SBMFC Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

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

TEMFC 38 – PROVA TEÓRICA – 2026

INSTRUÇÕES

- Às 9h (horário de Brasília) sua prova estará disponível.
- As provas teórica e teórico-prática terão duração total de 5 (cinco) horas.
- É permitido ausentar-se da frente da tela após as confirmações de regularidade técnica e autorização do fiscal, sendo necessário, entretanto, permanecer atento(a) 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 este solicitar ajuste do posicionamento da câmera, conforme orientação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).
- O seu smartphone deve ser posicionado corretamente e de forma estável, atrás do local de realização do exame escolhido, de maneira que seja visível todo o ambiente onde você está realizando o seu exame pelo time de fiscalização: candidato(a), mesa, computador portátil (notebook) e o seu entorno.
- 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 de 20 (vinte) 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 a prova, 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 reposto.
- O encerramento da prova se dará automaticamente, conforme horário estipulado.
- Ao final da prova, é necessário clicar nos botões "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 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 aguarde 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: 159

Homem, 64 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) com tosse persistente há três semanas. Durante a consulta, o Médico de Família e Comunidade (MFC) explora a experiência da pessoa com o adoecimento. A pessoa atendida relata:

"Doutor, eu acho que essa tosse é porque parei de fumar há um mês e o pulmão está 'se limpando'." "Confesso que fico apreensivo, porque meu irmão teve um diagnóstico de câncer de pulmão que começou assim, com uma tosse que não passava." "Tenho evitado sair para jogar dama com os amigos porque a tosse piora com o ar da rua, e isso tem me deixado bastante isolado." "Eu só queria que o senhor me examinasse bem e, se precisasse, pedisse uma radiografia, para eu ficar mais tranquilo."

Considerando o acrônimo SIFE (sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas), utilizado para explorar a experiência da doença no Método Clínico Centrado na Pessoa, assinale a alternativa que apresenta a correspondência correta.

A) S – expectativa de avaliação clínica e eventual radiografia; I – apreensão com câncer; F – atribuição da tosse à cessação do tabagismo; E – redução do convívio social.

B) S – apreensão com câncer; I – atribuição da tosse à cessação do tabagismo; F – redução do convívio social; E – expectativa de avaliação clínica e eventual radiografia.

C) S - redução do convívio social; I - expectativa de avaliação clínica e da necessidade de radiografia; F - apreensão com câncer; E - atribuição da tosse à cessação do tabagismo.

D) S - atribuição da tosse à cessação do tabagismo; I - redução do convívio social; F - expectativa de avaliação clínica e da necessidade de radiografia; E - apreensão com câncer.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 160

Uma mulher adulta tem, há anos, diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos não tratada e esquizofrenia em remissão, usando risperidona 2 mg, duas vezes ao dia, há 10 anos. Há dois meses, evoluiu com galactorreia e diminuição da libido. A dosagem sérica de prolactina então foi de 250 microgramas/L.

A causa mais provável para essa hiperprolactinemia é:

A) prolactinoma.

B) hipotiroidismo primário.

C) induzida por medicamentos.

D) síndrome dos ovários policísticos.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 161

A Médica de Família e Comunidade (MFC) realiza visita domiciliar a uma pessoa de 78 anos com sequela de acidente vascular cerebral e restrita ao leito. Ao exame da região sacral, observa perda da pele em toda a sua espessura, com tecido adiposo visível. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, cartilagem ou osso, nem sinais clínicos de infecção. A pessoa não refere dor e está em acompanhamento compartilhado com a nutrição, com ingestão calórico-proteica adequada.

Além do alívio da pressão e da limpeza da ferida, quais são a classificação da lesão e a conduta mais adequada?

A) Classificá-la como estágio 2 e iniciar suplementação calórico-proteica.

B) Classificá-la como estágio 3 e utilizar cobertura adequada às características da lesão.

C) Classificar como estágio 3 e prescrever antibioticoterapia sistêmica.

D) Classificá-la como estágio 4 e solicitar avaliação para tratamento cirúrgico.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 162

A Médica de Família e Comunidade (MFC) atende uma mulher de 38 anos que procura a unidade por "dormir mal" há cerca de seis meses. Relata cansaço, dificuldade de concentração e sono em alguns períodos do dia. Durante a semana, costuma dormir cerca de cinco horas por noite. Seu companheiro relata que ela ronca ocasionalmente, mas nunca percebeu pausas na respiração. A pessoa refere que algumas vezes cochila durante trajetos de ônibus ou enquanto assiste à televisão. Trabalha até as 19h e, ao chegar em casa, realiza a maior parte das tarefas domésticas e dos cuidados de dois filhos em idade escolar. Geralmente, consegue se deitar após a meia-noite e precisa se levantar às 5h30. Antes de dormir, costuma utilizar o celular como forma de lazer. No dia de folga, costuma dormir por períodos mais prolongados.

Considerando os diagnósticos diferenciais e o manejo inicial da queixa apresentada, qual é a conduta mais adequada?

A) Considerar a apneia obstrutiva do sono como o diagnóstico mais provável e solicitar polissonografia, diante da associação entre ronco e sintomas diurnos.

B) Considerar a narcolepsia como principal hipótese, diante dos cochilos durante atividades passivas e dos sintomas apresentados durante o dia.

C) Considerar transtorno de insônia crônica e iniciar tratamento farmacológico com benzodiazepínico, mantendo os horários de sono atuais por serem compatíveis com sua realidade pessoal.

D) Avaliar os comportamentos relacionados ao sono e explorar possibilidades de ampliar o período disponível para dormir, considerando a jornada de trabalho e a distribuição das responsabilidades domésticas.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 163

A Médica de Família e Comunidade (MFC) atende um homem de 62 anos, tabagista, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, que relata dor na panturrilha direita há cerca de oito meses. A dor surge após caminhar aproximadamente três quarteirões, desaparece após alguns minutos de repouso e retorna quando reinicia a caminhada. Nega dor em repouso. Ao exame, apresenta pele íntegra, sem úlceras, extremidades aquecidas e pulso pedioso direito diminuído. O índice tornozelo-braquial (ITB) é de 0,72 à direita e 1,02 à esquerda.

Considerando o tratamento inicial, a prevenção de complicações e os critérios para encaminhamento, qual é a conduta mais adequada?

A) Solicitar ultrassonografia arterial de membros inferiores e encaminhar imediatamente para avaliação de revascularização, mantendo o controle dos fatores de risco cardiovascular até a avaliação especializada.

B) Iniciar caminhada estruturada, antiagregante plaquetário, estatina de alta intensidade e manejo dos fatores de risco, encaminhando, se a claudicação persistir apesar do tratamento.

C) Iniciar caminhada estruturada e manejar os fatores de risco, reservando antiagregante e estatina para doença aterosclerótica em outro território e encaminhando se surgir dor em repouso.

D) Iniciar antiagregante, estatina de alta intensidade e manejo dos fatores de risco, adiar exercícios estruturados até a melhora da claudicação e encaminhar se persistirem sintomas limitantes.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 164

A Médica de Família e Comunidade (MFC) atende uma mulher cis de 34 anos em consulta de saúde sexual. A mulher que está consultando se relaciona sexualmente com homens e mulheres e mantém relações vaginais receptivas com diferentes parcerias. Utiliza preservativo na maioria das relações, mas teve episódios de relações vaginais sem preservativo nos últimos seis meses e foi tratada por uma infecção sexualmente transmissível bacteriana há três meses. Desconhece a sorologia para HIV de parte de suas parcerias. Atualmente, suas relações sexuais são pouco frequentes e geralmente planejadas. Está assintomática, sem manifestações sugestivas de infecção aguda pelo HIV, e o teste para HIV realizado na consulta é não reagente. Manifesta preocupação com a possibilidade de adquirir uma infecção sexualmente transmissível (IST) e conhece poucas estratégias de prevenção além do preservativo.

Após discutir preservativos e lubrificantes, testagem periódica para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), vacinação e outras estratégias de prevenção combinada, qual é a conduta mais adequada com relação à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)?

A) Manter acompanhamento periódico e as demais estratégias de prevenção combinada, reservando a oferta de PrEP para pessoas pertencentes às populações prioritárias.

B) Oferecer PrEP oral sob demanda, considerando que as relações sexuais são pouco frequentes e geralmente planejadas.

C) Oferecer PrEP oral diária, considerando suas práticas sexuais e contexto de exposição, após avaliação da função renal.

D) Informar sobre a possibilidade de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) após eventual exposição, postergando a discussão sobre PrEP oral até que se avalie a efetividade das demais estratégias.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 165

A Médica de Família e Comunidade (MFC) atende uma criança de 7 anos acompanhada pela mãe após a escola sugerir avaliação por dificuldades de interação com outras crianças. A mãe relata que a criança sempre preferiu

brincar sozinha ou com uma única colega, costuma falar longamente sobre assuntos de seu interesse e apresenta dificuldade quando ocorrem mudanças inesperadas na rotina. Em casa, entretanto, conversa bastante com familiares, demonstra afeto e mantém boa relação com pessoas próximas. O desenvolvimento motor ocorreu sem alterações, não houve perda de habilidades previamente adquiridas e o desempenho escolar é adequado.

A mãe demonstra preocupação com a possibilidade de transtorno do espectro autista (TEA), mas refere receio de que a criança passe a ser definida pelo diagnóstico. A criança relata que se sente incomodada principalmente com o barulho da sala de aula e que gostaria de conseguir participar mais das atividades com os colegas.

Considerando a suspeita de TEA e a abordagem inicial na Atenção Primária à Saúde (APS), qual é a conduta mais adequada?

A) Considerar improvável o diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), pois a presença de comunicação adequada com familiares, a demonstração de afeto e o bom desempenho escolar tornam pouco provável o comprometimento persistente da comunicação e da interação social.

B) Aplicar instrumento específico de rastreamento para TEA e, diante de resultado positivo, comunicar à família que o diagnóstico está confirmado e encaminhar a criança para acompanhamento especializado.

C) Explorar a história do desenvolvimento e as características observadas em diferentes contextos, incluindo informações da família, da própria criança e da escola, compreender suas repercussões e necessidades e, diante da persistência da suspeita, organizar avaliação diagnóstica.

D) Encaminhar a criança, com as informações já disponíveis, para neuropediatria ou psiquiatria infantil, reservando à avaliação em nível secundário o aprofundamento da história do desenvolvimento, do funcionamento em diferentes contextos e dos diagnósticos alternativos.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 166

Mulher trans, 20 anos, procura uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar hormonização feminilizante com acompanhamento profissional. Refere uso, por conta própria, há dois anos, de injeções mensais contendo algestona acetofenida associada a enantato de estradiol. Após uma amiga apresentar trombose durante o uso de hormônios, ficou preocupada com a segurança do

tratamento. Nega tabagismo, história pessoal ou familiar de tromboembolismo venoso e outras comorbidades relevantes.

Considerando os princípios da hormonização feminilizante e seu acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa que apresenta uma opção terapêutica adequada associada à respectiva medida de monitorização.

A) Prescrever etinilestradiol associado a progestagênio e monitorar o risco cardiovascular.

B) Prescrever estradiol em formulação e dose apropriadas para hormonização feminilizante e monitorizar os níveis séricos de estradiol e testosterona total.

C) Prescrever acetato de ciproterona como monoterapia e monitorizar periodicamente o nível sérico de potássio.

D) Prescrever agonista do hormônio liberador de gonadotrofina como monoterapia de manutenção e realizar densitometria óssea.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 238

O Médico de Família e Comunidade (MFC) foi chamado para socorrer um homem de 58 anos que desmaiou na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS). Ao se dirigir ao local, ele o encontrou caído no chão, sem resposta aos estímulos verbal e doloroso. Enquanto a equipe contatava o serviço de emergência, o médico verificou ausência de pulso carotídeo em 10 segundos e deu início ao primeiro ciclo de reanimação cardiopulmonar (RCP), com 30 compressões torácicas de alta qualidade e 2 ventilações (30:2), até a instalação do Desfibrilador Automático Externo (DEA). Após a análise do ritmo, retratado na imagem a seguir, o DEA informou "choque não recomendado".



Qual deve ser a conduta imediata a seguir?

A) Obter acesso venoso periférico, administrar epinefrina 1 mg, por via intravenosa, e proceder à intubação endotraqueal.

B) Checar pulso carotídeo e, caso não detectável após 10 segundos, reiniciar RCP por 2 minutos (ciclos de 30:2).

C) Reiniciar RCP, começando pelas compressões torácicas (ciclos de 30:2), por cerca de 2 minutos, sem checar pulso.

D) Checar pulso carotídeo e, caso não detectável após 10 segundos, interromper as manobras de RCP e constatar o óbito.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 167

Um homem, 53 anos, motorista, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de rotina. Em uso regular de: enalapril 20 mg 12/12h, metformina 1.000 mg 12/12h, atorvastatina 20 mg/dia. Ele está assintomático e traz exames de rotina. Exames prévios, realizados há 3 meses, mostraram creatinina 1,4 mg/dL e razão albumina/creatinina 26 mg/g.

Exames atuais:

- Creatinina sérica: 1,3 mg/dL (Taxa de Filtração Glomerular estimada: 52 mL/min/1,73 m²);
- Razão albumina/creatinina urinárias: 160 mg/g;
- Hemoglobina glicada: 7,6%;
- Potássio: 4,5 mEq/L.

Ao exame físico:

- Pressão arterial: 124/82 mmHg;
- IMC: 29,2 kg/m².

Considerando o quadro clínico e as informações apresentadas, qual é a conduta farmacológica mais indicada neste momento?

A) Adicionar inibidor de cotransportador sódio-glicose tipo 2.

B) Adicionar diurético de alça.

C) Adicionar inibidor de dipeptidil peptidase-4.

D) Reduzir a dose de metformina e iniciar insulina.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 168

Uma Médica de Família e Comunidade (MFC) atua em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e acompanha uma pessoa com transtorno mental de difícil manejo clínico e importante vulnerabilidade social. Visando qualificar o cuidado e evitar o "conluio do anonimato", a médica organiza uma discussão de caso interdisciplinar com a equipe de Apoio Matricial.

Considerando as diretrizes do Apoio Matricial e a organização do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF), qual é o fundamento central dessa estratégia?

A) A centralização da decisão terapêutica na equipe matricial, dada a sua maior densidade tecnológica, visando eliminar a incerteza diagnóstica inerente à UBS.

B) O redirecionamento da responsabilidade clínica para o nível secundário de atenção, seguindo o princípio da coordenação do cuidado pela MFC, dada a complexidade do caso.

C) A articulação entre as dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial para promover a cogestão do caso, preservando o vínculo longitudinal da equipe da UBS com a pessoa.

D) O compartilhamento de saberes estruturado de forma hierárquica, em que a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) executa as condutas prescritas pelo especialista matriciador.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 169

Homem cis, de 58 anos, procura sua Unidade Básica de Saúde (UBS) por cansaço progressivo e redução da tolerância aos esforços há cerca de quatro meses. Nega febre, perda ponderal, hematêmese, melena ou hematoquezia. Refere alimentação quantitativa e qualitativamente adequada e uso de anti-inflamatório não esteroidal, em média uma a duas vezes por semana, para dor lombar. Não apresenta história conhecida de doença renal ou inflamatória crônica. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, hipocorado 1+/4+, com pressão arterial de 128/76 mmHg e frequência cardíaca de 84 bpm, sem linfonodomegalias ou hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais mostram: hemoglobina de 10,7 g/dL (VR para homens: 13,0–17,0 g/dL), VCM de 73 fL (VR: 80–100 fL), RDW de 17,2% (VR: 11,5–15,5%), leucócitos de 6.500/mm³ (VR: 4.000–10.000/mm³), plaquetas de 290.000/mm³ (VR: 150.000–400.000/mm³), ferritina sérica de 9 ng/mL (VR para homens: 12–300 ng/mL) e creatinina de 1,0 mg/dL (VR: 0,8–1,3 mg/dL).

Diante desses achados, qual é a conduta mais apropriada na abordagem inicial dessa pessoa?

A) Considerar anemia ferropriva provável pelo padrão microcítico, iniciar reposição de ferro e solicitar reticulócitos para avaliação diagnóstica.

B) Considerar anemia de doença crônica como principal hipótese e complementar a investigação com marcadores inflamatórios antes de definir a necessidade de reposição de ferro.

C) Diagnosticar anemia ferropriva, iniciar reposição de ferro e investigar a causa da deficiência, incluindo a possibilidade de perda gastrointestinal crônica.

D) Na ausência de hematêmese, melena ou hematoquezia, deve-se iniciar reposição de ferro e acompanhar a resposta hematológica antes de prosseguir com a investigação.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 170

Uma pessoa de 55 anos procura a Médica de Família e Comunidade (MFC) na Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dor progressiva em ambos os joelhos nos últimos 8 meses. Relata que a dor é desencadeada por atividades físicas, como subir escadas, e melhora significativamente com o repouso. Apresenta rigidez nas articulações ao acordar, com duração de aproximadamente 15 minutos. Ao exame físico, a médica observa crepitação palpável ao movimento e aumento de volume ósseo nos joelhos, sem sinais de calor ou eritema. O Índice de Massa Corporal (IMC) é de 32 kg/m².

Qual é a conduta inicial mais adequada para este caso?

A) Solicitar Ressonância Magnética (RNM) para descartar rupturas de menisco e prescrever AINE oral em dose máxima.

B) Iniciar tratamento com exercícios terapêuticos, orientar perda de peso e prescrever anti-inflamatório não esteroidal (AINE) tópico.

C) Solicitar fator reumatoide e anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) devido à bilateralidade dos sintomas.

D) Recomendar repouso absoluto da articulação afetada e iniciar corticoterapia oral para controle da rigidez matinal.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 171

Uma Médica de Família e Comunidade (MFC) atende em consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) uma pessoa de 22 anos, primigesta, com 10 semanas de idade gestacional e sem comorbidades. A gestante apresenta o resultado de uma ultrassonografia transvaginal realizada precocemente, que confirma a viabilidade fetal e a idade gestacional. Durante o encontro, ela solicita a prescrição de ultrassonografias mensais até o parto, justificando que amigas de seu convívio realizam o acompanhamento dessa forma e que isso garantiria a segurança do bebê contra malformações ou problemas súbitos.

Considerando as evidências científicas sobre os exames de rotina no pré-natal de baixo risco e os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), qual é a conduta mais adequada?

A) Acolher a solicitação e prescrever os exames solicitados, fundamentando-se no alívio da ansiedade materna e no fortalecimento do vínculo terapêutico na APS.

B) Desaconselhar a realização sistemática de ultrassonografias mensais, esclarecendo que o exame de rotina recorrente não reduz a morbimortalidade perinatal e reforçando o acompanhamento clínico periódico.

C) Indicar a realização de ultrassonografias quinzenais a partir do terceiro trimestre para vigilância do crescimento fetal e rastreamento universal de restrição de crescimento intrauterino.

D) Prescrever a ultrassonografia obstétrica com dopplervelocimetria no segundo trimestre como método de rastreamento de rotina para predição de pré-eclâmpsia em gestantes sem fatores de risco.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 172

Uma criança de 8 anos, com diagnóstico de asma há 2 anos, mudou de endereço recentemente e iniciou acompanhamento clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS). Utiliza dipropionato de beclometasona inalatória (partícula padrão, HFA) na posologia de 100 mcg duas vezes ao dia. Nas últimas 4 semanas, apresentou episódios de tosse diurna três vezes por semana, sem despertares noturnos devido à doença, e necessitou utilizar salbutamol sob demanda três vezes por semana para alívio dos sintomas. Nega qualquer limitação de suas atividades habituais. Ao exame físico na consulta, encontra-se eupneica, acianótica, com ausculta pulmonar normal, mas apresenta

velocidade de crescimento linear limítrofe, próxima ao limite inferior do canal de crescimento para a idade.

Considerando os critérios de avaliação de controle de sintomas e as diretrizes brasileiras e internacionais para o manejo escalonado da asma na infância, quais são a classificação correta do controle da asma e a conduta terapêutica adequada para essa pessoa?

A) Asma parcialmente controlada; manter o tratamento atual e reavaliar em 3 meses, uma vez que exacerbações são comuns dado o caráter crônico da asma.

B) Asma não controlada; reavaliar técnica e adesão ao tratamento, avaliar os fatores de risco modificáveis, manter a medicação atual e referenciar para pediatra.

C) Asma parcialmente controlada; reavaliar a técnica inalatória e a adesão, investigar fatores de risco modificáveis e prescrever formoterol-budesonida para manutenção e alívio.

D) Asma não controlada; reavaliar técnica e adesão ao tratamento, avaliar os fatores de risco modificáveis e considerar início de formoterol-budesonida.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 173

Homem de 58 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 em mau controle glicêmico (hemoglobina glicada 9,8% há 3 meses), não circuncidado, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) por queixa de fimose progressiva há 10 meses, associada a episódios recorrentes de balanopostite. Refere corrimento esbranquiçado sob o prepúcio e dificuldade crescente para higienização local. Ao exame, sob leve retração manual do prepúcio, observa-se placa esbranquiçada e endurecida na glande, com pequena área ulcerada e sangrante ao toque, sem secreção purulenta associada no momento. Não há linfonodomegalia inguinal palpável. O paciente já havia recebido dois cursos de antifúngico tópico para "balanite candidiásica" nos últimos 4 meses, com melhora parcial e recidiva do quadro.

Diante da sobreposição entre uma condição metabólica predisponente a infecções recorrentes e a presença de lesão sob fimose, a conduta que melhor equaciona a hierarquização diagnóstica do caso é:

A) encaminhar o paciente para biópsia da lesão peniana antes de qualquer procedimento cirúrgico corretivo da fimose, considerando que a persistência da lesão ulcerada apesar do tratamento antifúngico adequado é sinal de alarme para malignidade.

B) indicar postectomia (circuncisão) como conduta inicial, associando otimização do controle glicêmico, sob a premissa de que a resolução da fimose eliminará a causa da lesão observada.

C) prescrever um terceiro ciclo de antifúngico tópico de maior potência por período estendido de 8 semanas, reservando a investigação histopatológica exclusivamente para o surgimento de linfonodomegalia inguinal.

D) solicitar glicemia de jejum e hemoglobina glicada para reforçar o diagnóstico presuntivo de balanopostite candidiásica recorrente secundária ao mau controle metabólico, sem necessidade de avaliação local adicional.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 174

Após chuvas intensas e enchentes recorrentes, uma equipe de Saúde da Família de um município de médio porte acompanha um território no qual centenas de famílias precisaram deixar temporariamente suas residências. Parte da população permanece em abrigos coletivos, enquanto outras famílias retornaram para áreas ainda sujeitas a novos alagamentos. Nas semanas seguintes, a equipe observa aumento de pessoas com descompensação de doenças crônicas, sintomas respiratórios e sofrimento relacionado às perdas materiais e à ruptura das redes de apoio. Idosos, crianças, gestantes e pessoas com doenças crônicas apresentam maiores dificuldades de deslocamento e acesso aos serviços. Durante a reorganização do processo de trabalho, a equipe discute sua atuação diante dessa situação.

Considerando as interdependências entre ambiente, território e saúde, qual abordagem melhor expressa a atuação da Medicina de Família e Comunidade nesse contexto?

A) Priorizar, durante e imediatamente após a enchente, a continuidade assistencial e a identificação das pessoas clinicamente mais vulneráveis. Após a fase aguda, manter o acompanhamento das consequências à saúde e direcionar as intervenções sobre fatores ambientais e sociais aos setores responsáveis pelo planejamento territorial.

B) Incorporar a recorrência das enchentes à análise das necessidades de saúde e reconhecer seus impactos sobre diferentes grupos populacionais, mantendo a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) predominantemente voltada às consequências sanitárias e ao apoio técnico aos setores responsáveis pelas intervenções ambientais.

C) Priorizar intervenções destinadas à redução dos riscos ambientais futuros, ainda que isso implique redução temporária do acompanhamento longitudinal de pessoas com doenças crônicas e de outros grupos vulneráveis, considerando o maior impacto populacional das ações ambientais.

D) Integrar a continuidade do cuidado e a proteção das pessoas mais vulneráveis à análise das condições ambientais e sociais do território, articulando ações comunitárias e intersetoriais de adaptação e, quando pertinentes ao contexto local, de mitigação dos riscos.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 175

Homem de 82 anos, acompanhado pela Médica de Família e Comunidade (MFC) na Unidade Básica de Saúde (UBS) por hipertensão arterial sistêmica, osteoartrose e demência previamente diagnosticada, provavelmente relacionada à doença de Alzheimer. Habitualmente reconhece familiares, alimenta-se sozinho e participa das atividades domésticas com supervisão. A filha solicita atendimento domiciliar porque, há dois dias, ele "está muito diferente": permanece longos períodos sonolento, responde lentamente às perguntas, por vezes não reconhece o próprio quarto e, à noite, tenta levantar-se dizendo que precisa "ir trabalhar". Em outros momentos do dia, conversa quase como habitualmente. Não apresentou febre nem queixas urinárias ou respiratórias. Há quatro dias iniciou, por conta própria, hidroxizina, que havia em casa, para melhorar o sono. A filha relata também menor ingestão de líquidos, ausência de evacuação há quatro dias e redução recente do volume urinário. Ao exame, encontra-se afebril, PA 108/68 mmHg, frequência cardíaca 92 bpm, saturação de O_2 96% em ar ambiente, mucosas discretamente secas e sem sinais neurológicos focais. Durante a consulta, apresenta dificuldade para manter a atenção e perde repetidamente o encadeamento das perguntas.

Considerando a evolução temporal e os achados apresentados, quais são a interpretação diagnóstica e a abordagem inicial mais adequada para esse quadro?

A) O quadro é mais compatível com delirium superposto ao transtorno neurocognitivo, provavelmente multifatorial. A avaliação deve identificar e tratar possíveis precipitantes simultâneos, como exposição anticolinérgica, desidratação, constipação e retenção urinária, além de investigar outras causas clínicas relevantes.

B) O transtorno neurocognitivo prévio, associado à ausência de febre, hipoxemia ou déficit neurológico focal, favorece sua progressão como explicação para o quadro. A conduta inicial deve incluir suspensão do anticolinérgico e correção da hidratação, com reavaliação cognitiva após resolução desses fatores antes de estabelecer o diagnóstico de delirium.

C) A desorientação episódica e o comportamento noturno desorganizado, no contexto de transtorno neurocognitivo, indicam a aplicação de instrumento cognitivo para comparação com o estado basal. Na ausência de redução expressiva do escore global, deve-se priorizar a investigação de sintomas comportamentais da demência e considerar antipsicótico em baixa dose se persistir a alteração do ciclo sono-vigília.

D) A relação temporal com o início da hidroxizina favorece delirium farmacológico como causa predominante. A abordagem inicial deve incluir suspensão do anticolinérgico e uso transitório de antipsicótico para a desorganização comportamental, podendo-se postergar a investigação de outros precipitantes se houver melhora clínica.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 176

Um homem de 70 anos, obeso, desnutrido, em pós-operatório tardio de ileostomia terminal, é avaliado pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) por dificuldade crescente na adaptação da bolsa coletora. Ao exame, observa-se que o estoma encontra-se abaixo do nível da pele, com vazamentos frequentes do dispositivo.

Qual complicação está sendo descrita, e qual é a conduta inicial no contexto domiciliar?

A) Prolapso de estoma; conduta inicial: encaminhar para revisão cirúrgica de urgência, sem tentativa de manejo conservador prévio.

B) Retração de estoma; conduta inicial: trocar o dispositivo coletor, reservando a correção cirúrgica para os casos refratários.

C) Estenose de estoma; conduta inicial: realizar dilatação manual pelo cuidador, dispensando avaliação e supervisão médica.

D) Hérnia periestomal; conduta inicial: manter uso exclusivo de cinta abdominal, sem necessidade de encaminhamento especializado.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 177

Gestante de 32 anos, G2P1, com 30 semanas de idade gestacional, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de pré-natal de rotina. Ela não possui comorbidades e questiona sobre a nova vacina disponível para proteger seu futuro bebê contra a bronquiolite. A equipe de saúde observa que, até o momento, a paciente não recebeu as vacinas dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto), influenza e a vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR). Sabe-se que a vacina VSR contém a proteína recombinante estabilizada da subunidade F do vírus, que estimula a produção de anticorpos maternos neutralizantes.

Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde para a Estratégia de Vacinação contra o VSR em gestantes, qual deve ser a conduta de imunização para essa pessoa?

A) Administrar a vacina VSR em dose única, podendo ser aplicada simultaneamente com as vacinas dTpa e influenza em sítios anatômicos diferentes.

B) Adiar a vacinação contra o VSR para o período do puerpério imediato, visto que a proteção neonatal ocorre primariamente pela amamentação.

C) Aplicar a vacina VSR de forma isolada, respeitando um intervalo mínimo de 15 dias em relação às vacinas dTpa e influenza para evitar interferência.

D) Indicar a vacina VSR apenas se a gestante apresentar fatores de risco clínicos, como imunossupressão ou histórico de prematuridade prévia.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 178

Você está na Unidade Básica de Saúde (UBS) e atende um homem cis negro de 38 anos que vem à consulta na UBS com queixa de febre alta há 3 dias, dor no corpo, dor de cabeça atrás dos olhos, dor abdominal leve com dois episódios de vômito e dor leve em articulações. Teve dois episódios de lipotimia que o preocuparam. Não tem tosse nem coriza e também nega sangramentos. Ele é uma pessoa em situação de rua que muitas vezes fica próximo a sua UBS e usa

algumas vezes o acolhimento da unidade, sem nenhuma comorbidade. Ele fuma cigarros e bebe 3 doses de pinga por dia. Ao exame físico, a prova do laço é negativa, pressão arterial de 116x70 mmHg sentado e 94x62 mmHg após 3 minutos em pé, frequência cardíaca de 92 bpm, tempo de enchimento capilar de 1 segundo, sem exantemas ou petéquias na pele. Abdômen doloroso, com fígado a 2 cm de rebordo costal, sem dor à descompressão brusca. A pessoa está afebril no momento.

Além da notificação, qual seria a conduta recomendada para o caso dessa pessoa?

A) Hidratação oral abundante em observação na unidade enquanto aguarda resultado de hematócrito em no máximo 4 horas para posterior reavaliação.

B) Alta ambulatorial com hidratação oral abundante 60 mL/kg/dia, sendo ⅓ com sais de reidratação oral, orientação de sinais de alarme para retorno breve, dipirona e paracetamol.

C) Reposição volêmica endovenosa em 10 ml/kg de soro fisiológico a 0,9% na primeira hora, enquanto aguarda resultado de hematócrito em no máximo 4 horas para posterior reavaliação.

D) Solicitar ambulância para avaliação em serviço de urgência e iniciar reposição volêmica 10 ml/kg de soro fisiológico a 0,9%.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 179

Você está na Unidade Básica de Saúde (UBS) e atende uma mulher cis branca de 72 anos. Esta pessoa tem antecedente de hipertensão bem controlada e diabetes mellitus, além de alguns episódios prévios de erisipela em membros inferiores.

"Dra(Dr), estou com muito inchaço nos pés, minha perna dói e fica pesada".

Ela se queixa de um inchaço em pés e tornozelos, bilateral há alguns anos, porém pior há 6 meses. Teve piora após a última erisipela que ocorreu há 8 meses. Não tem falta de ar ou cansaço.

Ao exame físico, foi visto edema em tornozelos e pés, com hiperpigmentação marrom avermelhada em área de maléolo medial nas duas pernas, veias reticulares e veias tortuosas dilatadas em membros inferiores. Sinal de Stemmer negativo. Sem áreas com hiperemia ou calor local no momento. Pulso tibial posterior e pedioso presentes e simétricos, índice tornozelo-braquial de 1.0 à direita e 0.98 à esquerda.

Frente ao caso dessa pessoa, qual a melhor conduta para a(o) Médica(o) de Família e Comunidade (MFC) que a está atendendo?

A) Iniciar terapia com meia de compressão graduada de 20-30 mmHg e orientações sobre hidratação da pele.

B) Iniciar furosemida por 14 dias para alívio rápido do edema e combinar reavaliação posterior.

C) Orientar cuidados e hidratação da pele e iniciar drenagem linfática manual como tratamento principal.

D) Iniciar diosmina+hesperidina, compartilhar com a pessoa a escolha de um diurético. Solicitar novamente exames laboratoriais gerais e um ecocardiograma transtorácico.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 180

Você está na Unidade Básica de Saúde (UBS) e atende uma mulher cis parda de 47 anos com queixa de aumento da menstruação. Atualmente, não usa nenhum hormônio exógeno, tem parceiro único que é vasectomizado. Teve duas gestações, com dois partos vaginais, seus filhos têm 21 e 17 anos. Seu ciclo menstrual era regular, com fluxo de 4 dias e intervalo de 28 dias. Porém, nos últimos 8 meses, notou ciclos de 8 a 9 dias, com fluxo mais intenso e mais irregulares, com intervalo de 37 ou 38 dias entre os ciclos. No exame abdominal, nenhuma alteração encontrada, especular com mínima quantidade de sangue coletado em fundo de saco, colo do útero sem anormalidades e sem corrimentos. Ela está corada, com PA 118x74 mmHg, IMC 24,5. Teste de gravidez negativo.

Considerando a faixa etária dessa pessoa e o quadro apresentado, qual a principal hipótese diagnóstica?

A) Sangramento uterino anormal associado a causa estrutural como adenomiose ou pólipo.

B) Sangramento uterino anormal associado a Síndrome dos Ovários Policísticos.

C) Sangramento uterino anormal associado a disfunção ovulatória da perimenopausa.

D) Sangramento uterino anormal associado a coagulopatia.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 181

Na sua Unidade Básica de Saúde (UBS), a equipe acabou de fazer uma estimativa rápida do território. Sua equipe tem 3.280 pessoas cadastradas, sendo 54% mulheres. De todas as pessoas cadastradas, 36% se identificam como brancas, 38% pardas, 22% pretas, 3% amarelas e 1% indígena. A população negra compõe 60% dos cadastrados na equipe. Entrevistas com informantes-chave do território apontaram dificuldades de agendamento, porque a área mais vulnerável da equipe é longe da UBS. Além disso, a UBS se situa no meio de um bairro residencial de classe média alta com moradores predominantemente brancos. Ao olhar para os atendimentos da equipe, você constata que 75% das pessoas distintas atendidas no último semestre são pessoas brancas. Apesar de a equipe estar fornecendo muitas vagas em acesso avançado, algumas delas não têm sido utilizadas pela comunidade.

Com relação a esse diagnóstico comunitário, qual a ação mais adequada da equipe?

A) Além da iniquidade de acesso, devemos considerar também complexidade clínica, idade e outros fatores. Segundo a prevenção quaternária, é importante não ir atrás das pessoas para levantar demandas desnecessárias de saúde, é importante que o encontro seja iniciado por elas.

B) É necessário corresponsabilizar as pessoas do território pela sua saúde, intensificando ações de educação em saúde com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e orientando a importância de passar em consulta no acesso avançado.

C) A equipe deve conduzir um planejamento participativo com a comunidade para entender a barreira de acesso e pensar em estratégias para a reorganização desse acesso, com monitoramento dos indicadores nos próximos meses.

D) A iniquidade no acesso deve ser abordada idealmente no próximo novembro, durante a semana da consciência negra, convidando membros da comunidade para a UBS, trazendo o tema de saúde da população negra para rodas de conversa dentro da UBS e treinando a equipe sobre raça e racismo na saúde.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 182

Uma mulher de 18 anos, recém-ingressa na faculdade, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela quarta vez em seis meses por tosse seca, chiado

ocasional e irritação na garganta. Os sintomas começaram após o ingresso na faculdade e são mais frequentes em períodos de provas. Relata ansiedade crescente, dificuldade para lidar com as novas demandas acadêmicas e conflitos recentes com colegas e familiares. Nega uso de cigarros convencionais e afirma utilizar "apenas vape". Durante consulta realizada sem acompanhantes, informa que começou a usar cigarro eletrônico com nicotina há cerca de um ano e atualmente o utiliza várias vezes ao dia, sobretudo ao acordar, antes das aulas e em situações de ansiedade. Até o momento, não recebeu orientação ou avaliação específica sobre esse consumo.

Considerando a abordagem do uso de cigarro eletrônico na Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa que apresenta a estratégia inicial mais adequada para avaliar a possibilidade de dependência de nicotina.

A) Investigar, de forma não julgadora, padrão de consumo, fissura, sintomas de abstinência, dificuldade de controle e tentativas de redução, considerando também os contextos associados ao uso.

B) Avaliar a frequência de uso e a intensidade dos sintomas respiratórios, utilizando a repercussão clínica associada ao consumo como principal parâmetro para estimar a gravidade da dependência.

C) Avaliar a frequência diária e o intervalo entre acordar e iniciar o uso do dispositivo, considerando esses parâmetros suficientes para estabelecer a intensidade da dependência e orientar a abordagem subsequente.

D) Investigar prioritariamente os fatores emocionais e contextuais associados ao consumo, considerando que o manejo da ansiedade e dos demais desencadeantes deve preceder a avaliação específica da dependência de nicotina.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 183

Homem trans, 27 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de rotina. Utiliza testosterona há dois anos e apresenta amenorreia desde o início da hormonização. Durante a abordagem do planejamento reprodutivo, relata manter relações sexuais com um homem cisgênero, com penetração vaginal e exposição a sêmen, sem uso de método contraceptivo. Ao ser questionado sobre seus planos reprodutivos, afirma que não deseja engravidar no momento, mas gostaria de manter a possibilidade de ter filhos biológicos no futuro.

Diante desse cenário, assinale a alternativa que apresenta a abordagem mais adequada para o planejamento reprodutivo.

A) Explicar que a testosterona não é um método contraceptivo confiável e oferecer método contraceptivo compatível com suas preferências.

B) Priorizar o encaminhamento para preservação de gametas, considerando o desejo de ter filhos biológicos no futuro, postergando a discussão sobre contracepção até essa avaliação.

C) Explicar que a amenorreia induzida pela testosterona indica supressão da ovulação e oferece proteção contraceptiva suficiente enquanto a hormonização for mantida.

D) Explicar o risco atual de gestação e suspender a testosterona para iniciar contraceptivo hormonal combinado, considerando a necessidade de contracepção enquanto houver exposição a sêmen.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 184

Um homem de 24 anos, sem antecedentes mórbidos conhecidos, é trazido por familiares à Unidade Básica de Saúde (UBS) após apresentar, há cerca de 48 horas, comportamento desorganizado, ideias persecutórias e redução importante do sono. Na unidade, encontra-se intensamente agitado, grita que os profissionais são "robôs enviados para abduzi-lo" e ameaça agredir quem se aproxima. A equipe tenta abordagem verbal em ambiente com poucos estímulos, sem sucesso. O paciente recusa medicação por via oral. Não apresenta rebaixamento do nível de consciência ou sinais clínicos evidentes de intoxicação. Enquanto organiza a transferência para um serviço de urgência, a equipe avalia a necessidade de manejo farmacológico da agitação.

Considerando a realidade brasileira, qual é a conduta mais adequada nesse momento?

A) Administrar diazepam por via intramuscular, associado à contenção física quando necessária, monitorando nível de consciência e parâmetros clínicos até a transferência.

B) Administrar haloperidol por via intramuscular, em dose mínima, associado a profilaxia de efeitos extrapiramidais e realizando monitorização de resposta clínica.

C) Administrar haloperidol por via intramuscular, associado a benzodiazepínico, buscando potencializar a sedação antes da transferência para o serviço de urgência.

D) Insistir nas medidas de desescalonamento verbal e oferecer risperidona por via oral, uma vez que antipsicóticos de segunda geração são prioritários.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 185

Mulher cis, parda, de 32 anos, procura sua Médica de Família e Comunidade (MFC) após confirmar gestação de aproximadamente sete semanas. Relata que não desejava engravidar. Ao explorar as circunstâncias da concepção, conta que o marido frequentemente insiste em manter relações sexuais mesmo quando ela recusa. Na ocasião em que acredita ter engravidado, havia dito repetidamente que não queria ter relação, mas o marido a ameaçou e manteve relação vaginal apesar de sua negativa. Ela afirma: "não sei se isso é violência, porque ele é meu marido". Está clinicamente estável, não deseja manter a gestação e nunca procurou a polícia.

Além de acolher e avaliar a segurança, qual é a conduta mais adequada da Médica de Família e Comunidade (MFC) nesse momento?

A) Iniciar pré-natal, recomendar denúncia policial e aguardar comprovação policial formal antes de discutir interrupção gestacional.

B) Solicitar autorização judicial, manter acompanhamento clínico e encaminhar somente após manifestação favorável do Poder Judiciário.

C) Reconhecer violência conjugal, contraindicar interrupção por ocorrer dentro do casamento e manter acompanhamento pré-natal regular.

D) Reconhecer possível violência sexual, informar direito ao aborto legal e encaminhar sem exigir denúncia policial.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 186

Mulher cis, 38 anos, acompanhada há três anos pela mesma equipe de Saúde da Família, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) em demanda espontânea pela sexta vez em quatro meses. Nas consultas anteriores, apresentou queixas alternadas de cefaleia, dor abdominal difusa e insônia, com exames físicos e complementares sem alterações que explicassem a recorrência dos sintomas. Hoje chega acompanhada do marido, que insiste em permanecer na sala, interrompe suas respostas, responde perguntas dirigidas a

ela e mantém consigo o telefone e os documentos da paciente. Durante parte do atendimento, a médica consegue conversar com a mulher a sós. Ela relata que o companheiro controla o dinheiro da casa e suas mensagens, impede que visite a irmã, humilha-a frequentemente e, no último mês, empurrou-a duas vezes durante discussões. Diz que procura evitar contrariá-lo e pergunta se ele saberá o que contou à médica. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) já havia informado à equipe sobre discussões frequentes e gritos provenientes do domicílio. Ao exame físico atual, não são observadas lesões traumáticas aparentes.

Considerando a situação identificada e as atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS), qual é a conduta mais adequada da Médica de Família e Comunidade (MFC) nesta consulta?

A) Acolher em ambiente privativo, validar o relato, avaliar risco e segurança, registrar os achados e construir plano de cuidado, condicionando a notificação à concordância da paciente e mantendo acompanhamento pela UBS, com articulação da rede conforme sua disponibilidade para novos encaminhamentos que sejam necessários.

B) Acolher em ambiente privativo, registrar o relato, realizar notificação compulsória e avaliar risco imediato, propondo entrevista conjunta com o companheiro para esclarecer a dinâmica familiar e pactuar estratégias de convivência antes de envolver outros serviços especializados da rede local de proteção à mulher disponível.

C) Acolher em ambiente privativo, validar o relato, reconhecer a situação de violência, avaliar risco e segurança, registrar de forma objetiva os achados, explicar e realizar a notificação compulsória, construir plano de segurança com a paciente e articular seguimento longitudinal com a rede de proteção.

D) Acolher em ambiente privativo, registrar o relato, realizar notificação compulsória e encaminhar imediatamente ao serviço especializado, orientando registro policial para ampliar proteção e mantendo o seguimento clínico pela UBS, mas atribuindo à rede intersetorial a definição do plano de segurança e das medidas protetivas.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 187

Mulher cisgênero de 30 anos comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de acompanhamento após tratamento de sífilis adquirida. Foi diagnosticada com sífilis latente tardia em exame de rotina há nove meses, com

VDRL inicial de 1:16. Ela aderiu corretamente ao tratamento, recebendo três doses de penicilina benzatina (2,4 milhões de UI por semana, durante três semanas, totalizando 7,2 milhões de UI), assim como sua parceria sexual. Na consulta de hoje, apresenta-se assintomática e traz o resultado de VDRL com titulação de 1:8.

Segue a cronologia do monitoramento:

VDRL ao diagnóstico: 1:16

VDRL (3 meses de seguimento): 1:32

VDRL (6 meses de seguimento): 1:16

VDRL (9 meses de seguimento): 1:8

Considerando o monitoramento de pessoas com sífilis adquirida, qual é a melhor conduta nesta consulta?

A) Dar alta do monitoramento, pois houve queda de duas titulações entre o terceiro e o nono mês de acompanhamento, indicando resposta adequada ao tratamento.

B) Indicar retratamento, já que no controle de seis meses não houve a queda esperada de duas titulações em relação ao VDRL do diagnóstico, indicando falha.

C) Manter o monitoramento e repetir o VDRL aos 12 meses de seguimento pós-tratamento, reavaliando a resposta sorológica e a necessidade de outras condutas.

D) Indicar retratamento, já que o VDRL permanece em valor elevado mesmo nove meses após o tratamento.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 188

Homem branco de 68 anos, hipertenso e com antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico há dez meses, é acompanhado pela equipe de Saúde da Família. Mantém hemiparesia direita, utiliza bengala e necessita da esposa para o banho e para vestir a parte inferior do corpo, mas alimenta-se e transfere-se da cama para a cadeira sem auxílio. Interrompeu a fisioterapia há quatro meses porque depende do filho para transporte até o serviço de reabilitação. Nas últimas seis semanas, sofreu duas quedas sem lesões e deixou de sair sozinho de casa. Em visita domiciliar, não apresenta novos déficits neurológicos. A equipe identifica tapetes soltos, banheiro sem barras de apoio

e bengala utilizada em altura inadequada. A esposa relata cansaço com os cuidados e diz que prefere que ele "não saia mais sozinho para não cair". Quando perguntado sobre o que mais gostaria de recuperar, o paciente responde: "Quero conseguir caminhar novamente até a padaria, que fica a duas quadras daqui".

Considerando as necessidades atuais da pessoa, qual estratégia deve orientar o plano de reabilitação na Atenção Primária à Saúde (APS)?

A) Retomar fisioterapia ambulatorial, revisar controle dos fatores vasculares, orientar exercícios domiciliares e reavaliar em três meses, deixando adaptações ambientais e participação comunitária para abordagem posterior conforme resposta motora.

B) Avaliar força, tônus e marcha, intensificar exercícios supervisionados, substituir a bengala se necessário e encaminhar à reabilitação especializada, utilizando melhora motora e independência no banho como principais desfechos.

C) Priorizar prevenção de novas quedas, recomendar auxílio permanente da esposa fora do domicílio, adaptar banheiro e retirar tapetes, mantendo fisioterapia domiciliar até alcançar marcha independente e maior segurança.

D) Realizar avaliação funcional e domiciliar, pactuar a meta de caminhar até a padaria, compartilhar o plano com equipe multiprofissional, abordar barreiras ambientais e sobrecarga da cuidadora, coordenando reavaliações.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 189

Mulher de 48 anos procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por sensação de plenitude após as refeições, saciedade precoce e desconforto na região epigástrica há cerca de três meses. Os sintomas ocorrem várias vezes por semana, sem relação consistente com algum alimento específico. Nega disfagia, odinofagia, vômitos persistentes, hematêmese, melena, perda ponderal não intencional ou uso frequente de anti-inflamatórios. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, com abdome flácido, sem massas ou dor à palpação. Há seis meses, realizou ultrassonografia abdominal após episódios recorrentes de dor em hipocôndrio direito após refeições gordurosas, sendo identificada colelitíase. Desde então, apresentou dois novos episódios compatíveis com cólica biliar e aguarda avaliação na atenção especializada. Não está grávida nem amamentando e não utiliza medicamentos de uso contínuo. Após discutir medidas alimentares e comportamentais para o controle dos sintomas dispépticos, a paciente relata preferência por tratamentos

"naturais" e pergunta se poderia utilizar algum dos fitoterápicos disponíveis na rede pública como terapia complementar.

Além de manter orientações alimentares e acompanhar a evolução dos sintomas na atenção primária, qual fitoterápico constitui a opção mais adequada neste caso, considerando o quadro clínico, as condições associadas e a segurança do uso de plantas medicinais?

A) Espinheira-santa.

B) Unha-de-gato.

C) Garra-do-diabo.

D) Guaco.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 190

Uma Médica de Família e Comunidade (MFC) é a responsável técnica de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) cuja população adscrita se caracteriza por expressivo envelhecimento populacional e alta prevalência de multimorbidades. Diante do represamento de encaminhamentos para cardiologia, ela estabeleceu parceria com serviços ambulatoriais de cardiologia de centros universitários com o intuito de realizar telematriciamentos, tendo como resultado o reordenamento da fila e qualificação dos profissionais da UBS para o manejo das condições crônicas e reestratificação do risco cardiovascular.

Considerando a qualificação dos profissionais e a ampliação da capacidade da UBS para manejar condições crônicas, quais fundamentos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) são mais diretamente evidenciados?

A) Coordenação do cuidado aliada à complementaridade do setor privado.

B) Regionalização e hierarquização dos serviços aliada à integralidade.

C) Resolutividade aliada à formação e educação permanente em saúde.

D) Equidade do cuidado aliado ao ordenamento das Redes de Atenção à Saúde.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 191

Uma mulher de 63 anos vem em consulta mostrar o resultado de seu teste molecular de DNA-HPV, com resultado positivo para genótipos não 16 e 18. Ela

não se recorda de ter realizado esse exame anteriormente e sempre teve muito medo de câncer de útero, pois sua prima faleceu por esse motivo.

Considerando as atuais Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do Câncer de Colo Uterino, qual é a conduta imediata indicada para o seguimento do caso?

A) Realizar citologia reflexa preferencialmente na mesma amostra; se negativa, repetir o teste de DNA-HPV em 12 meses.

B) Realizar citologia reflexa preferencialmente na mesma amostra; se negativa, encerrar o rastreamento devido à faixa etária.

C) Encaminhar imediatamente para colposcopia; se colposcopia normal, interromper rastreamento.

D) Realizar nova coleta para citopatológico convencional (coteste); se normal, solicitar novo citopatológico em 12 meses.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 192

Lactente de 9 meses, nascido a termo e sem intercorrências perinatais, comparece com os pais à consulta de puericultura. Ao revisar os registros das consultas anteriores, o médico observa que, desde o nascimento, o testículo esquerdo é palpável no saco escrotal, enquanto o direito permanece fora do escroto. Durante a consulta atual, confirma que o testículo direito é palpável na região inguinal distal, mas não pode ser mantido no saco escrotal após manipulação.

Diante desse cenário, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

A) Tranquilizar os pais e manter a conduta expectante, considerando a possibilidade de descida espontânea do testículo até os 12 meses de idade.

B) Encaminhar o lactente para avaliação cirúrgica, considerando a persistência da criptorquidia após os 6 meses de idade e a necessidade de correção oportuna.

C) Solicitar inicialmente ultrassonografia para localizar e avaliar o testículo direito, definindo a necessidade de encaminhamento após o resultado do exame.

D) Manter o acompanhamento clínico, considerando tratar-se de testículo retrátil, condição que não apresenta indicação de correção cirúrgica nesse momento.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 193

Uma mulher de 33 anos de idade, sem histórico familiar de câncer de mama, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando-se de dor mamária cíclica bilateral de intensidade severa há um ano, que interfere negativamente em seu sono e em suas atividades diárias. Ela passou por consulta médica há três meses, na qual foi examinada, tranquilizada sobre a natureza funcional de sua condição e orientada a utilizar sutiãs de suporte firme. Naquela ocasião, foi prescrito ibuprofeno de horário, além de óleo de prímula, sem apresentar melhora do quadro clínico até o momento. Ao exame físico atual, o Médico de Família e Comunidade (MFC) observa mamas com nodularidade simétrica e difusa por toda a extensão, sem massas dominantes, assimetrias focais, retrações cutâneas ou descargas papilares.

Qual das seguintes alternativas apresenta o próximo passo mais adequado no manejo terapêutico dessa pessoa?

A) Iniciar terapia hormonal com tamoxifeno, considerando a intensidade, a duração dos sintomas e a refratariedade ao tratamento inicial.

B) Solicitar mamografia para avaliar os adensamentos, visto que a paciente tem mais de 30 anos e apresenta nodularidade difusa.

C) Manter a conduta expectante e o ensino sistemático do autoexame, visto que a mastalgia cíclica é uma condição fisiológica benigna.

D) Aumentar a dose do óleo de prímula, visto ser o tratamento de primeira escolha como monoterapia para a mastalgia cíclica refratária.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 194

Um homem de 66 anos, aposentado, diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de rotina. Faz uso regular de metformina 2.000 mg/dia, dapagliflozina 10 mg/dia e insulina NPH (16 UI antes do café da manhã e 10 UI às 22h).

Apresenta exames recentes com hemoglobina glicada (HbA1c) de 7,6% e glicemia de jejum de 142 mg/dL. No diário de automonitorização, as glicemias de jejum variam entre 78 mg/dL e 168 mg/dL, sem relação aparente com a ingestão de carboidratos no jantar, que é padronizada. O paciente relata que, nas últimas três semanas, apresentou quatro episódios de despertar noturno por volta das 3h da manhã com sudorese fria, tremores e palpitações. Os episódios

foram confirmados por glicemia capilar entre 50 mg/dL e 58 mg/dL e revertidos após a ingestão de carboidratos de rápida absorção.

Em relação aos episódios de hipoglicemia noturna, assinale a alternativa que indica a conduta correta.

A) Manter a dose de insulina NPH e orientar a ingestão de um lanche (ex.: copo de leite) antes de dormir.

B) Suspender a dapagliflozina e manter as aplicações da insulina NPH nas mesmas doses e nos mesmos horários.

C) Concentrar a administração da dose total de insulina NPH (26 UI) no período da manhã e suspender a aplicação das 22h.

D) Reduzir a dose de NPH noturna (em 2 a 4 UI) ou substituir a insulina NPH por uma análoga de ação prolongada (ex.: glargina).

CÓDIGO DA QUESTÃO: 195

Mulher de 35 anos, recém-diagnosticada com infecção pelo HIV, assintomática, comparece à primeira consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS). Durante o planejamento do cuidado e revisão da caderneta de vacinação, o Médico de Família e Comunidade (MFC) aborda as imunizações indicadas para o seu quadro clínico atual. A paciente não possui histórico de vacinação prévia contra o Papilomavírus Humano (HPV).

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), a conduta com relação à imunização contra o HPV nesta paciente determina:

A) administrar três doses da vacina quadrivalente, com intervalos de zero, dois e seis meses.

B) administrar duas doses da vacina quadrivalente, com intervalo de seis meses.

C) contraindicar a imunização, pois a paciente encontra-se fora da faixa etária recomendada.

D) postergar a imunização, a fim de aguardar a supressão da carga viral pelos antirretrovirais.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 196

Homem, cis, branco, 53 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 insulinodependente, vem à Unidade Básica de Saúde (UBS), acompanhado de sua esposa, trazendo o registro de automonitorização de glicemia capilar, após internação por cetoacidose diabética há um mês. Durante a entrevista clínica, nota-se que o paciente pouco responde às perguntas, mantendo-se mais reservado e recorrendo à esposa para responder acerca da internação, exames e medicamentos. A esposa, por sua vez, afirma estar bastante cansada da rotina de cuidados com o marido, sente que precisa vigiá-lo para que se alimente de forma adequada e tome seus remédios.

A respeito do caso citado e da aplicabilidade da ferramenta PPRACTICE enquanto instrumento de avaliação familiar, assinale a alternativa correta.

A) A dimensão da comunicação é avaliada pelo profissional por meio de uma postura de observação da dinâmica de interação do casal durante a consulta, enquanto os outros itens da ferramenta são avaliados por uma postura ativa.

B) A investigação dos papéis, regras e responsabilidades busca compreender as funções dos membros da família, bem como do médico e da própria doença dentro do sistema familiar.

C) A PPRACTICE serve para abordar as relações entre as pessoas do núcleo familiar, mas se for necessário explorar as relações com a família estendida, os recursos do território e as estruturas de apoio social, deve-se utilizar o ecomapa.

D) A dimensão ambiente contempla aspectos como pobreza, racismo, migração e crenças religiosas, sendo aplicável principalmente quando esses elementos constituem o problema apresentado pela família.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 197

A Médica de Família e Comunidade (MFC) atende um senhor de 70 anos, após internação hospitalar por pneumonia. Esse senhor já é acompanhado na Unidade Básica de Saúde (UBS) por conta de suas doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doença pulmonar obstrutiva crônica. Hoje, durante o atendimento, o senhor ainda queixa-se de cansaço, mas está aliviado que a tosse só aparece à noite. Na alta hospitalar, foi prescrito um broncodilatador beta-2 agonista de curta duração para alívio imediato dos sintomas.

Diante do quadro apresentado, assinale a alternativa que indica a classificação da doença pulmonar obstrutiva crônica e o tratamento preconizado.

A) Grupo B, com indicação de prescrição de um broncodilatador antimuscarínico de curta ação (SAMA) ou de um broncodilatador beta-2 agonista de longa ação (LABA).

B) Grupo B, com indicação de dois broncodilatadores de longa duração: beta-2 agonistas (LABA) e antimuscarínicos (LAMA) e corticoide inalatório (ICS) se apresentar eosinofilia acima de 300 células/microlitro.

C) Grupo E, com indicação de broncodilatador beta-2 agonista (LABA) e corticoide inalatório (ICs).

D) Grupo E, com indicação de dois broncodilatadores de longa duração: beta-2 agonistas (LABA) e antimuscarínicos (LAMA) e corticoide inalatório (ICS) se apresentar eosinofilia acima de 300 células/microlitro.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 198

Mulher cisgênero, branca, 65 anos, dona de casa, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por perda involuntária de urina associada a atividades como tossir, cantar ou rir alto, bem como ao lavar roupa no tanque ou levantar objetos pesados em casa. Refere início do quadro há cerca de 10 anos, com piora progressiva, causando constrangimento, necessidade de uso de fraldas e tendência ao isolamento social. É diabética, em uso regular de metformina, apresenta sobrepeso (IMC 27,5 kg/m²), sem outras comorbidades. Teve três cesarianas prévias. Está em uso de oxibutinina 5 mg uma vez ao dia, prescrita há três meses por outro profissional, sem melhora.

A respeito da avaliação e do manejo desse quadro, assinale a alternativa correta.

A) A avaliação urodinâmica é necessária para caracterizar o tipo de incontinência urinária e definir o plano terapêutico, considerando a possibilidade de incontinência urinária mista.

B) A terapia farmacológica é indicada nesse quadro, podendo-se otimizar o tratamento com oxibutinina ou substituí-la por um agonista beta-3 adrenérgico, como a mirabegrona.

C) Medidas comportamentais e exercícios para a musculatura do assoalho pélvico apresentam benefício limitado nesse quadro, e a ausência de resposta ao tratamento farmacológico indica intervenção cirúrgica.

D) No que se refere à avaliação complementar, os exames iniciais a serem realizados são o teste de esforço por tosse em posição de litotomia, a avaliação do resíduo pós-miccional e a urinálise para exclusão de infecção do trato urinário, glicosúria ou hematúria.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 199

Um homem de 75 anos é agricultor na Serra Gaúcha, trabalha desde jovem nas terras da família. Durante as atividades de campo, utiliza roupas de manga comprida e chapéu. Ele havia notado uma lesão no tórax há menos de 5 meses e acreditava tratar-se de um cravo que não curou, achando melhor passar em consulta com seu Médico de Família e Comunidade (MFC). No exame da pele do tórax e dorso, o MFC detectou algumas pequenas lesões pigmentadas, sem características clínicas de suspeição. Entretanto, a lesão notada pela pessoa apresentava cerca de 5 mm de diâmetro, discreta assimetria, limites parcialmente irregulares e variação de coloração com tonalidades castanhas, marrons, pretas e um ponto pequeno azulado. Não apresenta ulceração ou sangramento.

Considerando os achados clínicos e os critérios ABCDE, assinale a alternativa correta.

A) A localização em área protegida do sol e o uso de equipamentos de proteção individual reduzem a suspeita de melanoma, e outra hipótese deve ser aventada.

B) A ausência de antecedente familiar de melanoma reduz o risco individual, tornando desnecessária a realização de biópsia diagnóstica.

C) A presença de assimetria, bordas irregulares e múltiplas cores justifica a indicação de biópsia excisional para confirmação histopatológica de melanoma.

D) O diâmetro de 5 mm invalida a suspeita de melanoma, visto que apenas lesões com diâmetro superior a 6 mm possuem indicação de investigação.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 200

Uma Médica de Família e Comunidade (MFC), recém-chegada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), observa que as pessoas procuram o serviço com frequência para solicitar avaliação por especialistas focais. Ao analisar os prontuários, identifica que uma parcela elevada das consultas gera referências para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde e que há poucos registros de

contrarreferência ou de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado.

Considerando os achados apresentados, qual atributo da Atenção Primária à Saúde (APS) está principalmente comprometido e qual impacto se espera da reorganização dos processos de referência e contrarreferência?

A) Acesso de primeiro contato, pois a reorganização dos encaminhamentos ampliará o acesso aos especialistas focais, responsáveis pela condução do cuidado dessas pessoas.

B) Equidade, pois a reorganização do fluxo regulatório corrigirá desigualdades no acesso e direcionará as pessoas aos especialistas conforme suas necessidades individuais.

C) Integralidade, pois a ampliação dos encaminhamentos permitirá que diferentes especialistas abordem cada necessidade da pessoa com maior efetividade do que o acompanhamento concentrado na APS.

D) Coordenação do cuidado, pois a qualificação das referências e contrarreferências fortalecerá o cuidado longitudinal e integral, com a APS exercendo seu papel de articuladora da Rede de Atenção à Saúde.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 201

Uma mulher de 52 anos, negra, professora, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação de rotina. Ela é ex-tabagista (fumava 10 cigarros/dia por 30 anos, parou de fumar há 5 anos) e não possui história pessoal ou familiar de doença cardiovascular. Está há 2 anos na menopausa. Possui hipertensão arterial sistêmica (HAS) controlada, em uso de losartana 100 mg/dia. Não realiza consultas nem exames de rotina há mais de 5 anos. Ao exame físico, não são identificadas alterações, peso 59 kg, 1,58 m de altura, pressão arterial 116 x 78 mmHg. O eletrocardiograma é normal. O risco cardiovascular calculado é baixo.

Considerando o risco cardiovascular e o perfil lipídico dessa pessoa, assinale a alternativa que os associa corretamente à conduta terapêutica indicada.

A) Se LDL-c de 155 mg/dL e HDL-c de 55 mg/dL: indicar tratamento não farmacológico exclusivo com mudança de estilo de vida (MEV) sendo orientação dietética e prática de atividade física, por um período de 3 a 6 meses, com reavaliação do perfil lipídico ao final desse período. Não há indicação de estatina neste momento.

B) Se LDL-c de 155 mg/dL e HDL-c de 55 mg/dL: iniciar estatina de imediato associada à MEV, pois um LDL-c acima de 130 mg/dL já indica, por si só, tratamento farmacológico, independentemente do risco cardiovascular baixo.

C) Se LDL-c de 120 mg/dL e HDL-c de 38 mg/dL: iniciar estatina, uma vez que o HDL-c baixo constitui, por si só, critério de inclusão do protocolo para tratamento farmacológico, independentemente do risco cardiovascular e dos demais critérios estabelecidos.

D) Se LDL-c de 155 mg/dL e HDL-c de 45 mg/dL: estabelecer como metas terapêuticas a redução do LDL-c para menos de 70 mg/dL e a elevação do HDL-c para mais de 60 mg/dL, ambas por meio de MEV em 3 meses; caso as metas não sejam atingidas, indicar estatina associada a ácido nicotínico para elevação do HDL-c.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 202

Um menino de 5 anos, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), é levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde (UBS). Ela relata dificuldades de comunicação, incômodo intenso com ruídos e episódios de agitação quando ocorrem mudanças na rotina escolar. A criança aguarda há cinco meses atendimento em um Centro Especializado em Reabilitação (CER) e, nesse período, não recebeu outras intervenções. A mãe refere cansaço e insegurança sobre como lidar com essas situações. Na consulta, o menino está tranquilo e não apresenta comportamento autolesivo nem sinais de doença aguda.

Considerando as atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, qual é a abordagem mais adequada pela(o) Médica(o) de Família e Comunidade (MFC)?

A) Elaborar um Projeto Terapêutico Singular com a criança e sua família, iniciar intervenções conforme as necessidades identificadas e articular o cuidado com a escola e a equipe multiprofissional e, posteriormente, quando a criança for chamada para atendimento, com o CER.

B) Manter o acompanhamento multiprofissional na UBS enquanto a criança aguarda atendimento no CER e explicar para a mãe que o TEA é uma condição do neurodesenvolvimento e não uma patologia, não sendo legalmente considerado deficiência.

C) Aguardar a avaliação no CER antes de iniciar as intervenções, pois a elaboração do Projeto Terapêutico Singular deve ocorrer após avaliação de

neuropediatra ou neuropsicóloga(o), que definirá as necessidades funcionais e o grau de suporte da criança.

D) Aguardar que o CER assuma a condução dos cuidados relacionados ao neurodesenvolvimento, considerando a complexidade do caso, mantendo na UBS a vacinação e o acompanhamento de agravos não relacionados ao TEA.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 203

Uma Médica de Família e Comunidade (MFC), recentemente transferida para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), identificou junto à equipe um elevado número de pessoas com transtornos mentais graves e em situação de instabilidade clínica, exigindo articulação frequente com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Diante dessa realidade, a médica propôs uma reorganização em seu processo de trabalho para reservar dois horários semanais com tempo estendido de consulta para casos de maior complexidade. A proposta foi pactuada com a equipe e enviada para ajuste no sistema. No entanto, o gestor da UBS recusou a alteração por meio de um recado administrativo, via recepcionista, alegando que as metas municipais não permitiam modificar a duração padrão das consultas.

Com base no referencial de comunicação em equipes de saúde e manejo de conflitos proposto por Dohms e Gusso, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para o manejo dessa situação.

A) A MFC deve solicitar uma conversa direta com o gestor da UBS para apresentar os dados do território e justificar a mudança. Caso a regra municipal seja confirmada pelo gestor, a profissional deve reconhecer os limites institucionais e acatar a decisão, mantendo a agenda padrão sem propor novas negociações ou espaços de discussão coletiva.

B) A MFC deve solicitar uma conversa em espaço protegido com a equipe e o gestor da UBS, apresentando as necessidades identificadas e buscando compreender as diretrizes e limites institucionais. A partir da divergência entre o trabalho planejado e a prática, negociar e repactuar o processo de trabalho e, se necessário, recorrer à mediação.

C) A MFC deve solicitar ao gestor da UBS que reavalie a decisão diretamente com a equipe, priorizando a autonomia dos profissionais sobre os processos assistenciais em relação às normas municipais e exigindo a implementação imediata da agenda proposta conforme pactuado localmente.

D) A MFC deve manter temporariamente os atendimentos com tempo estendido conforme planejado e pactuado com a equipe para demonstrar a viabilidade da proposta na prática, utilizando reuniões periódicas da equipe para avaliar os resultados e apresentá-los ao gestor da UBS para posterior validação da mudança.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 204

Uma criança de 7 anos vem em demanda espontânea acompanhada de sua avó. A avó conta que quando foi buscar o neto no horário habitual de saída, ele começou a se queixar de dor e coceira no olho. Ela trouxe o menino porque notou que diferentemente de quando o deixou na escola, agora a pálpebra estava inchada e vermelha. Nega sintomas de vias aéreas superiores, cefaleia e alteração da visão. No prontuário da criança, a vacinação está em dia, sem história prévia de infecções de seios paranasais. No exame físico: • Criança em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica e anictérica, com presença de edema em região orbital direita, com calor e rubor. Sem hiperemia conjuntival, proptose ou diminuição da acuidade visual. • Sinais vitais: temperatura axilar: 36,5°C; saturação: 99% em ar ambiente; frequência cardíaca: 80bpm; frequência respiratória: 20 irpm. Sem outras alterações no exame físico.

Assinale a alternativa que indica o diagnóstico e o tratamento adequados para essa criança.

A) Trata-se de reação local após picada ou ferroada de artrópode, sem sinais de anafilaxia no momento da avaliação. O tratamento preconizado é a utilização de anti-histamínicos tópicos e orais para diminuir o prurido.

B) Trata-se de celulite periorbitária, com necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência para avaliação oftalmológica e internação por conta do uso de antibióticos intravenosos.

C) Trata-se de celulite periorbitária, com necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência para realização de exame de imagem com urgência para avaliar ou não a necessidade de drenagem como tratamento inicial.

D) Trata-se de reação local após picada ou ferroada de artrópode, sem sinais de anafilaxia no momento da avaliação. O tratamento preconizado é o de suporte, com lavagem adequada com água e sabão e uso de compressa de gelo para redução da dor e do edema no local da lesão.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 205

Uma Médica de Família e Comunidade (MFC) inicia suas atividades em uma nova Unidade Básica de Saúde (UBS). Ao analisar os cadastros individuais do território, observa que 90% das pessoas estão registradas como pardas. O dado apresenta distribuição semelhante em todas as microáreas, embora os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) relatem diferenças entre os territórios quanto às condições de moradia, renda, acesso aos serviços e composição populacional. Durante uma reunião de equipe, a médica identifica que o quesito raça/cor tem sido preenchido pelos próprios ACS, com base em sua percepção sobre a aparência das pessoas. A equipe também não utiliza essa informação na análise do acompanhamento de condições de saúde no território.

Considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), qual planejamento estratégico é mais adequado para qualificar os cadastros e orientar a gestão dos desfechos de saúde mais comuns na população negra?

A) Atualizar os cadastros mediante autodeclaração, qualificar a equipe para coletar e analisar indicadores de saúde desagregados segundo raça/cor de hipertensão, diabetes mellitus, doença falciforme, pré-natal e mortalidade para orientar ações de equidade.

B) Manter os cadastros por heteroidentificação, qualificar a equipe para a classificação fenotípica e analisar indicadores de saúde desagregados segundo raça/cor de hipertensão, diabetes mellitus, doença falciforme, pré-natal e mortalidade para orientar ações de equidade.

C) Atualizar os cadastros mediante autodeclaração, qualificar a equipe para coletar e analisar indicadores de saúde desagregados segundo raça/cor de fenilcetonúria, verminoses, doenças diarreicas e mortalidade para orientar ações de equidade.

D) Atualizar os cadastros mediante autodeclaração, qualificar a equipe para coletar e analisar os indicadores de hipertensão, diabetes mellitus, doença falciforme, pré-natal e mortalidade sem desagregá-los segundo raça/cor, para orientar ações gerais de equidade.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 206

Uma mulher de 52 anos comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para acompanhamento de diabetes mellitus tipo 2. No último mês, apresentou quatro episódios de sudorese, tremores e confusão durante o horário de

trabalho, quando permanece longos períodos sem se alimentar. Em duas ocasiões, a glicemia capilar aferida durante os sintomas foi inferior a 70 mg/dL. Sua hemoglobina glicada é de 8,9%. Trabalha como auxiliar de limpeza em dois empregos, com horários alternados e sem pausas regulares para refeições. Relata que frequentemente substitui o almoço por café e pão porque não consegue comprar alimentos suficientes para toda a família. Nas últimas semanas, sua principal refeição tem sido o jantar, geralmente composto por macarrão com salsicha. Utiliza insulina NPH 30 UI à noite, conforme prescrição. As medidas de glicemia em jejum dos últimos 15 dias variaram entre 130 e 150 mg/dL. Relata ainda que, quando falta ao trabalho para comparecer à UBS, perde proporcionalmente o vale-refeição e parte de sua renda mensal.

Considerando o manejo do diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde (APS) e os fatores relacionados aos episódios de hipoglicemia apresentados pela paciente, assinale a alternativa que apresenta a abordagem mais adequada.

A) Reconhecer a insegurança alimentar e as condições de trabalho como fatores relacionados aos episódios de hipoglicemia e suspender temporariamente a insulina NPH até que seja possível estabelecer maior regularidade na alimentação.

B) Orientar a realização de refeições em intervalos regulares e reforçar a importância da adesão ao plano alimentar, utilizando os registros de glicemia para ajustar a insulinoterapia.

C) Atribuir os episódios à dose excessiva de insulina basal e reduzir a NPH com base nas hipoglicemias relatadas, mantendo as demais orientações do tratamento e programando reavaliação do controle glicêmico.

D) Abordar a insegurança alimentar e as condições de trabalho, articular os recursos sociais disponíveis e construir com a paciente um plano de cuidado compatível com sua realidade, reavaliando o esquema hipoglicemiante e o padrão glicêmico para reduzir o risco de novos episódios.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 207

Uma equipe de saúde que atua em um território indígena inicia uma atividade coletiva sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos. Ao tomar conhecimento da atividade, o pajé procura a equipe e explica que, diante da redução histórica da população daquele povo e da preocupação com sua continuidade, a comunidade havia pactuado não incentivar coletivamente a contracepção. Esclarece, entretanto, que as mulheres que desejassem

poderiam solicitar atendimento individual. Alguns dias depois, uma indígena, 27 anos, procura reservadamente a(o) Médica(o) de Família e Comunidade (MFC). Ela relata que pretende adiar uma nova gestação e solicita orientação sobre métodos contraceptivos.

Diante dessa situação, considerando os princípios da competência cultural na Atenção Primária à Saúde (APS), a conduta mais adequada em relação à atividade coletiva e ao atendimento individual da indígena é:

A) manter a atividade, acrescentar a preocupação demográfica ao conteúdo e convidar representantes indicados pela liderança para participar, atendendo à indígena individualmente.

B) suspender a atividade, pactuar com as lideranças quais métodos podem ser ofertados no território e apresentar à indígena apenas as opções acordadas.

C) replanejar as ações coletivas em diálogo com a comunidade e oferecer à indígena aconselhamento e opções contraceptivas para uma decisão compartilhada.

D) substituir a atividade por aconselhamento individual às mulheres em idade reprodutiva e atender a indígena reservadamente, sem rediscutir a estratégia com a comunidade.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 208

Homem, 33 anos, tem diagnóstico de esquizofrenia e é acompanhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Apresenta alucinações auditivas, delírios persecutórios e comprometimento do funcionamento profissional. Embora anteriormente utilizasse os medicamentos de maneira irregular, realizou dois tratamentos consecutivos com adesão confirmada: risperidona, 6 mg ao dia, durante oito semanas, seguida de olanzapina, 20 mg ao dia, também durante oito semanas. Os medicamentos foram utilizados em doses terapêuticas adequadas e não provocaram efeitos adversos intoleráveis. Apesar disso, não houve redução dos sintomas psicóticos, nem melhora funcional. A avaliação não identificou uso de substâncias, transtorno do humor ou condição clínica que explicasse a ausência de resposta. No momento, ele encontra-se tranquilo e não apresenta risco imediato para si ou para outras pessoas.

No cuidado compartilhado entre a UBS e o CAPS, a estratégia terapêutica mais adequada é:

A) articular a associação de risperidona à olanzapina, acompanhando a resposta e os efeitos adversos do esquema combinado.

B) articular a manutenção de olanzapina por mais quatro semanas, acompanhando a evolução dos sintomas e do funcionamento.

C) articular a substituição de olanzapina por quetiapina ou aripiprazol, acompanhando a resposta ao tratamento.

D) articular a introdução de clozapina, acompanhando a resposta clínica e realizando o monitoramento hematológico necessário.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 209

Mulher, 36 anos, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar, há cerca de dez meses, episódios de prurido nasal e ocular, espirros em salvas, rinorreia aquosa e obstrução nasal bilateral. Os sintomas ocorrem cinco a seis dias por semana, sem variação evidente entre as estações do ano, e são mais intensos quando ela troca a roupa de cama ou retira o pó de móveis e livros. Em duas ou três noites por semana, a obstrução nasal interrompe seu sono e, no dia seguinte, ela apresenta cansaço e dificuldade de concentração no trabalho. Nega febre, dor facial, secreção nasal purulenta e redução do olfato. Não utiliza descongestionantes nasais. Ao exame, observam-se cornetos nasais pálidos e edemaciados, secreção nasal clara e hiperemia conjuntival discreta.

Diante desse quadro, a abordagem mais adequada é:

A) considerar rinite alérgica persistente moderada/grave, iniciar corticosteroide intranasal e reavaliar a resposta após duas semanas.

B) considerar rinite alérgica persistente moderada/grave, solicitar teste cutâneo ou imunoglobulina E específica e iniciar o tratamento após a confirmação etiológica.

C) considerar rinite não alérgica persistente moderada/grave, iniciar corticosteroide e anti-histamínico intranasais e reavaliar a resposta em dez dias.

D) considerar rinossinusite crônica, solicitar tomografia dos seios da face e iniciar corticosteroide intranasal enquanto aguarda o exame.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 210

Homem, 62 anos, procura uma Unidade Básica de Saúde (UBS) por vertigem intensa, iniciada subitamente há seis horas, enquanto preparava o café da

manhã. A sensação de giro permanece contínua desde então e piora com os movimentos da cabeça, embora não desapareça quando ele fica imóvel. Apresenta náuseas e vomitou duas vezes. Relata um quadro de coriza e dor de garganta, já resolvido, na semana anterior. Nega perda auditiva, zumbido, cefaleia, diplopia, disartria, fraqueza ou alterações da sensibilidade. Tem hipertensão arterial e é tabagista. A médica da equipe, que possui treinamento na aplicação do HINTS (teste do impulso da cabeça - head impulse; nistagmo; teste de Skew), observa nistagmo espontâneo horizontal com fase rápida para a esquerda, mantendo a mesma direção durante o olhar lateral. Não ocorre desalinhamento vertical no teste de cobertura alternada. No teste do impulso da cabeça, o homem mantém a fixação ocular, sem necessidade de sacada corretiva, quando sua cabeça é girada rapidamente para qualquer um dos lados. As provas cerebelares não apresentam alterações e ele consegue caminhar sem auxílio.

Diante desses achados, a conduta mais adequada é:

A) iniciar tratamento ambulatorial para neurite vestibular, com supressor vestibular por curto período e reavaliação em 48 horas.

B) realizar a manobra de Dix-Hallpike e, se houver reprodução da vertigem, proceder à manobra de Epley.

C) encaminhar imediatamente ao serviço de urgência para investigação de acidente vascular cerebral e realização de neuroimagem.

D) solicitar audiometria e testes vestibulares ambulatoriais para diferenciar neurite vestibular de labirintite antes de iniciar o tratamento.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 211

Mulher, 38 anos, trabalhadora rural, procura uma Unidade Básica de Saúde (UBS) por náuseas, cefaleia, tontura e irritação ocular, iniciadas durante a preparação e a aplicação de agrotóxicos em uma propriedade produtora de frutas. Durante o atendimento, relata que dois colegas apresentaram sintomas semelhantes naquela semana. Conta também que os equipamentos utilizados na aplicação costumam ser lavados próximos a um canal que abastece parte das famílias do território. Na reunião da equipe, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) informa que moradores da mesma área vêm se queixando de alteração no odor da água. A revisão dos prontuários identifica três atendimentos recentes de pessoas daquela localidade com náuseas, cefaleia e irritação ocular, até então registrados como episódios isolados. Após o

atendimento clínico, a notificação das suspeitas pelos fluxos vigentes e a adoção de orientações provisórias para reduzir novas exposições, a equipe discute como prosseguir com a resposta no território.

Considerando a Vigilância em Saúde como estratégia organizadora da Atenção Primária à Saúde (APS), o plano de continuidade mais adequado é:

A) organizar listas distintas de trabalhadores e moradores, encaminhando a primeira ao Cerest e a segunda à vigilância ambiental, e revisar o plano assistencial após o retorno desses serviços.

B) concentrar a investigação no processo de aplicação dos agrotóxicos e nos trabalhadores expostos, incluindo moradores e abastecimento de água assim que o vínculo ocupacional for confirmado.

C) reunir os dados clínicos, ocupacionais e ambientais em um mapa territorial e conduzir, com as vigilâncias e setores relacionados, a investigação, as intervenções e o acompanhamento dos grupos envolvidos.

D) realizar atividades educativas com trabalhadores e moradores e acompanhar novos atendimentos nas semanas seguintes, utilizando a tendência observada para definir a necessidade de inspeção.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 212

Mulher de 61 anos, há 8 anos em pós-menopausa, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de rotina. Refere dor lombar persistente e perda de 5 cm de estatura nos últimos anos. Nega diagnóstico ou tratamento prévio para osteoporose. Nega traumas. O FRAX® Brasil calculado demonstra risco de fratura osteoporótica maior em 10 anos de 22%. A densitometria óssea (DXA) mostra T-score de -2,1 na coluna lombar (L1-L4).

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

A) Medidas conservadoras, como fortalecimento muscular, prevenção de quedas e suplementação de cálcio e vitamina D, com reavaliação em dois anos.

B) Tratamento farmacológico e não farmacológico, além de solicitação de radiografia da coluna vertebral.

C) Medidas conservadoras, como fortalecimento muscular e prevenção de quedas, sem medidas farmacológicas.

D) Acompanhamento clínico, pois a perda de estatura ≥ 4 cm pode ser atribuída ao envelhecimento, e a dor lombar sem história de trauma não modifica a conduta.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 213

Um homem de 64 anos, com hipertensão e diabetes mellitus, é levado pela filha à Unidade Básica de Saúde (UBS) por febre há 2 dias, tosse produtiva e dor torácica ventilatório-dependente. Refere redução do apetite, mas mantém ingestão de líquidos. Nega dispneia em repouso. Ao exame, apresenta-se consciente e orientado. Pressão arterial: 108/68 mmHg; frequência cardíaca: 104 bpm; frequência respiratória: 28 irpm; Saturação de O_2: 94% em ar ambiente. Afebril no momento do exame. Ausculta pulmonar com crepitações e redução do murmúrio vesicular em base pulmonar direita, sem sinais de derrame pleural. A(O) Médica(o) de Família e Comunidade (MFC) considera o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e avalia sua gravidade.

Qual a conduta mais adequada?

A) Encaminhar imediatamente para internação hospitalar, pois a presença de diabetes mellitus e taquicardia indica pneumonia de maior gravidade.

B) Encaminhar o paciente à urgência para realização de radiografia de tórax e hemograma para confirmação diagnóstica e para definir a conduta.

C) Diante da ausência de critérios de gravidade, iniciar tratamento antibiótico ambulatorial, orientando sinais de alarme e reavaliação.

D) Iniciar tratamento com antibióticos e encaminhar o paciente para avaliação hospitalar, devido à idade e à presença de comorbidades.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 214

Uma menina de 3 anos, previamente saudável, é levada à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela mãe, cerca de 40 minutos após ter sido encontrada brincando com a caixa de medicamentos do avô. A mãe relata que viu a criança com um comprimido na boca, mas não conseguiu retirá-lo. O avô usa diariamente atenolol 50 mg e nifedipino 20 mg, e ambas as cartelas estavam abertas, incompletas.

Na avaliação clínica, a criança está sonolenta, mas desperta ao chamado. Apresenta frequência cardíaca de 54 bpm, pressão arterial de 78/46 mmHg,

frequência respiratória de 20 irpm, saturação de O_2 de 98% em ar ambiente. Não apresenta convulsões.

Qual é a conduta mais adequada na Atenção Primária à Saúde (APS)?

A) Administrar carvão ativado por via oral ou nasogástrica, considerando o curto intervalo desde a ingestão, e encaminhar a criança para avaliação hospitalar.

B) Iniciar as medidas de suporte disponíveis na unidade e observar a resposta clínica para decidir sobre o encaminhamento hospitalar.

C) Realizar eletrocardiograma para identificar o medicamento ingerido, iniciar as medidas de suporte disponíveis na unidade e então definir a necessidade de encaminhamento hospitalar.

D) Acionar o centro toxicológico, iniciar as medidas de suporte disponíveis na unidade e providenciar transferência para ambiente hospitalar.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 215

Mulher cis, de 46 anos, procura sua Unidade Básica de Saúde (UBS) para acompanhamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e refere preocupação com ganho progressivo de peso nos últimos cinco anos.

Apresenta peso de 91 kg, altura de 1,65 m e perímetro da cintura de 101 cm. Sua pressão arterial é de 132 × 82 mmHg em uso de losartana 50 mg duas vezes ao dia. Exames recentes mostram glicemia de jejum de 108 mg/dL (valor de referência: 70–99 mg/dL), hemoglobina glicada de 5,9% (valor de referência: <5,7%), triglicerídeos de 186 mg/dL (valor de referência: <150 mg/dL) e TSH de 2,1 mUI/L (valor de referência: 0,4–4,0 mUI/L).

Não apresenta sinais ou sintomas sugestivos de hipercortisolismo e nega uso de medicamentos associados ao ganho ponderal.

Nos últimos oito meses, vem sendo acompanhada pela equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) com intervenções individualizadas sobre alimentação, atividade física, sono e comportamento, com boa adesão, porém sem perda ponderal clinicamente relevante.

Pergunta à Médica de Família e Comunidade (MFC) sobre a possibilidade de tratamento farmacológico. Não apresenta história pessoal ou familiar de carcinoma medular de tireoide ou neoplasia endócrina múltipla tipo 2.

Considerando a avaliação clínica, as possibilidades terapêuticas e o contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e do SUS no Brasil, qual é a abordagem mais adequada para essa pessoa?

A) A pessoa apresenta obesidade classe I (IMC de 33,4 kg/m²), mas os dados disponíveis são insuficientes para avaliar seu risco cardiovascular. A estratificação desse risco deve preceder a indicação de tratamento farmacológico da obesidade.

B) A pessoa apresenta obesidade classe I e risco cardiometabólico aumentado. Diante da resposta insuficiente às intervenções comportamentais, a farmacoterapia pode ser considerada como adjuvante, incluindo medicamentos com ação no sistema incretínico, conforme avaliação individual e considerando sua disponibilidade no SUS.

C) A pessoa apresenta obesidade classe I e o risco cardiometabólico não pode ser avaliado. Como medicamentos com ação no sistema incretínico não são ofertados pelo SUS para tratamento da obesidade, deve-se manter exclusivamente o tratamento não farmacológico até sua disponibilização na rede ou eventual indicação cirúrgica.

D) A pessoa apresenta obesidade classe I, pré-diabetes e risco cardiometabólico aumentado. A metformina deve ser priorizada como tratamento farmacológico da obesidade, reservando-se medicamentos com ação no sistema incretínico para resposta insuficiente à primeira opção.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 216

Mulher, 63 anos, com histórico de febre reumática, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para acompanhamento após diagnóstico de fibrilação atrial persistente. Não apresenta hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, doença vascular ou antecedente de acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório. Ecocardiograma realizado durante a investigação demonstrou estenose mitral moderada. A paciente apresenta taxa de filtração glomerular 29, sem outras comorbidades.

Diante deste caso, qual é a conduta mais adequada?

A) Não iniciar anticoagulação, pois o CHA_2DS_2-VASc é igual a 1, portanto, ela apresenta baixo risco tromboembólico.

B) Iniciar um anticoagulante oral direto, pois essa classe de medicamentos é a indicação preferencial para doença renal crônica em estágio 4.

C) Iniciar varfarina, pois a estenose mitral moderada indica anticoagulação independentemente do CHA_2DS_2-VASc.

D) Prescrever ácido acetilsalicílico como estratégia de prevenção de acidente vascular cerebral, reservando a anticoagulação para eventual aumento futuro do CHA_2DS_2-VASc.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 217

Um lavrador de 47 anos encontra-se no terceiro mês de terapia poliquimioterápica para hanseníase multibacilar. A pessoa comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) relatando febre, anorexia e surgimento rápido de diversos nódulos subcutâneos eritematosos e dolorosos nos braços e nas pernas. Ao exame físico, apresenta dor e sensibilidade intensas no trajeto do nervo ulnar direito.

Diante desse quadro clínico, qual é a conduta mais adequada?

A) Suspender a terapia poliquimioterápica e iniciar corticosteroide sistêmico, retomando o tratamento antimicrobiano após a resolução da reação.

B) Manter a terapia poliquimioterápica e iniciar corticosteroide sistêmico, com monitoramento periódico da função neural.

C) Manter a terapia poliquimioterápica e iniciar pentoxifilina, reservando o corticosteroide para eventual persistência da neurite.

D) Manter a terapia poliquimioterápica e iniciar talidomida como tratamento isolado, pois a neurite acompanha a reação tipo 2.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 218

Uma mulher de 31 anos, com 32 semanas de gestação e diagnóstico prévio de asma, é atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) por piora da falta de ar e do chiado, sem alívio após uso repetido de broncodilatador de curta duração. Ao exame, apresenta frequência respiratória de 28 incursões por minuto, frequência cardíaca de 118 batimentos por minuto, saturação periférica de oxigênio de 93% em ar ambiente, uso de musculatura acessória e dificuldade para completar frases durante a fala. O Médico de Família e Comunidade (MFC) decide transferir a pessoa para avaliação hospitalar e aciona o transporte sanitário.

Enquanto aguarda o transporte, qual é a conduta medicamentosa e de suporte mais adequada?

A) Administrar beta-2 agonista de curta duração por via inalatória em dose reduzida pelo risco de taquicardia fetal, associado a corticosteroide sistêmico e suplementação adequada de oxigênio.

B) Administrar beta-2 agonista de curta duração por via inalatória e corticosteroide sistêmico, nas mesmas doses recomendadas para pessoas não gestantes, associados à suplementação adequada de oxigênio.

C) Administrar beta-2 agonista de curta duração por via inalatória, postergando o corticosteroide sistêmico para reavaliação hospitalar devido ao risco fetal, e manter suplementação adequada de oxigênio.

D) Administrar beta-2 agonista de curta duração por via inalatória e corticosteroide sistêmico, evitando a suplementação de oxigênio e reservando-a apenas para sinais evidentes de cianose materna, pelo risco de hiperoxigenação fetal.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 219

Uma mulher de 67 anos é acompanhada na Unidade Básica de Saúde (UBS) por hipertensão arterial. Em quatro consultas realizadas nos últimos quatro meses, com técnica padronizada, apresentou pressão arterial entre 168–176/96–102 mmHg. Utiliza três classes anti-hipertensivas em doses máximas toleradas: enalapril, anlodipino e hidroclorotiazida. Ela afirma tomar os medicamentos diariamente conforme prescrição e nega uso excessivo de bebidas alcoólicas. Não apresenta sinais ou sintomas sugestivos de excesso de catecolaminas ou de disfunção tireoidiana. O Médico de Família e Comunidade (MFC) confirma que não há erro de técnica de aferição e, ao exame físico, não identifica sopros abdominais. Revisa a prescrição e os resultados de exames trazidos, identificando os seguintes dados:

Relação albumina/creatinina urinária: 420 mg/g; Taxa de filtração glomerular estimada: 48 mL/min/1,73 m²; Potássio sérico: 3,0 mEq/L; Sódio sérico: normal; Urinálise: sem hematúria.

Considerando a dificuldade de controle da pressão arterial e os achados clínicos e laboratoriais, qual investigação adicional está mais diretamente indicada para avaliação de uma possível causa secundária da hipertensão?

A) Solicitar metanefrinas fracionadas séricas para investigação de feocromocitoma.

B) Solicitar ultrassonografia com Doppler das artérias renais para investigação de estenose da artéria renal.

C) Solicitar hormônio estimulante da tireoide (TSH) para investigação de disfunção tireoidiana.

D) Solicitar atividade de renina plasmática e aldosterona plasmática para investigação de aldosteronismo primário.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 220

Durante uma reunião convocada para reorganizar o processo de trabalho, o Médico de Família e Comunidade (MFC) foi convidado a conduzir uma atividade de educação permanente sobre as diferentes formas de articulação dos saberes profissionais no trabalho em equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo da atividade, ele apresentou, em ordem, as seguintes situações:

- Diferentes áreas do conhecimento são colocadas lado a lado, sem integração ou coordenação necessária entre as ações;
- Diferentes áreas trabalham com objetivos comuns, mas de forma descoordenada;
- Diferentes áreas trocam experiências de maneira integrada e coordenada, com um objetivo comum;
- Diferentes áreas integram seus conhecimentos em um campo novo, organizado a partir de uma premissa geral compartilhada.

Ao final, o MFC solicitou que a equipe identificasse a denominação correspondente a cada situação. Qual é a sequência correta?

A) Interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e multidisciplinaridade.

B) Pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

C) Multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

D) Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 221

Mulher cis de 23 anos, nuligesta, procura atendimento com Médica de Família e Comunidade (MFC) para aconselhamento contraceptivo. Refere dificuldade em manter o uso regular do anticoncepcional oral e deseja um método reversível de longa duração, manifestando preferência pelo DIU de cobre. Tem ciclos menstruais regulares, com fluxo habitual moderado e cólicas leves. É sexualmente ativa, refere uso irregular de preservativos, mas nega corrimento vaginal, dor pélvica, dispareunia ou febre. Ao exame ginecológico, não há corrimento cervical purulento, dor à mobilização do colo ou outros sinais sugestivos de cervicite ou doença inflamatória pélvica. A possibilidade de gestação foi adequadamente descartada. Após receber informações sobre eficácia, duração, possíveis efeitos adversos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, mantém a preferência pelo DIU de cobre.

Considerando a situação clínica e a preferência contraceptiva apresentada, qual é a conduta mais adequada?

A) Considerar o DIU de cobre, mas orientar que a inserção seja adiada até após uma gestação, uma vez que a nuliparidade pode estar associada a maior dificuldade de inserção e a maior risco de complicações reprodutivas futuras.

B) Solicitar rastreamento para Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae antes da inserção, considerando a idade e o uso irregular de preservativos, e aguardar os resultados antes de realizar o procedimento.

C) Considerar outro método contraceptivo de longa duração, pois a presença prévia de cólicas menstruais pode favorecer piora da dismenorreia e do fluxo com o DIU de cobre, tornando preferível um método hormonal.

D) Oferecer a inserção do DIU de cobre, pois a nuliparidade não constitui contraindicação. Com gestação descartada e ausência de sinais clínicos de infecção genital ou pélvica ativa ou outra contraindicação, o método pode ser inserido após aconselhamento e decisão informada.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 222

Uma mulher de 67 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, é atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) por sua Médica de Família e Comunidade (MFC), queixando-se de febre, dor nas costas e ardor para urinar há 2 dias. Relata calafrios nas últimas 12 horas, dois episódios de vômitos e dificuldade para ingerir líquidos. Está em uso regular de metformina, losartana e dapagliflozina. Refere episódio de infecção urinária tratado com antibiótico há

aproximadamente três meses. Ao exame: temperatura de 38,8 °C, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 95/58 mmHg, frequência respiratória de 20 irpm e saturação de O_2 de 97% em ar ambiente. Encontra-se consciente, orientada e comunicativa. Apresenta dor à punho-percussão lombar direita. Não apresenta sinais de irritação peritoneal. Consegue ingerir pequenos volumes de líquidos, embora apresente náuseas. Trouxe exames realizados ontem na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com os seguintes resultados: o exame de urina evidencia leucocitúria, bacteriúria e hematúria microscópica. A creatinina sérica é de 1,4 mg/dL, hemograma mostra leucocitose de 16.800/mm³ com neutrofilia. Lactato: 2,1 mmol/L.

Qual é a conduta mais adequada a ser realizada pela médica neste momento?

A) Encaminhar a paciente para avaliação hospitalar imediata, com coleta de urocultura antes do antibiótico, avaliação da função renal e investigação de complicações.

B) Iniciar antibioticoterapia oral na UBS e programar reavaliação em 72 horas, pois a ausência de hipotensão, alteração do estado mental ou hipoxemia caracteriza quadro de pielonefrite não grave.

C) Tratar ambulatorialmente como cistite complicada, utilizando antibiótico oral por 7 dias, retorno em 48 horas, tranquilizar a paciente, pois a ausência de dor abdominal e de hipotensão não fala a favor de infecção grave.

D) Encaminhar imediatamente para internação hospitalar, independentemente da resposta clínica inicial, visto que toda pielonefrite em paciente com diabetes mellitus deve ser tratada em ambiente hospitalar.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 223

Mulher, com 74 anos, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS), queixando-se de falta de ar e cansaço com piora progressiva após caminhadas e subir escadas há aproximadamente um ano. Relata que precisa parar de fazer suas atividades domésticas após varrer o quintal ou ir na mercearia que fica a duas quadras da sua casa. Refere que as pernas ficam inchadas no final do dia. Nega dor torácica e síncope. Tem hipertensão há 25 anos, apresenta fibrilação atrial permanente e doença renal crônica estágio 3a. Tem obesidade grau I (IMC 32 kg/m²) e diabetes mellitus tipo 2. Não fuma e nunca apresentou infarto agudo do miocárdio. Usa losartana, anlodipino, metformina e apixabana. Ao exame: pressão arterial 152/84 mmHg; frequência cardíaca 76 bpm, irregular; frequência respiratória 20 irpm; saturação de O_2 95% em ar ambiente. Apresenta

turgência jugular discreta, edema maleolar bilateral +/4+ e ausência de estertores pulmonares. Não há sopros cardíacos significativos.

Exames laboratoriais: • creatinina: 1,35 mg/dL; • taxa de filtração glomerular: 43 mL/min/1,73 m²; • potássio: 4,6 mEq/L; • hemoglobina: 12,8 g/dL; • TSH: normal; • NT-proBNP: 1.280 pg/mL.

Ecocardiograma: • fração de ejeção do ventrículo esquerdo: 62%; • hipertrofia ventricular esquerda concêntrica; • aumento do átrio esquerdo; • velocidade de regurgitação tricúspide discretamente aumentada; • ausência de doença valvar significativa.

Diante da situação apresentada, qual a conduta mais adequada a ser realizada pelo Médico de Família e Comunidade (MFC)?

A) Tratar a congestão com furosemida conforme a necessidade e introduzir dapagliflozina, além de otimizar o controle da pressão arterial, do diabetes mellitus, da fibrilação atrial, do peso e dos demais fatores de risco, acompanhando função renal e eletrólitos.

B) Repetir o ecocardiograma após seis meses, antes de iniciar tratamento específico, visto que o diagnóstico de insuficiência cardíaca não está suficientemente estabelecido, pois a fração de ejeção de 62% é normal.

C) Iniciar carvedilol associado a enalapril em doses progressivas como tratamento específico da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, pois esta combinação constitui a estratégia farmacológica com maior evidência para redução de mortalidade nesta condição.

D) Prescrever furosemida em dose elevada e contínua, com o objetivo de reduzir permanentemente as pressões de enchimento ventricular e a volemia, evitando, dessa forma, novas descompensações da insuficiência cardíaca.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 224

Uma pessoa idosa, homem cis, negro, com 76 anos, apresenta diagnósticos prévios de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 3. Procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) e é atendido na demanda espontânea por seu Médico de Família e Comunidade (MFC). Queixa-se de piora importante da falta de ar nas últimas 24 horas. Relata que, há aproximadamente uma semana, passou a apresentar dispneia aos esforços e edema de membros inferiores, mas desde a madrugada apresenta dispneia mesmo em repouso. Refere ortopneia importante e informa que precisou dormir

sentado. Relata ganho de aproximadamente 4 kg nas últimas duas semanas. Nega febre, tosse produtiva e dor pleurítica. Na chegada à unidade, encontra-se sentado, inclinado para frente, ansioso e com dificuldade para completar frases.

Exame físico: • Pressão arterial: 168/98 mmHg; frequência cardíaca: 118 bpm; frequência respiratória: 32 irpm; Saturação de O_2: 84% em ar ambiente; temperatura: 36,5 °C; turgência jugular evidente; crepitações pulmonares bilaterais até os campos médios; edema de membros inferiores +++/4+; extremidades inicialmente aquecidas, sem sinais evidentes de hipoperfusão periférica; não apresenta alteração do nível de consciência.

Qual é a conduta mais adequada?

A) Administrar furosemida intravenosa e nitrato sublingual na unidade, mantendo o paciente para tratamento completo na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que não há critério para encaminhamento hospitalar imediato e poderá ser compensado na APS.

B) Encaminhar com urgência para serviço hospitalar e iniciar medidas de suporte imediatamente na unidade, incluindo oxigênio suplementar e medidas apropriadas para redução da congestão.

C) Manter o paciente em observação na UBS, administrar diurético oral em dose aumentada e reavaliar após 60 minutos, encaminhando-o para unidade hospitalar se a saturação permanecer inferior a 90%.

D) Encaminhar para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e iniciar de imediato na UBS, 500 mL de solução fisiológica intravenosa para melhorar a pré-carga e associar furosemida intravenosa.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 225

Uma pessoa de 43 anos, negra, hétero cis, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar tosse seca, chiado e dispneia recorrentes há oito meses. Os sintomas pioram durante os dias de trabalho e melhoram nos finais de semana e nas férias. Trabalha há 12 anos em uma indústria de móveis e, há dois anos, passou a realizar lixamento de MDF e madeira, com exposição intensa à poeira. Nega tabagismo e história prévia de outras doenças. Nos últimos três meses, apresentou três episódios de dispneia e sibilância, tratados em serviços de urgência. A espirometria demonstra padrão obstrutivo com resposta significativa ao broncodilatador. No dia da consulta, está assintomático e apresenta saturação de O_2 de 97%.

Qual é a conduta mais adequada a ser realizada pela Médica de Família e Comunidade (MFC)?

A) Iniciar corticosteroide inalatório, encaminhar ao médico do trabalho, pois a investigação do nexo ocupacional compete a este profissional e à empresa.

B) Solicitar inicialmente tomografia e testes alérgicos para confirmar a etiologia e depois avaliar a relação entre as atividades laborais e a descompensação do quadro.

C) Iniciar corticosteroide e broncodilatador, emitir Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e afastar o trabalhador, encaminhando-o diretamente à Previdência Social.

D) Investigar a relação com o trabalho, tratar com broncodilatador e corticosteroide inalatório, além de articular o caso com CEREST e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT).

CÓDIGO DA QUESTÃO: 226

Uma mulher de 52 anos, professora universitária, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por sintomas que vêm comprometendo progressivamente sua qualidade de vida. Há aproximadamente 18 meses, seus ciclos menstruais se tornaram irregulares, sendo a sua última menstruação há 14 meses. Nos últimos 8 meses, passou a apresentar 10 a 12 episódios diários de ondas de calor, frequentemente acompanhados de sudorese intensa. Refere ainda dificuldade de concentração, irritabilidade e redução de seu rendimento profissional. Nos últimos 6 meses, passou a apresentar ressecamento vaginal e dor à penetração, que têm interferido progressivamente em sua vida sexual. Ao exame, apresenta índice de massa corporal de 25 kg/m². Tem dislipidemia, com LDL-c de 154 mg/dL e triglicerídeos de 358 mg/dL. Não fuma, não tem diabetes mellitus, doença cardiovascular estabelecida, tromboembolismo venoso ou doença hepática. Nega sangramento vaginal após a última menstruação. Mamografia recente sem alterações suspeitas. Útero presente.

Considerando as evidências atuais sobre terapia hormonal da menopausa e os princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa, qual é a conduta mais adequada para esta paciente?

A) Proscrever terapia hormonal sistêmica e iniciar tratamento não hormonal.

B) Prescrever estrogênio oral associado a progesterona.

C) Iniciar terapia estrogênica transdérmica isolada, em baixa dose.

D) Prescrever estrogênio transdérmico associado a progesterona/progestagênio.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 227

Adolescente de 15 anos comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) acompanhada de sua mãe. Durante a consulta, apresenta-se cabisbaixa e emagrecida, com clavículas aparentes e usa roupas largas. A mãe relata perda de peso considerável nos últimos meses, associada à redução da ingestão alimentar, evitação das refeições em família e recusa em frequentar restaurantes, atividades que antes faziam parte da rotina familiar. A adolescente passa a maior parte do tempo fora da escola em seu quarto, utilizando o celular, e sai principalmente para frequentar a academia, onde permanece cerca de duas horas por dia.

A respeito da avaliação e do manejo desse quadro, assinale a alternativa correta.

A) Aplicar o questionário SCOFF para rastreamento de transtornos alimentares e, diante de escore ≥ 2, encaminhar para serviço especializado, pois esses transtornos não são passíveis de manejo ambulatorial na Atenção Primária à Saúde (APS).

B) Caso se confirmem restrição alimentar, perda significativa de peso e preocupação excessiva com peso ou aparência, a presença de vômitos autoinduzidos caracteriza o quadro como bulimia nervosa.

C) A avaliação deve incluir investigação de transtornos mentais associados e do risco de suicídio, avaliação da força muscular pelo teste de sentar, levantar e agachar, eletrocardiograma e dosagem de eletrólitos séricos.

D) Caso se confirme anorexia nervosa, a olanzapina constitui a primeira escolha farmacológica no tratamento ambulatorial, associada ao suporte nutricional e à psicoterapia, por melhorar os sintomas de ansiedade e depressão.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 228

Homem cisgênero, 40 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela quarta vez no último mês com queixa recorrente de acordar no meio da noite com sensação de sufocamento e falta de ar. Ao longo do dia, relata episódios breves e autolimitados de tontura e cefaleia, sem impacto na sua funcionalidade, além de sensação de fadiga de longa evolução. A avaliação clínica não identifica, até o momento, critérios suficientes para o diagnóstico de

episódio depressivo ou transtorno de ansiedade, seu risco cardiovascular global é baixo; ele traz uma polissonografia recente com laudo normal e não apresenta condições crônicas. Ele é casado, tem uma filha de 2 anos e sua companheira está no 6º mês de uma gestação de alto risco. Trabalha como mecânico durante o dia e como entregador no período da noite para complementar a renda familiar, que diminuiu desde que a companheira precisou deixar o emprego. Atualmente não tem tempo para atividade física ou de lazer e a rede de apoio do casal é frágil, contando apenas com a sogra. Durante o atendimento, mostra-se visivelmente frustrado ao ser informado de que a sua avaliação clínica e exame físico estão normais e descartam sinais de gravidade. Ele exige que o (a) Médico (a) de Família e Comunidade (MFC) o encaminhe ao cardiologista, pois teme sofrer um infarto fulminante durante a noite, e desabafa: "Doutor (a), eu sinto que estou carregando o mundo nas costas e à noite parece que meu peito trava".

Considerando as habilidades de comunicação e os princípios da abordagem de pessoas com sintomas persistentes de difícil caracterização na Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

A) Utilizar a metáfora sobre "carregar o mundo nas costas" como ponte para construir um modelo explicativo compartilhado dos sintomas, pactuando acompanhamento longitudinal e reavaliações programadas.

B) Encaminhá-lo ao cardiologista com o objetivo de tranquilizá-lo e evitar o escalonamento de um potencial conflito, considerando que permanece preocupado apesar das explicações fornecidas pela equipe.

C) Tranquilizá-lo novamente, afirmando de forma segura que não há doença cardíaca, associando o sintoma de sufocamento à sua sobrecarga financeira e familiar, evidenciando que se trata de uma queixa de fundo emocional.

D) Normalizar de forma empática os sintomas, explicando que decorrem da rotina exaustiva de dois empregos e direcionando o plano terapêutico ao alívio das manifestações físicas e à melhora da qualidade de vida.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 229

A Médica de Família e Comunidade (MFC), ao iniciar em seu novo emprego em uma unidade de saúde prisional, percebe que a equipe tem muitos momentos de ociosidade mesmo sendo responsável pelo atendimento de uma penitenciária com cerca de 1.000 pessoas privadas de liberdade.

Qual seria a melhor estratégia para contornar as barreiras de acesso à saúde neste contexto?

A) Ampliar os horários de atendimento médico e de enfermagem, priorizando consultas individuais programadas e o acompanhamento periódico de todas as pessoas privadas de liberdade.

B) Realizar busca ativa de pessoas privadas de liberdade com doenças crônicas, priorizando aquelas com maior risco de complicações e aquelas em situação de adoecimento mental.

C) Identificar as barreiras ao acesso à saúde e reorganizar os fluxos de atendimento, articulando a equipe de saúde com a equipe de segurança e os demais setores da unidade prisional.

D) Ampliar as atividades coletivas de educação em saúde e prevenção, utilizando os espaços de pátio para desenvolver ações como vacinação e educação sobre transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 230

Uma equipe de Saúde da Família responsável por um território de favela em uma capital brasileira percebeu aumento do número de casos de gastroenterite aguda infecciosa durante e logo após o período de 10 dias em que uma região do bairro ficou sem abastecimento de água.

Qual seria o melhor caminho para estudar o aumento do número de casos de gastroenterite e como lidar para que o evento não se repita?

A) Solicitar apoio da vigilância ambiental para verificação da qualidade da água do bairro e a partir deste relatório, acionar o conselho municipal de saúde para a resolução do problema.

B) Realizar uma estimativa rápida acerca da infraestrutura do bairro, com observação direta do território, entrevistas de informantes-chave e coleta de dados secundários para melhor subsidiar o pedido de melhorias no saneamento para a prefeitura.

C) Realizar diagnóstico de demanda, com estudo por pelo menos 2 semanas, do motivo de consulta que leva as pessoas a procurarem atendimento na equipe e solicitar apoio da secretaria municipal de infraestrutura.

D) Utilizar o georreferenciamento para verificar a distribuição dos casos no território e, confirmada a concentração na região afetada pela interrupção do

abastecimento, encaminhar a situação à empresa responsável pelo fornecimento de água.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 231

Uma mulher de 29 anos procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por ciclos menstruais irregulares desde a adolescência (4 a 5 episódios/ano). Refere acne persistente, aumento de pelos na face e no abdome e ganho progressivo de peso. Nega uso de medicamentos. Não deseja engravidar nos próximos anos, mas questiona se terá dificuldade para engravidar no futuro. Ao exame: índice de massa corporal de 32 kg/m², circunferência abdominal de 98 cm, pressão arterial de 148/96 mmHg. Exames prévios (trazidos pela paciente): hormônio tireoestimulante, prolactina, 17-hidroxiprogesterona e perfil lipídico normais.

Considerando o diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), qual é a conduta inicial mais adequada para abordar simultaneamente o risco metabólico, a irregularidade menstrual e a segurança cardiovascular da paciente?

A) Solicitar teste oral de tolerância à glicose (75 g) para rastreio de distúrbio glicêmico e prescrever Contraceptivo Oral Combinado (COC) de baixa dose, por ser o tratamento de primeira linha para o hiperandrogenismo e a irregularidade menstrual na Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP).

B) Iniciar metformina como monoterapia, pois em pacientes obesas com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) ela é superior aos contraceptivos hormonais para regularizar o ciclo menstrual e controlar o hirsutismo, além de reduzir o risco cardiovascular.

C) Solicitar ultrassonografia pélvica e dosagem de testosterona livre e total, pois o diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) exige a presença simultânea de oligo-ovulação, hiperandrogenismo clínico e morfologia ovariana micropolicística à ultrassonografia.

D) Solicitar TOTG (75 g) para rastreio de distúrbio glicêmico, solicitar avaliação complementar da pressão arterial (monitoramento ambulatorial ou residencial da pressão arterial) e, para regulação do ciclo e proteção endometrial, propor um progestágeno isolado.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 232

Mulher cisgênero, 46 anos, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por lombalgia iniciada há cinco semanas. Apresenta dor à palpação da

musculatura paravertebral, com piora à movimentação e melhora temporária com repouso relativo, compressas mornas e analgésicos. Nega perda ponderal inexplicada, febre, história pessoal de neoplasia, trauma relevante, imunossupressão, alterações esfincterianas ou déficit neurológico. Relaciona o início dos sintomas a um período em que permaneceu várias horas fazendo tricô. Na semana anterior, foi atendida em outro serviço, onde realizou radiografia da coluna lombar, sem alterações, e recebeu orientação para tratamento sintomático. Na consulta atual, demonstra grande preocupação com a persistência da dor e solicita insistentemente tomografia computadorizada ou ressonância magnética, por acreditar que possa ter uma doença grave não identificada. Ao explorar essa preocupação, o médico identifica que seus três filhos saíram recentemente de casa, que ela enfrenta dificuldades financeiras e que uma amiga próxima recebeu recentemente diagnóstico de metástase vertebral de câncer de mama.

Considerando os princípios da Medicina de Família e Comunidade e a abordagem da lombalgia inespecífica na Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

A) Solicitar a ressonância magnética constitui a melhor estratégia para estabelecer um plano comum no Método Clínico Centrado na Pessoa, pois contempla a expectativa da paciente e fortalece a relação terapêutica.

B) Não há indicação de novo exame de imagem neste momento; cabe ao Médico de Família e Comunidade (MFC) explorar suas preocupações e os fatores contextuais, pactuar manejo conservador, orientar sinais de alerta e programar reavaliação, utilizando a longitudinalidade e a demora permitida como recursos clínicos.

C) Diante da influência dos fatores psicossociais sobre o quadro, a conduta inicial mais adequada é encaminhá-la à psicologia, transferindo para esse profissional a abordagem da preocupação com doença grave.

D) A persistência da lombalgia por cinco semanas constitui, isoladamente, um sinal de alerta para doença estrutural, estando indicada a realização de exame de imagem para excluir causa orgânica.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 233

Uma mulher de 38 anos retorna à consulta com sua Médica de Família e Comunidade (MFC) para reavaliação de um quadro depressivo. Há 15 dias, iniciou tratamento com fluoxetina. Há cerca de 10 dias, passou a apresentar

mudança acentuada do comportamento: relata que a depressão "passou completamente", dorme cerca de três horas por noite e acorda com muita disposição. Desde então, tornou-se mais falante, iniciou diversos projetos simultaneamente, decidiu expandir seu negócio, realizou compras no valor aproximado de R$ 15.000 e demitiu dois funcionários. Afirma estar vivendo "a melhor fase da sua vida" e não reconhece problemas em seu comportamento. Sua irmã, que a acompanha, relata que a paciente está mais irritadiça e impulsiva do que habitualmente.

Diante do quadro, a conduta mais adequada é:

A) Manter a fluoxetina e reavaliar em algumas semanas, considerando a resposta favorável ao tratamento antidepressivo.

B) Avaliar a gravidade do quadro, suspender a fluoxetina e readequar o tratamento, considerando a necessidade de estabilizador do humor e/ou antipsicótico.

C) Aumentar a dose da fluoxetina, considerando a persistência de alterações do humor e do comportamento.

D) Associar benzodiazepínico à fluoxetina para melhorar o sono e reavaliar após a estabilização do quadro.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 234

Um homem de 84 anos, com diagnóstico de doença de Alzheimer, é acompanhado por sua Médica de Família e Comunidade (MFC). Há alguns meses, perdeu a capacidade de deambular e sua comunicação está limitada a poucas palavras ao longo do dia. Necessita de ajuda para alimentação e para as demais atividades de vida diária. Nos últimos seis meses, apresentou perda ponderal de aproximadamente 10% e tem aceitado quantidades progressivamente menores de alimentos e líquidos. Durante uma consulta domiciliar, sua filha demonstra preocupação de que o pai esteja "morrendo de fome" e pergunta se seria indicada a realização de uma gastrostomia.

Diante do quadro, a conduta mais adequada é:

A) indicar gastrostomia, visando melhorar a longevidade e reduzir as complicações relacionadas à redução da ingestão alimentar.

B) prescrever estimulante do apetite e aguardar recuperação ponderal antes de discutir outras estratégias.

C) encaminhar para internação hospitalar para definição da via de alimentação diante da perda ponderal.

D) avaliar causas reversíveis e discutir os objetivos do cuidado, incluindo benefícios e possíveis danos da gastrostomia.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 235

Um homem de 68 anos, acompanhado por uma Médica de Família e Comunidade (MFC), apresenta diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, tabagismo ativo e osteoartrose importante em ambos os joelhos, com limitação para caminhar e realizar esforços físicos mais intensos. Há cerca de três meses, apresenta episódios recorrentes de desconforto em queimação na região epigástrica e no terço inferior do tórax, desencadeados habitualmente ao caminhar ou subir escadas. Os sintomas duram aproximadamente cinco minutos e melhoram com o repouso. Nas últimas semanas, a frequência e a intensidade dos episódios permaneceram semelhantes. Nega sintomas em repouso ou piora recente. No momento da consulta, encontra-se assintomático. Apresenta pressão arterial de 138/82 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm e ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações.

A conduta mais adequada é:

A) iniciar inibidor da bomba de prótons e solicitar teste de estresse com exercício para estratificação da suspeita de isquemia.

B) encaminhar para avaliação em serviço de urgência, considerando o risco cardiovascular elevado e a possibilidade de síndrome coronariana aguda.

C) solicitar angiografia coronariana invasiva como investigação inicial, considerando o quadro atual como angina instável.

D) iniciar tratamento para prevenção de eventos, controle dos sintomas e solicitar teste de estresse farmacológico com imagem ou angiotomografia coronariana.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 236

Uma mulher de 29 anos, com 22 semanas de gestação, procura sua Médica de Família e Comunidade (MFC) por dor e aumento do volume da perna esquerda há três dias. Refere, como antecedentes, três perdas gestacionais espontâneas consecutivas antes da 10ª semana de gestação. Não possui história prévia de

tromboembolismo venoso. Ao exame, apresenta edema assimétrico do membro inferior esquerdo e dor à palpação da panturrilha. A ultrassonografia venosa com Doppler confirma trombose venosa profunda proximal. A paciente pesa 60 kg e não apresenta contraindicações à anticoagulação.

Qual é a conduta mais adequada neste momento?

A) Adiar a anticoagulação até a conclusão da investigação de trombofilia, considerando o antecedente de perdas gestacionais recorrentes.

B) Iniciar anticoagulação terapêutica com heparina de baixo peso molecular e encaminhar para investigação de síndrome antifosfolipídica, sem postergar o tratamento.

C) Iniciar anticoagulação profilática com heparina de baixo peso molecular e ácido acetilsalicílico, enquanto aguarda a investigação para síndrome antifosfolipídica.

D) Iniciar anticoagulante oral direto e encaminhar para investigação de trombofilia.

CÓDIGO DA QUESTÃO: 237

Mulher de 81 anos, restrita ao domicílio após fratura de fêmur há seis meses, é acompanhada pela Médica de Família e Comunidade (MFC). Apresenta hipertensão arterial, hipertrofia ventricular esquerda, sem insuficiência cardíaca, e osteoartrose, fazendo uso regular de losartana 50 mg duas vezes ao dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e sertralina 50 mg/dia. Há cinco dias, apresentou gastroenterite com diarreia aquosa, sem sangue ou muco, que cessou há aproximadamente 48 horas. Desde então, a filha observa redução da ingestão alimentar, fraqueza e cãibras em membros inferiores. A idosa nega síncope, palpitações, dor torácica ou vômitos e não apresentou alteração do nível de consciência. Ao exame, encontra-se lúcida e orientada, com pressão arterial de 108 × 66 mmHg, frequência cardíaca de 84 bpm, frequência respiratória de 18 irpm, saturação de O_2 de 97% em ar ambiente e temperatura axilar de 36,4 °C. Apresenta mucosas discretamente secas, sem turgência jugular ou crepitações pulmonares, e redução discreta e simétrica da força muscular, sem déficits neurológicos focais. A equipe de atenção domiciliar dispõe de coleta laboratorial e eletrocardiograma no domicílio. Os exames mostram Na^+ 137 mEq/L, K^+ 2,9 mEq/L, Mg^{2+} 1,9 mg/dL e creatinina 1,0 mg/dL. O eletrocardiograma apresenta ritmo sinusal, sem alterações significativas da repolarização, onda U proeminente ou alargamento do QRS.

Considerando o quadro clínico e os recursos disponíveis no domicílio, qual é a abordagem inicial mais adequada?

A) Realizar manejo domiciliar com reposição preferencialmente oral de potássio, revisão dos fatores precipitantes e controle clínico-laboratorial seriado, considerando a estabilidade hemodinâmica, a ausência de alterações eletrocardiográficas e a possibilidade de monitoramento próximo.

B) Suspender temporariamente os fatores associados às perdas de potássio e priorizar hidratação e aumento da ingestão alimentar, reservando a reposição específica de potássio para os casos em que o nível sérico permaneça abaixo de 3,0 mEq/L após a correção volêmica.

C) Realizar reposição intravenosa de potássio no domicílio, pois a presença de fraqueza e cãibras caracteriza hipocalemia grave, independentemente da concentração sérica de potássio e das alterações eletrocardiográficas.

D) Encaminhar imediatamente para serviço de emergência, pois a idade avançada e a presença de cardiopatia tornam inadequada a correção domiciliar quando o potássio é inferior a 3,0 mEq/L, mesmo na ausência de alterações eletrocardiográficas ou instabilidade clínica.

SBMFC Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

GABARITO PRELIMINAR – PROVA TEÓRICA

Código da Questão	Alternativa Correta
159	B
160	A
161	B
162	D
163	B
164	C
165	C
166	B
238	C
167	A
168	C
169	C
170	B
171	B
172	C
173	A
174	D
175	A
176	B
177	A
178	D
179	A
180	C
181	C
182	A
183	A
184	B

Código da Questão	Alternativa Correta
185	D
186	C
187	C
188	D
189	A
190	C
191	A
192	B
193	A
194	D
195	A
196	B
197	D
198	D
199	C
200	D
201	A
202	A
203	B
204	D
205	A
206	D
207	C
208	D
209	A
210	C
211	C
212	B

Código da Questão	Alternativa Correta
213	C
214	D
215	B
216	C
217	B
218	B
219	D
220	C
221	D
222	A
223	A
224	B
225	D
226	D
227	C
228	A
229	C
230	B
231	D
232	B
233	B
234	D
235	D
236	B
237	A