento e encaminhar para seguimento conjunto com endocrinologista pediátrico
- (B) explicar à família que será necessário solicitar ressonância magnética da hipófise para elucidação diagnóstica
- (C) orientar que neste momento não há tratamento e que Pedro será um adulto com baixa estatura
- (D) explicar à família que Pedro irá crescer até mais tarde e atingir a estatura alvo

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

81. O secretário de saúde de um município de 10 mil pessoas está avaliando se deve implantar um teste de rastreamento para uma doença com prevalência de 2% na comunidade. A sensibilidade do teste é 80% e a especificidade 90%. Com a implantação desse teste, um acerto diagnóstico (verdadeiro-positivo) é acompanhado de, aproximadamente:
- (A) 6 alarmes falsos (falso-positivo)
- (B) 10 alarmes falsos (falso-positivo)
- (C) 12 alarmes falsos (falso-positivo)
- (D) 16 alarmes falsos (falso-positivo)
82. O médico é desafiado a ajudar o secretário de saúde de seu município a decidir o custo-benefício em se rastrear 3 doenças (A, B e C) presentes na comunidade local. A tabela abaixo contém a mortalidade das três doenças no grupo controle e no grupo rastreado:

Doença	Mortalidade	
	Grupo controle (%)	Grupo rastreado (%)
A	5	4
B	0,5	0,4
C	0,05	0,04

A orientação correta que o médico deve dar ao secretário de saúde, em relação ao rastreamento, é:

- (A) as doenças B e C têm maior custo-benefício de serem rastreadas que a doença A
- (B) para a doença B, a cada 10.000 pessoas rastreadas é possível salvar uma vida
- (C) para a doença C, a cada 1.000 pessoas rastreadas é possível salvar uma vida
- (D) para a doença A, a cada 100 pessoas rastreadas é possível salvar uma vida

83. Maria, de 35 anos de idade, cozinheira, procura o seu médico de família com queimadura no braço direito, ocorrida há 1 dia, em seu ambiente de trabalho. Afirma que a empresa, para qual trabalha, recusou-se a emitir a comunicação de acidente de trabalho (CAT). A conduta correta, em relação ao preenchimento da CAT, é:
- elaborar nexos técnico-epidemiológico previdenciário e encaminhar para o perito médico preencher a CAT
 - redigir atestado médico e orientar a paciente a agendar perícia no INSS para preenchimento da CAT
 - encaminhar para centro de referência de assistência social para o médico do trabalho preencher a CAT
 - preencher o campo médico da CAT e encaminhar ao INSS
84. Roberto, médico de família de um pequeno município no interior de outro estado, foi chamado pelo secretário de saúde para avaliarem a implantação de um programa de rastreamento para uma determinada doença cardíaca. Roberto revisa a literatura e descobre que, de cada 1000 pessoas com essa doença que não fazem o rastreamento, 500 morrem, enquanto, com o rastreamento, o número de mortes é de 300. O número necessário para rastrear (NNR) desse teste é:
- 5
 - 10
 - 20
 - 40
85. Ao fazer o relatório do seu primeiro mês de atendimentos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, o médico percebeu que notificou pelo menos uma pessoa com cada uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST), que têm obrigatoriedade de notificação. Os grupos com ISTs de notificações compulsórias nacionalmente são:
- candidíase vaginal e hepatite B
 - hepatite B e mulheres com tricomoníase
 - sífilis e infecção por HIV durante a gestação
 - lesão por papiloma vírus humano e pessoas com HIV
86. "Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social" (Barbara Starfield). O médico de uma unidade de saúde em uma cidade do interior está preparando uma apresentação sobre Sistemas de Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS) para sua equipe, e fica surpreso ao perceber que a maneira como o Brasil organiza o SUS a partir da orientação pela APS difere em alguns pontos de outros países com sistemas universais de saúde. Sobre tais diferenças é correto afirmar que há diferenças relacionadas:
- aos valores, como direito à saúde universal, equidade, participação social e integralidade
 - aos atributos específicos dos serviços de APS, como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado
 - aos atributos específicos dos serviços de APS, como orientação familiar e comunitária, enfoque na pessoa e não na doença e competência cultural
 - à organização/composição das equipes de APS, como a presença de equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS) e à adscrição de clientela organizada por território
87. Um médico de uma unidade de saúde em determinada capital tem uma equipe responsável por um território com aproximadamente 3.500 pessoas cadastradas, sendo que praticamente 80% deste é considerado área de vulnerabilidade social. Em reunião semanal de equipe, o médico, a enfermeira, o técnico de enfermagem e as (os) ACS discutem sobre as planilhas de vigilância de que a equipe dispõe no momento. Os profissionais avaliaram as listas dos pacientes HIV+, diabéticos, hipertensos e dos pacientes com diagnóstico recente de sífilis e tuberculose, que são as condições clínicas, no momento, mais prevalentes na comunidade, conforme últimos indicadores disponíveis. Ao avaliar as listas, perceberam que a maioria dos pacientes HIV+ está com a carga viral não detectável e em acompanhamento regular. O mesmo foi observado sobre os hipertensos e com sífilis, sendo que a maioria está com os exames em dia, realizou tratamento adequado e está com a hipertensão compensada. Nenhum caso de tuberculose recente foi identificado pela equipe. Sendo assim, decidiram focar esforços em pensar abordagens e intervenções, sobretudo para os pacientes com diabetes, que foi o grupo que apresentou maiores índices de doença não controlada e problemas de adesão. Para chegar a esse diagnóstico e conduta a equipe utilizou princípios de abordagem:
- familiar
 - individual
 - comunitária
 - focada nas doenças
88. Paciente feminina, de 52 anos de idade, assintomática, comparece à unidade de saúde para *check-up*. É comerciante, mora com marido e 2 filhos adolescentes, não fuma e consome álcool ocasionalmente e em pouca quantidade. Sedentária e sem tempo para iniciar prática de atividade física no momento. Nega doenças de base, medicamento em uso contínuo, alergias e internações ou cirurgias prévias. Sem histórico familiar de doenças significativas. Demonstrou expectativa/preocupação em dosar colesterol, glicemia, fazer "todos os testes" de sangue como hemograma e "tireoide", além de exames de urina e fezes, já que sempre ouviu que "prevenir é melhor que remediar", mas parece aberta a conversar mais sobre o assunto. Sem outras demandas. Revisando os registros da paciente, o médico nota que ela coletou o exame de papanicolau há 2 anos (normal, sempre teve exames normais, sendo os 2 primeiros aos 25 e 26 anos) e não identifica outros exames recentes realizados. Ao exame físico: IMC: 32, sem outras alterações significativas. PA: 110/65 mmHg. Com base em uma abordagem centrada na pessoa e nas melhores evidências disponíveis sobre rastreamento, nesse caso a melhor conduta é:
- solicitar os exames demandados pela paciente, já que a mesma está preocupada, com o objetivo de tranquilizá-la e aumentar o vínculo, além de mamografia e de exame de papanicolau
 - explorar os medos, preocupações e ideias relacionadas à demanda por exames; conversar sobre rastreamento e medicina baseada em evidências, deixando claro que não há indicação de fazer qualquer exame complementar nesse momento
 - não solicitar os exames demandados pela paciente porque não há indicação clínica para isso; explicar sobre rastreamento e medicina baseada em evidências; oferecer a mamografia, pois é o único exame de rastreamento indicado nesse momento
 - explorar os medos, preocupações e ideias relacionados à intenção de realizar exames, trazendo informações baseadas em evidências sobre rastreamento; solicitar exames para avaliação do risco cardiovascular, mamografia e explicar que não precisa coletar novo papanicolau esse ano

89. O MFC residente procura seu preceptor para discutir um caso que está atendendo. Trata-se de um senhor de 56 anos de idade, hígido, sem queixas, que foi solicitar uma colonoscopia para rastreamento de câncer de cólon. Ele não possui história familiar de câncer de cólon, mas está preocupado, porque recentemente um amigo teve esse diagnóstico. O residente comenta que pesquisou no site do US Preventive Services Task Force, que recomenda o rastreamento com colonoscopia com nível de evidência A. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, a conduta correta nesse caso é:
- propor um toque retal e, se não mostrar nenhuma alteração, desaconselhar o rastreamento para câncer de cólon
 - não recomendar o rastreio, porque o paciente não tem história familiar de câncer de cólon, e orientar sobre os sintomas da doença
 - ponderar que, devido à dificuldade de acesso à colonoscopia no Brasil, deve-se primeiro solicitar a pesquisa de sangue oculto nas fezes
 - parabenizar a iniciativa de pesquisa do residente, concordar com a solicitação da colonoscopia e recomendar repetir o exame a cada 5 anos
90. A MFC Joana iniciou recentemente seu trabalho numa unidade de atenção primária. Uma das atividades da sua primeira semana foi a territorialização. Sobre o processo de territorialização, é correto afirmar que:
- consiste em uma ação de prevenção de doenças e promoção da saúde das pessoas de um determinado território
 - tem como principal objetivo definir a população adscrita do território de uma unidade de saúde e sua divisão em áreas e microáreas
 - permite identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, possibilitando ações mais apropriadas e resolutivas
 - é uma atividade que compete principalmente aos agentes comunitários de saúde, não devendo o médico priorizá-la em detrimento dos atendimentos clínicos
91. Amélia, com 35 anos de idade, vem à consulta solicitando uma ultrassonografia de tireoide. Diz que sua mãe, que está com 56 anos de idade, teve câncer na tireoide. Nega queixas ou outras demandas. Nega problemas de saúde crônicos ou uso de medicamentos. Ao exame físico, a tireoide está eutrófica e sem nodulações palpáveis. O nível de prevenção a ser proposta para este caso é a:
- primária
 - secundária
 - terciária
 - quaternária
92. João, de 32 anos de idade, vem consultar com seu MFC, que faz o registro da consulta, em formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano), como descrito abaixo. Verifica-se no prontuário que é sua terceira consulta e que na lista de problemas principal do prontuário consta: alergia à dipirona (história de angioedema).
- S:** Relata que há 2 dias apresenta quadro de coriza hialina acompanhada de tosse com expectoração clara e febre intermitente de até 38°C. Nega dispneia ou outras queixas. Nega comorbidades prévias
- O:** Bom estado geral, eupneico, hidratado. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, sem sopros. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular positivo bilateralmente, sem ruídos adventícios. Oroscoopia: hiperemia de orofaringe, sem presença de placas em amígdalas. Otoscopia: membranas timpânicas e condutos sem alterações. PA = 125x80 mmHg, FC = 92 bpm, FR = 18 mrpm, temperatura axilar = 37,7°C
- A:** Infecção de vias aéreas superiores
- P:** Orientação quanto a sinais e sintomas de gravidade; paracetamol 500 mg 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor ou febre maior que 38,2°C; hidratação e solução fisiológica nasal
- Em relação ao registro de consulta descrito, é correto afirmar que:
- o S do SOAP está inadequado pela menção de febre, que, por ser um sinal, deveria aparecer exclusivamente no O do SOAP
 - o P do SOAP está inadequado, pois deveria ater-se à menção da terapia farmacológica instituída
 - o registro está adequado, obedecendo ao método SOAP
 - infecção de vias aéreas superiores é um termo genérico e está sendo usado inadequadamente no A do SOAP
93. Dentre as diversas dificuldades do trabalho em equipe, uma das principais é:
- a alta rotatividade profissional, o que culmina em maior longitudinalidade e coordenação de cuidado
 - a construção dialógica de processos de trabalho que tracem planos estratégicos e considerem as dinâmicas e necessidades populacionais
 - a integralização de diversas atribuições e a regulamentação de novas profissões à equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família
 - o baixo grau de interação entre os profissionais das equipes, o que conseqüentemente pode culminar em maior ênfase às ações preventivas, em detrimento das curativas

94. Jorge, MFC, está trabalhando numa equipe de saúde da família de uma UBS da zona rural há 3 meses. Na última reunião de equipe, estavam discutindo sobre instrumentos para realizar a vigilância em saúde do território. Ele comentou sobre a importância das informações para a programação das atividades de promoção, prevenção e assistenciais da equipe. Decidiram criar uma planilha para monitorar o acompanhamento das mulheres da área de abrangência da unidade que tivessem apresentado alguma alteração no exame preventivo de câncer de colo uterino. A enfermeira tinha conhecimento de uma mulher de 28 anos de idade, sem outros problemas de saúde, que realizou o exame há 3 meses e teve o resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US). No entanto, ponderou que algumas mulheres realizavam a coleta do exame na unidade central. A equipe decidiu entrar em contato com a Vigilância em Saúde do município para ver se conseguia informações sobre os resultados desses exames. O sistema de informação que pode fornecer esses dados e a conduta mais adequada para o caso da mulher de 28 anos descrito são, respectivamente:
- (A) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 3 meses
 - (B) Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 9 meses
 - (C) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 9 meses
 - (D) Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e repetir a coleta do exame preventivo do colo uterino em 3 meses
95. Em uma unidade de atenção primária com alta pressão assistencial, os profissionais se reuniram para discutir o processo de trabalho e o acesso oferecido aos usuários. A coordenadora levantou os dados do SIS-PRÉ-NATAL e do SISVAN para ver o número de gestantes e de crianças menores de um ano que estão em acompanhamento. Um dos profissionais sugeriu que se deveria reservar espaço na agenda também para as pessoas com hipertensão, diabetes e dislipidemia. Joaquim, MFC, baseado nas diferenças entre a abordagem populacional e individual, pondera alguns cuidados para organização da agenda no contexto de realidade que eles enfrentam. Quanto às estratégias de organização da agenda, é correto afirmar que:
- (A) deve-se prever espaços para atendimento da demanda espontânea e outros específicos para grupos populacionais, como gestantes, crianças menores de 1 ano, hipertensos, diabéticos e idosos
 - (B) para grupos populacionais a agenda deve ser organizada com cautela, levando em consideração os riscos individuais, de forma a não negligenciar, por exemplo, uma pessoa com infarto agudo do miocárdio que não tem nem hipertensão, nem diabetes
 - (C) deve-se definir um número máximo de consultas de demanda espontânea por turno, de forma a permitir um atendimento de qualidade para as pessoas agendadas com condições crônicas, já que não é um serviço de pronto atendimento
 - (D) para que se possa realizar uma atenção primária à saúde de qualidade, priorizando ações de prevenção primária e secundária, garantir espaços na agenda para pessoas com fatores de risco cardiovasculares, como dislipidemia, é fundamental
96. Priscila, com 32 anos de idade, vem à consulta queixando-se de insônia, dor de cabeça leve, sensação de pressão no peito e palpitações há 2 semanas. Conta que tem estado muito nervosa desde que seu marido perdeu o emprego há uns 15 dias. Eles têm uma filha, Júlia, de 8 anos de idade, e um filho, Rodrigo, de 12 anos de idade. O filho tem paralisia cerebral e é totalmente dependente de cuidados. Na parte da manhã, enquanto o filho vai para a APAE e a filha está no colégio, ela passa roupa para fora e, com isso, ganha em torno de R\$ 500,00 por mês. Além de abordar os sintomas trazidos por Priscila, o MFC sugere que ela converse com o assistente social do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e comenta que, devido à condição de saúde de Rodrigo, seu filho tem direito à:
- (A) benefício de prestação continuada
 - (B) aposentadoria por invalidez
 - (C) aposentadoria especial
 - (D) auxílio-doença
97. Júlia, com 43 anos de idade, vem à consulta com seu MFC, Rodrigo. Ela traz uma lista de exames solicitados por uma nutricionista. Pede ao médico que troque o pedido para uma requisição do Sistema Único de Saúde, pois viu o preço dos exames para fazer no privado e não tem condições de pagar. Júlia está com sobrepeso, com índice de massa corporal 28. Nega outros problemas de saúde e uso de medicamentos. Nega tabagismo e história familiar de doença cardiovascular ou de doença da tireoide. Ao verificar a lista, Rodrigo percebe que há alguns exames desnecessários, como LDL, T4 livre e hemoglobina glicosilada, e outros que não estariam indicados numa pessoa assintomática na idade de Júlia. Ao examiná-la, a pressão arterial estava em 110/70 mmHg e a tireoide eutrófica, sem nódulos palpáveis. Dentre os exames indicados pela nutricionista, ele explica para Júlia quais estariam indicados para ela e solicita colesterol total, HDL, triglicerídeos e glicose. Percebe-se que Rodrigo utiliza um dos princípios da medicina de família e comunidade, de acordo com o Manual de McWhinney, pois ele:
- (A) procura gerenciar os recursos disponíveis
 - (B) considera-se parte de uma rede comunitária de apoio
 - (C) busca entender o contexto da experiência com a doença
 - (D) utiliza o contato com Júlia como uma oportunidade de promoção da saúde

98. Carla, de 53 anos de idade, vem para consulta de rotina de acompanhamento por ter diabetes. Ela usa metformina 850 mg, 2 vezes ao dia. Está assintomática. Não tem outros problemas de saúde. Traz seus exames de rotina. A hemoglobina glicosilada está em 7,8%. Júlio, seu MFC, verifica no prontuário que no exame anterior o resultado havia sido 6,5%. Questionada sobre a que motivo(s) atribuiria esse resultado, Carla diz que andou descuidando um pouco da dieta e parou de fazer caminhada. Também se mostra preocupada que possa ter alguma complicação da doença com a piora no exame, porque seu avô tinha diabetes e ficou acamado no final da vida por um derrame. Júlio discute com Carla sobre as possibilidades de manejo do diabetes e a estimula a retomar os cuidados com a dieta e a atividade física. Carla concorda. De acordo com a atual sistematização dos componentes do método clínico centrado na pessoa, o MFC utilizou o:
- (A) 2º componente (entendendo a pessoa como um todo) e o 3º componente (elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas)
 - (B) 2º componente (entendendo a pessoa como um todo) e o 4º componente (incorporando prevenção e promoção da saúde na prática diária)
 - (C) 1º componente (explorando a saúde, a doença e a experiência da doença) e o 3º componente (elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas)
 - (D) 1º componente (explorando a saúde, a doença e a experiência da doença) e o 4º componente (incorporando prevenção e promoção da saúde na prática diária)
99. Romualdo, de 56 anos de idade, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial sistêmica compensada e doença pulmonar obstrutiva crônica leve, em uso de hidroclorotiazida e enalapril, vem à consulta referindo intolerância aos grandes esforços há cerca de 3 meses, o que o motivou a refletir: "Estou começando a achar que preciso parar de fumar, mas tenho medo de não conseguir. Nunca tentei antes". Nega quaisquer outras queixas. É tabagista desde 17 anos de idade, média de 30 cigarros por dia. Teste de Fagerström com alta dependência à nicotina. Exame físico normal, exceto pequena redução do murmúrio vesicular em ambos os pulmões. A abordagem de comunicação mais adequada a ser utilizada, levando em conta as técnicas de entrevista motivacional para a cessação do tabagismo é:
- (A) "Romualdo, e como acha que posso te ajudar nesse momento?"
 - (B) "Ótimo, Romualdo! Você vai conseguir. O que acha de a gente iniciar o tratamento com nicotina hoje mesmo?"
 - (C) "Romualdo, já passou da hora de parar de fumar! Agora é com você. Já te disse várias vezes o que penso. Não vou mais passar a mão na tua cabeça."
 - (D) "Entendo. Você é tabagista pesado. Sei que não é fácil, mas é uma questão de querer. Tenho certeza de que, se tiver força de vontade, você sairá vencedor."
100. Elza, de 49 anos de idade, faxineira, procura seu MFC, Leonardo, por dor no ombro direito. Durante a consulta relata que tem dor há mais de 1 ano, mas vinha tomando analgésicos em casa com melhora temporária. Há 1 mês não tem melhora, mesmo com analgésicos, e não consegue dormir sobre o ombro direito pela dor intensa. Trabalha 40 horas por semana, há 20 anos, em casa, onde realiza todo trabalho doméstico (passar roupa, estender roupa, limpar vidros e paredes, varrer, cozinhar...). Ao exame: dor à elevação e abdução do membro superior direito acima de 90 graus. Além de prescrever analgesia, a conduta inicial para este caso inclui:
- (A) imobilização e afastamento do trabalho; orientar sobre possível associação com o trabalho e reavaliar em 15 dias
 - (B) afastamento do trabalho e encaminhar para fisioterapia; orientar sobre possível associação com o trabalho e reavaliar em 15 dias
 - (C) imobilização e orientar sobre a possível associação com trabalho; solicitar ecografia do ombro direito e encaminhar para ortopedia
 - (D) orientar sobre a possível associação com trabalho; solicitar ecografia do ombro direito e, após resultado, avaliar a necessidade de afastamento laboral