

INSTRUÇÕES

- **A prova teórico-prática estará disponível para início após o encerramento da prova teórica.**
- É permitido ausentar-se da frente da tela após as confirmações de regularidade técnica e autorização do fiscal, sendo necessário, entretanto, permanecer atento e acompanhar quaisquer comunicações posteriores, responsabilizando-se pelo atraso na solução de eventuais problemas técnicos supervenientes no caso de demora na resposta.
- A prova encerra-se às **14h** (horário de Brasília).
- A webcam do seu computador deve ser ajustada de forma que seu rosto esteja plenamente visível para o fiscal durante toda a prova, podendo esse solicitar ajuste do posicionamento da câmera, conforme orientação da **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC**.
- Atenção às orientações abaixo:
 - A prova deve ser realizada individualmente, sem consulta.
 - É vedado olhar para quaisquer dos lados, para baixo e/ou para cima, por mais do que 20 segundos, olhar repetidamente para o mesmo local ou sair do campo de visão da câmera sem autorização prévia do fiscal.
 - Não utilize caneta, lápis e papel e não fotografe ou filme a tela da prova em nenhuma hipótese.
 - Evite pausas desnecessárias.
 - É proibido falar durante as provas, mesmo que seja para leitura em voz alta.
 - Tenha ao seu lado água e lanches rápidos para não precisar se ausentar do exame.
 - Para se ausentar da frente da câmera, solicite permissão ao aplicador pela opção disponível e aguarde expressa autorização.
 - **Você deve permanecer na plataforma por 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos após o início das provas, não podendo se retirar antes desse tempo, sendo obrigatória sua presença no local, aguardando explícita liberação pelo(a) fiscal, cumprindo as normas deste edital.**
 - O tempo utilizado para as necessidades fisiológicas / biológicas não será repostado.

- O encerramento da prova se dará automaticamente, conforme horário estipulado.
 - Ao final da prova, é necessário clicar no botão “enviar respostas” e “encerrar” para concluir a entrega.
 - Observe o cronômetro disponível para a conclusão da prova.
 - O seu ambiente de prova é cuidadosamente monitorado pela equipe de aplicação, e qualquer comportamento suspeito será imediatamente comunicado à comissão de provas, podendo acarretar a sua desclassificação. Portanto, obedeça prontamente a todos os alertas enviados pela equipe de fiscalização.
- Sobre a utilização do sistema:
 - Caso perca a conexão com a internet, não se preocupe. Após restabelecê-la, acesse a plataforma para retomar o exame.
 - Caso a interrupção da conexão com a internet seja por período inferior a 2 (dois) minutos, você poderá retomar a realização da prova a partir da questão seguinte à questão em que ocorreu a interrupção.
 - Caso a sua conexão com a internet ou captura de vídeo sejam interrompidas por período superior a 2 (dois) minutos, a prova será pausada, e o caso será analisado pelo fiscal e pela Comissão, que deliberarão acerca da sua eliminação ou não.
 - Não haverá tempo adicional por falha na sua conexão de internet.
 - Caso ocorra dificuldade técnica, comunique-se por escrito, dentro da plataforma, com o aplicador da prova e guarde suas orientações.
 - Caso não consiga se comunicar via chat com o fiscal, a equipe de suporte técnico estará disponível no WhatsApp (31) 99991-7595.

BOA PROVA

CÓDIGO DA QUESTÃO – 31

Mulher cis, heterossexual, branca, 24 anos de idade, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) em demanda espontânea, relatando sangramento vaginal. Ao ser atendida pela Médica de Família e Comunidade (MFC), refere que o sangramento iniciou há dois dias, após o marido chegar embriagado em casa e forçar relação sexual sem uso de preservativo. Durante a consulta, mostra-se apreensiva e relata que procurou atendimento apenas por estar preocupada com o sangramento.

Considerando o contexto, qual das condutas a seguir é a mais adequada a ser adotada pela médica?

A) Avaliar que a situação apresentada não se configura como violência, por se tratar de relação sexual ocorrida no contexto do matrimônio. Diante disso, a MFC deve realizar acolhimento com garantia de privacidade e sigilo, tratar a lesão física, elaborar plano compartilhado, ofertar testes rápidos e contracepção e orientar seguimento clínico, sem necessidade de notificação, por não se tratar de violência perante a lei.

B) Garantir escuta qualificada com privacidade e sigilo, tratar a lesão física e ofertar contracepção de emergência, considerando o uso de levonorgestrel por via oral ou a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre até 14 dias após a relação. Fornecer apoio psicossocial, respeitando a decisão da pessoa quanto à necessidade de notificação e denúncia aos órgãos responsáveis.

C) Assegurar acolhimento com privacidade e sigilo, respeitar e validar o relato da pessoa, tratar a lesão física, elaborar plano de cuidado compartilhado, oferecer testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e contracepção de emergência. Realizar a notificação à vigilância epidemiológica, respeitando a decisão da pessoa quanto à denúncia policial.

D) Oferecer escuta qualificada e sigilosa, tratar a lesão física, ofertar testes rápidos para ISTs, articular encaminhamento para serviço especializado em violência sexual com apoio psicossocial e manter acompanhamento pela UBS, ficando a definição sobre profilaxias, contracepção de emergência, denúncias e demais condutas condicionadas à avaliação do serviço de referência.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 32

Criança, sexo masculino, 2 anos de idade, é trazida às pressas pela mãe à UBS localizada em sua rua. A criança chega sonolenta, porém acordada, à avaliação médica. A mãe relata que o menino está gripado há um dia, com

febre desde ontem, e que hoje desmaiou, apresentando enrijecimento do corpo, com braços e pernas contraídos, por cerca de um minuto. Está fazendo uso de paracetamol a cada seis horas. Isso nunca havia acontecido antes, e a mãe está muito preocupada. Na avaliação, apresenta: FR = 30 irpm, FC = 140 bpm, temperatura = 38,8°C, exames físico cardiovascular, neurológico e musculoesquelético sem alterações.

Sobre o quadro clínico dessa criança, assinale a alternativa que melhor corresponde ao diagnóstico e à conduta esperada do médico.

A) A preocupação da mãe é justificada, pois crise convulsiva nessa faixa etária associada a febre pode indicar comprometimento do sistema nervoso central. Nesse caso, além de acolher a mãe, está indicado encaminhar a criança para avaliação neurológica especializada e realização de eletroencefalograma e exames de imagem.

B) Como o menino já se encontra responsivo, o MFC deve tranquilizar a mãe e iniciar rapidamente dipirona. Ele deve explicar que provavelmente se trata de uma situação isolada, com recuperação espontânea, orientando a evitar o uso de paracetamol, pois esse antitérmico pode estar associado ao desencadeamento da crise.

C) Caso a crise da criança tivesse duração superior a cinco minutos, o MFC deveria realizar acesso venoso e acionar o serviço de urgência e emergência para acompanhamento do quadro. O MFC deve tranquilizar a mãe, pois a primeira crise de epilepsia tende a durar mais tempo, com pouco risco de sequelas.

D) O MFC deve acolher e tranquilizar a mãe, identificando seus sentimentos, ideias e expectativas em relação à situação, e orientar que provavelmente se trata de um quadro transitório, com resolução espontânea, não havendo indicação de exames de imagem neste primeiro momento, mas mantendo acompanhamento clínico.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 33

Mulher cis, parda, 25 anos de idade, procura a UBS relatando dor pélvica há cerca de dois anos, localizada abaixo do umbigo, de intensidade variável, que piora durante o período menstrual e nas relações sexuais. Refere episódios alternados de constipação e diarreia, sem queixas urinárias. Relata que sempre apresentou cólicas menstruais intensas e fluxo menstrual aumentado, porém refere estar cansada e desgastada por conviver continuamente com dor, com piora do humor e ansiedade. No último ano, realizou exame preventivo e

ultrassonografia transvaginal, ambos sem alterações. Relata que nunca acompanhou corretamente devido à correria do dia a dia. Nega febre, corrimento vaginal ou perda ponderal.

Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa mais adequada.

A) Embora o quadro clínico seja compatível, a ultrassonografia transvaginal normal descarta a hipótese de endometriose, sendo necessário encaminhar a paciente para o especialista focal para dar continuidade à investigação.

B) A dor abdominal associada à constipação confirma o diagnóstico de síndrome do intestino irritável. Nesses casos, o cuidado pode ser mantido na Atenção Primária à Saúde (APS), não sendo necessário encaminhamento para especialista focal.

C) Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a APS dispõe de alternativas de tratamento. Em casos refratários ou com complicações, a pessoa pode ser encaminhada ao especialista focal, que poderá indicar laparoscopia, por ser o exame mais eficaz.

D) O quadro clínico e a ultrassonografia sem alterações apontam para doença inflamatória pélvica como hipótese mais provável. Nesses casos, o cuidado pode ser mantido na APS, não sendo necessário encaminhamento.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 34

Mulher, 22 anos de idade, em situação de rua há mais de dois anos, usuária de álcool e crack, é atendida pelo Médico de Família e Comunidade (MFC) na Unidade Básica de Saúde. Apresenta múltiplas lesões cutâneas há cerca de dois meses e relata a presença de "larvas" nas lesões, referindo necessidade de retirar as crostas para que elas saiam. Mantém convicção firme sobre essa percepção, sem concordância de terceiros. O parceiro informa nunca ter observado larvas e atribui o relato a alteração psíquica. Refere acesso diário a alimento, água e higiene, não desejando ir para abrigos. Ao exame físico, observam-se erosões cutâneas, áreas de liquinificação e lesões compatíveis com picadas de insetos, sem evidências de parasitoses. Encontra-se comunicativa e responsiva, porém desconfiada, afebril, sem flutuação do nível de consciência, agressividade, ideação suicida ou sinais neurológicos focais.

Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que melhor representa a abordagem adequada.

A) A presença de alucinações visuais, a faixa etária em torno dos 20 anos e o uso de substâncias apontam para transtorno psicótico primário como hipótese mais provável. Nesse caso, é necessária abordagem intersetorial, com articulação com CAPS e residências terapêuticas, para viabilizar abrigo definitivo.

B) A vida na rua está associada à alta prevalência de parasitoses e lesões cutâneas relacionadas às condições de higiene. O MFC deve considerar essas especificidades e articular o cuidado com a dermatologia, incluindo biópsia, para exclusão de causa orgânica antes da investigação psiquiátrica.

C) O MFC deve considerar os determinantes sociais da vida na rua, reconhecendo que restrições alimentares, condições de higiene, comportamento sexual e uso de álcool e drogas podem estar associados à psicose. Deve-se indicar internação compulsória para garantir direitos e tratamento, inviáveis no contexto da rua.

D) A hipótese mais provável é psicose de causa secundária ao uso de álcool e outras drogas. Nesse contexto, o MFC deve realizar abordagem biopsicossocial, elaborar plano terapêutico compartilhado, articular-se com a rede intersetorial, priorizando cuidado em redução de danos e cuidado em liberdade.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 35

Homem, 47 anos de idade, pedreiro, procura a UBS por cefaleia há cerca de um ano, com piora nos últimos três meses.

Relata dois padrões distintos de dor, que descreve da seguinte maneira:

1. Episódios quase diários de dor em pressão, bilateral, em faixa, de intensidade leve a moderada, sem náuseas ou fotofobia, que não pioram com atividade física e melhoram parcialmente com analgésicos comuns.

2. Crises episódicas, cerca de duas vezes por mês, de dor unilateral intensa na região frontotemporal direita, pulsátil, associada a náuseas, fotofobia e piora com esforço físico, com duração de até 24 horas.

Refere ainda uso frequente de analgésicos (dipirona, paracetamol e ibuprofeno), em média 15 dias por mês, há quatro meses. Nega febre, perda ponderal, trauma craniano recente ou alteração do nível de consciência.

Relata um episódio isolado, há 24 horas, de cefaleia súbita, intensa, “em trovoadas”, que atingiu pico máximo em menos de um minuto, com duração de cerca de 30 minutos, sem déficits neurológicos associados.

Exames físico e neurológico atuais sem alterações.

Considerando o diagnóstico e o manejo da cefaleia na APS, qual é a melhor conduta nessa consulta?

A) O quadro clínico refere-se a cefaleia do tipo tensional crônica associada à cefaleia por uso excessivo de analgésicos, não havendo, no momento, indicação de investigação complementar ou encaminhamento especializado. O manejo pelo médico de família deve incluir retirada gradual dos analgésicos e introdução de antidepressivo tricíclico.

B) A presença de mais de um padrão de cefaleia ao longo do seguimento sugere etiologia secundária, sendo apropriada a solicitação pelo MFC de neuroimagem e o encaminhamento ao neurologista, mesmo na ausência de alterações ao exame neurológico.

C) Embora o paciente apresente cefaleias primárias, como enxaqueca e cefaleia do tipo tensional, associadas à cefaleia por uso excessivo de analgésicos, o relato de cefaleia de início súbito, com pico de intensidade em curto intervalo de tempo, configura sinal de alerta, indicando investigação imediata e encaminhamento à urgência.

D) Considerando a evolução crônica das cefaleias ao longo de meses e a ausência de progressão neurológica objetiva, a probabilidade de causa secundária é reduzida, sendo aceitável conduzir o caso na APS com otimização do tratamento das cefaleias primárias e reavaliação clínica seriada, sem necessidade de investigação imediata.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 36

Homem, 52 anos de idade, professor universitário, procura atendimento com sua médica de família e comunidade, com queixas de dificuldade para iniciar o sono e despertares noturnos frequentes há aproximadamente quatro meses. Relata latência do sono prolongada e despertares ao longo da madrugada, com sensação de sono não reparador. Evoluiu com fadiga diurna, irritabilidade e redução da concentração, com impacto funcional no trabalho, o que está lhe preocupando. Nega roncos habituais, pausas respiratórias, movimentos periódicos dos membros ou sonolência excessiva diurna. Não faz uso de álcool ou outras substâncias. Refere consumo diário de café até o início da noite.

História pessoal de hipertensão arterial sistêmica, controlada com losartana 50 mg/dia. Avaliação clínica e exame físico sem alterações significativas. Rastreamento para depressão e transtornos de ansiedade sem critérios diagnósticos.


Após avaliação e diagnóstico, qual opção de tratamento é a mais adequada neste momento?

A) Iniciar melatonina de liberação prolongada em uso contínuo como estratégia terapêutica inicial, considerando o perfil favorável de segurança e a cronicidade dos sintomas, associando intervenções estruturadas de higiene do sono — como regularização dos horários de se deitar e de despertar, redução do consumo vespertino de cafeína e adequação do ambiente de dormir — dentro de um plano de cuidado integral e longitudinal, com reavaliação clínica periódica da resposta terapêutica.

B) Prescrever benzodiazepínico de curta meia-vida em baixa dose noturna por período limitado, visando alívio mais rápido dos sintomas e recuperação funcional inicial, associado a educação em higiene do sono, investigação de fatores psicossociais relacionados ao adoecimento e acompanhamento longitudinal na APS, com planejamento posterior de retirada gradual do medicamento.

C) Iniciar antidepressivo com perfil sedativo, como trazodona ou amitriptilina em baixa dose, mesmo na ausência de transtorno depressivo maior, considerando possível benefício sobre a manutenção do sono, associando orientações de higiene do sono, avaliação dos contextos ocupacional e emocional e seguimento clínico contínuo, dentro de abordagem integral centrada na pessoa.

D) Priorizar intervenção não farmacológica estruturada, baseada em terapia cognitivo-comportamental para insônia, associada a medidas sistematizadas de higiene do sono — incluindo controle de estímulos, regularização do ritmo sono-vigília e manejo do consumo de cafeína —, reservando tratamento farmacológico como adjuvante temporário, preferencialmente com hipnótico não benzodiazepínico, tipo zolpidem, na menor dose eficaz e por curto período, integrado ao acompanhamento longitudinal e à reavaliação periódica do plano terapêutico.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 37 

Mulher de 67 anos de idade encontra-se em acompanhamento domiciliar pela equipe da Saúde da Família após alta hospitalar por fratura de colo de fêmur decorrente de queda da própria altura, tratada cirurgicamente. Refere

menopausa aos 50 anos, sedentarismo e tabagismo ativo. É hipertensa, em uso regular de hidroclorotiazida e losartana. Nega alergias ou contraindicações medicamentosas conhecidas e apresenta função renal preservada.

Qual é a terapia farmacológica de primeira linha mais adequada para redução do risco de novas fraturas nessa paciente?

A) Iniciar bisfosfonato oral como estratégia de primeira linha para prevenção secundária de fraturas osteoporóticas.

B) Iniciar terapia hormonal sistêmica com estrogênio, com o objetivo principal de reduzir o risco de novas fraturas.

C) Prescrever calcitonina por via intranasal como tratamento farmacológico isolado para prevenção secundária de fraturas osteoporóticas.

D) Instituir suplementação de cálcio e vitamina D e medidas não farmacológicas, sem introdução de medicação específica para redução da reabsorção óssea.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 38

Mulher de 45 anos de idade procura atendimento com MFC em UBS relatando ter percebido aumento de volume no pescoço após uma colega de trabalho ter sido recentemente diagnosticada com câncer de tireoide. Refere estar ansiosa e preocupada com a possibilidade de apresentar a mesma doença. Ao exame físico, observa-se nódulo palpável de aproximadamente 1 cm de diâmetro, localizado no lobo direito da tireoide, móvel à deglutição, indolor à palpação, sem sinais flogísticos locais. Não há linfonodomegalias cervicais palpáveis. A paciente nega disfagia, dispneia, rouquidão, perda de peso ou história prévia de radiação cervical.

Diante do caso apresentado, assinale a alternativa que descreve a avaliação inicial e a conduta mais adequadas na APS.

A) A identificação de hipertireoidismo no caso citado, baseada em exames laboratoriais, aumentaria a possibilidade de malignidade, levando à indicação de biópsia por punção aspirativa por agulha fina.

B) A aparência hipoecogênica do nódulo à ultrassonografia, em comparação com o parênquima da tireoide, tranquilizaria a profissional quanto à possibilidade de tratar-se de uma lesão benigna, excluindo a necessidade de investigação adicional.

C) Por se tratar de mulher na faixa etária entre 40 e 50 anos, haveria aumento da probabilidade de câncer de tireoide, o que justificaria a solicitação de investigação diagnóstica mais extensa pela MFC.

D) A classificação do nódulo como TIRADS 3 na ultrassonografia da tireoide, associada a níveis séricos de TSH e T4 livre dentro da faixa de normalidade na investigação do caso apresentado, indicaria orientação para acompanhamento expectante de lesão benigna.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 39

Uma mulher de 78 anos de idade, portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em estágio avançado (GOLD 4) e neoplasia pulmonar metastática, está em acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em modalidade de cuidados paliativos exclusivos. A paciente apresenta dispneia refratária em repouso, mesmo com uso otimizado de broncodilatadores, corticoide sistêmico e morfina regular (titulada para 10 mg a cada quatro horas por via subcutânea). Oximetria de pulso marca 86% em ar ambiente. A família encontra-se angustiada com o desconforto respiratório visível da paciente, que se mantém consciente, porém ansiosa e taquipneica. Não há desejo de transferência hospitalar expresso em diretivas antecipadas de vontade.

Considerando o manejo de sintomas refratários em cuidados paliativos domiciliares, qual é a estratégia farmacológica para o controle de sintomas refratários?

A) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro via intramuscular, visando tratar provável pneumonia aspirativa oculta.

B) Associar midazolam por via subcutânea, em dose baixa titulável, visando o controle do componente ansiogênico da dispneia.

C) Prescrever oxigenoterapia suplementar via cateter nasal a 5 L/min, objetivando manter a saturação de oxigênio acima de 92%.

D) Solicitar instalação de Ventilação Não Invasiva (VNI) no domicílio, visando reduzir o trabalho da musculatura acessória.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 40

Uma mulher cis, branca, de 30 anos de idade, agenda uma consulta na UBS Mandarin com a médica de família Sandra. É a primeira consulta com a

médica. A paciente diz que tem sentido, há dois meses, uma sensação esquisita no peito, como se o coração estivesse palpitando. Acompanhando esse coração mais acelerado, também sente um pouco de falta de ar. Ao ser perguntada, nega ter tido síncope ou pré-síncope. Quando a médica questiona se a paciente está sentindo as palpitações agora, ela nega.

Com relação ao caso clínico descrito, quanto a avaliação do quadro apresentado pela paciente, assinale a alternativa correta.

- A) Por ela não apresentar sintomas, não é obrigatório realizar, no exame físico, a medição da frequência cardíaca da paciente.
- B) Não há necessidade de solicitar o ECG de 12 derivações em repouso, visto que a paciente não apresenta sintomas no momento.
- C) Caso a paciente apresente episódios frequentes de palpitações, pode-se solicitar um Holter 24 horas, mesmo estando assintomática no momento da consulta.
- D) Por ser uma paciente jovem, pode-se solicitar o teste ergométrico, uma vez que a causa mais provável é uma arritmia ao exercício.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 41

Um médico da família vai atender pela primeira vez um homem de 50 anos de idade, cis, casado com uma mulher. O paciente tem vindo frequentemente ao acolhimento da UBS nos últimos dois meses, sempre por dor lombar, sendo atendido por médicos diferentes. A equipe então agenda uma consulta médica para conhecê-lo melhor. Durante todo o atendimento, o MFC demonstra interesse pela pessoa, faz contato visual, escuta atentamente, sem interrupções, suas frustrações com os atendimentos anteriores, valida seus sentimentos de desamparo e estabelece: "A partir de agora, você terá um médico de referência. Conte comigo sempre que precisar".

Qual componente do método clínico centrado na pessoa se vê no caso apresentado?

- A) Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.
- B) Entendendo a pessoa como um todo.
- C) Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.

D) Intensificando a relação entre a pessoa e o médico.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 42

Mulher trans de 40 anos de idade procura a UBS logo de manhã porque está com dor no flanco esquerdo, de início súbito, desde a madrugada de hoje. Diz que não há posição de alívio, que está sentindo bastante enjoo e apresentou um episódio de vômito. Fez uso de paracetamol 1 g, teve um alívio momentâneo, mas, quando voltou a sentir muita dor na região pélvica, decidiu vir à UBS.

Com relação ao manejo do caso apresentado, considerando se tratar de uma cólica renal por nefrolitíase, assinale a alternativa correta.

A) Deve-se utilizar um antiespasmódico (como a escopolamina), uma vez que esse fármaco é superior aos AINEs no controle da dor, pois age diretamente na musculatura lisa do ureter, acelerando a expulsão do cálculo.

B) Se a paciente apresentar febre ou sinais de sepse, a conduta imediata na UBS deve ser a antibioticoterapia intramuscular e o agendamento de ultrassonografia com urgência.

C) Como a paciente não apresenta critérios de complicações (como febre ou insuficiência renal), o manejo pode ser realizado na UBS com AINEs e antieméticos.

D) Nesse caso, é indicado para a paciente o início imediato de bloqueadores alfa-adrenérgicos (como a tansulosina) para garantir a analgesia e reduzir a necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 43

Criança de 4 anos de idade, sem comprovação vacinal prévia, é trazida à UBS com história de febre alta (39°C) iniciada há quatro dias, acompanhada de tosse seca intensa, coriza e hiperemia conjuntival com fotofobia. Hoje, a mãe notou o surgimento de manchas vermelhas que iniciaram atrás das orelhas e na linha do cabelo, progredindo para a face e o pescoço. Ao exame físico da cavidade oral, o médico visualiza pequenas lesões puntiformes brancas com halo eritematoso na mucosa jugal, na altura dos pré-molares.

Com base no quadro clínico clássico descrito, qual é o diagnóstico provável e a respectiva orientação correta quanto ao período de transmissibilidade para isolamento domiciliar?

- A) Sarampo; a transmissão ocorre de quatro a seis dias, antes do início do exantema, até quatro dias após seu surgimento.
- B) Rubéola; a transmissão ocorre de sete dias antes até sete dias após o início do exantema, devendo-se evitar contato com gestantes.
- C) Escarlatina; a transmissão cessa após 24 horas de antibioticoterapia adequada com penicilina benzatina.
- D) Exantema súbito; a transmissão ocorre apenas durante a fase febril, cessando assim que o exantema aparece.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 44

O médico de família e comunidade de uma UBS está escalado hoje para os atendimentos de demanda espontânea. A pessoa que aparece na fila de atendimento é uma mulher, 50 anos de idade, paciente com poucos atendimentos na UBS ("é que eu não gosto de vir ao médico"). O médico permite que ela fale livremente sobre a sua queixa, que é uma lesão na boca, há aproximadamente dois meses, que não dói. Percebeu esse machucado quando foi passar fio dental nos dentes.

O médico questiona ainda se a paciente está tendo dificuldade para comer e se emagreceu, o que ela nega. Quando questionada se é tabagista e etilista, a paciente diz que nunca bebeu nem fumou. Ao exame físico, o médico de família e comunidade logo nota uma placa esbranquiçada na gengiva labial inferior, à direita, de aproximadamente 3 cm. Ele tenta raspar a lesão, sem sucesso. Também não nota outras lesões similares nem linfonodomegalia.

Considerando o caso citado, quanto ao possível diagnóstico e seguimento do caso dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- A) Por se tratar de uma placa esbranquiçada que não é removível à raspagem, o diagnóstico mais provável é de uma candidíase pseudomembranosa, sendo indicado o tratamento empírico com nistatina antes de qualquer investigação invasiva.
- B) A principal hipótese diagnóstica é de leucoplasia oral. Por apresentar mais de 2 cm e estar localizada na gengiva, a conduta imediata do MFC deve ser a realização de uma biópsia incisional na UBS ou encaminhamento prioritário ao estomatologista/cirurgião bucomaxilofacial.

C) Deve-se questionar a paciente sobre lesões na região vulvar, uma vez que não se pode descartar a hipótese diagnóstica de líquen plano. O tratamento preconizado é com corticoide sistêmico por 14 dias.

D) Independente da aparência da lesão, a conduta padrão ouro para o rastreamento de câncer de orofaringe em pacientes assintomáticos acima de 50 anos de idade é a citologia esfoliativa anual, que deve ser coletada pelo MFC durante a consulta.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 45

Homem branco de 52 anos de idade apresenta rubor intenso unilateral na primeira articulação metatarsofalangiana direita, com início súbito e pico inflamatório em menos de 12 horas. Relata dois episódios semelhantes prévios. Na ausência de artrocentese, a médica opta por diagnóstico clínico de gota utilizando os critérios do American College of Rheumatology (ACR).

Considerando que o paciente já preenche cinco critérios clínicos, qual achado adicional permitiria atingir o mínimo necessário para o diagnóstico de gota, segundo o ACR?

- A) Relato de consumo excessivo de álcool nas 24 horas pré- crise.
- B) Dosagem de ácido úrico sérico maior do que 10 mg/dL.
- C) Cristais de pirofosfato de cálcio no líquido sinovial.
- D) História familiar de artrite reumatoide.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 46

Mulher parda de 22 anos de idade, com dez semanas de gravidez, procura o médico de família e comunidade queixando-se de desconforto abdominal leve. Ela traz um exame parasitológico de fezes que revelou uma carga moderada de ovos de *Ascaris lumbricoides*. Está preocupada com a sua saúde e a do feto.

De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), qual é a conduta terapêutica mais adequada?

- A) Iniciar albendazol imediatamente, por ser uma droga segura na gestação.
- B) Iniciar ivermectina imediatamente, por ser mais segura no primeiro trimestre.

- C) Aguardar até o segundo trimestre para iniciar albendazol ou mebendazol.
- D) Aguardar até o segundo trimestre para iniciar ivermectina ou pirantel.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 47

Mulher cis, 27 anos de idade, queixa-se de acne desde a adolescência, mesmo após a realização de diferentes tratamentos tópicos ao longo da vida. Conta que as lesões pioram logo antes e durante o período menstrual e que afetam sua autoestima e seu bem-estar. Deseja realizar tratamento oral, pois viu, em pesquisa na internet, que seria o tratamento mais eficaz. No momento, está em um relacionamento estável e monogâmico com um homem cis, sem uso de preservativo ou qualquer outro método anticoncepcional. Ao exame físico, observam-se lesões não inflamatórias e inflamatórias, com muitas lesões nodulares e pustulosas e algumas císticas, por toda a face e esparsamente distribuídas no tórax e no tronco.

Considerando o tratamento farmacológico da acne, assinale a alternativa correta.

- A) A isotretinoína oral, principal retinoide sistêmico para tratamento de acne moderada a grave, não poderá ser ofertada como possibilidade, por ser contraindicada para mulheres em idade fértil em todos os casos. O método de escolha neste caso, portanto, deve ser um antibiótico oral, como a doxiciclina, associado a peróxido de benzoíla tópico, com reavaliação em três meses.
- B) Por haver piora das lesões associada ao período menstrual, a melhor opção seria o tratamento hormonal com etinilestradiol e noretisterona, associada a um retinoide tópico como o adapaleno. O uso da isotretinoína oral está contraindicado em virtude da teratogenicidade e da margem de falha dos métodos contraceptivos, e o antibiótico oral deve ser prescrito apenas em último caso.
- C) A isotretinoína oral pode ser oferecida a mulheres em idade fértil, caso haja refratariedade a outros tratamentos de primeira linha, tópicos ou hormonais. Para tal, deve-se garantir o uso de dois métodos contraceptivos concomitantes, iniciados dois meses antes do início do tratamento e mantidos até dois meses após o seu fim, com a realização de testes de gravidez mensais.
- D) A isotretinoína oral, em combinação com um antibiótico oral, como a doxiciclina ou a tetraciclina, e um método hormonal como etinilestradiol + noretisterona, é o tratamento de escolha para o caso, devendo ser mantido por até seis a nove meses, a depender da resposta clínica. Deve-se realizar

teste sorológico de gravidez previamente, não havendo necessidade de repetição após o início do método contraceptivo.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 48

Criança de 1 ano e 2 meses de idade, há três dias, apresenta diarreia aquosa e vômitos. Ao exame físico, o médico de família observa que o paciente está inquieto e irritável, apresenta olhos encovados e demonstra sede intensa, bebendo avidamente o líquido oferecido. Ao testar o turgor cutâneo, a prega retorna de forma lenta.

De acordo com a classificação da OMS para doenças diarreicas e as recomendações de manejo, qual é o diagnóstico e a conduta terapêutica correta?

A) Desidratação leve a moderada; a criança deve ser liberada para tratamento domiciliar (plano A), com aumento da oferta de líquidos e manutenção da dieta.

B) Desidratação leve a moderada; a conduta indicada é a Terapia de Reidratação Oral (TRO) na unidade, com oferta de 50-100 mL/kg ao longo de 2-4 horas.

C) Desidratação leve a moderada; deve-se priorizar o uso de antieméticos e hidratação oral com sucos de frutas ou água pura para repor o déficit.

D) Desidratação grave (perda >10% do peso); deve-se iniciar imediatamente a reposição com cristalóide isotônico por via intravenosa ou intraóssea.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 49

Médica de família e comunidade atende, em Unidade Básica de Saúde, um biólogo de 32 anos, em tratamento com cloroquina devido a condição reumatológica preexistente. O homem procurou atendimento porque realizará uma expedição para a Amazônia, com previsão de duração de dez dias, e deseja ser orientado sobre quais medidas devem ser adotadas para evitar a infecção por malária.

Assinale a alternativa que corretamente apresenta a conduta mais apropriada para a médica no caso apresentado.

- A) Manter o uso regular de cloroquina como estratégia suficiente de quimioprofilaxia, associando orientações gerais de proteção contra picadas de mosquitos durante a viagem.
- B) Realizar aconselhamento pré-viagem com orientações de proteção individual contra vetores e prescrever quimioprofilaxia antimalárica na UBS, considerando o deslocamento para área endêmica.
- C) Realizar aconselhamento pré-viagem, orientar medidas de prevenção contra picadas de mosquitos e encaminhar o viajante para serviço de referência habilitado para avaliação individualizada quanto à indicação de quimioprofilaxia.
- D) Priorizar atualização do calendário vacinal e orientar busca por atendimento apenas se surgirem sintomas febris durante ou após a viagem, visto não haver medidas preventivas específicas indicadas previamente.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 50

Médico de família e comunidade assume uma vaga na Atenção Primária à Saúde (APS) de uma região rural. Ele atende uma vez por mês em um ponto de apoio para uma comunidade de agricultores onde o acesso se dá por estrada de terra.

Embora a comunidade seja pequena em número absoluto, ele observou que os exames do protocolo de diabetes estão desatualizados, e menos de 10% dos portadores dessa condição fizeram rastreio de retinopatia diabética no último ano.

O município não possui retinógrafo digital. O médico então se programa para realizar uma capacitação em oftalmoscopia e planeja um dia de mutirão de avaliação para as pessoas hipertensas e diabéticas que moram na vila.

A partir da análise apresentada, qual alternativa apresenta corretamente o princípio e o atributo da APS que serão fortalecidos com as ações do médico de família e comunidade?

- A) A atuação do MFC é influenciada pela comunidade; competência cultural.
- B) O MFC é um recurso de uma população definida; longitudinalidade.
- C) A relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do MFC; coordenação do cuidado.

D) O MFC é um clínico qualificado; acesso de primeiro contato.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 51

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) discute o caso de um paciente de 72 anos de idade que sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE) há 15 dias. O paciente recebeu alta hospitalar com sonda nasoenteral, apresenta hemiplegia à direita e afasia global. Reside apenas com a esposa de 65 anos, que possui osteoartrose severa nos joelhos e dificuldades para deambulação. O hospital de referência solicita a admissão do paciente no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/Melhor em Casa), na modalidade AD2, para reabilitação e manejo da dieta enteral.

Diante dos critérios de elegibilidade e organização da atenção domiciliar previstos na legislação vigente e na literatura de referência, qual fator representa o principal impedimento para a admissão imediata desse paciente no SAD?

A) A ausência de um cuidador apto a realizar os cuidados contínuos no domicílio nos intervalos das visitas da equipe.

B) A necessidade de reabilitação fisioterapêutica, que é de responsabilidade exclusiva dos Centros Especializados em Reabilitação (CER).

C) O uso de sonda nasoenteral, que exige monitoramento contínuo de enfermagem 24 horas, caracterizando internação hospitalar.

D) A idade do paciente, visto que o programa Melhor em Casa prioriza crianças e gestantes de alto risco.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 52

Uma mulher de 45 anos de idade é atendida na UBS devido ao aparecimento súbito de assimetria facial há 24 horas. Nega mal-estar geral, mialgia, febre, erupção cutânea, cefaleia e viagem recente. Ao exame físico, observa-se, na hemiface direita: apagamento do sulco nasolabial, desvio da rima labial para a esquerda, impossibilidade de fechar completamente a pálpebra e incapacidade de franzir a testa. A força muscular e a sensibilidade estão preservadas nos quatro membros. O restante do exame neurológico e a otoscopia não apresentam alterações.

Qual é o tratamento farmacológico indicado para todas as pessoas com o quadro clínico apresentado?

- A) Prednisolona.
- B) Aciclovir.
- C) Carbamazepina.
- D) Ibuprofeno.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 53

Um homem de 68 anos de idade, ex-tabagista (40 maços-ano), relata fadiga e perda involuntária de 8 kg (11% do peso corporal) em seis meses. Vive sozinho desde o falecimento da esposa (há oito meses) e relata baixa ingestão alimentar ("sem ânimo para cozinhar"), baseando sua dieta em pães e café. Ao exame: emagrecido, mucosas levemente hipocoradas, sem massas ou linfonodomegalias. Toque retal normal. Os exames laboratoriais iniciais revelam hemograma, eletrólitos, funções hepática e renal, TSH, albumina, glicemia e urina tipo I dentro dos limites da normalidade.

Qual das alternativas a seguir inclui exames complementares que deveriam fazer parte do próximo passo de investigação do caso?

- A) Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), Lactato Desidrogenase (LDH), antígeno prostático específico (PSA) e pesquisa de sangue oculto nas fezes.
- B) Antígeno carcinoembrionário (CEA), antígeno carboidrato 19-9 (CA 19-9) e antígeno prostático específico (PSA).
- C) Ressonância magnética de abdome e pelve.
- D) Colonoscopia e endoscopia digestiva alta.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 54

Durante uma visita domiciliar, uma puérpera negra relatou ao Médico de Família e Comunidade que sentiu que suas queixas de dor durante o trabalho de parto foram minimizadas pelos profissionais da maternidade local.

Qual conceito melhor explica a disparidade na qualidade do tratamento recebido por pessoas de grupos raciais ou étnicos nos serviços de saúde?

- A) Racismo institucional.

- B) Paternalismo médico.
- C) Estereótipo de gênero.
- D) Violência patrimonial.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 55

Um homem cis de 32 anos de idade procura uma Unidade Básica de Saúde para avaliação de início de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para HIV. Nunca usou PrEP antes. Relata relação sexual com homens, múltiplos parceiros nos últimos seis meses e uso irregular de preservativo. Nega uso atual de drogas injetáveis. Refere diagnóstico prévio de hepatite B crônica, em acompanhamento irregular. Em uso atual de carbamazepina por epilepsia, que está controlada. Assintomático no momento da consulta. Peso atual de 65 kg. Traz exames realizados há dez dias:

- Teste rápido para HIV: não reagente.
- Teste rápido para sífilis: não reagente.
- Creatinina sérica: 1,8 mg/dL (ClCr: 54,17 mL/min).
- HBsAg: reagente.
- Anti-HBs: não reagente.
- ALT: 68 U/L (leve elevação).

Considerando as diretrizes nacionais e as evidências atuais, qual é a conduta mais adequada com relação à prescrição de PrEP neste caso?

A) Iniciar imediatamente PrEP oral diária com tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC), pois o paciente apresenta indicação clínica inequívoca para profilaxia, e a hepatite B crônica constitui benefício adicional ao uso do tenofovir; a leve redução do *clearance* de creatinina e a elevação discreta de ALT não configuram impedimento para início da estratégia, devendo apenas ser realizado monitoramento laboratorial trimestral.

B) Postergar o início da PrEP devido à depuração de creatinina inferior a 60 mL/min, contraindicação ao uso de TDF/FTC, realizando a investigação e o manejo da disfunção renal e reavaliando elegibilidade posteriormente. A infecção crônica pelo HBV não contraindica PrEP diária, porém exige encaminhamento

para avaliação especializada e orientação formal quanto ao risco de exacerbação hepática caso a profilaxia seja interrompida sem acompanhamento médico.

C) Prescrever PrEP sob demanda (esquema 2-1-1), estratégia preferível neste caso por reduzir exposição cumulativa ao tenofovir em indivíduo com disfunção renal leve e hepatite B crônica, mantendo eficácia preventiva equivalente ao regime diário em homens que fazem sexo com homens, independentemente de comorbidades hepáticas.

D) Contraindicar o uso de PrEP para esse paciente devido à hepatite B crônica associada à elevação de transaminases e ao uso concomitante de carbamazepina, uma vez que o risco de hepatotoxicidade e interação medicamentosa supera o benefício preventivo, devendo ser indicada exclusivamente prevenção combinada não farmacológica até a resolução das alterações hepáticas.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 56

Uma pessoa de 82 anos de idade, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e fibrilação atrial crônica, comparece à UBS para consulta de rotina. Atualmente, faz uso de varfarina (com RNI estável), hidroclorotiazida e enalapril. A pessoa é independente para atividades de vida diária e não apresenta queixas cognitivas. Durante a revisão da farmacoterapia, o Médico de Família e Comunidade (MFC) observa que a pressão arterial é de 132x82 mmHg. A pessoa questiona se deve intensificar o tratamento para evitar um novo "derrame", pois leu que a pressão ideal deve ser "12 por 8".

Considerando as evidências de prevenção quaternária e as metas terapêuticas para essa faixa etária, qual é a conduta mais adequada?

A) Adicionar um terceiro anti-hipertensivo para atingir a meta de 120x80 mmHg, visando reduzir o risco absoluto de AVC.

B) Manter a conduta atual, priorizando a estabilidade funcional e evitando o risco de quedas e síncope associado à hipotensão iatrogênica.

C) Solicitar uma angiotomografia de carótidas para rastreamento de estenoses subclínicas antes de ajustar a medicação.

D) Substituir a varfarina por um novo anticoagulante oral (DOAC) para garantir maior proteção contra eventos isquêmicos, independentemente do custo.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 57

Uma pessoa de 68 anos de idade procura a UBS queixando-se de dor intensa, em queimação, na região torácica esquerda, que se iniciou há 48 horas. Refere que a dor precede o aparecimento de pequenas bolhas agrupadas sobre uma base eritematosa, que seguem uma trajetória linear do dorso até a região esternal, respeitando a linha média. O exame físico confirma a presença de vesículas e crostas no dermatomo T4. A pessoa é diabética e faz uso de metformina.

Qual é a conduta inicial mais adequada para esse caso, considerando o tempo de evolução e o perfil da pessoa?

- A) Prescrever aciclovir oral e orientar analgesia escalonada, visando reduzir a duração dos sintomas e o risco de neuralgia pós-herpética.
- B) Iniciar corticoterapia sistêmica isolada para reduzir a inflamação neural, dispensando o uso de antivirais após o aparecimento das crostas.
- C) Realizar coleta de material das vesículas para cultura viral antes de iniciar qualquer terapia, visando confirmar a etiologia.
- D) Prescrever antibioticoterapia tópica com neomicina para prevenir a infecção secundária (piodermite), sem necessidade de terapia antiviral.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 58

Uma pessoa de 34 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde, relatando, há cerca de dois meses, humor deprimido na maior parte dos dias, perda de interesse pelas atividades habituais e aumento do sono, chegando a dormir cerca de 12 horas por dia. Refere também redução de energia e dificuldade de concentração, com impacto no desempenho profissional. Nega ideação suicida no momento e não faz uso de álcool ou outras substâncias. Ao ser questionada sobre episódios prévios, relata que, há cerca de um ano, após um término afetivo, apresentou um período de aproximadamente dez dias em que se sentia com muita energia, dormia poucas horas por noite sem se sentir cansada e falava mais do que o habitual. Nesse período, teve aumento importante da produtividade no trabalho, mas também passou a perceber, em alguns momentos, que colegas comentavam negativamente sobre seu desempenho, sem confirmação clara. Refere ainda que realizou gastos que posteriormente considerou excessivos. Na ocasião, não procurou atendimento de saúde. Informa histórico familiar de esquizofrenia na mãe. Solicita a

prescrição de antidepressivo, pois teme perder o emprego devido à baixa produtividade.

Considerando o raciocínio clínico na atenção primária à saúde, qual é a conduta inicial mais adequada?

A) Atender à expectativa da pessoa e prescrever um Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS), monitorando os riscos nas primeiras quatro semanas.

B) Iniciar um estabilizador de humor ou antipsicótico atípico e realizar psicoeducação sobre a ciclicidade do transtorno.

C) Solicitar exames laboratoriais e adotar a demora permitida por duas semanas antes de iniciar qualquer psicofármaco, visando descartar causas orgânicas primárias.

D) Referenciar a pessoa ao psiquiatra (nível secundário) para confirmação diagnóstica, dado o histórico familiar.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 59

Uma pessoa de 54 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2 (HbA1c recente de 7,2%), procura a UBS devido a uma lesão nodular intensamente dolorosa na região glútea esquerda, com seis dias de evolução. Ao exame, o Médico de Família e Comunidade (MFC) identifica uma massa eritematosa, quente, com 5 cm de diâmetro e flutuação central nítida. A pessoa está afebril, eupneica e sem sinais de toxemia. Durante a elaboração do plano conjunto de manejo, o MFC decide pela drenagem cirúrgica imediata.

Considerando a fisiopatologia local e as diretrizes de técnica cirúrgica ambulatorial, qual estratégia garante a melhor eficácia anestésica e reduz o risco de recidiva?

A) Injetar lidocaína com vasoconstritor diretamente na cavidade do abscesso, aproveitando a pressão hidrostática para dissecar as paredes internas antes da incisão.

B) Realizar infiltração anestésica na derme íntegra ao redor da lesão e, após a incisão, proceder à exploração instrumental com pinça de ponta romba para romper septações e lóculos internos.

- C) Prescrever antibioticoterapia sistêmica por 48 horas antes do procedimento para reduzir o halo inflamatório e o edema, permitindo uma incisão menor e cicatrização por primeira intenção.
- D) Optar pela aspiração por agulha fina para reduzir a carga bacteriana, seguida de curativo compressivo, visando evitar a manipulação de tecidos em pessoas com comorbidades metabólicas.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 60

Mulher cis, negra, 57 anos de idade, com diagnóstico de DM 2 há um ano, com HbA1c de 8,1%. Realizou tratamento por nove meses com metformina associado a Modificação de Estilo de Vida (MEV). Chega hoje para consulta apresentando a seguinte avaliação clínica: HbA1c: 7,7%; boa adesão à MEV; intolerância gastrointestinal (apesar do uso correto de estratégias de aumento de dose e de liberação modificada); risco cardiovascular calculado: Qrisk 3 - 11,2%.

Qual é a conduta mais adequada da(o) médica(o) de família diante do caso apresentado?

- A) Introdução de inibidor de DPP-4 ou pioglitazona ou sulfonilureia, sem a retirada da metformina.
- B) Troca da metformina por um inibidor de DPP-4 ou pioglitazona ou sulfonilureia.
- C) Introdução de um inibidor de SGLT2, sem a retirada de metformina.
- D) Troca da metformina por um inibidor de SGLT2.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 61

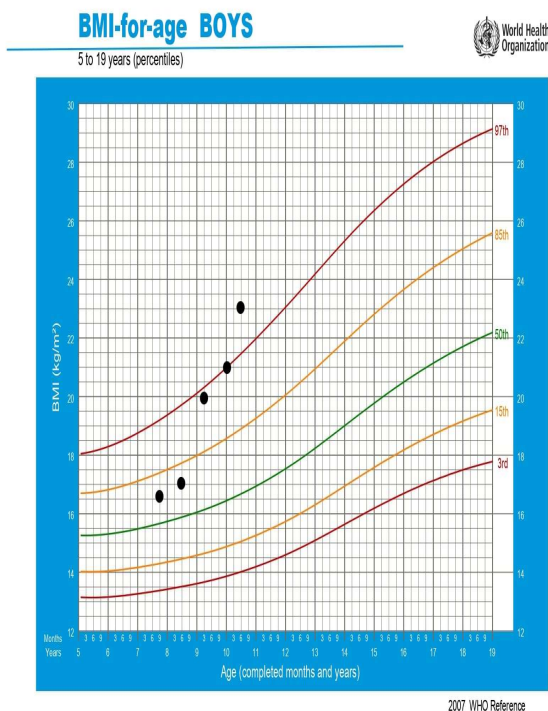
Mulher de 62 anos de idade, ex-tabagista, apresenta história de infarto prévio. Nos últimos meses, relata fadiga crônica e evolução de dispneia progressiva (há dois meses) que apresenta piora significativa em decúbito dorsal (ortopneia).

Assinale a alternativa que relaciona corretamente dados de exame físico ou exames complementares ao diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), diferenciando-a de outras patologias.

- A) Presença de ritmo de galope por terceira bulha e radiografia de tórax com redistribuição de fluxo venoso para os ápices.
- B) Estertores crepitantes finos bilaterais tipos "velcro" e espirometria revelando padrão restritivo, sem turgência jugular.
- C) Sibilância difusa à ausculta e Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) reduzido com melhora após broncodilatador.
- D) *Ictus cordis* visível no quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular e ausência de turgência jugular.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 62

Criança do sexo masculino de 10 anos de idade apresenta ganho ponderal acentuado desde os 8 anos. Gosta de jogar futebol com os amigos, mas restringe-se à posição de goleiro por limitações físicas ao correr; em casa, o lazer é predominantemente sedentário (*videogames*). A mãe relata que o filho possui apetite aumentado, sem seletividade, consumindo grandes quantidades de alimentos, incluindo produtos ultraprocessados. O IMC dele é 23,3 kg/m², e a imagem que mostra a curva de crescimento do IMC segue conforme abaixo.



Histórico familiar: pai com IMC 40 kg/m², mãe com IMC 28 kg/m² e irmã de 15 anos de idade com IMC 25 kg/m². No atendimento a uma criança com excesso de peso, a comunicação entre o médico, a criança e seus cuidadores é determinante para a adesão terapêutica.

Com base nas diretrizes de comunicação e manejo comportamental, assinale a abordagem inicial correta.

A) Utilizar a técnica de entrevista motivacional para estabelecer metas rígidas e padronizadas, lideradas pelo médico, focando a comunicação na criança e reforçando a necessidade clínica de perda ponderal rápida.

B) Adotar uma linguagem que priorize a obesidade e focar o manejo comportamental em dietas restritivas individuais, orientando os familiares com peso normal a participarem das mudanças alimentares para evitar o desenvolvimento de transtornos por compulsão na criança.

C) Aplicar a entrevista motivacional fundamentada na tomada de decisão compartilhada e nas motivações da própria família, utilizando linguagem que evite estigmas e envolvendo o núcleo familiar como modelo para identificar gatilhos (como tédio e stresse) e consolidar novos hábitos de vida.

D) Estabelecer um plano de automonitoramento com foco em recompensas por metas de peso atingidas, tratando a criança de forma isolada por meio de uma abordagem diretiva da equipe multiprofissional, visando mitigar os impactos psicossociais do *bullying*.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 63

Homem, 65 anos de idade, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) relatando que, há três meses, apresenta dificuldade persistente para iniciar o sono, acorda entre as 3h e as 4h da madrugada, não conseguindo dormir novamente, o que o deixa extremamente fatigado durante o dia. Além disso, descreve episódios de agitação, irritabilidade e nervosismo. Seguindo um antigo costume familiar, o paciente revela que tenta tratar esses sintomas fazendo uso diário de um chá de algumas plantas que tem em casa. Durante a consulta, a médica adota uma postura empática, revê medicações (losartana, hidroclorotiazida, varfarina e sertralina) e esclarece que o uso de plantas medicinais pode ser uma opção segura e eficaz para o seu quadro.

Assinale a alternativa que possui o fitoterápico mais indicado para esse paciente.

A) O *Hypericum perforatum* ou erva-de-são-joão é o fitoterápico mais indicado, já que não tem interações com as medicações em uso e tem efetividade para indução do sono e agitação. A dose é de no máximo 300 mg de extrato seco padronizado, três vezes ao dia.

B) A *Valeriana officinalis* é o fitoterápico mais indicado, pois atua tanto na insônia quanto na agitação, apresenta menor potencial de dependência e preserva a fase REM do sono, apesar de poder causar agitação paradoxal. A dose recomendada é de no máximo 1.200 mg por dia, dividida em 2 a 3 tomadas.

C) A *Melissa officinalis* ou capim-cidreira é a mais indicada, já que não tem interações com as medicações em uso e tem efetividade principalmente para indução do sono, porém deve-se ter precaução pelo seu poder de antagonizar medicamentos antidepressivos. A dose recomendada é de 1 colher de sobremesa de folhas para 1 xícara de chá de 1 a 3 vezes ao dia.

D) A *Chamomilla recutita* L. ou camomila é o fitoterápico mais indicado, pois atua principalmente como um calmante potente, agindo conseqüentemente no sono, porém pode ter um efeito emético, ou seja, pode provocar vômitos. A posologia recomendada é de 1 colher de sobremesa de flores, administrada de 3 a 4 vezes ao dia.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 64

Mulher cisgênero de 37 anos de idade, G2P2, procura sua MFC solicitando implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) como método contraceptivo. Refere ciclos menstruais irregulares, IMC de 31 kg/m² e enxaqueca desde a adolescência, sem aura. Nega tabagismo. Seu antecedente pessoal de maior relevância inclui diagnóstico de carcinoma ductal invasivo de mama há 2 anos, tratado com cirurgia conservadora, quimioterapia e radioterapia. Encontra-se em seguimento oncológico, sem evidência de doença ativa, em uso contínuo de tamoxifeno. Exames laboratoriais recentes sem alterações.

Com base nas recomendações atuais sobre contraceptivos, assinale a alternativa correta quanto à indicação do Implanon® nesse caso.

A) O implante subdérmico de etonogestrel pode ser utilizado, por se tratar de método exclusivamente progestagênico.

B) O implante subdérmico de etonogestrel é contraindicado apenas em casos de câncer de mama ativo.

C) A principal contraindicação ao implante subdérmico de etonogestrel neste caso é a associação entre obesidade e enxaqueca, sendo preferível método combinado com estrogênio.

D) O implante subdérmico de etonogestrel é contraindicado, pois história pessoal de câncer de mama hormônio-sensível constitui contraindicação absoluta aos métodos hormonais.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 65

Mulher cis de 28 anos de idade, G1P1, sexualmente ativa, procura a UBS para orientação contraceptiva. Encontra-se em amamentação há 7 meses, permanecendo ainda em amenorreia. Nega sintomas geniturinários, não apresenta sinais clínicos de infecção genital, e não há suspeita de gravidez. Relata desejo de evitar nova gestação pelos próximos anos e manifesta interesse pela inserção de um Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre após aconselhamento.

Considerando as diretrizes atuais, quanto às indicações e ao manejo para inserção do DIU nesse caso, assinale a alternativa correta.

A) A paciente é candidata ao DIU de cobre, que pode ser inserido durante a amamentação e na ausência de menstruação, desde que a gravidez seja excluída e não haja contraindicações clínicas ou anatômicas.

B) A inserção do DIU de cobre em mulheres em amenorreia pós-parto é possível, porém recomenda-se aguardar pelo menos 12 meses após o parto para reduzir o risco de perfuração uterina associada à lactação.

C) Embora o DIU de cobre possa ser utilizado durante a amamentação, a ausência de menstruação exige a realização obrigatória de ultrassonografia prévia para confirmação da integridade da cavidade uterina antes da inserção.

D) A inserção do DIU de cobre em mulheres em amamentação deve ser evitada no pós-parto tardio, devido ao aumento do risco de doença inflamatória pélvica, mesmo na ausência de sinais clínicos de infecção.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 66

Uma mulher cisgênero de 35 anos de idade procura a UBS para consulta de rotina. Está assintomática, não apresenta doenças crônicas e não faz uso contínuo de medicamentos. Durante a anamnese, relata que iniciou atividade

sexual aos 19 anos e que, desde então, manteve relações sexuais exclusivamente com mulheres, não tendo como prática habitual a penetração vaginal. Ao revisar o prontuário, o médico identifica que a paciente recebeu esquema completo de vacinação contra o HPV, não possui histórico de infecções sexualmente transmissíveis nem de alterações prévias em exames citopatológicos do colo do útero. O último exame citopatológico foi realizado há 4 anos.

Diante desse contexto, considerando o citopatológico como o exame disponível, qual é a conduta mais adequada em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero para essa paciente?

- A) Indicar alta do rastreamento, já que a paciente é vacinada para HPV e não tem sexo insertivo como prática.
- B) Indicar nova coleta nesta consulta e programar coletas anuais, já que a paciente apresenta alto risco para lesões precursoras.
- C) Seguir a rotina de rastreamento para todas as pessoas com útero/vagina e indicar nova coleta nesta consulta.
- D) Seguir a rotina de rastreamento para todas as pessoas com útero/vagina e indicar nova coleta em um ano.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 67

Lactente de 6 meses de idade comparece à consulta de rotina acompanhado dos pais. Desde o primeiro mês de vida, apresenta episódios frequentes de regurgitação e vômitos, em média de cinco a seis vezes ao dia, de forma contínua. Essa situação tem gerado ansiedade e preocupação nos pais, já que o quadro não melhora. A mãe retornou há dois meses ao trabalho, ocasião em que a criança passou a receber fórmula infantil e iniciou alimentação complementar, mantendo o aleitamento materno antes da saída da mãe para o trabalho e no período noturno. A avó materna, responsável pelos cuidados durante o dia, tem manifestado preocupação crescente, afirmando que “não pode ser normal” a persistência das regurgitações e dos vômitos. A criança não apresenta antecedentes relevantes. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com crescimento ponderoestatural e desenvolvimento neuropsicomotor adequados para a idade.

Com base no caso apresentado, sobre o manejo dos sintomas gastroesofágicos, assinale a alternativa correta.

- A) Prescrever um procinético, como metoclopramida ou domperidona, é uma conduta adequada, pois pode reduzir os episódios de regurgitação e vômitos e contribuir para a tranquilização dos pais.
- B) Substituir a fórmula infantil em uso por uma fórmula vegetal, extensamente hidrolisada ou à base de aminoácidos, considerando a hipótese diagnóstica de alergia à proteína do leite de vaca.
- C) Prescrever um inibidor da bomba de prótons, como omeprazol, por um período de duas a quatro semanas, e reavaliar, considerando a persistência e a frequência dos sintomas, compatíveis com DRGE.
- D) Reforçar que se trata de refluxo gastroesofágico fisiológico do lactente, orientar que o quadro tende a melhorar espontaneamente até o final do primeiro ano de vida e esclarecer sinais de alerta que indicariam reavaliação.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 68

Mulher, 56 anos de idade, aposentada, mora sozinha desde o falecimento da mãe, há um ano, após ter exercido o papel de cuidadora exclusiva durante cinco anos, em decorrência de demência avançada. É portadora de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* tipo 2, com controle clínico adequado e boa adesão ao tratamento medicamentoso. Faz uso crônico de benzodiazepínico. Nos últimos 12 meses, realizou 18 consultas na Unidade Básica de Saúde, geralmente por queixas inespecíficas, como fadiga, dores difusas, tonturas e sensação persistente de mal-estar. Exames complementares realizados não evidenciaram alterações clínicas relevantes. Mantém independência funcional e nega humor deprimido persistente ou anedonia. A equipe observa baixo nível de atividade física e pouca participação social. A paciente demonstra preferência por se consultar sempre com o(a) mesmo(a) médico(a) e frequentemente verbaliza sentimentos de solidão. Parte da equipe manifesta preocupação com a elevada frequência de consultas e sugere limitar os atendimentos devido à alta demanda assistencial.

Considerando o manejo de pessoas que se consultam frequentemente e apresentam sintomas persistentes de difícil caracterização na Atenção Primária à Saúde, qual é a conduta mais adequada?

- A) Validar o sofrimento relatado, mesmo na ausência de explicação biomédica definida, explicar que os exames normais afastam doença orgânica e orientar que novos retornos ocorram diante da piora dos sintomas ou de sinais de alarme.

B) Validar o sofrimento relatado, mesmo na ausência de explicação biomédica definida, ampliar a investigação diagnóstica para descartar causas clínicas menos prevalentes e considerar encaminhamento para outras especialidades, para reduzir a incerteza diagnóstica.

C) Validar o sofrimento relatado, mesmo na ausência de explicação biomédica definida, assegurar acompanhamento longitudinal com agenda programada e construir um plano de cuidado com intervenções graduais fundamentadas na compreensão do contexto de vida da paciente.

D) Validar o sofrimento relatado, mesmo na ausência de explicação biomédica definida, tranquilizar sobre os sintomas, já que não há sinais de alerta, e propor intervenções centradas em mudanças comportamentais para reduzir a dependência da equipe.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 69

Mulher de 45 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por zumbido bilateral e dificuldade para compreender conversas em ambientes com ruído há cerca de 10 meses. Familiares notaram que ela tem falado mais alto nos últimos meses. Trabalha há 16 anos em metalúrgica, em setor com ruído intenso. Apesar disso, gosta do emprego. Nunca usou protetor auricular. Nega vertigem, otalgia, otorreia e sintomas gripais recentes. Otoscopia sem alterações.

Considerando manutenção da saúde e prevenção de doença no contexto de saúde ocupacional, qual é a melhor conduta inicial na APS?

A) Solicitar avaliação audiológica, notificação compulsória de agravo relacionado ao trabalho e carta à empresa sobre uso de EPI.

B) Orientar afastamento definitivo de exposição ao ruído e abertura de processo de aposentadoria por incapacidade, pois a PAIR é progressiva mesmo após cessar a exposição.

C) Notificar agravo relacionado ao trabalho e encaminhar para avaliação no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para definição de conduta e acompanhamento.

D) Solicitar exame de imagem para investigação de causas centrais, devido à presença de zumbido crônico.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 70

Mulher negra de 38 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por dor lombar há 4 semanas, com piora progressiva. Conta que já procurou atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), mas recebeu analgésicos e teve pouca melhora. Está afastada do trabalho informal há 3 semanas por limitação funcional. Refere que tem adiado retornos por experiências anteriores em que se sentiu desacreditada e tratada com grosseria. Nega febre, perda de peso, história de trauma ou *deficit* neurológico. Ao exame físico, há pontos-gatilho na musculatura paravertebral, sem sinais neurológicos focais.

Considerando o cuidado na APS e os princípios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, qual é a conduta mais adequada?

- A) Solicitar exames de imagem para evitar novo atraso diagnóstico, pois pessoas negras têm maior risco de lombalgia grave.
- B) Validar a experiência de sofrimento, investigar barreiras de acesso e pactuar plano de cuidado com seguimento, reconhecendo o impacto do racismo institucional no cuidado.
- C) Explicar que a lombalgia crônica é multifatorial e orientar atividade física, evitando discutir experiências de discriminação para não reforçar vitimização.
- D) Compartilhar cuidado com nível secundário devido a dor crônica refratária à analgesia.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 71

Criança de 7 anos de idade é trazida à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela avó por crises recorrentes de “chiado no peito” há seis meses, com piora nas últimas três semanas. Teve dois atendimentos em pronto atendimento no último mês, com melhora após nebulizações. A família é migrante recente e tem dificuldade com o português. Moram em casa com umidade e mofo. A mãe trabalha em dois empregos e tem dificuldade de vir à UBS. A avó relata que a mãe tem receio de usar “bombinha” por medo de “viciar” e tem utilizado uma garrafada, orientada por uma benzedeira da comunidade. A escola informou faltas frequentes e mencionou possibilidade de acionar o Conselho Tutelar se não houver melhora da frequência. No exame, a criança está eupneica, SpO₂ de 97% em ar ambiente, com sibilos expiratórios discretos.

Considerando a competência cultural aplicada ao caso e a coordenação do cuidado na APS, qual é a melhor conduta inicial?

- A) Organizar retorno em curto prazo com a mãe, registrar plano terapêutico para asma; contatar a escola após confirmar adesão ao tratamento e resposta clínica.
- B) Garantir mediação linguística adequada na próxima consulta, explorar modelo explicativo da família sobre o tratamento, pactuar início de terapia inalatória com verificação de técnica e articular resposta conjunta com a escola.
- C) Priorizar a investigação de fatores ambientais domiciliares e orientar medidas de controle de gatilhos; iniciar tratamento inalatório se houver recorrência de crise, mantendo acompanhamento.
- D) Emitir relatório para a escola, descrevendo o diagnóstico de asma e recomendando redução de atividades físicas, evitando nesse momento discutir sobre a garrafada para melhorar adesão terapêutica.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 72

Um MFC atende uma mulher cis, preta, de 65 anos de idade, na UBS. “Minhas pernas cansam muito, é só eu andar um pouco que começam a cansar, doer e logo tenho que parar”. Ela conta que nos últimos cinco meses, após andar de cinco a seis minutos no plano, as pernas doem, ela tem que parar por cerca de dez minutos e logo volta a andar. Continua fazendo suas tarefas em casa e também indo ao mercado sozinha. Ela tem expectativa de um remédio ou vitamina que melhore as pernas. Ao exame físico, pulsos pediosos diminuídos bilateralmente. A paciente é ex-tabagista, com carga de 30 maços/ano, e hipertensa. A pressão arterial na consulta é de 148 x 94mmHg. Faz uso contínuo de hidroclorotiazida.

Com relação à conduta, assinale a alternativa correta.

- A) A paciente deve ser encaminhada para o pronto-socorro, para exames e avaliação em contexto de emergência.
- B) A terapia antiagregante plaquetária com aspirina ou clopidogrel está indicada nesse caso.
- C) Atividade física é contraindicada porque pode desencadear eventos isquêmicos agudos nesses casos.

D) O controle agressivo de fatores de risco traz poucos benefícios para essa paciente.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 73

Vários meses após uma pessoa de 68 anos de idade mudar-se para a área de abrangência da unidade básica de saúde, já se realizaram todos os exames complementares e as interconsultas necessárias para sanar as dúvidas da primeira consulta. A pessoa tem demência vascular, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia de longa data e antecedentes de um episódio depressivo maior e de estenose de carótida; sem outras comorbidades dignas de nota. Está em uso de rivastigmina desde quando o declínio cognitivo chamou a atenção do(a) médico(a) anterior; ácido acetilsalicílico e atorvastatina desde o diagnóstico da estenose carotídea; citalopram desde pouco antes da rivastigmina; losartana e anlodipino de longa data; e já fez endarterectomia da carótida. Atualmente, mantém dependência leve a moderada para atividades instrumentais de vida diária, por vezes com agitação quando fica sem a medicação; pressão arterial e lipidograma dentro da meta.

Qual dos seguintes medicamentos é o melhor candidato para desprescrição?

- A) Ácido acetilsalicílico.
- B) Anlodipino.
- C) Citalopram.
- D) Rivastigmina.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 74

Um homem com 45 anos de idade tem diagnóstico novo de hipertensão arterial sistêmica, sem lesão de órgãos-alvo.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão de 2025, a forma mais recomendada para estratificar o risco cardiovascular dessa pessoa é:

- A) avaliando a adesão ao tratamento de forma centrada na pessoa.
- B) utilizando o escore de risco global de Framingham.
- C) utilizando o escore PREVENT para doenças ateroscleróticas.

D) pela intersecção entre o número de fatores de risco e o estágio da hipertensão.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 75

Uma pessoa na meia-idade vem à consulta para conferir o resultado dos exames de rotina, e a pesquisa de sangue oculto nas fezes veio positiva. A anamnese e o exame físico apropriados não encontraram indício de origem ou causa do sangramento.

O melhor exame complementar a ser pedido neste momento é:

- A) uma repetição da pesquisa de sangue oculto.
- B) uma ultrassonografia.
- C) uma endoscopia digestiva alta.
- D) uma colonoscopia.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 76

Uma mulher com 52 anos de idade vem à consulta com seu(sua) médico(a) de família(a) para descobrir a causa de uma tosse com início há três meses. A tosse é seca e associada a prurido faríngeo, mas sem dispnéia ou outros sintomas. A tosse não é particularmente intensa, e a paciente tinha optado por não procurar atenção médica, até um parente receber o diagnóstico de pneumonia. A paciente começou a usar enalapril neste ano para hipertensão arterial, mas isso foi três semanas antes do início da tosse, e ela não tinha tosse na consulta de revisão da pressão arterial, duas semanas após o ajuste da medicação. A anamnese e o exame físico não encontraram outras alterações dignas de nota, e o Teste Rápido Molecular (TRM) foi negativo.

Com relação ao plano terapêutico, assinale a alternativa correta.

- A) Prescrever anti-histamínico e descongestionante por duas semanas.
- B) Prescrever losartana, substituindo o enalapril, e reavaliar em três semanas.
- C) Prescrever amoxicilina com clavulanato por cinco dias.
- D) Prescrever inibidor de bomba de prótons por oito semanas.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 77

Você é chamado pela enfermeira de sua equipe para avaliar um homem cis, pardo, de 38 anos de idade, que está no acolhimento da unidade. O paciente se queixa de tremor, enjoo e insônia há um dia. Ele não frequenta a UBS, nega ter hipertensão ou diabetes. É tabagista, fuma dez cigarros por dia, e bebe “duas ou três doses” todos os dias. Nega uso de outras drogas. O médico aplica a escala *Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT* com pontuação de 26. Por conta do álcool, já perdeu trabalhos, brigou com alguns membros de sua família e já se envolveu em brigas físicas. O paciente está tentando parar de beber, e sua última dose de bebida foi há 24 horas. Ele mora sozinho em uma quitinete atualmente e está desempregado. Sua irmã mora próximo; no entanto, agora eles não estão muito próximos porque ela sempre insistia para ele beber menos, oferecia ajuda, e isso levou a muitas brigas, porém ele sabe que podia contar com ela. Nunca tentou parar de beber antes porque achava que não era um problema, mas começou a ver muitos prejuízos na bebida.

O paciente quer parar de beber e quer começar algum tratamento.

Qual a conduta mais adequada neste caso?

A) Devemos iniciar diazepam via oral 10 mg 6/6 horas no primeiro dia, reduzindo para 10 mg 8/8 horas no segundo e no terceiro dia, com planos de parar no quinto ou no sexto dia, mantendo retornos breves, ácido fólico via oral e tiamina, preferencialmente intravenosa ou intramuscular.

B) O paciente pode ter ansiedade junto com o uso de bebida alcoólica; deve-se iniciar inibidores seletivos de recaptura de serotonina, como sertralina 50 mg, uma vez ao dia, por 30 dias, aumentando a dose posteriormente, além da tiamina intravenosa ou intramuscular e retornos breves em 24-48 horas.

C) O primeiro passo para o tratamento é avaliar os estágios de mudança e fazer entrevista motivacional com elementos da terapia cognitivo-comportamental para identificar situações ou emoções que levam ao uso de álcool. Isso pode ser feito semanalmente e reavaliar uso de medicação após.

D) O tratamento para uso de álcool deve ser feito preferencialmente no CAPS AD da região ou em ambiente de pronto-socorro com psiquiatra, com discussão e comunicação com a equipe de saúde da família, que deve focar principalmente nas comorbidades clínicas.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 78

Um médico atende uma mulher branca, cis, de 62 anos de idade, na UBS. Ela tem diabetes tipo 2, e sua última hemoglobina glicada é de 8,1%. Ela usa metformina 850 mg 8/8 horas e gliclazida 60 mg dois comprimidos pela manhã. Já é bem aderente a grupos de atividade física da UBS e também a consultas com a nutricionista.

O médico pensa em como melhorar o controle do diabetes dela e lembra de um artigo que apresentava um novo remédio, Glucomin®. Era um ensaio randomizado duplo-cego, de um estudo em que era comparado o Glucomin® com a metformina, contra a metformina e um placebo. O desfecho foi a melhora da hemoglobina glicada em 1 ano.

Cada grupo tinha 200 pacientes. No grupo que usou Glucomin®, 50% dos pacientes tiveram a melhora da glicada, e, no grupo com placebo, só 45% dos pacientes tiveram melhora de glicada. O estudo conclui que o novo medicamento melhora em 10% o controle do diabetes. O resultado era “risco relativo de 0,90 (intervalo de confiança de 95% 0,75 a 1,09)”.

O Glucomin® ainda não está disponível no SUS, e a paciente fala que talvez seja pesado para ela comprar, mas que ela faria este esforço.

Sobre a interpretação e a aplicação deste estudo na prática clínica, podemos afirmar que:

A) um risco relativo de 0,9 mostra que o novo medicamento é menos eficaz que o anterior, portanto não deveria ser usado.

B) a escolha do desfecho de hemoglobina glicada é relevante, pois esse é o principal objetivo ao tratar diabetes.

C) devemos sempre prescrever os melhores medicamentos para os pacientes, como forma de advocacia e de pressionar a adoção de novas tecnologias pelo sistema público.

D) o intervalo de confiança largo mostra que temos pouca certeza sobre o resultado real desse medicamento, apesar de a medida pontual apontar um benefício pequeno.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 79

Um homem de 54 anos de idade entra no seu consultório. Ele quer ver resultados de exames pedidos por conta de dor na região do períneo há 4 meses. Os exames mostram sorologias negativas para Infecções Sexualmente Transmissíveis, assim como um exame de Urina 1 e urocultura negativos. Ele já tentou usar analgésicos simples e anti-inflamatórios de horário para a dor, sem melhora. Não usou nenhum outro medicamento nesse período. Os sintomas incomodam no dia a dia, está pensando sempre nisso e deixou de fazer atividade física por conta dos sintomas. Agora está ficando muito preocupado com a dor, teme que seja alguma doença grave que não foi encontrada ainda. Tem dor leve ao evacuar. Nega sintomas urinários como hematúria, disúria, jato fraco, polaciúria ou noctúria. No exame físico, sem dor à palpação muscular, porém a próstata é dolorosa ao toque.

O que é correto afirmar sobre o caso?

- A) Trata-se de prostatite bacteriana aguda, e deve-se prescrever antibiótico com boa penetração na próstata por 2 semanas, além de manter analgesia e orientar sobre sinais de alarme para piora.
- B) Não se pode excluir a presença de condições como doença inflamatória intestinal, câncer de reto e câncer de próstata, sendo importante seguir na investigação.
- C) Medicamentos alfabloqueadores como tansulosina podem ser usados nesse caso, associados à educação do paciente e à manutenção do analgésico simples.
- D) A educação ao paciente e o apoio psicológico são essenciais na síndrome de dor pélvica crônica, além disso podemos tentar analgesia com medicações como pregabalina e amitriptilina nesse caso.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 80

Uma criança parda de 1 ano e 8 meses de idade é levada à UBS pela mãe, que está preocupada com a presença de sangue vermelho vivo, em quantidade moderada, com aspecto de "geleia de groselha", em meio a poucas fezes, há aproximadamente 8 horas. A mãe refere que a criança estava brincando normalmente, sem queixas de dor abdominal, febre ou vômitos antes do ocorrido. A criança está constipada há 4 dias. Ao exame físico, a Médica de Família e Comunidade observa que o menino está pálido, ativo, afebril (36,8°C), com frequência cardíaca de 130 batimentos por minuto

e abdome flácido, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias. O toque retal não revela fissuras anais ou sangue macroscópico na luva, apenas fezes com vestígios de sangue.

Com relação ao caso, qual é o próximo passo mais adequado a ser recomendado pela Médica de Família e Comunidade para essa criança?

- A) Iniciar tratamento com antibióticos de amplo espectro para gastroenterite infecciosa.
- B) Orientar hidratação oral com reposição salina, observação domiciliar e retorno em caso de piora dos sintomas.
- C) Solicitar exames laboratoriais completos (hemograma, exame parasitológico de fezes e sangue oculto nas fezes) e aguardar os resultados para decidir a conduta.
- D) Encaminhar para avaliação com cirurgião pediátrico e solicitar cintilografia com tecnécio-99m.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 81

Uma mulher cis, negra, de 36 anos de idade, sem histórico familiar de câncer de mama, comparece à UBS com queixa de mastalgia bilateral de intensidade leve a moderada há 3 meses. A dor piora logo antes do início do seu período menstrual e melhora alguns dias depois. Ao exame físico, a Médica de Família e Comunidade identifica nodularidade difusa em toda a extensão das duas mamas. A pele sobrejacente está íntegra, sem sinais de retração ou alteração da coloração. Axilas sem linfonodomegalia palpável.

Considerando o quadro clínico apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Fibroadenoma.
- B) Câncer de mama.
- C) Alterações fibrocísticas da mama.
- D) Mastite.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 82

Uma mulher cis, branca, de 41 anos de idade, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) para acompanhamento de hipertensão arterial recentemente diagnosticada. Durante a consulta, relata dificuldade em aderir ao tratamento e menciona conflitos frequentes com a mãe, que reside no mesmo domicílio e opina de forma constante sobre sua alimentação e o uso de medicamentos. Refere ainda que seu pai faleceu precocemente por infarto agudo do miocárdio e que possui uma irmã com *diabetes mellitus* tipo 2. O médico decide utilizar o genograma como um instrumento de abordagem familiar para melhor compreensão do contexto.

Por qual motivo o genograma pode ser útil na abordagem do caso descrito?

A) O genograma possibilitaria a representação gráfica da estrutura familiar da paciente, incluindo as relações familiares e os possíveis afetos e conflitos, permitindo visualizar com mais clareza as relações da família com serviços e instituições do território.

B) O genograma pode ser utilizado para organizar informações sobre a composição, os conflitos e a história familiar da paciente, permitindo identificar padrões transgeracionais para ajudar na construção de um plano compartilhado de cuidado.

C) O genograma é o instrumento mais indicado para compreender as queixas da paciente. Nele, geralmente representamos pelo menos duas gerações familiares, o que pode ajudar na identificação de conflitos e na análise dos vínculos entre os membros da família.

D) O genograma organizaria informações sobre a estrutura e a história familiar e ajudaria a identificar a pessoa-índice, que é a primeira pessoa do histórico familiar do paciente a apresentar o problema trazido para a consulta, reforçando a visualização transgeracional do caso.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 83

Uma mulher preta, funcionária doméstica, de 45 anos de idade, com diabetes tipo 2 mal controlado, apresenta baixa adesão ao plano alimentar. Ao ser questionada, responde de forma defensiva: "Todo médico fala a mesma coisa. Não é tão simples mudar minha alimentação."

Segundo as tarefas da entrevista motivacional, qual é a melhor conduta de comunicação nesse momento?

- A) Reafirmar a importância do controle glicêmico, dos riscos e repetir as orientações dietéticas.
- B) Confrontar discretamente a fala, destacando que a responsabilidade pelo tratamento é da pessoa.
- C) Reconhecer a dificuldade expressa e convidar a pessoa a verbalizar suas motivações e prioridades atuais.
- D) Postergar o tema alimentação para outro momento e focar no ajuste medicamentoso.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 84

Homem cis, negro, de 23 anos de idade, procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de dor cervical há cerca de quatro meses. Relata dor de início gradual, localizada principalmente na região posterior do pescoço e na cintura escapular. Refere sensação de rigidez cervical que surge ao longo do dia, especialmente após longos períodos em postura mantida durante o trabalho, com intensificação da dor com movimentos do pescoço e ao final do expediente. Nega despertar noturno por dor. Relata alívio parcial com repouso e uso eventual de analgésicos comuns, percebendo redução da intensidade da dor nos períodos em que permanece menos tempo em postura fixa. Ao exame físico, a palpação do músculo trapézio reproduz a dor referida para a região cervical. Observa-se dor à palpação da musculatura paravertebral cervical e na musculatura do trapézio na região do ombro, com limitação dolorosa da amplitude de movimento no pescoço. Força muscular e reflexos osteotendíneos nos membros superiores são normais.

Considerando o quadro clínico apresentado e a indicação de investigação por exame de imagem na atenção primária à saúde, qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Solicitar ressonância magnética da coluna cervical e marcadores inflamatórios para investigação de possível espondiloartrite, associando uso de analgésicos, anti-inflamatório não esteroide e fisioterapia, conforme o resultado apresentado nos exames.
- B) Não solicitar exame de imagem no momento, prescrever relaxante muscular em razão da dor miofascial e orientar repouso, evitando atividade física devido ao padrão de dor inflamatória com piora ao movimento.

C) Considerando a duração prolongada da dor em pessoa jovem, solicitar radiografia da coluna cervical para afastar alterações estruturais e indicar tratamento específico para dor miofascial, como agulhamento a seco ou compressão isquêmica.

D) Não solicitar exame de imagem no momento e pensar em técnicas como agulhamento a seco, além de medidas educativas como ajustes posturais, compressa morna local e exercícios progressivos, conforme tolerância e evolução clínica.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 85

Homem cis, branco, 35 anos de idade, caminhoneiro, procura a UBS com queixas de coriza aquosa abundante, lacrimejamento com sensação de ardor nos olhos e espirros frequentes há 3 dias. Refere que os sintomas pioram em ambientes fechados e quentes e que melhoram ao ar livre. Nega febre ou dor de garganta. Já tomou anti-histamínico sem melhora significativa e comenta: "Estou cansado dos remédios que me deixam sonolento, mas nada funciona de verdade. Um amigo falou que um 'remedinho natural' o curou de uma gripe semelhante, e ele disse que o médico usou algo que era parecido com o que causava a doença".

Considerando o princípio fundamental que orienta a prática homeopática, como se daria a escolha de um medicamento para o quadro desse paciente, segundo a homeopatia?

A) Pela utilização de uma substância que suprima a resposta inflamatória e o excesso de secreções.

B) Pela administração de uma substância em doses infinitesimais que, em um indivíduo saudável, provocaria sintomas semelhantes aos desse paciente.

C) Pela indicação de um extrato vegetal com propriedades antialérgicas e descongestionantes concentradas.

D) Pela identificação da causa etiológica específica dos sintomas e seu tratamento direto com um agente oposto.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 86

Mulher, cis, branca, 88 anos de idade, é trazida pela filha com queixa de que a mãe não tem dormido à noite e que, durante o dia, cochila após o almoço e fica sonolenta. A idosa é totalmente dependente para atividades instrumentais

e básicas de vida, portadora de Alzheimer em fase avançada, com disfagia importante dificultando a alimentação, hipotireoidismo, hipertensão arterial e diabetes melito sem lesão de órgão-alvo, sem evacuar há cinco dias.

Exames recentes: creatinina 0,6; Taxa de Filtração Glomerular 68 (mL/min/1,73 m²); glicemia 74 mg/dL; hemoglobina glicada 5,7%; TSH 0,15 microUI/mL.

Em uso de: donepezila 10 mg, 1 comprimido (cp) pela manhã; gliclazida 60 mg, 1 cp de manhã; hidroclorotiazida 25 mg, 1 cp de manhã; enalapril 5 mg, 1 cp de manhã; levotiroxina 150 mcg, 1 cp de manhã; óleo mineral, 1 colher de chá ao dia; ibuprofeno quando tem dor.

Ao exame: emagrecida, desidratada, hipocorada, anictérica, com contraturas musculares. FC 72 bpm, PA 100 x 50 mmHg. Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios, eupneica. Abdome livre, sem massas palpáveis. Toque retal com fezes endurecidas.

Com relação a esse caso, qual é a conduta mais adequada para a desprescrição de seus medicamentos, visando um cuidado integral, seguro e centrado na qualidade de vida?

A) Suspender a gliclazida devido à hipoglicemia e reduzir a levotiroxina pelo TSH suprimido, mantendo os demais anti-hipertensivos e a donepezila para controle dos respectivos quadros.

B) Administrar um sedativo hipnótico para a insônia noturna, aumentar a dose de óleo mineral para a constipação e considerar um estimulante de apetite para a disfagia, sem revisar as medicações atuais.

C) Conduzir uma revisão sistemática e gradual de todas as medicações, priorizando a desprescrição de donepezila, gliclazida, hidroclorotiazida e ibuprofeno, reduzir a levotiroxina, retirar óleo mineral e reavaliar o enalapril, sempre em conjunto com a família e monitorando a paciente.

D) Encaminhar para especialistas (endocrinologista, neurologista, cardiologista) para que cada um avalie os medicamentos de sua área, antes de qualquer modificação, para garantir a segurança da paciente.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 87

Mulher, 34 anos de idade, procura a Unidade Básica de Saúde por sofrimento emocional persistente. Relata que foi designada como homem no nascimento devido ao seu sexo biológico masculino e, há cerca de dois anos, se

reconhece como mulher, passando a viver socialmente de acordo com esse reconhecimento.

Conta que, desde então, vem fazendo uso de estradiol 2 mg/dia e espironolactona 200 mg/dia, para modificações corporais, com orientações que pesquisou na internet. Refere que vem apresentando tristeza intensa com choro fácil ultimamente.

Relata desconforto intenso e duradouro quando precisa utilizar nome, documentos e pronomes masculinos, situação que a tem levado a evitar atendimentos de saúde, compromissos profissionais e interações sociais.

Informa desejo contínuo de alinhar características corporais ao gênero vivenciado e refere impacto significativo na qualidade de vida e no funcionamento cotidiano. Nega histórico de transtornos psicóticos e não descreve as queixas como preocupação com questões estéticas isoladas.

Considerando os cuidados de pessoas transgênero na APS e os critérios clínicos utilizados para caracterizar situações de disforia de gênero, assinale a alternativa correta.

A) A identificação com um gênero diferente do atribuído ao nascimento e o desejo de modificar características corporais, mesmo que persistentes, não caracterizam disforia de gênero, visto que a paciente ainda não realizou procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero.

B) A paciente reúne elementos compatíveis com disforia de gênero; no entanto, o reconhecimento dessa situação deve ocorrer após estabilização do sofrimento emocional atual, visto que sintomas como tristeza intensa podem interferir na adequada caracterização do caso.

C) O sofrimento apresentado pela paciente pode ser explicado pelo uso de hormônios sem o acompanhamento médico adequado, e não há elementos suficientes que permitam caracterizar disforia de gênero enquanto não houver avaliação especializada.

D) A paciente apresenta incongruência de gênero, associada a sofrimento clinicamente relevante e prejuízo funcional, cabendo ao profissional da APS reconhecer esse contexto e organizar o cuidado em saúde de forma longitudinal.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 88

Mulher, 13 anos de idade, adolescente cis, parda, vem à consulta com sua mãe. Antes de entrar no seu consultório, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) traz a queixa da mãe com grande preocupação, pois ela desconfia que a filha tem sido abusada sexualmente por um amigo do pai, de quem ela se separou litigiosamente há cinco anos, mantendo guarda compartilhada. Ao entrar na consulta, mesmo após você cumprimentá-la diretamente, a adolescente não faz contato visual, mantendo um semblante entristecido e tímido. A mãe conta que, após retornar dos últimos finais de semana em que esteve na casa do pai, a adolescente, antes bastante alegre e comunicativa, passou a apresentar mudanças de comportamento. Após muitas tentativas de conversa, a adolescente conta a você que o amigo de seu pai a tocou inapropriadamente, sem seu consentimento, e tem lhe enviado mensagens convidando-a para sair.

Com relação ao caso citado, considerando o atributo da coordenação do cuidado e articulação com a rede de cuidado e apoio social, assinale a alternativa correta.

A) Não se pode caracterizar o abuso sofrido pela adolescente como violência sexual, uma vez que não houve fato consumado a partir das informações trazidas à consulta. Deve-se recorrer à abordagem familiar junto da adolescente, do seu pai e da sua mãe, bem como matriciamento com psicólogo da equipe multiprofissional, se disponível, ou encaminhamento a serviço de psicologia, para o melhor cuidado da adolescente e da sua família.

B) Trata-se de um caso de suspeita de violência sexual na infância e adolescência. Inicialmente, deve-se notificar o Conselho Tutelar, bem como proceder à realização de encaminhamento à Delegacia da Criança e do Adolescente. A despeito do desejo da adolescente, encaminhá-la para investigação nessa delegacia, por ser menor de idade. Posteriormente, é necessário encaminhamento a serviço de psicologia para acompanhamento adequado da adolescente e de sua família.

C) A adolescente pode estar sofrendo violência sexual, cujos principais sintomas podem ser tristeza, mudanças comportamentais, ideação suicida e queda do rendimento escolar. Neste caso, deve-se proceder à escuta qualificada junto à equipe multiprofissional, para compreender as circunstâncias da violência e quais são suas necessidades de cuidado. Deve-se realizar a notificação de violência no SINAN e comunicação ao Conselho Tutelar, priorizando o cuidado à sua saúde e a proteção contra maiores agravos.

D) Neste caso, deve-se priorizar a realização do exame físico, a fim de descartar violência sexual. Caso haja estigmas de violência, o Conselho Tutelar deve ser acionado imediatamente, a fim de rever a guarda paterna. A família deve ser encaminhada ao ambulatório de psicologia e ao CREAS, onde haverá profissionais capacitados para cuidar da adolescente, diferentemente da Atenção Primária à Saúde.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 89

Gestante, 29 anos de idade, G1P0A0, realiza acompanhamento pré-natal desde o início da gravidez em outro serviço, de onde vem encaminhada para seguimento por outra equipe de saúde da família. Ao atendê-la, verifica-se que está com 30 semanas de gestação, sem intercorrências ou diagnósticos até o presente momento, sendo sua gestação caracterizada como de risco habitual. Realizou exames de primeiro trimestre e TOTG, sem alterações, recebeu vacinas para covid-19, influenza, dTpa e completou o esquema para hepatite B. Com relação aos suplementos, está em uso de sulfato ferroso 40 mg/dia, tendo interrompido o uso de ácido fólico há 12 semanas.

Nesta consulta, de acordo com as atuais diretrizes de cuidado ao pré-natal de risco habitual, quais condutas devem ser tomadas pelo(a) médico(a) de família e comunidade?

A) Aferir pressão arterial, peso e IMC; solicitar hemograma, glicose em jejum, EAS, urocultura, toxoplasmose IgG e IgM; e orientar sobre sinais de alerta, agendando a próxima consulta para o mês seguinte com o(a) enfermeiro(a) da equipe.

B) Aferir pressão arterial, peso e IMC; solicitar exames de rotina para o terceiro trimestre; e encaminhar para vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que deve ser aplicada a partir da 28ª semana gestacional, sem restrição de idade materna.

C) Aferir pressão arterial, peso e IMC; solicitar exames de rotina para o terceiro trimestre, suspender sulfato ferroso caso não haja anemia em novo hemograma; encaminhar para vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) até no máximo 32 semanas de gestação.

D) Aferir pressão arterial, peso e IMC; solicitar exames de rotina para o terceiro trimestre; introduzir acetilsalicílico 100 mg/dia e carbonato de cálcio 1.200 mg/dia para prevenção de pré-eclâmpsia; orientar sobre sinais de alerta; e agendar consulta para o mês seguinte com o(a) enfermeiro(a) da equipe.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 90

Mulher, 37 anos de idade, comparece à UBS no segundo dia pós-parto para consulta compartilhada de puerpério e avaliação do recém-nascido. Realizou pré-natal em outro município e não apresenta Caderneta de Gestante, nem relatório de alta hospitalar. Refere parto induzido com 37 semanas de gestação e informa estar em uso de metildopa 2.000 mg/dia. Nega cefaleia, alterações visuais, epigastralgia, náuseas ou vômitos. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 140 x 95 mmHg.

Diante desse cenário, qual deve ser a conduta do(a) médico(a) de família e comunidade?

A) A metildopa, em decorrência de sua correlação com o desenvolvimento de depressão e diante do controle insuficiente neste caso, deve ser trocada por outra classe de anti-hipertensivo com pouca secreção no leite materno, como o enalapril, com ajuste e monitoramento até a normalização dos valores pressóricos.

B) A puérpera deve ser encaminhada com celeridade à maternidade de referência, uma vez que ainda não houve controle adequado dos níveis pressóricos, sendo necessária avaliação por especialista focal, em decorrência do risco de eclâmpsia.

C) Deve-se solicitar monitoramento ambulatorial da pressão arterial, uma vez que a tendência é a normalização da pressão arterial dentro de seis semanas, devendo-se suspender a metildopa, a fim de não mascarar uma possível hipertensão essencial.

D) Trata-se de um caso de hipertensão arterial essencial, uma vez que não houve a resolução do quadro de hipertensão após o parto. Neste caso, deve-se manter a metildopa e acrescentar um diurético, como a furosemida, uma vez que os IECA, como o enalapril, apresentam alta secreção no leite materno.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 91

Mulher cis preta, 25 anos de idade, vive em uma comunidade quilombola composta por 150 famílias, cuja principal atividade é a agricultura familiar, localizado a cerca de 30 km da Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima. Mora com o seu esposo e, pela primeira vez, busca atendimento no serviço, em decorrência de atraso menstrual de 20 dias e náuseas, que acredita se tratarem de sintomas de gravidez. Para as náuseas, tem feito uso de chá de boldo, indicado pela raizeira da comunidade, o que lhe trouxe melhora.

Após realização do teste rápido de gravidez, com resultado positivo, a paciente expressa preocupação, pois a maioria das mulheres de sua família não realizou o cuidado pré-natal, recorrendo à UBS ou ao hospital mais próximo apenas em último caso, devido à distância e ao receio de serem destratadas.

A respeito do caso dessa paciente, levando-se em consideração o cuidado à população quilombola e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), assinale a alternativa correta.

A) A paciente deve ser orientada sobre a necessidade de comparecer a todas as consultas agendadas na unidade, caso contrário, não será possível o acompanhamento adequado da gestação. Além disso, deve-se desaconselhar o uso de quaisquer fitoterápicos, por não haver estudos suficientes de sua segurança em gestantes.

B) A equipe precisa elaborar estratégias, junto à gestão municipal, para a garantia do acesso dessa paciente ao cuidado pré-natal adequado, em acordo com a PNSIPN, uma vez que o fato de gestantes negras, incluindo as quilombolas, terem menos consultas de pré-natal que gestantes brancas é uma das expressões do racismo institucional.

C) Durante o seguimento pré-natal, deve-se ter especial atenção aos agravos mais comuns na população negra, como hipertensão, por meio da aferição da pressão arterial em toda consulta e da estratificação do risco de pré-eclâmpsia, bem como à anemia falciforme, que deve ser pesquisada caso a paciente tenha algum sintoma ou história familiar.

D) A paciente deve ser tranquilizada com relação à qualidade da assistência, pois a taxa de mortalidade materna tem apresentado declínio no Brasil independentemente de raça/cor, etnia ou território, em virtude das novas tecnologias incorporadas ao cuidado pré-natal e ao parto.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 92

A estratégia das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) busca superar o modelo biomédico tradicional, integrando mudanças no currículo, no ambiente escolar e na parceria com a comunidade. Ao analisar as evidências científicas sobre a eficácia dessa estratégia, observa-se que nem todos os desfechos de saúde apresentam os mesmos resultados positivos.

Assinale a alternativa que indica corretamente os indicadores no quais a estratégia de EPS demonstrou melhor impacto positivo e eficácia comprovada.

- A) Redução significativa do uso de álcool e drogas ilícitas, bem como melhoria nos indicadores de saúde sexual e reprodutiva.
- B) Aumento comprovado do desempenho acadêmico escolar e redução diagnóstica de transtornos de saúde mental.
- C) Melhora nos Índices de Massa Corporal (IMC), aumento da aptidão física e redução de comportamentos agressivos do tipo *bullying*.
- D) Erradicação de doenças infectocontagiosas no ambiente escolar e aumento da cobertura vacinal para níveis acima de 95%.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 93

Gestante, parda, 18 anos de idade, com 30 semanas de gestação e G2P1A0, comparece à unidade básica de saúde para consulta de pré-natal. Durante a avaliação do cartão vacinal, o médico indica a vacina contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). A paciente mostra-se preocupada e relata que seu primeiro filho teve um quadro grave de bronquiolite por VSR, necessitando de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Ela questiona se, devido a esse histórico familiar de gravidade, a conduta não deveria ser diferente, focando na proteção direta do bebê.

Considerando a Estratégia de Vacinação contra o VSR em Gestantes (Ministério da Saúde, 2026) e as evidências sobre a prevenção da doença, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- A) O médico deve acolher a preocupação e adiar a vacinação até a 32ª semana, pois a aplicação antes desse período, embora permitida, tem menor eficácia na transferência de anticorpos em mulheres com histórico de filhos previamente infectados.
- B) A vacinação deve ser recomendada e realizada imediatamente, pois a estratégia nacional indica dose única a partir da 28ª semana de gestação para todas as gestantes, independentemente do histórico de saúde dos irmãos e da idade materna.
- C) Devido ao antecedente de doença grave no irmão, a vacinação materna deve ser substituída pela prescrição de imunoprofilaxia passiva (anticorpo monoclonal) para o recém-nascido, em doses mensais, iniciando logo após o nascimento.

D) A vacina pode ser administrada hoje. Contudo, devido ao histórico de risco familiar, recomenda-se que a vacinação não seja feita concomitantemente com a de dTpa, devendo-se respeitar um intervalo mínimo de 15 dias para assegurar a máxima resposta imunológica.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 94

Um médico acaba de assumir uma equipe da Estratégia Saúde da Família em uma área periurbana, caracterizada por alta vulnerabilidade social e escassez de dados epidemiológicos prévios. A gestão municipal solicita um plano de ação imediato (para os próximos dois meses), porém os recursos financeiros e de tempo para a equipe são limitados.

Em reunião com a equipe, o médico propõe realizar uma Estimativa Rápida Participativa. Um agente de saúde sugere então distribuir questionários fechados aleatoriamente pelas ruas para obter uma amostragem sobre as doenças locais.

Considerando os princípios metodológicos da Estimativa Rápida, qual alternativa apresenta a melhor orientação do médico à equipe?

- A) Acolher a sugestão, pois o objetivo central da técnica é quantificar com precisão estatística o tamanho de cada problema.
- B) Restringir a coleta de dados aos prontuários da unidade de saúde, evitando o contato direto com a comunidade nesta etapa.
- C) Realizar um censo demográfico completo em 100% dos domicílios, para garantir a validade dos indicadores de morbidade.
- D) Substituir os questionários aleatórios por entrevistas semiestruturadas com informantes-chave selecionados no território.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 95

Homem, 45 anos de idade, refere de forma vaga e hesitante, durante uma consulta, que sua vida de casal "não tem estado muito bem ultimamente". Você suspeita que pode se tratar de uma queixa sobre sexualidade.

No âmbito das competências de comunicação clínica e da abordagem inicial à sexualidade, a intervenção a ser realizada na sequência é:

- A) perguntar diretamente se o paciente sofre de disfunção erétil e quais as suas expectativas com relação à consulta.
- B) validar a queixa com técnicas não verbais e utilizar uma pergunta aberta para explorar o tema.
- C) contar um caso semelhante que melhorou após o uso de inibidores da PDE5 e checar contraindicações para esse paciente.
- D) utilizar perguntas abertas para compreender o relacionamento e convidar a parceria para abordagem conjunta do tema.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 96

Mulher, 72 anos de idade, apresenta hipertensão, depressão e dor crônica secundária à osteoartrite, vem à consulta queixando-se de tontura, boca seca e constipação intestinal há duas semanas. Faz uso de hidroclorotiazida 25 mg, losartana 50 mg, sertralina 50 mg e amitriptilina 50 mg.

Iniciou uso de prometazina 25 mg recentemente por insônia, após recomendação de sua amiga. Ao exame físico: mucosa oral seca, PA sentada de 122 x 85 mmHg, PA em posição ortostática de 125 x 74 mmHg, FC 92 bpm, sem *deficits* neurológicos focais.

Para o manejo medicamentoso inicial, deve-se:

- A) substituir prometazina e amitriptilina por quetiapina.
- B) manter esquema terapêutico e adicionar laxante osmótico.
- C) desprescrever hidroclorotiazida e prometazina.
- D) substituir sertralina e amitriptilina por duloxetina.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 97

Criança de 4 anos de idade apresenta quadro de asma com tosse diurna três vezes na semana, usando medicação de resgate uma vez na semana e com despertares noturnos duas vezes na semana. Em visita domiciliar, identifica-se que a família de cinco pessoas vive em cômodo único, pouco ventilado, com mofo nas paredes, em uma rua não pavimentada.

A avó provê a maior parte das despesas com sua aposentadoria, cuida da criança enquanto os pais fazem "bicos" e é tabagista.

Tendo em vista os determinantes sociais desse caso, você deve incluir no plano terapêutico da criança:

A) educação em saúde para os familiares sobre a história natural da asma; confeccionar espaçador artesanal; manejar caso como "asma não controlada", de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.

B) entrevista motivacional com a avó para abordagem do tabagismo; articular inclusão em benefícios sociais para segurança alimentar e habitacional; ações comunitárias de educação em saúde sobre cidadania e direitos.

C) encaminhar a família ao Centro de Referência de Assistência Social; realizar visitas domiciliares com equipe multidisciplinar; notificar o Conselho Tutelar por negligência e maus-tratos da família.

D) educação em saúde para os familiares sobre riscos ambientais; condicionar o tratamento da criança à atitude da avó; manejar o caso como "asma grave", de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 98

Homem de 47 anos de idade, natural de área rural do interior de Minas Gerais, reside em zona urbana há 20 anos. Comparece à consulta na atenção primária para avaliação de fadiga leve e episódios esporádicos de palpitações. Relata ter vivido em casa de pau a pique na infância. Exame físico sem alterações relevantes. ECG evidencia bloqueio de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo.

Qual é a estratégia mais adequada para confirmação diagnóstica?

A) Solicitar um único teste sorológico convencional para *Trypanosoma cruzi* e confirmar o diagnóstico caso o resultado seja reagente.

B) Realizar pesquisa parasitológica direta em sangue periférico como método preferencial para confirmação diagnóstica na fase crônica.

C) Solicitar dois testes sorológicos com princípios metodológicos distintos e considerar diagnóstico quando ambos apresentarem resultado reagente.

D) Solicitar PCR para *Trypanosoma cruzi* como exame inicial confirmatório, considerando maior sensibilidade na fase crônica.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 99

Um estudo de coorte prospectivo avaliou 2.000 adultos, acompanhados por dez anos para investigar a associação entre sedentarismo e desenvolvimento de hipertensão arterial. No início do estudo, todos estavam normotensos. Ao final do acompanhamento, observou-se incidência de hipertensão de 30% no grupo sedentário e 15% no grupo fisicamente ativo. O risco relativo calculado foi de 2,0 (IC 95%: 1,6–2,5).

Considerando os conceitos de epidemiologia clínica e interpretação crítica de estudos científicos, qual é a interpretação mais adequada desses achados?

A) O risco relativo indica que metade dos indivíduos sedentários desenvolverá hipertensão ao longo da vida, independentemente de outros fatores de risco.

B) O intervalo de confiança demonstra ausência de associação estatisticamente significativa entre sedentarismo e hipertensão arterial.

C) Indivíduos sedentários apresentaram risco duas vezes maior de desenvolver hipertensão em comparação aos fisicamente ativos durante o período estudado.

D) A incidência observada permite concluir que o sedentarismo é causa suficiente isolada para o desenvolvimento de hipertensão arterial na população geral.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 100

Homem de 72 anos de idade, hipertenso e dislipidêmico, comparece à consulta por episódios de tontura aos esforços e redução da tolerância para caminhadas. Nega síncope recente. Ao exame: sopro sistólico rude com foco aórtico, irradiado para carótidas, de intensidade 4+/6+, com redução do componente aórtico da segunda bulha. PA: 130 x 70 mmHg. FC: 68 bpm. Sem sinais de congestão pulmonar. ECG com hipertrofia ventricular esquerda. O ecocardiograma solicitado evidencia área valvar aórtica de 0,8 cm² e gradiente médio de 45 mmHg, com fração de ejeção preservada.

Considerando a abordagem terapêutica na atenção primária do caso citado, qual é a conduta mais adequada?

- A) Encaminhar para avaliação cardiológica especializada para consideração de intervenção valvar, diante de estenose aórtica grave sintomática.
- B) Iniciar vasodilatador arterial de longa duração para reduzir a pós-carga e manter acompanhamento clínico, sem necessidade de encaminhamento imediato.
- C) Manter seguimento clínico sem intervenção, pois a fração de ejeção preservada indica ausência de repercussão hemodinâmica significativa.
- D) Prescrever diurético de alça, em baixa dose, para reduzir sintomas aos esforços e reavaliar clinicamente após a otimização terapêutica.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 101

Um homem de 68 anos de idade, hipertenso e com *diabetes mellitus* tipo 2, independente para atividades de vida diária, procura a unidade de saúde com história de tosse produtiva há três dias, febre referida e prostração. A filha relata que ele está “mais confuso que o habitual” desde a manhã. Ao exame, apresenta: temperatura de 36,3°C, frequência respiratória de 32 irpm; PA de 88/56 mmHg; FC de 104 bpm; saturação de O₂ de 94% em ar ambiente; no momento, apresenta-se orientado no tempo e no espaço. Na ausculta respiratória, percebem-se estertores crepitantes na base pulmonar direita.

Com base nos critérios clínicos e nas recomendações atuais para manejo da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em idosos, qual é a conduta mais adequada?

- A) Prescrever amoxicilina oral e reavaliar em 48 horas na unidade.
- B) Prescrever amoxicilina + ácido clavulânico por via oral e acompanhar ambulatorialmente.
- C) Encaminhar para internamento hospitalar imediato e iniciar antibioticoterapia intravenosa.
- D) Solicitar radiografia de tórax antes de qualquer decisão terapêutica.


CÓDIGO DA QUESTÃO – 102

Mulher de 54 anos de idade, professora, procura a unidade de saúde referindo ondas de calor intensas há um ano, com sudorese noturna que interfere no sono e na qualidade de vida. Última menstruação há 18 meses. Relata ser

hipertensa controlada com losartana 50 mg, de 12 em 12 horas, e tem história prévia de trombose venosa profunda há 5 anos, após cirurgia ortopédica. Tem IMC 31 kg/m², nega tabagismo e história familiar para câncer de mama. Ao exame físico, não apresentou alterações relevantes e trouxe uma mamografia realizada há um ano, com BI RADS 2. Devido aos sintomas, ela pergunta para seu médico de família e comunidade sobre o uso de Terapia Hormonal da Menopausa (THM).

Qual é a conduta mais adequada?

- A) Iniciar terapia hormonal sistêmica combinada por via oral, pois está dentro da “janela de oportunidade”.
- B) Iniciar estrogênio transdérmico associado a progesterona micronizada, por apresentar menor risco trombótico.
- C) Contraindicar terapia hormonal sistêmica e discutir alternativas não hormonais para controle dos sintomas vasomotores.
- D) Solicitar dosagem sérica de FSH para confirmar menopausa antes de decisão terapêutica.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 103 

Homem, 40 anos de idade, comparece à sua primeira consulta em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Durante a anamnese, refere dor de cabeça há cerca de três meses, associada a dores na coluna, insônia e dificuldade de concentração. Trabalha como auxiliar de limpeza em um hospital da região há dois anos e relata conflitos com colegas, que o descrevem como “irritado” e de “pavio curto”. O paciente afirma: “Eles não entendem como é difícil ver tanta gente doente e morrendo todos os dias. É muito pesado vir trabalhar assim”. Durante a consulta, conta que perdeu o irmão há seis meses, vítima de um acidente de carro. O sepultamento ocorreu em sua cidade natal, e ele relata não ter conseguido se despedir, o que ainda lhe causa sofrimento intenso.

Considerando o relato apresentado, qual é a hipótese diagnóstica mais adequada e a proposta de cuidado mais coerente no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

- A) Depressão maior, pois a duração e a intensidade dos sintomas indicam transtorno mental estabelecido, sendo indicada avaliação psiquiátrica imediata, psicoterapia individual e início de antidepressivo.

B) Luto complicado, demandando escuta qualificada, avaliação clínica das queixas somáticas e oferta de estratégias de cuidado não medicalizantes, com vigilância para possíveis agravamentos.

C) Luto normal, uma vez que a perda ocorreu há menos de um ano, sendo esperado prejuízo funcional nesse período; recomenda-se aguardar evolução espontânea, sem necessidade de intervenções estruturadas.

D) Tristeza, pois, até um ano após a perda, é uma reação esperada, que pode se associar a dores, irritabilidade e dificuldades para dormir; recomenda-se atividades que promovam bem-estar e o uso de analgésicos simples.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 104

Mulher, 68 anos de idade, portadora de neoplasia pulmonar avançada, é acompanhada pela equipe de Atenção Primária à Saúde em contexto de cuidados paliativos. Faz uso recente de morfina oral para controle da dor, com boa resposta analgésica. Após o início do opioide, passa a apresentar náuseas persistentes, sem vômitos, sem dor abdominal, sem sinais de obstrução intestinal ou gastroparesia e sem relação com alimentação. Ao exame clínico, não há alterações neurológicas ou gastrointestinais relevantes, sendo o quadro atribuído a náusea induzida por opioide, de provável origem central.

Nesse caso, qual é o antiemético mais indicado para o manejo da náusea relacionada ao uso de morfina?

A) Dimenidrinato.

B) Metoclopramida.

C) Haloperidol.

D) Dexametasona.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 105

Mulher, 56 anos de idade, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) motivada a cessar o tabagismo. É fumante há 30 anos, consome cerca de 20 cigarros/dia e já tentou parar de fumar, sem sucesso. Refere infarto agudo do miocárdio há dez dias, encontra-se em acompanhamento cardiológico e faz uso de ácido acetilsalicílico, estatina e betabloqueador. Nega história de epilepsia, transtornos alimentares ou uso prévio de antidepressivos. Não está grávida nem amamentando.

Considerando o caso apresentado e as contraindicações da terapia medicamentosa para cessação do tabagismo, qual das alternativas a seguir é contraindicada neste momento?

- A) Adesivo transdérmico de nicotina.
- B) Goma de nicotina.
- C) Cloridrato de bupropiona.
- D) Carbamazepina.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 106

Mulher parda, cis, hétero, de 42 anos de idade, pré-menopausa, procura sua médica de família por redução persistente do desejo sexual, com duração aproximada de 12 meses e impacto negativo em sua qualidade de vida. Relata relacionamento estável, ausência de dor à relação e lubrificação vaginal preservada. Não faz uso de antidepressivos ou outros fármacos associados à disfunção sexual. Exame físico sem alterações. Após avaliação clínica abrangente, a médica considera o papel da farmacoterapia no manejo da disfunção sexual.

Com base nas evidências atuais, assinale a melhor conduta.

- A) Solicitar dosagem sérica de testosterona, pois valores reduzidos podem auxiliar na estratificação diagnóstica e na decisão terapêutica em mulheres pré-menopausa.
- B) Reconhecer que a testosterona não é indicada para mulheres pré-menopausa, independentemente do valor sérico, e que o manejo deve priorizar fatores psicossociais, relacionais e contextuais.
- C) Evitar testosterona, mas iniciar investigação laboratorial ampla (perfil hormonal completo, incluindo androgênios adrenais) como etapa necessária antes de qualquer intervenção farmacológica.
- D) Evitar testosterona, mas indicar DHEA oral após falha documentada de intervenções psicossociais estruturadas, uma vez que o sofrimento clínico é critério suficiente para tratamento medicamentoso.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 107

Homem de 29 anos de idade, homossexual, procura a unidade básica de saúde assintomático após testagem rápida reagente para sífilis, realizada em ação comunitária ontem. Nega diagnóstico ou tratamento prévio para sífilis. Relata relação sexual desprotegida com parceiro ocasional há cerca de três semanas.

Com base nas evidências atuais sobre o diagnóstico laboratorial da sífilis, assinale a melhor alternativa.

- A) Diante da possível janela imunológica, o teste não treponêmico inicial pode ser dispensado, pois não contribui para o diagnóstico na fase muito precoce.
- B) Solicitar um segundo teste treponêmico com metodologia diferente caso o teste não treponêmico seja não reagente.
- C) Em indivíduos assintomáticos e de maior risco, um teste treponêmico positivo é suficiente para confirmar infecção ativa, independentemente do tempo desde a exposição.
- D) Solicitar teste não treponêmico e, se o resultado for negativo, descartar sífilis ativa, não sendo necessária a realização de testes adicionais.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 108

Uma equipe de Saúde da Família de um território urbano observa aumento progressivo da demanda assistencial, com agenda médica constantemente lotada, dificuldade de acesso a consultas e queixas recorrentes de usuários sobre falta de acompanhamento longitudinal. Em reunião de equipe, a equipe identifica tensão entre a organização da agenda, as prioridades assistenciais e as expectativas da comunidade, apesar de a população adscrita registrada estar formalmente dentro dos limites previstos.

Com base nos princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde, assinale a melhor estratégia para o enfrentamento da situação.

- A) Utilizar espaços de participação social para discutir os critérios de acesso, prioridades assistenciais e organização da agenda, pactuando ajustes no processo de trabalho.

- B) Priorizar o atendimento por demanda espontânea, restringindo temporariamente consultas programadas, como forma de responder à pressão assistencial do território.
- C) Manter o processo de trabalho vigente, reforçando orientações aos usuários sobre o uso adequado do serviço em uma campanha de educação em saúde.
- D) Solicitar à gestão municipal a ampliação do número de equipes e/ou a redução do território adscrito, uma vez que essa definição é responsabilidade da gestão.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 109

Homem, 34 anos de idade, com diabetes e hipertensão arterial, encontra-se sob custódia há dois anos. A Equipe de Atenção Primária Prisional diagnostica tuberculose e identifica que protocolos rígidos de segurança impedem a regularidade das doses de insulina e da dieta especial, enquanto a cela superlotada impossibilita o isolamento respiratório adequado.

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), qual a conduta de gestão e cuidado adequada para este cenário?

- A) Priorizar o isolamento em cela disciplinar para controle epidemiológico, delegando a gestão da dieta e medicação à administração prisional.
- B) Acionar o Grupo Condutor da PNAISP para articular junto à gestão prisional a adequação dos protocolos de segurança.
- C) Solicitar a transferência imediata do paciente para um hospital de custódia, minimizando os riscos de disseminação da tuberculose.
- D) Acionar a administração prisional para priorizar o tratamento medicamentoso da tuberculose e flexibilizar medidas de controle glicêmico.

CÓDIGO DA QUESTÃO – 110

Mulher trans de 29 anos procura a unidade básica de saúde para seguimento do cuidado em saúde. Relata que utilizava anticoncepcional comum oral em dose desconhecida, sem acompanhamento clínico ou laboratorial, tendo suspenso o uso há cerca de um mês por insatisfação com os resultados em sua feminilização. Nega eventos tromboembólicos prévios, doença

cardiovascular, hepatopatia ou transtornos psiquiátricos. É tabagista. No momento, encontra-se assintomática e deseja retomar a hormonização de forma segura.

Considerando as recomendações atuais para o cuidado de mulheres trans adultas, assinale a melhor conduta.

A) Retomar o uso de etinilestradiol previamente utilizado pela paciente, ajustando doses conforme resposta clínica, uma vez que já houve exposição prévia sem eventos adversos.

B) Solicitar a suspensão temporária da hormonização e encaminhar a paciente para serviço especializado, aguardando avaliação multiprofissional antes do reinício do tratamento hormonal.

C) Realizar avaliação clínica e laboratorial inicial, discutir objetivos, expectativas e riscos e prescrever a hormonização com estradiol, associado a antiandrogênico.

D) Priorizar a supressão androgênica, adiando o uso de estrógenos até avaliação por serviço especializado, devido ao risco tromboembólico associado ao tabagismo.

GABARITO PROVA TEÓRICA	
Código da Questão	Alternativa Correta
31	C
32	D
33	C
34	D
35	C
36	D
37	A
38	D
39	B
40	C
41	D
42	C
43	A
44	B
45	B
46	C
47	C
48	B
49	C
50	D
51	A
52	A
53	A
54	A
55	C
56	B
57	A
58	B

59	B
60	D
61	A
62	C
63	B
64	D
65	A
66	C
67	D
68	C
69	A
70	B
71	B
72	B
73	D
74	C
75	C
76	B
77	A
78	D
79	D
80	D
81	C
82	B
83	C
84	D
85	B
86	C
87	D
88	C
89	B

90	A
91	B
92	C
93	B
94	D
95	B
96	C
97	B
98	C
99	C
100	A
101	C
102	C
103	B
104	C
105	A
106	B
107	B
108	A
109	B
110	C