



Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

 UF

Nº de Inscrição

GRUPO 26
MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE – SAÚDE
DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE!

01. Um médico de família que atua em uma Unidade Básica de Saúde, em zona rural de difícil acesso está revisando o perfil epidemiológico de suas microáreas para otimizar ações de prevenção primária e secundária de doenças cerebrovasculares.

Qual das seguintes afirmações reflete CORRETAMENTE a epidemiologia e a etiologia do AVCi, fundamentando a importância das intervenções na Atenção Primária?

- A) O AVCi é responsável por aproximadamente 50% de todos os casos de AVC, sendo os demais 50% divididos entre hemorragia intracerebral e subaracnoidea.
- B) Cerca de 90% dos casos de AVC podem ser associados a fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e sedentarismo, sendo a aterosclerose das artérias a principal causa modificável.
- C) A incidência anual de AVC no Brasil, conforme estudos nacionais, é de aproximadamente 250 casos por 100 mil habitantes, independentemente da faixa etária.
- D) Em cerca de 70% dos casos de AVCi, a etiologia permanece idiopática, mesmo após investigação etiológica extensa com exames de imagem e laboratoriais.
- E) A fibrilação atrial está associada a êmbolos cardiogênicos que respondem por cerca de 60% de todos os episódios de AVC isquêmico agudo.

02. Um paciente de 65 anos, morador de uma comunidade rural, chega ao ponto de atendimento com quadro de hemiparesia à direita e afasia iniciado há 2 horas. O médico de família realiza a triagem por telemedicina com a central de regulação para possível transferência para um Centro de Atendimento de Urgência.

Ao avaliar os critérios de elegibilidade para a trombólise com alteplase, qual cenário abaixo representa uma contraindicação absoluta ou um critério que impede o procedimento?

- A) O paciente apresenta crise convulsiva no início do quadro de déficit neurológico focal.
- B) O paciente faz uso de ácido acetilsalicílico (antiagregante plaquetário) rotineiramente para prevenção cardiovascular.
- C) O paciente apresenta pressão arterial sistólica de 195 mmHg, que permanece não responsiva após tentativa de tratamento anti-hipertensivo adequado na unidade.
- D) O paciente possui histórico de diabetes melito combinado com AVC isquêmico prévio.
- E) A glicemia capilar na admissão é de 55 mg/dL, mas o déficit focal persiste inalterado após a correção da hipoglicemia.

03. Um médico de família atua em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma zona rural remota, onde o tempo de transporte para o Centro de Atendimento de Urgência mais próximo excede duas horas. Ciente das limitações geográficas, ele organiza, em conjunto com a equipe eMulti (nutricionista, psicólogo e profissional de educação física), um programa de prevenção primária para a população local de alto risco cardiovascular.

Qual estratégia deve ser priorizada pela equipe multidisciplinar para reduzir, de forma efetiva, a carga do AVC no território?

- A) Focar os esforços da eMulti na reabilitação pós-AVC, uma vez que as intervenções sobre fatores de risco modificáveis na Atenção Primária têm impacto estatístico irrelevante na prevenção do primeiro episódio (icto).
- B) Instituir o uso generalizado de ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenção primária em todos os pacientes hipertensos da área rural, independentemente da estratificação de risco, como medida compensatória à distância do hospital terciário.
- C) Implementar intervenções coordenadas para o controle rigoroso de fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial (fator mais importante), diabetes melito, tabagismo e sedentarismo, considerando que cerca de 90% dos casos de AVC podem ser associados a esses fatores.
- D) Priorizar o treinamento da comunidade rural no uso da escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) para diagnóstico domiciliar, visando à administração de trombolíticos orais pela própria família antes do transporte.
- E) Concentrar a atuação da eMulti apenas no rastreamento de fibrilação atrial via eletrocardiografia de rotina em jovens, visto que os fatores de risco convencionais (obesidade e dieta) só impactam o risco de AVC em pacientes acima de 80 anos.

04. No contexto da saúde do campo, o tempo de transporte entre a comunidade e o hospital de referência é um desafio crítico. Um paciente com oclusão confirmada do primeiro segmento da artéria cerebral média (M1) foi transferido e chegou ao centro terciário com 10 horas de evolução, desde que foi visto bem pela última vez. Considerando as diretrizes para o tratamento não medicamentoso (trombectomia mecânica) em janelas estendidas, qual critério é obrigatório para a indicação do procedimento neste paciente?

- A) O paciente deve ter obrigatoriamente idade inferior a 60 anos e pontuação na escala de Rankin modificada de zero (previamente assintomático).
- B) A trombectomia mecânica é contraindicada para qualquer paciente que ultrapasse a janela de 8 horas do início dos sintomas, independentemente de exames de perfusão.

- C) O paciente deve apresentar pontuação na escala NIHSS entre 1 e 5, indicando um déficit neurológico leve que justifica o risco do procedimento endovascular.
- D) Para a janela entre 8 e 24 horas, o paciente deve ter sinais e sintomas consistentes com o diagnóstico de AVCi, sido funcionalmente independente para atividades de vida diária antes do episódio (Rankin ≤ 2) e apresentar mismatch entre o volume do infarto e a área de penumbra em exames de imagem avançada.
- E) A contagem basal de plaquetas deve ser superior a 150.000/ μ L para evitar complicações hemorrágicas no sítio de punção arterial.

05. Durante uma reunião de equipe de Saúde da Família, o médico discute estratégias de prevenção primária fundamentadas no impacto epidemiológico dos fatores de risco para doenças cerebrovasculares. Considerando as evidências contidas nos documentos oficiais sobre a promoção à saúde e a prevenção do AVCi, qual das seguintes estratégias apresenta o maior potencial de redução da carga da doença no território e está CORRETA quanto à sua fundamentação?

- A) Priorizar o rastreio genético em descendentes de pacientes com AVC isquêmico, uma vez que a hereditariedade responde por 50% dos casos de AVCi idiopático.
- B) Focar as intervenções na hipertensão arterial sistêmica, pois ela é o fator de risco modificável mais importante tanto para lesões isquêmicas quanto hemorrágicas, estando cerca de 90% dos casos de AVC associados a fatores modificáveis (como tabagismo, obesidade e sedentarismo).
- C) Implementar o uso profilático de ácido acetilsalicílico (AAS) em dose baixa (100mg) para todos os pacientes acima de 60 anos, independentemente da presença de comorbidades, como medida de prevenção primária padrão.
- D) Orientar que a fibrilação atrial isolada não necessita de investigação ou intervenção na APS, devendo o foco ser exclusivamente o controle da dislipidemia com alvo de LDL < 130 mg/dL para prevenção primária.
- E) Restringir as ações de promoção à saúde a pacientes jovens, visto que o AVC ocorre, predominantemente, em adultos de meia-idade e idosos, nos quais os fatores de risco já estão consolidados e são pouco responsivos a intervenções de estilo de vida.

06. Um paciente de 62 anos, com histórico de AVC isquêmico prévio de etiologia aterotrombótica há 6 meses, retorna para acompanhamento longitudinal com o médico de família. Ele apresenta hipertensão e diabetes melito tipo 2. Para a prevenção secundária eficaz e redução do risco de recorrência, qual conjunto de metas e condutas deve ser rigorosamente perseguido pelo médico, conforme as diretrizes de prevenção secundária?

- A) Manter a pressão arterial alvo em 140/90 mmHg e a hemoglobina glicosilada (HbA1c) abaixo de 8%, utilizando estatinas apenas se o LDL for superior a 160 mg/dL.
- B) Indicar a endarterectomia carotídea apenas para estenoses inferiores a 50%, visando prevenir a progressão da placa aterosclerótica em pacientes sintomáticos.
- C) Prescrever anticoagulação oral com varfarina (INR alvo 2,5) para todos os casos de AVC aterotrombótico, visando substituir a antiagregação plaquetária em pacientes com alto risco cardiovascular.
- D) Buscar o controle rigoroso da pressão arterial com alvo de 120/80 mmHg, manter a HbA1c $\leq 7\%$ e utilizar estatinas com alvo de LDL < 70 mg/dL, dado que o paciente possui alto risco vascular e doença aterotrombótica estabelecida.
- E) Substituir o AAS pelo uso isolado de varfarina, caso o paciente apresente um novo evento de AIT, mantendo o INR entre 1,5 e 2,0 para minimizar o risco de sangramentos gastrointestinais.

07. A Tuberculose (TB) é reconhecida como uma doença de determinação social, exigindo ações que vão além do setor saúde. No Brasil, a proteção social é um direito humano fundamental consolidado na Constituição Federal de 1988 como parte do sistema de Seguridade Social. Qual alternativa descreve CORRETAMENTE o suporte e a estratégia de articulação nacional para a proteção social dos pacientes com TB?

- A) A proteção social para TB é executada de forma isolada pelo Ministério da Saúde, sem necessidade de articulação com os sistemas de assistência ou previdência social.
- B) O suporte federal é padronizado e garante isenção tarifária de transporte intermunicipal para 100% dos pacientes em todas as unidades federativas e capitais brasileiras.
- C) O sistema de Seguridade Social organiza-se em três pilares: saúde, assistência social e previdência social, sendo a Instrução Operacional Conjunta (IOC) n.º 01/2019 uma ferramenta estratégica para orientar a integração entre o SUS e o SUAS.
- D) Pacientes com tuberculose em situação de rua não possuem acesso a programas habitacionais, pois estes são destinados exclusivamente a trabalhadores com contribuição previdenciária ativa.
- E) A proteção social limita-se à concessão de aposentadoria por invalidez, sendo proibida a concessão de auxílio-doença para casos de incapacidade temporária causada pela TB.

08. M.S., 35 anos, trabalhador formal e residente em uma comunidade urbana, foi diagnosticado com tuberculose pulmonar (TB). Durante a consulta de enfermagem, o paciente demonstra preocupação com a manutenção de sua renda e as despesas para se deslocar até a unidade de saúde para o tratamento, relatando que sua família já enfrenta dificuldades financeiras.

Considerando as diretrizes de proteção social do Brasil para mitigar os custos catastróficos da doença, qual orientação o profissional de saúde deve fornecer ao paciente com base nos direitos e iniciativas vigentes?

- A) Informar que o sistema público brasileiro garante apenas o tratamento medicamentoso, devendo o paciente buscar auxílio exclusivamente em instituições filantrópicas para custos de transporte.
- B) Orientar o paciente que, em caso de vínculo formal de emprego, ele teria direito à proibição de demissão pelo diagnóstico de TB e ao saque do FGTS, além de mencionar a possibilidade de acesso a benefícios de transferência de renda via CadÚnico, se elegível.
- C) Explicar que todos os pacientes com tuberculose no Brasil recebem automaticamente um cartão-alimentação de R\$ 250,00, independentemente da unidade federativa em que residam.
- D) Recomendar que o paciente interrompa suas atividades laborais e sociais imediatamente, pois a legislação brasileira impõe o isolamento hospitalar obrigatório para todos os casos de TB para evitar custos domiciliares.
- E) Esclarecer que, devido à Lei n.º 14.289/2022, o diagnóstico deve ser compartilhado obrigatoriamente com o empregador e vizinhos para que estes possam organizar redes de apoio financeiro ao paciente.

09. Durante uma visita domiciliar em um assentamento rural, um Agente Comunitário de Saúde (ACS) identifica um trabalhador rural com tosse produtiva há quatro semanas.

Ao orientar a família sobre a prevenção e a detecção precoce da tuberculose (TB) no contexto do campo, qual das seguintes condutas está em conformidade com as recomendações do manual?

- A) Informar que a vacina BCG, oferecida rotineiramente, protege o adulto contra todas as formas de tuberculose pulmonar, dispensando a investigação de contatos.
- B) Definir o trabalhador como um sintomático respiratório (SR), já que na população geral a tosse por 3 semanas ou mais exige investigação bacteriológica imediata.
- C) Orientar que a transmissão ocorre pelo compartilhamento de utensílios domésticos, como copos e talheres, sendo necessário o isolamento desses objetos.
- D) Realizar a prova tuberculínica (PT) obrigatoriamente antes de encaminhar o paciente para a coleta de escarro, visando confirmar a doença ativa.
- E) Recomendar que o paciente mantenha a casa fechada para evitar que o "sereno" piore a tosse, minimizando a circulação de ar.

10. Em uma comunidade quilombola distante da zona urbana, a equipe de saúde da família planeja ações de promoção à saúde para o controle da tuberculose.

Considerando as medidas de controle de infecção e prevenção primária descritas no Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil 2ª ed (MS 2019), qual estratégia é prioritária para reduzir a transmissão no domicílio rural?

- A) Distribuição de máscaras N95 para todos os familiares utilizarem durante todo o tempo de convivência com o doente no domicílio.
- B) Vacinação imediata com BCG para todos os contatos adultos que apresentarem prova tuberculínica negativa.
- C) Orientação para que o paciente cubra a boca com o braço ou lenço ao tossir (etiqueta da tosse) e mantenha o ambiente arejado e com luz solar.
- D) Internação hospitalar obrigatória de todos os casos bacilíferos do campo para garantir que a transmissão seja interrompida em 24 horas.
- E) Uso profilático de isoniazida para todos os trabalhadores rurais da comunidade, independentemente do contato com casos confirmados.

11. Um agricultor de 45 anos, residente em área remota, inicia o tratamento para tuberculose sensível (Esquema Básico: 2RHZE/4RH). Devido à distância entre sua propriedade e a Unidade Básica de Saúde (UBS), a equipe decide organizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO). De acordo com as modalidades de operacionalização descritas no manual, qual a orientação CORRETA?

- A) O TDO deve ser realizado obrigatoriamente, na unidade de saúde, exigindo o deslocamento diário do paciente, mesmo em áreas rurais de difícil acesso.
- B) A observação da tomada dos medicamentos pode ser delegada a um vizinho ou familiar, sendo esta a modalidade padrão para o TDO rural no Sinan.

- C) O TDO pode ser realizado de forma domiciliar, onde o ACS ou outro profissional capacitado observa a ingestão dos fármacos na residência do paciente.
- D) Por estar em área rural, o paciente está dispensado do TDO, devendo apenas retirar a medicação mensalmente na UBS (autoadministrado).
- E) O TDO só é considerado válido, se realizado 7 dias por semana, incluindo feriados e finais de semana, na presença do enfermeiro.

12. Um paciente em tratamento para tuberculose pulmonar em uma área rural apresenta baciloscopia de controle positiva ao final do segundo mês de tratamento.

Diante desse cenário clínico e das diretrizes de monitoramento, qual deve ser a conduta da equipe da APS?

- A) Suspende imediatamente o tratamento e aguardar 30 dias para reiniciar com um esquema de segunda linha para TB multirresistente.
- B) Manter o esquema atual e dar alta por cura, se o paciente relatar melhora clínica, ignorando o resultado laboratorial.
- C) Substituir a Rifampicina pela Rifabutina imediatamente, sem necessidade de novos exames, para agilizar a cura.
- D) Solicitar cultura com teste de sensibilidade (TS), prolongar a fase de ataque (RHZE) por mais 30 dias e reavaliar o esquema após o resultado.
- E) Orientar o paciente a dobrar a dose diária dos comprimidos autoadministrados para compensar a persistência bacteriana.

13. Na organização do cuidado ao paciente com tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS), a integração da equipe multiprofissional é essencial para o sucesso terapêutico.

Considerando as atribuições dos profissionais no controle da TB, qual alternativa descreve CORRETAMENTE o papel da equipe?

- A) O ACS tem como função exclusiva a entrega de medicamentos, não sendo de sua responsabilidade a identificação de sintomáticos no domicílio.
- B) A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve envolver a equipe multiprofissional e o usuário, visando ao cuidado integral e à adesão.
- C) O diagnóstico clínico e a prescrição do esquema básico (RHZE) são competências exclusivas das unidades de referência terciária, sendo proibidas na APS.
- D) O enfermeiro da APS deve realizar o TDO isoladamente, sem compartilhar a responsabilidade do monitoramento com o médico ou o ACS.
- E) A assistência social não possui interface com o tratamento da TB, devendo focar apenas em pacientes com doenças não transmissíveis.

14. Um paciente de 45 anos, sexo masculino, recebeu alta por cura de hanseníase multibacilar (MB) há quatro anos. Atualmente, retorna à Unidade Básica de Saúde queixando-se de sensação de queimação e formigamento persistente em ambas as mãos e pés, com piora noturna, que tem impactado seu sono e qualidade de vida. Ao exame físico e realização da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), nota-se que não houve alteração nos limiares de sensibilidade (testados com monofilamentos de estesiômetro) nem na força muscular em relação ao exame da alta. Os nervos periféricos não apresentam dor à palpação ou espessamentos novos.

Diante deste quadro clínico e das diretrizes do PCDT, qual é a conduta e o diagnóstico mais prováveis?

- A) Diagnóstico de neurite aguda; conduta: iniciar imediatamente corticoterapia com prednisona (1mg/kg/dia) para prevenir dano neural adicional.
 - B) Diagnóstico de neurite silenciosa; conduta: monitoramento mensal com ANS, pois a ausência de dor impossibilita o tratamento com corticoides.
 - C) Diagnóstico de dor neuropática crônica; conduta: o tratamento deve seguir o PCDT de Dor Crônica, uma vez que a condição ocorre na ausência de inflamação aguda do nervo.
 - D) Diagnóstico de recidiva da doença; conduta: realizar nova baciloscopia de raspado intradérmico e reiniciar o esquema PQT-U por 12 meses.
 - E) Diagnóstico de represamento de reação tipo 1 (reversa); conduta: iniciar talidomida para controle dos sintomas sensitivos e imunomodulação.
-

15. Durante uma consulta de monitoramento pós-alta de um paciente que apresentou hanseníase dimorfa, o médico de família realiza a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) para calcular o Grau de Incapacidade Física (GIF) e o escore Olhos, Mãos e Pés (OMP).

Os achados são:

1. Olhos: Acuidade visual preservada em ambos; sem lagoftalmo; sensibilidade da córnea normal.
2. Mãos: Mão direita com perda de sensibilidade protetora (não sente o monofilamento violeta de 2g na palma), mas sem deformidades visíveis. Mão esquerda com presença de "garra" móvel no 4º e 5º dedos e atrofia da musculatura interóssea.
3. Pés: Pé direito com força muscular grau 4 (reduzida) para dorsiflexão, sem lesões. Pé esquerdo com sensibilidade e força preservadas.

Assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE a classificação do Grau de Incapacidade Física (GIF) do paciente e o valor do Escore OMP, respectivamente.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| A) GIF 1; Escore OMP 3. | D) GIF 1; Escore OMP 5. |
| B) GIF 2; Escore OMP 4. | E) GIF 2; Escore OMP 3. |
| C) GIF 2; Escore OMP 2. | |

16. Um paciente de 38 anos apresenta-se à consulta com quatro lesões cutâneas hipocrômicas, com perda de sensibilidade térmica e dolorosa, localizadas no tronco. Durante a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), o médico identifica espessamento neural com dor à palpação no nervo ulnar direito e no nervo fibular comum esquerdo, acompanhado de redução da força muscular (grau 3) na dorsiflexão do pé esquerdo. A baciloscopia de raspado intradérmico foi negativa (IB=0).

Segundo as diretrizes atuais, qual a classificação operacional e o esquema terapêutico inicial?

- A) Classificação Paucibacilar (PB); tratamento com PQT-U por 6 meses, pois apresenta menos de cinco lesões de pele.
- B) Classificação Paucibacilar (PB); tratamento com PQT-U por 6 meses e monitoramento trimestral da função neural.
- C) Classificação Multibacilar (MB); tratamento com PQT-U por 12 meses, sem necessidade de corticoterapia, pois a baciloscopia é negativa.
- D) Classificação de Hanseníase Neural Pura; encaminhamento exclusivo para centro de referência para biópsia de nervo antes de iniciar PQT-U.
- E) Classificação Multibacilar (MB); tratamento com PQT-U por 12 meses e início imediato de prednisona (1mg/kg/dia).

17. Uma paciente de 25 anos, em tratamento para hanseníase paucibacilar (PB) há dois meses, retorna à unidade com quadro de astenia progressiva, palidez cutaneomucosa e icterícia leve. Exames laboratoriais revelam anemia hemolítica e reticulocitose, atribuídas à dapsona.

Diante da necessidade de interrupção definitiva deste fármaco por toxicidade grave, qual é a conduta CORRETA para a continuidade do tratamento, conforme o esquema de segunda linha?

- A) Substituir a dapsona por talidomida e manter a rifampicina e clofazimina por mais 4 meses.
- B) Suspender a PQT-U e aguardar a remissão da anemia para reiniciar o esquema completo original.
- C) Administrar Rifampicina (600mg mensal), Clofazimina (300mg mensal e 50mg diária) e Ofloxacino (400mg mensal e diária) ou Minociclina (100mg mensal e diária) por 6 meses.
- D) Manter apenas rifampicina e clofazimina por 12 meses, uma vez que a retirada da dapsona exige a extensão do tempo de tratamento.
- E) Substituir por esquema ROM (Rifampicina, Ofloxacino e Minociclina) em dose única mensal por 6 meses.

18. Um paciente multibacilar (MB) concluiu as 12 doses supervisionadas de PQT-U com boa adesão. No momento da alta por cura, o médico observa que os hansenomas na face e nos pavilhões auriculares, embora menos eritematosos, ainda apresentam infiltração visível e aspecto clínico similar ao do início do tratamento. O índice baciloscópico (IB) de controle permanece inalterado em relação ao diagnóstico (IB=4+).

Qual a recomendação CORRETA para este cenário?

- A) O tratamento com PQT-U deve ser estendido por mais 12 meses imediatamente para garantir a negativação bacilar.
- B) O paciente deve receber alta por cura, pois a involução das lesões nos casos MB pode ser lenta e persistir por meses ou anos após o término da antibioticoterapia.
- C) Deve-se iniciar o esquema ROM por 24 meses devido à alta carga bacilar persistente.

- D) O paciente deve ser submetido à investigação de resistência do *M. leprae* a antimicrobianos, via biópsia, por apresentar lesões infiltradas e IB inalterado após o término do tratamento.
- E) Administrar uma dose adicional de rifampicina e prescrever apenas clofazimina em monoterapia até o desaparecimento das lesões.

19. Um trabalhador rural de 52 anos, em tratamento para hanseníase multibacilar (MB) há 8 meses, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) do vilarejo, queixando-se de aparecimento súbito de "caroços" avermelhados e muito dolorosos nos braços e pernas, acompanhados de febre alta e dores articulares. Ele reside a 100 km do centro de referência mais próximo. Ao exame, observam-se nódulos eritematosos quentes e dolorosos, sem alteração nas lesões antigas da hanseníase.

Qual a classificação do quadro e a conduta medicamentosa inicial mais adequada para este paciente?

- A) Reação tipo 1; iniciar Prednisona 1 mg/kg/dia e manter a PQT-MB.
- B) Recidiva da doença; suspender a PQT atual e encaminhar imediatamente para nova baciloscopia no centro de referência.
- C) Reação tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico); iniciar Talidomida 100 a 400 mg/dia e manter a PQT-MB.
- D) Reação tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico); iniciar Prednisona 1 mg/kg/dia isoladamente e suspender a PQT-MB até a melhora dos nódulos.
- E) Farmacodermia à Dapsona; suspender a PQT-MB e iniciar anti-histamínicos de primeira geração.

20. Uma paciente de 30 anos, residente em zona rural e em tratamento paucibacilar (PB), retorna à UBS com queixa de dor intensa "tipo choque" no cotovelo direito e perda de força para segurar a enxada. O médico nota que as manchas pré-existentes estão mais inchadas e avermelhadas. Devido à dificuldade de transporte para a cidade, a paciente solicita tratamento na própria unidade.

Considerando o papel da Atenção Primária e o manejo da Reação Tipo 1, qual a conduta CORRETA?

- A) Iniciar Prednisona 1 mg/kg/dia e realizar profilaxia para estrongiloidíase com albendazol ou ivermectina.
- B) Iniciar Talidomida 100 mg/dia, pois a paciente é jovem e não há risco de gravidez em área rural isolada.
- C) Encaminhar obrigatoriamente para a Atenção Especializada sem iniciar medicação, pois a APS não deve manejar corticoides em altas doses.
- D) Iniciar Amitríptilina 25 mg para a dor neural e aguardar 4 semanas para ver se há melhora espontânea antes de usar corticoides.
- E) Trata-se de neurite isolada; aplicar compressas quentes no trajeto do nervo ulnar e aumentar a dose diária de Dapsona.

21. Na organização da rede de saúde para o cuidado da hanseníase, o médico de família deve decidir quais casos de reação podem ser manejados na UBS e quais exigem a Atenção Especializada. Qual das situações abaixo obriga o encaminhamento do paciente de uma área rural para um serviço de referência?

- A) Todo e qualquer paciente que apresente reação tipo 1 ou tipo 2, independente da gravidade.
- B) Pacientes com reações leves que respondem satisfatoriamente ao tratamento instituído na UBS em 2 semanas.
- C) Apenas casos de hanseníase multibacilar, pois paucibacilares não apresentam reações graves.
- D) Casos com resposta não satisfatória ao tratamento ambulatorial em 2 a 4 semanas ou presença de contraindicações graves aos medicamentos antirreacionais.
- E) Pacientes que apresentam apenas o "bronzeamento" da pele causado pela Clofazimina, sem dor neural.

22. Um médico de família e comunidade (MFC) atua em uma Unidade Básica de Saúde situada em zona rural, caracterizada pela presença de rios com correnteza, represas e açudes utilizados para lazer e trabalho. Ao planejar ações de vigilância em saúde baseadas no Boletim Epidemiológico (2010-2023) do Ministério da Saúde, o profissional deve considerar que

- A) as taxas de internação por afogamento no Brasil são significativamente superiores às taxas de mortalidade em todas as faixas etárias pediátricas.
- B) o afogamento em águas naturais (rios, represas e praias) representa o tipo mais frequente de óbito em menores de 14 anos, correspondendo a 43% das mortes no período estudado.
- C) crianças na faixa etária de 10 a 14 anos são as mais vulneráveis, apresentando o maior número absoluto de óbitos e internações devido à busca por independência.
- D) o perfil sociodemográfico dos óbitos por afogamento em 2023 aponta que a maioria das vítimas é do sexo feminino e de cor da pele branca.
- E) em ambientes rurais, os afogamentos em águas naturais ocorrem predominantemente nos meses de inverno, devido ao aumento do volume dos rios pelas chuvas sazonais.

23. O Boletim Epidemiológico sobre afogamentos destaca que, embora as taxas de mortalidade tenham apresentado declínio entre 2010 e 2023, o agravamento permanece como um problema de saúde pública evitável.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) em áreas rurais e remotas, qual estratégia de prevenção deve ser priorizada pelo médico de família?

- A) Orientar que, em rios calmos, o uso de colete salva-vidas é opcional para crianças, desde que a água não ultrapasse a altura dos joelhos.
- B) Focar as campanhas de prevenção exclusivamente no ambiente doméstico (balde e banheiras), visto que 89,9% dos óbitos por afogamento no Brasil ocorrem em águas não naturais.
- C) Priorizar o treinamento da população em salvamento aquático direto, incentivando que pais e cuidadores entrem na água para resgatar vítimas, mesmo sem equipamentos de flutuação.
- D) Implementar ações intersetoriais de educação sobre segurança aquática, supervisão adulta contínua e instalação de barreiras físicas para limitar o acesso de crianças à água.
- E) Ignorar os registros de "meio de afogamento não especificado" nos sistemas de informação, pois estes não possuem relevância para a qualificação das políticas públicas locais.

24. Durante uma consulta de seguimento de uma jovem de 19 anos com queixas inespecíficas de cefaleia e insônia, o médico suspeita de violência por parceiro íntimo.

Aplicando as técnicas de comunicação clínica e os conceitos de ciclo de violência, qual deve ser a conduta do profissional?

- A) Realizar perguntas diretas sobre agressões físicas imediatamente, mesmo que a paciente esteja acompanhada pelo parceiro na sala, para garantir a notificação.
- B) Atuar como mediador de conflitos, convocando o agressor para uma sessão de conciliação na Unidade Básica de Saúde.
- C) Aguardar um momento de privacidade, utilizar empatia e linguagem não verbal acolhedora e, ao identificar um relato, reconhecer ativamente a violência, validando que a atitude descrita não é banal.
- D) Notificar imediatamente a polícia militar sem o consentimento da paciente, pois, em situações de violência grave, o envolvimento policial é a primeira medida de proteção recomendada para a equipe.
- E) Desconsiderar relatos de humilhações verbais ou controle financeiro, focando apenas em sinais físicos, uma vez que a violência psicológica não possui relevância epidemiológica.

25. No atendimento a um jovem egresso do sistema prisional que reside em uma ocupação (população em situação de rua), o médico de família deve utilizar o mnemônico RECOGNIZE e a noção de vulnerabilidade estrutural.

Sobre esse contexto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A comunicação com pessoas privadas de liberdade ou egressos deve focar no rejuízo do ato infracional para entender a periculosidade do paciente.
- B) O estigma associado ao encarceramento é um "atributo visível" que não interfere na busca do paciente por cuidados de saúde.
- C) Para a população em situação de rua (PSR), a palavra e a negociação têm valor central; acordos terapêuticos não devem ser quebrados sob risco de romper o vínculo essencial ao cuidado.
- D) Jovens com deficiência física possuem menores taxas de notificação de violência no SUS quando comparados a jovens com transtornos mentais ou deficiência intelectual.
- E) O mnemônico RECOGNIZE sugere que o sigilo sobre o histórico de encarceramento deve ser quebrado para informar todos os vizinhos da microárea por questões de segurança comunitária.

26. Uma paciente de 28 anos, mãe de três crianças pequenas, comparece à consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando-se de dores musculares crônicas e insônia. Durante a anamnese, o médico de família nota que ela hesita ao falar sobre a rotina doméstica e menciona que o marido tem estado "muito estressado", mas que "ele é um bom pai e prometeu mudar" após uma discussão recente.

Com base nas estratégias de comunicação clínica e no fenômeno da violência doméstica, qual a conduta CORRETA?

- A) Realizar a abordagem imediata da suspeita de violência, mesmo que a paciente hesite em falar, para garantir a notificação compulsória.
- B) Atuar como conciliador entre o casal, solicitando que o Agente Comunitário de Saúde da área convide o agressor para uma consulta conjunta.
- C) Identificar que a paciente pode estar na fase de "lua de mel" do ciclo de violência e utilizar o reconhecimento ativo, dizendo: "Essa atitude que você descreveu é considerada violência psicológica".

- D) Aconselhar a paciente a abandonar o lar imediatamente e acionar a autoridade policial, independentemente do desejo da mulher, como medida de proteção primária.
- E) Evitar perguntas diretas sobre agressões para não ofender a paciente, focando apenas no tratamento sintomático das dores e da insônia.

27. Durante uma visita domiciliar, um médico de família observa que uma paciente de 82 anos, com déficit auditivo leve, apresenta higiene precária e parece ansiosa na presença do neto, que é seu cuidador principal e responsável por gerir sua aposentadoria. O neto fala pela paciente, utilizando termos infantis e voz excessivamente alta. Qual estratégia de comunicação clínica é mais adequada para investigar possíveis maus-tratos?

- A) Manter a comunicação infantilizada e paternalista para facilitar a compreensão da idosa sobre o tratamento.
- B) Realizar o exame físico e a entrevista preferencialmente sem a presença do cuidador, utilizando perguntas como: "Você se sente segura e cuidada aqui?"
- C) Confirmar as suspeitas de abuso financeiro diretamente com o cuidador, já que ele é o responsável legal e fonte primária de informações.
- D) Repetir as mesmas orientações em voz alta e gritando, caso a idosa não entenda, para garantir que ela compreenda a gravidade da situação.
- E) Desconsiderar frases da idosa, como "não sirvo para nada", interpretando-as como um processo natural e normal do envelhecimento biológico.

28. O protocolo SPIKES é amplamente utilizado como um guia para a comunicação de notícias difíceis. Sobre a etapa "S" (Setting up the interview), assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE uma recomendação desse passo.

- A) Iniciar a conversa perguntando o que o paciente já sabe sobre sua condição de saúde.
- B) Garantir um local privativo, confortável, com todos os presentes sentados e evitar interrupções, como o uso de celular.
- C) Determinar o quanto o paciente deseja saber sobre o diagnóstico e o prognóstico naquele momento.
- D) Fornecer informações técnicas detalhadas sobre a doença para demonstrar segurança profissional.
- E) Utilizar frases como "Eu lamento" para demonstrar empatia imediata antes de dar a notícia.

29. Segundo a definição de Buckman (1992), "notícias difíceis" podem ser compreendidas como

- A) informações que resultam em um déficit exclusivamente cognitivo e motor no paciente.
- B) apenas comunicações relacionadas ao óbito de pacientes em ambiente hospitalar.
- C) diagnósticos em que o médico se sente despreparado para comunicar devido à falta de treinamento.
- D) informações que devem ser omitidas para proteger o paciente de um impacto emocional lesivo.
- E) qualquer informação que altere, de forma drástica e negativa, a visão do paciente sobre o seu futuro.

30. Um Médico de Família e Comunidade (MFC) recebe o Sr. João, paciente hipertenso de longa data, para discutir o resultado de uma biópsia de próstata que indica malignidade. Seguindo o passo "P" (Assessing the patient's perception) do protocolo SPIKES, qual seria a abordagem inicial mais adequada do médico?

- A) "Sr. João, o resultado chegou e infelizmente confirma que o senhor está com câncer de próstata."
- B) "Sr. João, o senhor gostaria que eu chamasse sua esposa para entrar na sala antes de falarmos sobre o exame?"
- C) "Sr. João, o que o senhor entende sobre o motivo de termos feito essa biópsia?"
- D) "Sr. João, já agendei sua consulta com o urologista, pois o resultado não foi o que esperávamos."
- E) "Sr. João, o senhor prefere saber todos os detalhes do tratamento agora ou apenas os passos principais?"

31. Dra. Luísa, médica em uma Unidade Básica de Saúde, atende uma paciente jovem com um diagnóstico novo de uma doença crônica autoimune incapacitante. A paciente começa a chorar intensamente ao receber a notícia. Para abordar as emoções (passo "E" do SPIKES), a médica deve

- A) interromper o choro imediatamente para que a paciente possa ouvir o plano terapêutico.
- B) funcionar como um "escudo", assegurando que a cura será rápida e sem sequelas.
- C) identificar a emoção, demonstrar que entende a conexão entre o fato e o sentimento e se colocar à disposição.
- D) explicar que ela não deve ficar assim, pois existem muitos tratamentos disponíveis hoje em dia.
- E) manter uma postura estritamente calma e não emotiva, evitando qualquer expressão de empatia para não perder a autoridade médica.

32. Um trabalhador rural de 45 anos busca atendimento na unidade básica de saúde cerca de 5 horas após ter sido picado por uma serpente enquanto limpava um celeiro. O paciente não apresenta dor importante, edema ou equimose no local da picada, relatando apenas uma leve parestesia. Entretanto, ao exame, o médico observa ptose palpebral bilateral (fácies miastênica), dificuldade na movimentação ocular e o paciente refere visão turva. Ao ser solicitado que urine, o paciente apresenta uma urina de coloração marrom-escura. Considerando o quadro clínico e a epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil, qual é o diagnóstico mais provável e a complicação sistêmica que deve ser monitorada com maior rigor?

- A) Acidente botrópico; monitorar o tempo de coagulação e risco de hemorragias sistêmicas.
- B) Acidente laquéutico; monitorar o surgimento de síndrome vagal (diarreia e hipotensão).
- C) Acidente elapídico; monitorar insuficiência respiratória aguda por paralisia muscular.
- D) Acidente crotálico; monitorar a função renal devido ao risco de Insuficiência Renal Aguda (IRA).
- E) Acidente por colubrídeos; monitorar apenas sinais flogísticos locais, pois não há risco sistêmico.

33. Uma paciente de 32 anos, residente em zona rural, apresenta-se à consulta relatando que, há cerca de 36 horas, sentiu uma "picada de inseto" na coxa enquanto se vestia pela manhã. No momento do exame, observa-se no local uma lesão com halo pálido (isquêmico) e áreas de equimose (aspecto marmóreo), sem necrose franca ainda instalada. A paciente queixa-se de mal-estar, febre e apresenta icterícia e urina com cor de "lavado de carne". Com base na suspeita clínica de Loxoscelismo (aranha-marrom), assinale a alternativa CORRETA quanto à classificação e manejo.

- A) Trata-se de uma forma leve de loxoscelismo cutâneo; o tratamento deve ser apenas sintomático e observação por 72 horas.
- B) A presença de priapismo e sialorreia seria esperada, caso a evolução fosse para a forma grave de loxoscelismo.
- C) Trata-se de uma forma grave (cutâneo-visceral), sendo indicada a soroterapia específica (SAAr) e o uso de corticoterapia.
- D) O diagnóstico é de escorpionismo grave; a conduta imediata deve ser a infusão de gluconato de cálcio e soro antiescorpionico.
- E) A lesão descrita é patognomônica de acidente por Latrodectus (viúva-negra), que evolui frequentemente com hemólise severa.

34. Um paciente de 6 anos é levado à Unidade Básica de Saúde em uma zona rural, cerca de 40 minutos após ter sido picado no pé por um animal não visualizado enquanto brincava perto de um amontoado de lenha. A criança apresenta dor intensa no local, sudorese profusa, vômitos incoercíveis, sialorreia intensa e uma frequência cardíaca de 52 bpm (bradicardia).

Diante deste quadro clínico, qual a classificação CORRETA do acidente e a conduta imediata recomendada pelas diretrizes vigentes?

- A) Acidente leve; observação por 6 a 12 horas e tratamento sintomático com analgésicos.
- B) Acidente moderado; administração de 2 a 3 ampolas de soro antiescorpionico (SAEEs) por via intravenosa.
- C) Acidente grave; administração de 10 ampolas de soro antiracnídico (SAAr) por via intramuscular.
- D) Acidente grave; administração de 4 a 6 ampolas de soro antiescorpionico (SAEEs) por via intravenosa e monitoração para risco de edema agudo de pulmão.
- E) Acidente grave; infiltração local de lidocaína a 2% e encaminhamento imediato sem soroterapia prévia devido ao risco de anafilaxia.

35. No manejo de um paciente adulto com suspeita de escorpionismo grave por *Tityus serrulatus* em uma região remota, o médico de família solicita um eletrocardiograma (ECG) enquanto organiza a transferência para uma unidade de maior complexidade.

Quais achados eletrocardiográficos são esperados nesse cenário e o que eles podem mimetizar?

- A) Apenas taquicardia sinusal secundária à dor local, sem valor prognóstico sistêmico.
- B) Presença de ondas Delta e encurtamento do intervalo PR, mimetizando síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- C) Alterações do segmento ST, presença de ondas Q e inversão de onda T, mimetizando um infarto agudo do miocárdio.
- D) Bloqueio de ramo direito e padrão S1Q3T3, sugerindo tromboembolismo pulmonar agudo.
- E) Aumento isolado da amplitude da onda P (P pulmonale) devido ao edema pulmonar iminente.

36. Um médico de família em uma área rural atende João, um agricultor de 52 anos, que vive sozinho após a morte da esposa e relata dores crônicas na coluna que o impedem de trabalhar adequadamente.

Durante a consulta, ele demonstra desesperança.

Qual combinação de fatores apresenta o maior risco epidemiológico para o suicídio?

- A) Ser adulto jovem, estar casado, ter filhos e sofrer de depressão.
- B) Ser idoso, estar trabalhando excessivamente, ser casado e ter suporte social.
- C) Ser homem, ter mais de 45 anos, sofrer de doença clínica crônica e estar viúvo ou solteiro.
- D) Ser mulher, ter menos de 30 anos, ser imigrante e possuir religião atuante.
- E) Ser adulto jovem, possuir alta escolaridade, ter filhos pequenos e estar empregado.

37. O médico é chamado com urgência à casa de um paciente em surto psicótico agudo. O paciente está armado com uma foice, gritando que vizinhos querem roubar sua colheita e agredindo quem se aproxima.

Diante desse quadro de agitação psicomotora com risco de agressividade na comunidade, qual deve ser a conduta imediata do médico?

- A) Tentar conter o paciente fisicamente sozinho para administrar um sedativo.
- B) Aguardar que o paciente se acalme espontaneamente antes de qualquer intervenção.
- C) Prescrever um antidepressivo e agendar uma consulta de retorno para a semana seguinte.
- D) Dar as costas ao paciente para mostrar que não é uma ameaça e tentar um diálogo amigável à distância curta.
- E) Solicitar auxílio à polícia, explicar a situação, abordar o paciente com calma após a contenção pela força policial e iniciar o entendimento diagnóstico.

38. Uma paciente idosa de uma comunidade remota é levada à Unidade Básica de Saúde (UBS) com quadro súbito de desorientação, flutuação do nível de consciência e alucinações visuais. A família relata que ela iniciou um tratamento para infecção urinária há dois dias.

Qual é a hipótese diagnóstica e a natureza dessa emergência?

- A) Crise de Pânico, sendo uma emergência de ansiedade leve.
- B) Esquizofrenia de início tardio, sendo uma emergência estritamente psiquiátrica.
- C) Delirium, sendo uma emergência clínica que pode mimetizar sintomas psiquiátricos.
- D) Episódio de Mania, devendo ser tratada apenas com estabilizadores de humor.
- E) Reação de Estresse Agudo, decorrente apenas de problemas psicossociais.

39. Durante uma visita domiciliar rural, uma paciente com sintomas depressivos graves menciona que "não vê mais sentido em continuar vivendo"

Qual deve ser a atitude do médico de família em relação à investigação do risco de suicídio?

- A) Evitar perguntar diretamente sobre suicídio para não induzir a paciente ao ato.
- B) Mudar de assunto para desviar o pensamento da paciente para coisas positivas.
- C) Perguntar ativamente sobre a ideação suicida, explorando a existência de um plano concreto e a letalidade dos meios escolhidos.
- D) Delegar a investigação exclusivamente a um psicólogo, por não ser competência do médico de família.
- E) Indicar internação compulsória imediata sem realizar perguntas adicionais, baseando-se apenas na queixa de tristeza.

40. Um paciente em área rural apresenta agitação psicomotora intensa na UBS. O médico decide pela administração de medicação intramuscular por falta de colaboração para via oral e risco de autoagressão.

De acordo com as fontes, quais são opções adequadas de primeira escolha para o tratamento emergencial da agitação em APS?

- A) Antidepressivos de dose única e alta potência.
 - B) Associação de Haloperidol com Prometazina ou Midazolam isolado.
 - C) Lítio por via intramuscular para controle rápido do humor.
 - D) Somente Olanzapina associada obrigatoriamente a benzodiazepínicos intravenosos.
 - E) Vitaminas do complexo B e hidratação oral.
-

41. Sr. José, 48 anos, agricultor em uma localidade remota, procura o médico da unidade de saúde rural queixando-se de que há três semanas demora quase 3 horas para adormecer. Ele relata preocupação com a seca prolongada que afeta sua lavoura. Além disso, costuma tomar várias xícaras de café após o jantar.

Considerando o papel do médico de família e comunidade (MFC) e o manejo inicial da insônia, qual a conduta mais adequada?

- A) Prescrever imediatamente um benzodiazepínico de longa ação para garantir o descanso do paciente.
- B) Referenciar o paciente de imediato para um centro de medicina do sono na capital para polissonografia.
- C) Iniciar tratamento com antidepressivos tricíclicos, pois a causa é puramente econômica.
- D) Orientar medidas de higiene do sono, como suspender o café à noite, e reavaliar em 3 a 4 semanas.
- E) Indicar que o paciente faça sestas prolongadas durante o dia para compensar a perda de sono noturna.

42. Durante uma visita domiciliar em uma fazenda, o médico avalia o Sr. Antenor, 55 anos, obeso e hipertenso. Sua esposa relata que ele apresenta roncos intensos e "paradas respiratórias" durante a noite, além de muita sonolência enquanto dirige o trator durante o dia.

Sobre a suspeita de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), assinale a alternativa CORRETA.

- A) O tratamento inicial deve incluir o uso de hipnóticos benzodiazepínicos para aprofundar o sono.
- B) A obesidade é um fator de risco importante, e o tratamento não farmacológico inclui a redução de peso.
- C) O ronco, por si só, é sinônimo de apneia e confirma o diagnóstico de SAOS.
- D) O consumo de álcool à noite é recomendado, pois relaxa a musculatura da via aérea.
- E) Não há necessidade de referenciamento, sendo o manejo puramente medicamentoso na atenção primária.

43. Dona Benta, 75 anos, moradora de uma vila rural, queixa-se de que "seu sono não é mais o mesmo", acordando várias vezes durante a madrugada. Ela solicita "um remédio forte para dormir", como os que suas vizinhas usam. Como o MFC deve proceder seguindo as boas práticas clínicas?

- A) Atender ao pedido e prescrever Diazepam 10mg, por ser um fármaco de baixo custo e fácil acesso.
- B) Explicar que a necessidade de horas de sono aumenta com a idade, sendo normal dormir 10h por noite.
- C) Evitar o uso de benzodiazepínicos devido ao risco elevado de confusão mental, perda de memória e quedas.
- D) Orientar que o sono profundo aumenta após os 60 anos, justificando os despertares frequentes.
- E) Prescrever neurolépticos sedativos como primeira linha para evitar a insônia terminal.

44. Um jovem de 22 anos, que trabalha em turnos em uma agroindústria, apresenta insônia inicial aguda devido à mudança brusca de horário de trabalho. Após falha das medidas de higiene do sono, o médico decide por uma intervenção farmacológica pontual.

Qual a orientação CORRETA para este caso?

- A) Utilizar hipnóticos de meia-vida curta (ex: zolpidem) pela mínima dose eficaz e por curto período (2-4 semanas).
- B) Prescrever hipnóticos de ação prolongada para uso contínuo por tempo indeterminado.
- C) Iniciar o tratamento com antidepressivos ISRS como primeira escolha para indução rápida do sono.
- D) Manter a prescrição por no mínimo 6 meses para garantir a estabilização da arquitetura do sono.
- E) Orientar que o fármaco pode ser combinado livremente com bebidas alcoólicas nos fins de semana.

45. Um MFC atende um paciente com queixa de insônia persistente há 2 meses. Durante a anamnese detalhada, o paciente revela sentir tristeza, falta de prazer nas atividades rurais e despertar precoce todas as manhãs.

Qual a interpretação CORRETA deste quadro?

- A) Trata-se de uma insônia primária que deve ser tratada apenas com higiene do sono.
- B) O despertar precoce é uma característica marcante de perturbações depressivas (insônia secundária).
- C) O diagnóstico provável é de parassônia, como o sonambulismo, exigindo sedação pesada.
- D) A dificuldade em manter o sono é típica de transtornos de ansiedade apenas, descartando depressão.
- E) O médico deve desconsiderar o humor do paciente e focar apenas na queixa do sono.

46. Um agricultor de 45 anos chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) rural logo após sofrer uma queimadura térmica no antebraço direito com água fervente. Ele informa que, no caminho, sua esposa aplicou manteiga na lesão para "esfriar a pele". Ao exame, você observa eritema e algumas flictenas (bolhas) íntegras. Qual deve ser a conduta imediata em relação à limpeza e resfriamento da área?

- A) Aplicar gelo diretamente sobre a lesão para interromper o processo térmico.
- B) Limpar a área com álcool 70% para garantir a antisepsia, dado o uso de substância caseira.
- C) Utilizar água oxigenada para remover os resíduos gordurosos da manteiga.
- D) Realizar a limpeza apenas com soro fisiológico aquecido para evitar o choque térmico no paciente.
- E) Lavar exaustivamente com água corrente não muito gelada para remover a manteiga e resfriar o local.

47. Durante o atendimento a uma criança de 8 anos em uma comunidade rural isolada, o médico identifica uma queimadura de segundo grau (espessura parcial profunda) atingindo todo o membro superior direito após queda em fogão a lenha. Utilizando a "Regra dos Nove", o médico calcula a superfície corporal queimada (SCQ). Qual a conduta CORRETA quanto ao local de tratamento?

- A) Tratar exclusivamente na UBS, pois queimaduras de segundo grau sempre são consideradas leves.
- B) Iniciar o tratamento na UBS com curativos diários, já que a área atingida é de aproximadamente 5% da SCQ.
- C) Referenciar para um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), pois a SCQ em crianças acima de 10-15% exige centro especializado.
- D) Realizar o manejo na UBS, visto que a criança é maior de 5 anos e não apresenta comorbidades.
- E) Referenciar para hospitalização, pois a SCQ estimada para o membro superior é de 9%, o que em crianças menores de 12 anos já é critério de média gravidade.

48. Um paciente apresenta-se na UBS em área rural, com uma queimadura de segundo grau no dorso da mão, apresentando flictenas íntegras, mas em local de grande atrito devido ao seu trabalho manual. Considerando as recomendações para o tratamento de feridas em ambiente ambulatorial, qual a conduta adequada?

- A) Romper todas as flictenas imediatamente, independentemente do tamanho ou localização.
- B) Manter a flictena íntegra e orientar o paciente a não rompê-la, caso não haja risco iminente de ruptura por trauma ou localização.
- C) Aspirar a flictena com agulha de insulina, preservando a pele queimada, se houver risco de rompimento.
- D) Usar curativo aberto com pomada de colagenase para acelerar a reepitelização.
- E) Aplicar exclusivamente vaselina esterilizada e manter a ferida sem cobertura para "respirar".

49. No primeiro atendimento de um pequeno queimado em uma área rural, além do cuidado local com a ferida, quais medidas de suporte sistêmico e profilaxia são fundamentais para o médico de família prescrever?

- A) Antibioticoterapia profilática sistêmica com cefalexina para evitar infecção secundária.
- B) Analgesia (ex: dipirona ou paracetamol) e verificação do estado vacinal para profilaxia do tétano.
- C) Administração de insulina regular de rotina devido ao estresse metabólico da queimadura.
- D) Aplicação tópica de pomada de lidocaína diretamente sobre a ferida aberta para controle da dor.
- E) Prescrição de dieta hipoproteica para reduzir a sobrecarga renal durante a fase inflamatória.

50. Um médico de família rural atende um paciente idoso, hipertenso e diabético, com uma queimadura de primeiro grau extensa no tronco após exposição solar prolongada e uma pequena área de segundo grau (2% SCQ) na perna. Por que este paciente exige atenção especial, mesmo sendo tecnicamente um "pequeno queimado"?

- A) Porque queimaduras de primeiro grau em idosos sempre exigem transferência para UTI.
 - B) Porque a diabetes impede completamente a reepitelização de queimaduras de primeiro grau.
 - C) Porque o cálculo da SCQ em idosos deve ser feito exclusivamente pela tabela de Lund-Browder em todos os níveis de atenção.
 - D) Devido ao risco de descompensação das doenças preexistentes (diabetes e hipertensão) pelo estresse do trauma, o que pode indicar atendimento hospitalar.
 - E) Devido à necessidade obrigatória de hemocultura e exames laboratoriais complexos no primeiro atendimento na UBS.
-

GRUPO 26
MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE – SAÚDE
DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS