

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025

Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ANO ADICIONAL - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE R3 (AAMEFACoT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Medicina de Família e Comunidade

1

Um rapaz de 24 anos com tonteira procura a unidade de saúde pela quinta vez. Refere episódios abruptos de tonteira com sensação de turvação visual e de desmaio iminente, sem relação com esforço físico, que vêm acontecendo há semanas, acompanhados de palpitação. A entrevista revela ainda um rapaz sadio, sem outras queixas, que trabalha e estuda (Faculdade de Administração). Ele está totalmente assintomático no momento. Ao partirmos para o exame físico, devemos descartar inicialmente uma condição que pode apontar para a causa da tonteira.

Para isso, deve-se dar especial atenção:

- (A) ao teste de Rinne e Weber;
- (B) à pesquisa de uma terceira bulha (B3);
- (C) à pesquisa de uma quarta bulha (B4);
- (D) ao exame de força muscular;
- (E) à pesquisa de hiperfonesse da primeira bulha (B1).

2

Uma menina de nove anos com tosse, coriza e febre consulta-se na unidade de saúde. O exame físico mostra 38 °C de temperatura axilar, taquicardia e sopro cardíaco, sem demais particularidades. A mãe traz um hemograma realizado há 2 semanas, que aponta hemoglobina de 11g/dl. Você deve, então, diferenciar um sopro inocente de um patológico.

No que se refere a essa diferenciação, é correto afirmar que:

- (A) um sopro que não coincide com a sensação de pulso arterial e permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente pode ser inocente;
- (B) um sopro que coincide com a sensação de pulso arterial e permite auscultar a primeira bulha cardíaca perfeitamente não pode ser inocente;
- (C) um sopro que coincide com a sensação de pulso arterial e permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente não pode ser inocente;
- (D) um sopro que coincide com a sensação de pulso arterial e não permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente não pode ser inocente;
- (E) um sopro que não coincide com a sensação de pulso arterial e não permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente pode ser inocente.

3

Um senhor de 68 anos chega com tonteira do tipo sensação rotatória (“tudo em minha volta roda, doutor”), que causa intenso mal estar. Você se prepara para fazer a manobra de Dix-Hallpike, mas consegue o diagnóstico óbvio imediato porque, antes, no exame físico desse senhor, você realizou:

- (A) otoscopia e encontrou rolha de cerume como causa;
- (B) avaliação da força muscular e encontrou hemiparesia como causa;
- (C) medida da pressão arterial e encontrou PA = 150 x 90 mmHg como causa;
- (D) pesquisa da quarta bulha cardíaca (B4) e encontrou restrição diastólica como causa;
- (E) pesquisa de desdobramentos de bulhas e encontrou desdobramento inspiratório da segunda bulha cardíaca (B2) como causa.

4

Uma senhora de 78 anos, hipertensa em uso de hidroclorotiazida 25 mg/d, consulta-se no seu controle habitual. Está totalmente assintomática.

Buscando as lesões de órgãos-alvo que a HAS pode causar, devemos estar atentos, no exame físico:

- (A) à punho-percussão, para avaliar o rim;
- (B) à pesquisa de varizes dos membros inferiores;
- (C) à ausculta cardíaca buscando quarta bulha (B4);
- (D) à avaliação da acuidade visual, buscando alterações retinianas;
- (E) à avaliação da força muscular, solicitando que a paciente aperte as mãos de quem examina simultaneamente, buscando uma lesão hemisférica.

5

Uma criança de 7 anos, há 3 dias, começou com tosse, coriza e dor na região da face. A temperatura axilar é de 37,9 °C. Todo o restante do exame físico não mostra particularidades, e a saturação periférica de oxigênio (SaO₂) = 98%.

As evidências atuais orientam a prescrição de:

- (A) mucolíticos;
- (B) anti-inflamatórios não esteroides;
- (C) vitamina C;
- (D) antimicrobiano;
- (E) anti-histamínicos.

6

Uma mulher de 30 anos relata que, há 3 dias, vem apresentando sensação de queimação ao urinar, tem urinado várias vezes em pequena quantidade e tem sentido desconforto na região inferior do abdômen. Não relata corrimento nem sintomas vaginais. Teve sintomas semelhantes há 1 ano, quando recebeu tratamento para infecção urinária. Última menstruação há 3 semanas. Saudável, não usa qualquer medicação diariamente. Exame físico sem nenhuma particularidade.

Sua conduta deve ser:

- (A) conduzir como infecção urinária – cistite aguda não complicada;
- (B) solicitar exame direto de urina pelo GRAM, com urocultura, e tratar se necessário;
- (C) solicitar exame de imagem para descartar infecção urinária complicada;
- (D) solicitar o teste com fita reagente de urina e tratar se necessário;
- (E) solicitar microscopia de urina, com exame do sedimento urinário, e tratar se necessário.

7

Mulher de 42 anos há 3 dias com disúria, polaciúria, dor no flanco direito, febre, calafrios, náuseas. Vomitou hoje, pela manhã. Menstruou há 2 semanas. FC: 88 bpm, FR: 16 ipm. PA: 130 x 80 mmHg. Sem outros dados importantes de história e exame físico. Você, então:

- (A) referencia com urgência para uma emergência, pois trata-se de um caso de sepse;
- (B) não solicita microscopia de urina nem urocultura e trata com ciprofloxacina;
- (C) solicita microscopia de urina e urocultura e trata com nitrofurantoína após a coleta de urina para os exames;
- (D) solicita microscopia de urina e urocultura e trata com fosfomicina após a coleta de urina para os exames;
- (E) solicita microscopia de urina e urocultura e trata com ciprofloxacina após a coleta de urina para os exames.

8

Mulher de 54 anos vem para uma consulta de checkup. Muito preocupada com doenças, ela pediu a um amigo médico que solicitasse exames gerais – “pedi exames de tudo”. Traz consigo uma pasta de exames solicitados pelo amigo: hemograma, bioquímica, eletrólitos, VHS, colesterol, exames de função tireoideana e hepática, microscopia de urina com exame do sedimento urinário. Todos sem alterações. O amigo médico solicitou ainda urocultura, com resultado de $> 10^5$ UFC/mL de *Klebsiella oxytoca*. Esse resultado a preocupou mais ainda, mesmo ela não tendo apresentado nenhum sintoma de infecção urinária no último ano.

Você, então:

- (A) indica o uso de antimicrobiano específico;
- (B) solicita nova urocultura com teste de sensibilidade antimicrobiana;
- (C) solicita nova microscopia de urina com exame do sedimento urinário;
- (D) solicita nova urocultura e nova microscopia de urina. Caso os resultados de ambos sejam compatíveis e congruentes, indica uso de antimicrobiano;
- (E) não solicita qualquer exame complementar, não indica o uso de antimicrobiano nem qualquer outra medicação e combina retorno, caso algum sintoma urinário apareça.

9

Uma mulher de 32 anos com episódios de dor abdominal há 6 meses se consulta na unidade de saúde.

Pensando em cálculo biliar sintomático, sua especial atenção na entrevista deve ser para:

- (A) dor em cólica típica;
- (B) presença de sintomas dispépticos (sintomas menores);
- (C) dor de intensidade leve sem necessidade de medicação;
- (D) dor no epigástrio ou hipocôndrio direito, com horas de duração;
- (E) intolerância alimentar ou a alimentos gordurosos como precipitação da dor.

10

Uma senhora de 72 anos relata sensação de queimação ao urinar. Está urinando várias vezes em pequena quantidade e notou desconforto no abdômen inferior. Esse é o seu terceiro episódio com os mesmos sintomas nos últimos 6 meses. Tem hipertensão arterial sistêmica bem controlada, com exames complementares sem qualquer alteração. Menopausa há anos.

Com base nas evidências, devemos:

- (A) comprovar a infecção urinária com exames microbiológicos;
- (B) explicar que o melhor método de prevenção é a profilaxia antimicrobiana contínua;
- (C) prescindir da realização de exame pélvico na busca de prolapso genital;
- (D) prescindir de perguntar sobre relações sexuais, pois não representam um fator precipitante nessa idade;
- (E) discutir sobre as diversas possibilidades de abordagem e escolher juntos a melhor opção para conduzir infecção urinária recorrente.

11

Senhor de 69 anos há 4 meses com lombalgia. Ele se consulta porque quer fazer exame de imagem.

Nesse contexto, buscando os sinais de alarme da lombalgia, que nos trarão maior preocupação, devemos:

- (A) pesquisar febre e emagrecimento;
- (B) determinar a intensidade da dor;
- (C) realizar a manobra de Laségue;
- (D) pesquisar história familiar positiva para hérnia discal;
- (E) pesquisar irradiação para face posterior da perna ipsilateral.

12

Uma senhora de 74 anos, obesa, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, consulta-se com dor e edema nos joelhos. A dor acontece principalmente aos movimentos de flexão ou torção da articulação. Tem o diagnóstico de artrose por exame de imagem.

Em relação a esse contexto:

- (A) o uso de diclofenaco é o que mais aumenta o risco de eventos adversos gastrointestinais entre os AINE;
- (B) o uso de coxibes não aumenta o risco de eventos adversos gastrointestinais;
- (C) o uso de AINE por até 14 dias apenas não faz aumentar os danos cardiovasculares;
- (D) o uso de ibuprofeno em doses baixas é a melhor opção quando a preocupação é o risco cardiovascular, mas aumenta o risco de eventos adversos gastrointestinais;
- (E) a prescrição concomitante de um bloqueador H2 em dose dupla não serve como proteção quando a preocupação é evento adverso gastrointestinal.

13

Uma mulher de 58 anos, menopausa há dois anos, relata sensação de queimação ao urinar. Está urinando várias vezes em pequena quantidade. Teve esses mesmos sintomas no ano passado, quando tratou cistite aguda com sucesso. Não há sintomas vaginais. Não há febre, calafrios, vômitos, nem dor na região dos flancos. Faz exame pélvico regularmente na unidade, para prevenção do câncer de colo uterino.

Devemos tratar com:

- (A) ciprofloxacina por 5 dias;
- (B) cefalexina por 3 dias;
- (C) nitrofurantoína por 5 dias;
- (D) sulfametoxazol-trimetoprim por 7 dias;
- (E) fosfomicina por 3 dias.

14

Rapaz de 22 anos com dor de garganta há 3 dias. Para aumentar a chance de etiologia estreptocócica e de indicação de antimicrobiano, devemos estar atentos à:

- (A) idade;
- (B) presença de tosse associada;
- (C) temperatura axilar abaixo de 38 °C;
- (D) presença de exudatos ou tumefação das amígdalas;
- (E) presença de linfonodomegalia dolorosa em cadeia cervical posterior.

15

Homem de 30 anos há 3 dias com temperatura axilar de 37,9 °C, dor de garganta, cefaleia e fadiga.

Na busca do diagnóstico de mononucleose infecciosa, é importante buscar:

- (A) hepatomegalia;
- (B) petéquias ao exame do palato;
- (C) linfonodomegalia dolorosa cubital;
- (D) linfócitos atípicos > 3%;
- (E) linfonodomegalia dolorosa em cadeia cervical anterior.

16

Uma mulher de 45 anos totalmente assintomática chega para um check-up. Está no climatério, notando meses em que não menstrua. Traz consigo hemograma completo, que você separa e só olha após o exame físico.

O exame não mostra qualquer particularidade. O hemograma automatizado chama atenção por hemoglobina: 10,9 g/dl; RDW: 20% e VCM: 72 fL.

Você conclui, então, que:

- (A) deve ser investigada anemia por carência de ácido fólico;
- (B) deve ser investigada anemia hemolítica pelo hematologista;
- (C) deve ser investigada anemia perniciosa com dosagem de vitamina B12;
- (D) há anemia típica do climatério, que deve ser tratada com sulfato ferroso diário em baixas doses;
- (E) devem ser investigadas causas de anemia ferropriva com exame endoscópico do trato gastrointestinal.

17

Uma mulher de 56 anos, totalmente assintomática, consulta-se “preocupada com a saúde dos ossos”. Menopausa aos 44 anos, pesa 70 kg e tem 1,68 m de altura. Não tabagista, nem etilista. Faz caminhada regularmente. Sem qualquer dado de história patológica pregressa. Mora na cidade do Rio de Janeiro e trabalha vendendo sanduíches na praia. Exame físico sem particularidades.

Nesse contexto:

- (A) devemos dosar a vitamina D3 sérica, que é o melhor marcador;
- (B) há mais dúvidas que certezas sobre dosagem da vitamina D e sua reposição;
- (C) níveis de vitamina D < 50 ng/mL indicam insuficiência e justificam reposição;
- (D) reposição, se necessária, só tem efeito em doses intermitentes de vitamina D;
- (E) colecalciferol é a pior opção para reposição oral, quando necessária, pois sua absorção não é efetiva.

18

Uma mulher de 43 anos, pesando 75 kg e com 1,58 m de altura, consulta-se com resultados de exames solicitados em outra unidade: hemograma, creatinina, colesterol total, triglicérides, HDL- colesterol, TSH e T4 livres, todos normais. Os exames foram feitos de rotina, pois ela não apresentava qualquer sintoma. Exame físico de abordagem não mostra qualquer particularidade. Ela se preocupou com um único resultado: HbA1C = 6,5%. Não havia glicemia de jejum nos resultados.

Devemos, então:

- (A) iniciar metformina 500 mg 1 vez ao dia e exames de controle em 3 meses;
- (B) iniciar glibenclamida 2,5 mg 1 vez ao dia e exames de controle em 3 meses;
- (C) iniciar metformina 500 mg 1 vez ao dia e exames de controle em 6 meses;
- (D) orientar uma boa gestão do estilo de vida, com redução de peso e exames de controle em 6 meses;
- (E) orientar uma boa gestão do estilo de vida, com redução de peso e exames de controle em 3 meses.

19

Mulher de 52 anos, assintomática, traz exames de triagem com glicemia de jejum de 118 mg/dL e HbA1C = 6%. Peso 78 Kg e altura 1,53 m. Exame físico sem particularidades.

Devemos orientar:

- (A) consulta com um especialista;
- (B) fármacos redutores do apetite;
- (C) redução do consumo de grãos integrais;
- (D) restrição calórica e prática de atividade física;
- (E) redução do consumo de bebidas que contêm açúcares, exclusivamente aquelas com açúcares adicionados.

20

Homem de 46 anos começa com quadro de cefaleia exclusivamente unilateral, retroorbitária, intensa. Notou ainda olho vermelho.

No exame físico:

- (A) vermelhidão muito intensa, exclusiva da periferia do globo ocular, poupando a região periciliar, nos obriga a uma referência imediata ao oftalmologista;
- (B) vermelhidão restrita à região periciliar nos tranquiliza a liberar o paciente com prescrição de antimicrobiano tópico;
- (C) vermelhidão ocular periciliar ou periférica associada a cefaleia intensa deve ser referenciada a um oftalmologista com urgência;
- (D) vermelhidão restrita à região periciliar com midríase ipsilateral justifica referência oftalmológica urgente, por suspeita de glaucoma agudo;
- (E) vermelhidão exclusiva da periferia do globo ocular com miose ipsilateral justifica referência oftalmológica urgente, por suspeita de glaucoma agudo.

21

Um senhor de 82 anos comparece à consulta queixando-se de uma cefaleia de início recente. HAS controlada com IECA. Exame físico sem particularidades, exceto por espessamento da artéria temporal à palpação.

Nesse contexto:

- (A) PCR elevada aumenta a chance de arterite de células gigantes;
- (B) VHS > 100 mm/h aumenta a chance de arterite de células gigantes;
- (C) tomografia craniana é essencial para excluir diagnósticos outros, antes de se pensar em arterite de células gigantes;
- (D) radiografia craniana é essencial para excluir diagnósticos outros, antes de se pensar em arterite de células gigantes;
- (E) ressonância magnética craniana é essencial para excluir outros diagnósticos, antes de se pensar em arterite de células gigantes.

22

Uma mulher de 30 anos conta história de síncope ao acordar há 15 dias. Sem pródromos e sem abalos musculares, o episódio veio acompanhado de sudorese. Depois vomitou e teve diarreia líquida, sem muco, sangue ou pus. Ficou tão preocupada com o desmaio que começou a sentir tremedeira, fraqueza e dor abdominal. Como namora um estudante de medicina, traz vários exames complementares e de imagem ("ele conseguiu os pedidos com seus professores"). Hemograma, VHS, glicemia, creatinina, colesterol total e frações, TGO, TGP, TSH, T4 livre, endoscopia digestiva alta, TC e RM craniana, ECG e Holter, todos normais. O namorado disse que "isso não é nada", mas ela ficou com medo grande de desmaiar. Voltou a ter episódios de fraqueza, sudorese e tremor, seguidos de epigastria, que a deixaram ainda mais insegura. De vez em quando, diarreia líquida. O sono não está bom. Faz controle ginecológico regularmente, está em uso de contraceptivo oral e menstruou há 28 dias. Não há fatores de risco cardiovascular. O exame físico está absolutamente normal.

Decidimos então:

- (A) conduzir como transtorno do pânico;
- (B) conduzir como dispepsia funcional;
- (C) repetir os exames complementares, já que ela tem condições de fazê-los;
- (D) dosar vitaminas séricas, pois uma avitaminose pode ser a causa de tudo;
- (E) referenciar para internação hospitalar, pois não sabemos a causa de seus sintomas e pode ser algo grave.

23

Um homem de 32 anos é diagnosticado com transtorno do pânico.

Nossa conduta inicial, então, é:

- (A) fluoxetina;
- (B) fluoxetina e alprazolam;
- (C) psicoterapia, sem tratamento farmacológico;
- (D) grupo de apoio entre os pares, sem tratamento farmacológico;
- (E) abordagens comportamentais, como técnicas de relaxamento, sem tratamento farmacológico.

24

Numa visita domiciliar a uma senhora de 82 anos, a filha conta história de tonteira tipo pré-síncope pela manhã há 5 dias. A senhora é hipertensa bem controlada há anos com propranolol, que nunca foi modificado pelo sucesso terapêutico. Trata-se de uma senhora muito bem cuidada pela filha e netos, com boa saúde geral, que se alimenta bem e não tem outras queixas. O episódio foi único e ela está totalmente assintomática desde então. Foi solicitada visita domiciliar pela dificuldade de acesso da moradia. O enfermeiro da equipe tinha chegado antes, mediu a pressão arterial e anotou 130 x 80 mmHg.

Resolvemos então partir para o exame físico de abordagem, completando com o traçado de ECG e glicemia capilar, num raciocínio diagnóstico que vai buscar:

- (A) hipofonese de primeira bulha, intervalo PR longo ou disglícemia;
- (B) hiperfonesse de primeira bulha, intervalo RR longo ou disglícemia;
- (C) bradicardia intensa, intervalo RR longo bem demarcado ou disglícemia;
- (D) quarta bulha de ponta bem audível no 5º espaço intercostal esquerdo, intervalo QT longo ou disglícemia;
- (E) sopro mesossistólico pan-precordial, mais bem audível no segundo espaço intercostal direito, intervalo QT longo ou disglícemia.

25

Um homem de 36 anos notou o aparecimento de uma lesão de pele em sua perna esquerda. Trata-se de mácula eritematosa que se espalhou, formando uma placa tensa, nitidamente demarcada, brilhante, lisa e quente. Com o tempo, a lesão foi visivelmente avançando em extensão e tem agora uma borda elevada com algumas vesículas na superfície. Está sentindo muita dor no local, acompanhada de mal-estar, calafrios e febre. Notam-se ainda fissuras nas regiões interdigitais do pé esquerdo com descamação.

Devemos tratar com:

- (A) penicilina benzatina dose única de 1.200.000 UI;
- (B) cefalexina 500 mg, 4 vezes ao dia, por 5 dias;
- (C) penicilina procaína 400.000 UI de 12/12 horas, por 10 dias;
- (D) ciprofloxacina 500 mg de 12/12 horas, por 5 dias;
- (E) sulfametoxazol/trimetoprim 800 mg 12/12 horas, por 5 dias.

26

Uma mulher de 48 anos, previamente hígida, comparece à consulta por dispneia aos esforços de início súbito. O exame físico não mostra qualquer particularidade, exceto por icterícia. Exames complementares mostram hemoglobina 8 g/dl, VCM: 88 fL, elevação de LDH, bilirrubinas e reticulócitos.

Devemos:

- (A) referenciar ao hematologista para conduzir anemia falciforme;
- (B) referenciar ao hematologista para conduzir anemia hemolítica;
- (C) iniciar tratamento imediato para corrigir a deficiência de ácido fólico;
- (D) iniciar tratamento imediato para corrigir a deficiência de vitamina B12;
- (E) iniciar tratamento imediato para corrigir a deficiência de ferro grave.

27

Mulher de 42 anos, sem histórico de patologias, sem fatores de risco, recebe o diagnóstico de HAS.

Está entre os exames complementares de rotina:

- (A) cálcio sérico;
- (B) análise de urina;
- (C) teste ergométrico;
- (D) colesterol total e frações;
- (E) *clearance* de creatinina em urina de 24 horas.

28

Homem de 56 anos, sem qualquer fator de risco e sem história patológica pregressa, é diagnosticado com HAS. Discutimos a situação com ele e resolvemos juntos iniciar o tratamento medicamentoso com monoterapia.

A droga mais indicada é:

- (A) propranolol;
- (B) espironolactona;
- (C) clonidina;
- (D) hidralazina;
- (E) diurético tiazídico.

29

Senhora de 69 anos vem enfrentando uma romaria de consultas médicas há 10 meses, sem êxito. Quando ela entra para a consulta, lhe diz que "você é minha salvação". Queixa-se de dor na região da cintura pélvica, muito mal-estar e emagrecimento leve. Não há outras manifestações. Há grande dificuldade em se levantar de uma cadeira, momento em que tem dor de maior intensidade. Já fez vários exames de imagem que nada mostraram (vasculharam meu corpo todo, doutora). Não há anemia, nem qualquer alteração nos exames laboratoriais gerais, exceto pela VHS = 90 mm na primeira hora.

Você, então, pensa em:

- (A) artrite reumatoide e solicita exames específicos;
- (B) lúpus eritematoso sistêmico e solicita exames específicos;
- (C) artrite pós-infecciosa e trata com penicilina benzatina;
- (D) polimialgia reumática e inicia corticoide em baixas doses, solicitando que ela retorne em 72 horas para avaliar o sucesso terapêutico;
- (E) polimialgia reumática e inicia corticoide em baixas doses, solicitando que ela retorne em 4 semanas, para avaliar o sucesso terapêutico.

30

Uma senhora de 78 anos começou com dor lombar há 10 dias. A dor lombar é muito intensa, com irradiação para membro inferior direito. Não há sinais gerais como febre ou emagrecimento, nem outras queixas como inapetência. Não há alterações urinárias ou intestinais, nem anestesia em sela. É hipertensa bem controlada com enalapril. Exame físico mostra apenas teste de Lasegue positivo à direita, sem qualquer outra alteração. Como sua filha trabalha em um hospital universitário, conseguiu fazer uma ressonância magnética, que mostra abaulamento discal difuso de L4-L5 e L5-S1 indentando o saco dural e obliterando as gorduras foraminais, no último nível contactando as raízes nervosas S1 bilateralmente.

Você, então:

- (A) referencia com urgência à neurocirurgia;
- (B) inicia tratamento com corticoide e referencia à fisioterapia;
- (C) inicia tratamento com opioide e referencia à fisioterapia;
- (D) inicia tratamento com relaxante muscular e referencia à fisioterapia;
- (E) inicia tratamento com anti-inflamatório não esteroide e referencia à fisioterapia.

31

Um senhor de 62 anos chega à recepção da unidade de saúde e solicita que seja repetida uma receita de anti-hipertensivo. Ele é morador da área, mas nunca se consultou na unidade. Relata que faz controle e usa as medicações corretamente há anos. Você está atendendo a última das 18 pessoas daquela tarde atribulada, quando a recepcionista lhe conta sobre a solicitação desse senhor.

O cansaço e o desgaste são grandes, mas, pensando nos princípios da atenção primária, você:

- (A) pega a receita antiga e a repete;
- (B) orienta a inscrever o senhor no grupo de hipertensos para depois repetir a receita;
- (C) pede para o senhor aguardar e o atende, realizando entrevista e exame físico;
- (D) orienta que ele procure o local onde faz controle para que seja repetida a receita;
- (E) orienta que ele retorne na manhã seguinte para ser atendido.

32

Um rapaz de 18 anos consulta-se por “manchas na pele”. São lesões maculares esbranquiçadas em todo o tórax, com pouco prurido, que variam de 4 mm a 5 mm de diâmetro a grandes áreas confluentes. As lesões não parecem ser escamosas, mas escamas podem ser facilmente obtidas raspando a área.

Você, então, sugere tratamento com:

- (A) cetoconazol oral, 200 mg/dia, por 10 dias;
- (B) fluconazol oral, 300 mg/dia, por 10 dias;
- (C) fluconazol oral, 300 mg/dia, por 3 dias;
- (D) cetoconazol oral, 200 mg/dia, por 3 dias;
- (E) xampu de cetoconazol, 1% ou 2%.

33

A mãe de uma criança de 5 anos conta que seu filho não tem dormido bem por causa de tosse e sibilância piores à noite e pela manhã. Não há febre. A criança é conhecida e tem diagnóstico de asma brônquica controlada. Há muito tempo não tem crises, mas a mãe refere que, na última crise que teve, o uso de nebulização com fenoterol levou a taquicardia e tremores. No momento da consulta, a ausculta respiratória mostra tempo expiratório prolongado com sibilos exclusivamente expiratórios. Frequência respiratória de 25 ipm e frequência cardíaca de 120 bpm.

Nesse contexto, você:

- (A) nebuliza exclusivamente com brometo de ipatrópio e libera a criança com orientações sobre profilaxia ambiental e sinais e sintomas de crise;
- (B) orienta novamente a medicação intercrise e libera a criança com orientações sobre profilaxia ambiental e sinais e sintomas de crise;
- (C) nebuliza por três vezes com fenoterol e brometo de ipatrópio e libera a criança orientações sobre profilaxia ambiental e sinais e sintomas de crise;
- (D) nebuliza por três vezes com fenoterol e brometo de ipatrópio; inicia corticoide oral e libera a criança com prescrição de beta 2 agonista, corticoide oral por 5-7 dias e orientações sobre profilaxia ambiental e sinais e sintomas de crise;
- (E) nebuliza por três vezes exclusivamente com brometo de ipatrópio; inicia corticoide oral e libera a criança com prescrição de beta 2 agonista, corticoide oral por 5-7 dias e orientações sobre profilaxia ambiental e sinais e sintomas de crise.

34

Uma criança de 10 anos consulta-se com dor e secreção no ouvido esquerdo, acompanhada de febre. A otoscopia revela eritema da membrana timpânica.

O tratamento deve ser:

- (A) descongestionante nasal;
- (B) amoxicilina e descongestionante nasal;
- (C) cefalexina e descongestionante nasal;
- (D) ciprofloxacina e descongestionante nasal;
- (E) sulfametoxazol/trimetoprim e descongestionante nasal;

35

Um rapaz de 20 anos, 2 dias após um quadro de amigdalite tratada com amoxicilina, começou com eritema, dor e edema em articulações das mãos e do pé esquerdo, além do cotovelo direito. Não há história de picada de insetos. Nega alergia medicamentosa. Não há nódulos subcutâneos. Não há febre. Exame físico sem quaisquer outras particularidades, exceto as articulares. Leucograma e VHS sem alterações.

Você, então, suspeita de:

- (A) artrite pós-estreptocócica e trata com sulfassalazina;
- (B) febre reumática e encaminha para o reumatologista;
- (C) artrite pós-estreptocócica e trata com anti-inflamatório não esteroide;
- (D) artrite pós-estreptocócica e encaminha para o reumatologista;
- (E) febre reumática e trata com penicilina benzatina, mantendo profilaxia por cinco anos.

36

Uma senhora assintomática chega para o controle. Os níveis tensionais estão ótimos. Quando começamos a ausculta cardíaca, logo notamos déficit de pulso. Temos dificuldades em descrever a ausculta e definir qual é a primeira ou a segunda bulha. Partimos para o ECG e não conseguimos definir bem a onda P em todo o traçado, nem mesmo nas derivações DII e V1. Os intervalos RR estão totalmente assimétricos.

Com tudo isso, concluímos que há:

- (A) fibrilação atrial;
- (B) desvio de eixo cardíaco;
- (C) bloqueio atrioventricular total;
- (D) bloqueio atrioventricular do primeiro grau;
- (E) batimentos prematuros supraventriculares;

37

Um homem de 57 anos, conhecido da unidade, sem antecedentes patológicos, consulta-se com precordialgia aos esforços. A dor é em aperto, sem irradiação, de início recente, acompanhada de sudorese. Você interrompe o atendimento nesse momento e se prepara para fazer o eletrocardiograma, que mostra alargamento de complexos QRS acima de 0,12 s, inversão de onda T em DI, aVL, V5 e V6 e transição elétrica brusca. Ausculta cardíaca rápida mostra desdobramento expiratório de segunda bulha. Os achados eletrocardiográficos e de ausculta não estavam descritos no prontuário em consultas anteriores.

Você, então:

- (A) referencia para a cardiologia para controle especializado;
- (B) trata o bloqueio de ramo direito com antiarrítmicos e observa a melhora;
- (C) referencia como emergência para unidade que possa fazer trombolítico;
- (D) referencia como urgência para unidade que faça conduta para doença coronariana aguda sem supradesnível de segmento ST;
- (E) referencia como urgência para unidade que faça atendimento para arritmias graves.

38

Um homem de 55 anos acorda com prurido ocular. Na mesma manhã, nota o olho vermelho. No quarto dia, na consulta, observa-se hiperemia ocular intensa essencialmente periférica, poupando a região central do globo ocular direito, com secreção amarelada na conjuntiva inferior. Não há outros casos na comunidade, nem em seu local de trabalho.

A melhor conduta é prescrever colírio contendo:

- (A) neomicina;
- (B) dexametasona;
- (C) tobramicina;
- (D) nafazolina;
- (E) feniramina.

39

Um rapaz de 18 anos, após um final de semana de praia no verão intenso, começa com prurido e vermelhidão ocular. Preocupado, porque soube de vários colegas que moram próximo com o mesmo quadro, procura a unidade de saúde no segundo dia de sintomas. Ao exame, hiperemia ocular periférica poupando a região central do olho esquerdo e secreção serosa, com início de hiperemia no olho direito também.

A conduta deve ser:

- (A) neomicina tópica;
- (B) polimixina B tópica;
- (C) dexametasona tópica;
- (D) referenciar ao oftalmologista;
- (E) compressa com soro fisiológico gelado.

40

Uma menina de 12 anos é acompanhada há 3 anos com déficit de crescimento. A ginecologia definiu órgãos sexuais tópicos, a genética médica encontrou cariótipo normal e a endocrinologia infantil usou somatotrofina por 1 ano, sem resultados. A avó e a mãe procuram a unidade para orientação sobre hábitos alimentares e prescrição de vitaminas. A menina mora com a mãe e, segundo a avó, a mãe “não sabe criar e deixa fazer o que quer”.

A conduta deve ser:

- (A) orientar a alimentação;
- (B) prescrever complexo vitamínico;
- (C) referenciar para especialista em déficit de crescimento;
- (D) solicitar uma bateria múltipla de exames complementares;
- (E) entrevistar e examinar, buscando patologia sistêmica como causa do déficit de crescimento.

41

A mãe de uma criança de 4 meses de idade chega muito preocupada à consulta. Sua filha vem apresentando regurgitações frequentes, após mamar. Algumas vezes, chega a vomitar. Os episódios se repetem 5-6 vezes/dia. Já foram causa de brigas na família, pois a avó paterna disse que a mãe “não sabe amamentar a criança”. A criança se alimenta exclusivamente de leite materno, está ganhando peso normalmente e vem se desenvolvendo bem. Não há choro excessivo nem irritabilidade. Nunca apresentou sibilância, nem pneumonia. Dorme tranquilamente. O exame físico não mostra qualquer particularidade.

A melhor conduta é:

- (A) endoscopia digestiva alta;
- (B) encaminhar para o especialista;
- (C) monitorização do pH intraesofágico;
- (D) observar a mamada para possíveis correções da técnica;
- (E) fazer estudo radiológico contrastado do trato digestivo superior.

42

Um menino de 10 anos é trazido pela mãe para consultar devido a cefaleia. Trata-se de uma criança sadia, com desenvolvimento e crescimento adequados, um dos melhores alunos de sua sala. Os episódios de cefaleia acontecem frequentemente, há 2 anos. São muito relacionados a provas ou a situações de maior tensão, como competições esportivas (“ele adora handebol”). Nos episódios, a dor acomete as regiões frontolaterais bilateralmente; é pulsátil; nunca apareceu pela manhã ou acordou o menino, mas o obriga a ficar deitado no quarto escuro e, quando vai aumentando de intensidade, vem acompanhada de náuseas e vômitos. O exame físico não mostra nenhuma particularidade.

Provavelmente estamos frente a um quadro de:

- (A) enxaqueca;
- (B) rinosinusite;
- (C) meningite;
- (D) erros de refração;
- (E) processo expansivo intracraniano.

43

Na sua segunda consulta de pré-natal, uma gestante de 27 anos traz consigo os resultados dos exames solicitados, dentre eles o hemograma, que mostrou hemoglobina de 11,2 g/dL, VCM: 85 fL e RDW: 12,5%.

Com esses resultados, você:

- (A) referencia ao hematologista;
- (B) não prescreve sulfato ferroso;
- (C) prescreve vitamina B12 para tratamento;
- (D) prescreve sulfato ferroso em doses profiláticas;
- (E) prescreve sulfato ferroso em doses de tratamento.

44

Na primeira consulta do pré-natal de uma gestante de 24 anos, é solicitado o VDRL, entre outros exames. Ela chega, na segunda consulta, com 6 semanas de gestação e traz o resultado – VDRL não reagente.

Com relação à prevenção da sífilis, você deve explicar que:

- (A) não será necessário teste futuro;
- (B) será realizado novo exame no terceiro trimestre e no momento do parto;
- (C) será realizado novo exame no terceiro trimestre, e esse exame deverá ser o VDRL, exclusivamente;
- (D) será realizado novo exame no momento do parto, e esse exame deverá ser o VDRL, exclusivamente;
- (E) será realizado novo exame no terceiro trimestre e no momento do parto, e esse exame deverá ser o VDRL, exclusivamente.

45

A mãe de uma menina de 3 anos começa a notar “pintas vermelhas na pele”. A entrevista revela que se trata de uma criança sadia, com excelente crescimento e desenvolvimento, sem qualquer outro sinal ou sintoma. Ao exame físico há apenas máculas vermelhas disseminadas, que não desaparecem à digitopressão.

Você, então, solicita hemograma, cuja alteração confirma o diagnóstico, e:

- (A) trata com corticoide oral;
- (B) trata com corticoide tópico;
- (C) trata com anti-histamínico oral;
- (D) referencia à hematologia;
- (E) referencia à dermatologia.

46

A mãe de uma criança de 1 ano e 9 meses traz o menino porque notou a bolsa escrotal vazia. Ao exame físico, você confirma a suspeita da mãe, mas palpa um dos testículos no canal inguinal.

Dessa forma, você:

- (A) solicita exames hormonais para agilizar o pré-operatório;
- (B) referencia para o cirurgião, sem solicitar exames de imagem ou hormonais;
- (C) aguarda a criança passar dos 2 anos de idade, quando o sucesso da cirurgia é maior;
- (D) solicita ultrassonografia da região inguinal para agilizar o pré-operatório;
- (E) mantém a conduta expectante, pois há grande possibilidade de o testículo descer após 2 anos de idade.

47

Um menino de 3 anos é trazido pela mãe porque “tem fimose”. Totalmente assintomático. O exame físico mostra estreitamento do orifício prepucial, não permitindo a exposição da glândula.

Você, então:

- (A) orienta a mãe a fazer exercícios de retração prepucial forçada;
- (B) solicita exames complementares e referencia para o cirurgião;
- (C) solicita exames complementares para certificar-se do diagnóstico;
- (D) referencia para o cirurgião sem solicitar qualquer exame complementar;
- (E) orienta cuidados de higiene no banho e após a micção e avalia introduzir corticoide tópico numa consulta de seguimento.

48

Uma senhora de 70 anos, sua conhecida há tempos, consulta-se acompanhada de seu esposo de 71 anos, como habitualmente. No questionamento geral, ao perguntar à senhora sobre seu funcionamento urinário, ela diz “o senhor deveria perguntar é pro meu marido, que acorda a noite toda pra urinar”.

Você, então:

- (A) se põe a examinar o senhor, para detectar algo mais grave;
- (B) dirige sua atenção agora para o marido, pois ele parece estar precisando mais de sua ajuda, e começa a entrevistá-lo;
- (C) continua normalmente a entrevista e foca apenas na senhora que está se consultando, não se importando com informações sobre o esposo;
- (D) continua normalmente a entrevista e foca na senhora que está se consultando, abordando a informação sobre o esposo com o próprio, no final da consulta da senhora;
- (E) continua normalmente a entrevista e foca na senhora que está se consultando; no final da consulta, agenda uma consulta para o esposo para a semana seguinte.

49

Um senhor de 67 anos apresenta-se logo no início da consulta lhe ofertando uma sacola de exames.

É uma boa conduta:

- (A) evidenciar desinteresse pelos exames;
- (B) verificar e analisar todos os exames logo de início;
- (C) pegar todos os exames e deixá-los ao lado, explicitando que serão analisados em momento oportuno;
- (D) pegar um dos exames para analisar, caso o senhor mencione um deles no decorrer da entrevista médica;
- (E) deixar claro, de início, que vai solicitar nova bateria de exames, pois não pode analisar exames pedidos previamente.

50

Uma adolescente de 13 anos apresenta-se com linfonodomegalia occipital e retroauricular. Não há febre, sinais/sintomas de infecções de vias aéreas superiores, nem sintomas gerais.

Nesse contexto, é importante pesquisar lesões:

- (A) no palato;
- (B) nas amígdalas;
- (C) no globo ocular;
- (D) no couro cabeludo;
- (E) na pele da face.

51

Um senhor de 64 anos, diabético tipo 2, foi diagnosticado há 6 anos, quando fez a primeira consulta na unidade de saúde, mas logo depois desapareceu. Ele conta que resolveu fazer controle com especialista de um plano (“pago bem barato”), mas que pensou em retornar agora para a unidade. Totalmente assintomático. Não houve qualquer intercorrência ou fato importante nesse intervalo de tempo de 6 anos. No exame físico há cruzamentos arteriovenosos patológicos à fundoscopia e PA+ 140 x 90 mmHg. Nada mais digno de nota. ECG mostra ondas q nas derivações DII, DIII e aVF. Você, então analisa o ECG realizado na primeira consulta, cuja descrição está completa no prontuário, verificando que as ondas q não estavam presentes há 6 anos.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) deve-se fazer prevenção secundária exclusivamente;
- (B) uma solicitação de teste de esforço é essencial;
- (C) normalidade na fundoscopia não nos faria buscar alterações coronarianas;
- (D) um evento coronariano agudo aconteceu nesse intervalo de 6 anos, sendo imprescindível pesquisar o grau de comprometimento coronariano atual;
- (E) essas ondas Q podem ter aparecido progressivamente nesse intervalo de 6 anos, não exigindo maiores preocupações agora, além do controle da pressão arterial.

52

Uma senhora de 78 anos, totalmente assintomática, consulta-se para um checkup. Conta história de herpes zóster recente, já tratado, sem neuralgia pós-herpética. Vem usando ácido fólico e vitamina B12 em doses terapêuticas há 2 meses, devido a “anemia”. Não há outros dados importantes. Não usa nenhuma outra medicação regularmente. Exame físico sem particularidades. Traz hemograma que fez agora como controle da anemia e que mostra Hb: 10,5 g/dL, VCM: 108 fL, LG: 1800/ml com 800 neutrófilos. Traz também exames gerais, com bioquímica, perfil lipídico e testes tireoideanos, todos normais. Analisando o hemograma quando do diagnóstico anterior de anemia feito por outro médico, você descobre que era muito semelhante a esse atual.

Então, você:

- (A) prescreve sulfato ferroso;
- (B) prescreve ácido fólico e B12 por mais tempo;
- (C) suspeita de mielodisplasia e referencia ao especialista;
- (D) começa uma pesquisa para possíveis causas de hemólise;
- (E) aguarda mais tempo para a remissão da anemia, acreditando que tenha sido causada pelo antiviral.

53

Um senhor de 75 anos procura atendimento na unidade de saúde. Conta uma história de internação recente devido a queda com pancada sobre a cabeça. Realizou tomografia computadorizada e foi liberado do hospital suturado e com prescrição de antimicrobiano e analgésicos. É o pé esquerdo que o incomoda muito agora. A dor começou na internação e vem piorando. Nunca teve dor nessa região antes, mas um médico já disse que “tenho joanete”. O exame físico revela apenas edema, calor e rubor da primeira articulação metatarso-falangeana esquerda; sem hálux valgo. Todo o restante está dentro da normalidade.

Sua conduta é:

- (A) referenciar à ortopedia para conduzir adequadamente o joanete;
- (B) iniciar tratamento conservador para o joanete, com modificação do calçado e órteses;
- (C) solicitar radiografia do pé em incidências anteroposterior e perfil para traçar conduta adequada para o joanete;
- (D) referenciar à ortopedia para diferencial entre gota e pseudogota desencadeadas por traumas orgânicos gerais;
- (E) propor o uso de anti-inflamatório não esteroide para a monoartrite aguda, pensando em gota ou pseudogota desencadeadas por traumas orgânicos gerais.

54

Uma senhora de 76 anos quer fazer seu controle na unidade, pois acha que seu médico está ultrapassado. Totalmente assintomática. Relata revascularização miocárdica há dez anos, em controle com especialista, com quem faz um teste ergométrico anual. Vem usando nitrato e AAS regularmente, prescritos pelo seu médico. A entrevista mostra ainda dislipidemia e irmão falecido com IAM aos 59 anos de idade. O exame físico mostra PA: 170 x 92 mmHg em várias medidas e desdobramento expiratório de segunda bulha no segundo espaço intercostal esquerdo. Eletrocardiograma evidencia complexos QRS com duração maior que 0,12 s, depressão do segmento ST e inversão de onda T em DI, aVL, V5 e V6.

Nesse caso, é correto afirmar que:

- (A) há dissincronia cardíaca;
- (B) teste ergométrico anual nos tranquiliza;
- (C) não há inércia clínica por parte do especialista;
- (D) não há fatores importantes de risco cardiovascular;
- (E) basta associar estatinas à medicação que a paciente usa regularmente.

55

Senhora de 75 anos chega para uma consulta. Queixa-se de cansaço aos esforços que, antes, lhes eram habituais e lombalgia com irradiação para ambos os MMII, que a acordava à noite e a obriga a levantar. Relata, ainda, câimbras de MMII. Sem outras queixas. Usa espironolactona, furosemida, losartana e sinvastatina em controle em outra unidade. Exame físico sem qualquer particularidade. Apresenta exames complementares solicitados por outro médico: glicose 80 mg/dl; ureia 87 mg/dl; creatinina 1,8 mg/dl; ácido úrico 8,9 mg/dl; colesterol total, HDL e triglicérides dentro da normalidade, homocisteína sérica elevada, Hb 9,5 mg/dl, VCM 96fL, RDW 12,5%; leucograma e diferencial sem alterações; urina com pH 6,5 e densidade 1005.

Nesse caso, é correto afirmar que:

- (A) a função renal está preservada;
- (B) provavelmente há anemia ferropriva;
- (C) o funcionamento tubular renal está preservado;
- (D) a solicitação de T4 livre e TSH pode elucidar o caso;
- (E) podemos prescindir de realizar a fundoscopia.

56

Numa reunião de equipe, surge a necessidade primordial de abordar o acesso aos serviços de saúde pela população, nos seus variados níveis de atenção.

Decide-se conjuntamente que uma abordagem em grupos será o melhor caminho, desde que:

- (A) a reunião aconteça já nessa tarde, pois é primordial;
- (B) seja construído um ambiente continente;
- (C) a médica não participe das reuniões de grupo, para não comprometer os atendimentos individuais;
- (D) os profissionais que, intuitivamente e pelo bom senso, sentirem-se capacitados para a reunião conduzam o grupo;
- (E) para conduzir as reuniões, seja convidado alguém da universidade, que não tenha contato com a comunidade, para dar maior credibilidade.

57

Para conduzir o tratamento de uma mulher de 35 anos com sintomas depressivos, sabemos que:

- (A) a terapia cognitivo-comportamental não é efetiva;
- (B) a terapia de resolução de problemas não é efetiva;
- (C) a atividade física é uma opção efetiva de tratamento;
- (D) a erva-de-são-joão não é terapia superior ao uso de placebo;
- (E) a terapia de resolução de problemas associada a antidepressivos é mais efetiva que cada tratamento isoladamente.

58

Um homem de 36 anos é atendido com dor lombar de caráter em crescendo e decrescendo, de forte intensidade e de início agudo, irradiando para flanco, virilha e genitália.

Nesse contexto:

- (A) a radiografia simples de abdômen é o exame de imagem de escolha;
- (B) após a crise, se o paciente ficar assintomático, não deve ser referenciado ao urologista;
- (C) dipirona não é tão eficaz quanto os antiinflamatórios não esteroides no tratamento da crise;
- (D) a presença de dez ou mais hemácias por campo à microscopia de urina é indicativa de nefrolitíase;
- (E) o uso de bloqueadores alfa-adrenérgicos fora da crise não se mostrou eficaz na redução da necessidade de procedimentos invasivos.

59

Um homem de 48 anos, previamente sadio, relata que há três dias começou com febre, tosse, expectoração, dispneia e dor torácica. Há ainda cefaleia, sudorese, calafrios e mialgia. Temperatura axilar de 38,3 °C e som brônquico à ausculta respiratória. Restante do exame físico sem alterações. Radiografia de tórax mostra imagem de opacidade parenquimatosa.

Diante desse quadro:

- (A) prescrever macrolídeos é uma das opções terapêuticas;
- (B) solicitar radiografia de tórax para controle de cura é essencial;
- (C) solicitar exames de escarro para pesquisa etiológica é fundamental;
- (D) prescrever beta2-agonista para garantir benefício clínico é conduta mandatória;
- (E) solicitar hemograma, glicemia, eletrólitos e exames de funções renal e hepática pode mudar o curso do tratamento.

60

Uma senhora de 64 anos consulta-se por dor nas pernas. A dor é em peso, uma sensação de fadiga nas pernas, relacionada a momentos em que fica por longos períodos em pé. Não usa qualquer medicamento diariamente. Previamente sadia. O exame físico mostra apenas veias dilatadas e tortuosas da coxa e panturrilha visíveis e palpáveis quando o paciente está em pé. Não há edema, hiperpigmentação da pele nem fibrose.

É correto afirmar que:

- (A) elevar as pernas à noite não irá melhorar os sintomas;
- (B) meias elásticas devem ser usadas diariamente durante o sono;
- (C) somente o tratamento cirúrgico é eficaz, de modo que devemos referenciar a senhora ao especialista;
- (D) há alto níveis de evidências justificando o uso de medicamentos venoativos como principal medida não cirúrgica;
- (E) meias elásticas de compressão graduada (pressão de 20–30 mm Hg) reduzem a pressão venosa na perna e podem prevenir a progressão da doença.

61

Uma senhora de 66 anos é diagnosticada com conjuntivite bacteriana no olho direito. Você prescreve quinolona tópica. Ela retorna em 48 horas, queixando-se de que o olho continua muito vermelho. Ao exame, a hiperemia ocular periférica se mantém, porém sem secreção. Há sinais de xerofthalmia.

A conduta é:

- (A) referenciar à oftalmologia;
- (B) associar lubrificante ocular tópico;
- (C) mudar a prescrição para tobramicina tópica;
- (D) associar corticoide tópico de 3 em 3 horas;
- (E) associar nafazolina com feniramina tópicas de 3 em 3 horas.

62

Uma senhora de 68 anos busca atendimento para uma checkup. Sempre fez exames para rastreamento do câncer do colo do útero na unidade, todos sem qualquer alteração. Os últimos dois exames foram realizados nos últimos 5 anos. Deseja saber se precisa continuar fazendo essa prevenção, pois continua sexualmente ativa.

Devemos explicar que ela:

- (A) deve realizar mais um exame que, sendo negativo, a dispensará de exames adicionais;
- (B) deve continuar a realização de exames para rastreamento do câncer do colo do útero;
- (C) deve ficar tranquila e não precisa mais se preocupar em realizar exames para rastreamento do câncer do colo do útero;
- (D) deve realizar mais dois exames com intervalo de 1 a 3 anos; se ambos forem negativos, está dispensada de exames adicionais;
- (E) deve realizar mais dois exames com intervalo de 5 anos; se ambos forem negativos, está dispensada de exames adicionais.

63

Uma senhora de 65 anos agenda consulta exclusivamente para prescrição de multivitamínicos para prevenção de doenças “do coração”. É uma senhora saudável, que participa de grupos de educação em saúde na unidade e mantém sua saúde controlada.

Para a prevenção de doenças cardiovasculares, você a orienta a:

- (A) praticar atividade física regular;
- (B) usar cálcio e praticar atividade física regular;
- (C) usar vitamina A e praticar atividade física regular;
- (D) usar vitamina D e praticar atividade física regular;
- (E) usar betacaroteno e vitamina E e praticar atividade física regular.

64

Numa reunião de grupo sobre estilo de vida e prevenção de doenças cardiovasculares, uma mulher de 32 anos, estudante de Educação Física, pergunta “se comer frutas e vegetais previne mesmo doenças do coração e câncer”, e continua “se previne, por que tomar comprimidos com as vitaminas e sais minerais existentes nas frutas e vegetais também não previne.”

Apoiado nas evidências mais atuais, você afirma, para todo o grupo, que:

- (A) comer frutas e vegetais não está associado a redução do risco de doenças cardiovasculares e câncer;
- (B) o motivo mais comum pelo qual as pessoas relatam tomar suplementos não é melhorar ou manter a saúde geral;
- (C) não é razoável pensar que vitaminas e minerais essenciais poderiam ser extraídos de frutas e vegetais e serem embalados em uma pílula;
- (D) micronutrientes isolados podem agir da mesma forma que quando naturalmente embalados com uma série de outros componentes dietéticos;
- (E) frutas e vegetais contêm uma mistura de vitaminas, fitoquímicos, fibras e outros nutrientes que provavelmente agem sinergicamente para proporcionar benefícios à saúde.

65

Na reunião de preparação para o grupo de pacientes que fazem uso de álcool e seus familiares, você aponta alguns pontos importantes para serem pensados pela equipe de saúde da unidade.

Em relação a essa questão, é importante considerar que:

- (A) o foco atual das ações para as pessoas em potencial risco de danos pelo uso de álcool está em encontrar quem abusa (uso excessivo) ou está dependente do álcool;
- (B) grupos de pessoas que podem estar especialmente em risco de danos pelo uso de álcool incluem os jovens e as gestantes. Os idosos não são incluídos como população de risco;
- (C) alterações neurobiológicas do uso excessivo de álcool contribuem para padrões previsíveis de consumo e para outros comportamentos ligados ao uso do álcool, demarcando o componente estrutural/funcional com importância;
- (D) o uso crônico de álcool não contribui para mudanças fisiológicas e não pode ser “acusado” de aumentar a reatividade ao estresse e contribuir ainda mais para as motivações biológicas para beber;
- (E) o uso de álcool está associado a aproximadamente 3 milhões de mortes por ano e, por isso, a busca por pessoas que usam álcool e que procuram os serviços de saúde por outros motivos é muito grande e estabelecida nos serviços.

66

Um homem de 40 anos totalmente assintomático procura a unidade de saúde. Ele ouviu dizer que todo homem precisa fazer prevenção do câncer de próstata e, apesar do medo e constrangimento, quer fazer o exame. Não há história patológica pregressa, nem histórico familiar de câncer de próstata.

Você, então, na expectativa de decidirem junto se o homem faz ou não o exame preventivo, explica que:

- (A) há maior risco para homens com parentes, mesmo que distantes, que tiveram câncer de próstata depois dos 60 anos;
- (B) o câncer de próstata, na maioria dos casos, cresce rapidamente e se espalha para outros órgãos, causando a morte;
- (C) os riscos dos exames preventivos estão relacionados à sua realização, pois são procedimentos que colocam a vida do homem em risco;
- (D) mesmo na ausência de sintomas, recomenda-se a realização de exames para investigar o câncer de próstata para todos os homens;
- (E) um resultado nos exames preventivos que indique câncer pode não se confirmar; isso gera ansiedade e estresse, além da necessidade de realizar novos exames, como a biópsia.

67

Um homem de 51 anos, sem quaisquer fatores de risco, após conversar longamente com você na consulta, decide que quer fazer o exame preventivo para o câncer de próstata.

Você, então:

- (A) solicita dosagem de PSA;
- (B) solicita biópsia de próstata;
- (C) solicita tomografia pélvica;
- (D) solicita ultrassonografia de próstata;
- (E) não solicita qualquer exame, pois os consensos não preconizam exames para homens nessa idade.

68

Uma mulher de 38 anos consulta-se na unidade. Todos da equipe a conhecem e sabem que é uma pessoa que se consulta frequentemente. Não tem um diagnóstico definido, mas está sempre na unidade com queixas variadas, sintomas vagos e inespecíficos, sem quaisquer critérios de gravidade ou sinais de alarme.

Em relação às pessoas hiperfrequentadoras, é correto afirmar que:

- (A) a grande maioria não tem doença somática;
- (B) devem ser referenciadas a outros serviços e especialidades;
- (C) podem procurar atendimento como um pedido de ajuda justificado;
- (D) não devem ser abordadas pela equipe, mas por um único profissional;
- (E) formam um grupo homogêneo que cria uma carga desnecessária de trabalho.

69

Um senhor de 54 anos com lombalgia crônica chega para consulta. A dor lombar o acompanha há tempos e não houve modificação do seu padrão, irradiação ou intensidade (“é aquela dor de sempre, doutor”). Hipertenso leve, controlado com hidroclorotiazida. Dislipidemia também controlada, em uso de estatina. Pai falecido (morte súbita aos 50 anos). Hérnia discal L5/S1 diagnosticada há 20 anos. Exame físico de abordagem sem particularidades, assim como as manobras específicas para lombalgia.

Nesse contexto, devemos:

- (A) propor acompanhamento fisioterápico;
- (B) referenciar à neurocirurgia para avaliação;
- (C) referenciar à ortopedia para acompanhamento;
- (D) solicitar ressonância magnética de coluna lombar;
- (E) tratar exclusivamente com anti-inflamatório não esteroide.

70

Um rapaz de 23 anos consulta-se com intenso prurido na virilha e região anal, acompanhado de “uma mancha que apareceu recentemente”. Nota-se erupção cutânea macular eritematosa, com margens nítidas, clareamento central e periferia escamosa e ativa acometendo toda a virilha e se espalhando até raiz de ambas as coxas e nádegas.

Nesse contexto:

- (A) antifúngico oral por 7 dias é uma opção de tratamento;
- (B) corticoide tópico por 7 dias é uma opção de tratamento;
- (C) neomicina tópica por 7 dias é uma opção de tratamento;
- (D) polvilho antisséptico por 7 dias é uma opção de tratamento;
- (E) antifúngico tópico por 7 dias não é uma opção de tratamento.

71

Um menino de 7 anos chega com ferimento corto-contuso profundo no pé esquerdo. Estava brincando em terreno baldio e se cortou com um pedaço de lata velha. A mãe trouxe a carteira de vacinação, que está atualizada e completa.

Nossa conduta consiste em desinfetar o ferimento; lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e:

- (A) remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados; e tetraciclina oral;
- (B) remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados, usando água oxigenada;
- (C) remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados, não usando água oxigenada;
- (D) remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados; e vacina antitetânica como reforço pós-ferimento;
- (E) remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados; e penicilina benzatina 1.200.000 UI intramuscular.

72

Um homem de 36 anos, vivendo com HIV, procura atendimento na unidade. Apesar de morar na cidade vizinha, ele quer fazer o controle na unidade, por questões de confidencialidade e porque fica hospedado na casa de um amigo que mora na área adscrita.

Devemos explicar que:

- (A) ele deve fazer o controle ambulatorial no nível central devido à hierarquização da rede de serviços de saúde;
- (B) ele deve fazer o controle ambulatorial na sua cidade de origem, respeitando a integralidade de assistência;
- (C) ele deve fazer o controle ambulatorial na sua cidade de origem devido à regionalização da rede de serviços de saúde;
- (D) ele pode fazer o controle ambulatorial na unidade, respeitando a universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- (E) ele deve fazer o controle ambulatorial na sua cidade de origem devido a questões de recursos financeiros municipais.

73

Uma senhora de 92 anos vai a óbito em seu próprio domicílio. Ela era acompanhada pela unidade, com hipertensão leve. No último ano, houve queda do estado geral, embora nenhum novo agravo à saúde tenha sido diagnosticado. Há tempos, você não a via. Ela não estava com qualquer condição aguda e nem vinha apresentando quaisquer sintomas, segundo a família. Não há Serviço de Verificação de Óbito no município.

Com relação ao documento que deverá ser emitido, é correto afirmar que:

- (A) você deve emitir a certidão de óbito em três vias e orientar a família a entregar as três vias no Cartório de Registro Civil;
- (B) você não pode emitir a declaração de óbito, porque a morte ocorreu no domicílio da senhora;
- (C) você deve emitir a declaração de óbito e orientar a família a entregar as três vias no Cartório de Registro Civil;
- (D) você deve emitir a declaração de óbito e orientar a família a entregar uma via no Cartório de Registro Civil, encaminhando duas vias para a Secretaria Municipal de Saúde;
- (E) você deve emitir a declaração de óbito e orientar a família a entregar duas vias no Cartório de Registro Civil, encaminhando a terceira via para a Secretaria Municipal de Saúde.

74

Um homem de 41 anos, vivendo com HIV, faz controle com seu médico do plano de saúde. Mora na área adscrita. Procura a unidade porque quer se cadastrar para receber a medicação antirretroviral.

Você orienta:

- (A) que ele passe a fazer o controle na unidade, para então cadastrá-lo;
- (B) que ele seja referenciado para o nível central, onde deverá se cadastrar para receber o antirretroviral;
- (C) que ele seja cadastrado na unidade e comece a receber o antirretroviral prescrito por seu médico do plano de saúde;
- (D) que ele seja referenciado para o nível central, onde deverá começar o seu controle e, depois, cadastrar-se para receber o antirretroviral;
- (E) que ele faça uma consulta com você, a fim de que você avalie o esquema antirretroviral proposto e depois o cadastre para que receba o antirretroviral.

75

Um homem de 44 anos chega para se consultar na unidade de saúde. No balcão do atendimento, relata ter realizado exame periódico de saúde na empresa onde trabalha, quando solicitaram uma ultrassonografia abdominal total que evidenciou “cálculos na vesícula”. Ele procura a Clínica da Família, pois disseram que “é o caminho mais rápido para se conseguir uma cirurgia”.

Você está atendendo os hipertensos que vieram para controle na tarde agendada.

Nesse contexto, você:

- (A) orienta que ele procure a emergência de um grande hospital, caminho mais rápido para a cirurgia;
- (B) orienta que ele agende uma consulta na demanda espontânea, visto que não se trata de uma emergência;
- (C) preenche o formulário de referência com os dados relatados e o insere no sistema de regulação para uma consulta especializada, visto que ele já fora consultado por outro médico;
- (D) conversa com um antigo professor seu, que é chefe de um grande serviço de cirurgia do hospital universitário, e encaminha o homem direto para o ambulatório especializado;
- (E) explica que está atendendo os pacientes agendados, mas que ele será atendido no final do turno, para que você faça a entrevista médica e o exame físico e analise os exames complementares que ele traz consigo, entendendo melhor o seu caso. Se necessário, fará a referência no final.

76

Uma jovem de 19 anos chega para se consultar pedindo um atestado para academia de musculação. Totalmente assintomática, sem qualquer histórico de doenças.

Para essa solicitação, devemos:

- (A) realizar o exame físico e, se normal, dar o atestado. Desse modo, conseguimos reservar mais tempo para as outras pessoas agendadas e que podem estar com problemas sérios de saúde;
- (B) realizar entrevista focada no questionamento geral, com perguntas que permitam conhecer mais a pessoa e seu *habitus*, criando acolhimento e vínculo. Depois devem realizar o exame físico e, não havendo condições que impeçam, fornecer o atestado;
- (C) entrevistar, examinar e solicitar os exames complementares de rotina para dar o atestado para atividade física;
- (D) explicar, com respeito e sinceridade, que a unidade de saúde é para atender quem está doente e que ela procure outro local para o atestado;
- (E) explicar que existem grupos de atenção à saúde dos jovens na unidade e que só pode dar o atestado quando ela estiver cadastrada no grupo.

77

Um homem de 53 anos acaba de ser consultado e precisa ser afastado do trabalho devido a doença que não tem nexo com o processo de trabalho.

O atestado para o setor de perícia médica do local onde o homem trabalha deve conter:

- (A) apenas o tempo de afastamento;
- (B) apenas o código internacional de doenças;
- (C) o mínimo de informações possível, pois ninguém precisa saber das particularidades do estado de saúde do paciente;
- (D) apenas a descrição da causa do afastamento, pois o médico perito é quem determina o tempo de afastamento;
- (E) informações detalhadas sobre o quadro do paciente e o tempo de afastamento sugerido, o que ajuda o setor de perícia a compreender o caso.

78

Uma mulher de 40 anos precisa ser afastada do trabalho por motivo de doença sem nexo com o processo de trabalho. Ela é empregada doméstica e vai apresentar o atestado diretamente a seus patrões.

O atestado deve conter:

- (A) apenas o tempo de afastamento;
- (B) o código internacional de doenças e o tempo de afastamento;
- (C) o nome da doença e o tempo de afastamento;
- (D) a descrição dos sintomas e o tempo do afastamento;
- (E) referência da mulher para um serviço de medicina do trabalho.

79

Uma mulher de 27 anos começou a trabalhar no último ano e vem apresentando episódios de agravos na saúde que parecem estar relacionados à atividade laboral. Ela precisa ficar afastada por mais um período.

Você então:

- (A) providencia o atestado de afastamento exclusivamente, contendo CID e tempo de afastamento;
- (B) providencia o atestado de afastamento exclusivamente, contendo o tempo de afastamento, sem CID;
- (C) providencia o atestado de afastamento exclusivamente, contendo CID, sem o tempo de afastamento;
- (D) providencia o atestado de afastamento e referencia ao serviço de saúde do trabalhador, para confirmar o nexo com a atividade laboral;
- (E) não providencia o atestado de afastamento e referencia ao serviço de saúde do trabalhador, para confirmar o nexo com a atividade laboral e emitir o atestado.

80

Senhor de 66 anos, aposentado, vem lhe pedir um atestado médico para apresentar ao setor de perícia solicitando isenção do imposto de renda. Ele está curado da neoplasia de cólon diagnosticada por você há 5 anos e que foi conduzida pelo especialista. Não há sinais de atividade da doença.

Nesse contexto, você:

- (A) orienta que é desnecessário ele ir ao setor de perícia, pois a isenção é apenas para quem está na ativa;
- (B) orienta que é desnecessário ele ir ao setor de perícia, pois a isenção é apenas para quem tem neoplasia em atividade;
- (C) orienta que é desnecessário ele ir ao setor de perícia, pois o seu próprio atestado serve para a isenção;
- (D) emite o atestado com os dados completos, sem colocar a data e a descrição do laudo anatomopatológico e sem descrever que está sem sinais de atividade da doença;
- (E) emite o atestado com os dados completos, incluindo a data e a descrição do laudo anatomopatológico, complementando que o senhor está sem sinais de atividade da doença.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

