



MÉDICO GENERALISTA – 26 A 50

26. (PMA/URCA 2026) Homem de 56 anos, pedreiro, tabagista, com história de pai que infartou aos 52 anos, procura a UBS para rastreio de rotina. Refere uso irregular de dieta, sedentarismo e ausência de comorbidades conhecidas. Ao exame, em duas consultas diferentes, com técnica adequada e aparelho automático validado, apresenta pressão arterial em consultório de 152/96 mmHg em ambas as ocasiões. Não há sintomas, exame físico sem sinais de lesão de órgão-alvo evidentes e exames básicos mostram glicemia de jejum normal, creatinina normal, ausência de proteinúria e perfil lipídico com LDL-colesterol limítrofe. Calculado o escore PREVENT, o paciente apresenta risco cardiovascular alto. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025, a conduta MAIS adequada na UBS é:

- A) Manter apenas medidas não medicamentosas por 6 a 12 meses, pois se trata de hipertensão estágio 1 e o risco alto não modifica a indicação de tratamento.
- B) Introduzir tratamento farmacológico imediato, preferencialmente com associação de dois fármacos (comprimido único contendo IECA ou BRA + bloqueador de canal de cálcio ou diurético tiazídico/similar), além de medidas não medicamentosas, visando meta pressórica <130/80 mmHg.
- C) Solicitar monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) apenas se a pressão em consultório estiver \geq 160/100 mmHg, adiando qualquer decisão terapêutica até esse limiar.
- D) Iniciar betabloqueador em monoterapia como primeira escolha na maioria dos pacientes hipertensos, independentemente do risco e de outras comorbidades, visando meta pressórica <140/90 mmHg.
- E) Postergar o início de fármacos até que haja documentação de lesão de órgão-alvo (ex.: hipertrofia ventricular esquerda, microalbuminúria), pois o risco alto por escore isolado não indica tratamento medicamentoso.

27. (PMA/URCA 2026) Um homem de 62 anos, hipertenso e diabético, é acompanhado na UBS por dispnéia aos pequenos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores há 3 meses. Ao exame, apresenta PA 110/70 mmHg, FC 84 bpm, crepitações bibasais e turgência jugular. Ecocardiograma recente evidenciou cavidades esquerdas dilatadas e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 30%. Em outro turno, a mesma UBS recebe uma mulher de 68 anos, obesa (IMC 33 kg/m²), hipertensa de longa data, com dispnéia aos esforços e edema maleolar vespertino; o ecocardiograma mostra FEVE de 58%, aumento do átrio esquerdo, hipertrofia concêntrica de

VE e disfunção diastólica. Na abordagem inicial desses pacientes na atenção primária, qual alternativa descreve, respectivamente, a classificação da insuficiência cardíaca quanto à fração de ejeção e o manejo farmacológico de primeira linha mais adequado na UBS?

- A) Primeiro caso: IC com fração de ejeção preservada; indicado apenas diurético de alça em ambos, reservando IECA/BRA e betabloqueador para o especialista.
- B) Primeiro caso: IC com fração de ejeção levemente reduzida; indicado apenas betabloqueador; segundo caso: IC com fração de ejeção preservada, sem indicação de diurético na UBS.
- C) Primeiro caso: IC com fração de ejeção reduzida; indicado apenas diurético de alça em altas doses, postergando bloqueio neuro-hormonal para após avaliação em nível secundário; segundo caso: IC com fração de ejeção preservada, sem benefício em tratar HAS ou FA para sintomas.
- D) Primeiro caso: IC com fração de ejeção reduzida; indicado iniciar IECA (ou BRA), betabloqueador e diurético de alça conforme necessidade de congestão; segundo caso: IC com fração de ejeção preservada, com foco em diurético para alívio de sintomas e controle agressivo de comorbidades (HAS, obesidade, FA, DM).
- E) Primeiro caso: IC com fração de ejeção melhorada; indicado suspender IECA/BRA e betabloqueador pela possibilidade de recuperação; segundo caso: IC com fração de ejeção preservada, com indicação rotineira de sacubitril-valsartana na UBS.

28. (PMA/URCA 2026) Homem de 58 anos, hipertenso e tabagista, procura a UBS por dor em aperto na região retroesternal há 3 meses, desencadeada ao subir ladeiras, com duração de 5 a 10 minutos, aliviando em repouso e com uso eventual de nitrato sublingual emprestado de um vizinho. Nos últimos 2 dias, refere episódios mais frequentes, com menor esforço e um deles ocorreu em repouso, durando cerca de 20 minutos, acompanhados de sudorese fria. Ao exame, está lúcido, PA 150/90 mmHg, FC 92 bpm, sem sinais de insuficiência cardíaca; a UBS dispõe de AAS, clopidogrel, nitrato sublingual, beta-bloqueador oral, heparina não fracionada, oxigênio e acesso telefônico/ambulância para SAMU, mas não tem ecg, laboratório nem troponina. Diante desse quadro, a conduta mais adequada na UBS é:

- A) Configurar o quadro como síndrome coronariana aguda de alto risco (angina instável em repouso), administrar imediatamente AAS em dose de ataque, nitrato sublingual e beta-bloqueador se não houver contraindicação, iniciar oxigênio se houver desconforto/hipoxemia, manter jejum, monitorização clínica e acionar SAMU para transferência urgente a serviço de emergência com suporte para estratificação e terapêutica invasiva.



- B) Caracterizar como angina estável crônica, ajustar anti-hipertensivo, prescrever nitrato de uso sob demanda e acompanhar ambulatorialmente, solicitando teste ergométrico de rotina.
- C) Classificar como dor torácica atípica de provável origem musculoesquelética, orientar analgésico comum, alta com retorno se persistência dos sintomas e encaminhamento eletivo ao cardiologista.
- D) Considerar infarto do miocárdio com supra de ST e indicar trombólise na própria UBS apenas com base na história clínica, antes de registro eletrocardiográfico.
- E) Reconhecer angina de moderado risco, iniciar apenas AAS em baixa dose e encaminhar o paciente para consulta eletiva em cardiologia em até 30 dias, sem necessidade de transferência imediata.
- 29. (PMA/URCA 2026) Mulher, 72 anos, hipertensa em uso de losartana 50 mg/dia, portadora de diabetes mellitus tipo 2 controlado com metformina, sem história prévia de AVC/AIT ou doença vascular periférica conhecida, apresenta episódio de fibrilação atrial paroxística detectado por ECG de 12 derivações durante consulta na UBS (ausência de ondas P, ritmo irregular com intervalos RR variáveis >30 segundos, FC ventricular média 90 bpm). Ecocardiograma revela AE levemente dilatado, FEVE preservada. Calculado escore CHA₂DS₂-VA = 3 (IC 1, HAS 1, DM 1). De acordo com a Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial 2025, qual a conduta mais apropriada na atenção primária quanto à prevenção de fenômenos tromboembólicos?**
- A) Iniciar AAS 100 mg/dia isolado, por ser FA paroxística subclínica.
- B) Manter sem terapia antitrombótica, pois escore <4 e sem sintomas graves.
- C) Iniciar varfarina com INR alvo 2,0-3,0, preferencial por idade avançada.
- D) Avaliar HAS-BLED; se ≥ 3 , optar por aspirina em vez de anticoagulação.
- E) Iniciar anticoagulante oral de ação direta (ACOD, ex.: apixabana 5 mg 2x/dia), com reavaliação periódica do risco.
- 30. (PMA/URCA 2026) Paciente do sexo masculino, 55 anos, tabagista de 40 maços-ano, procura a UBS com queixa de dispneia aos esforços moderados (escore mMRC = 2) e tosse crônica produtiva há 2 anos. Não relata exacerbações nos últimos 12 meses (CAT = 12). Exame físico: tórax em barril, sem cianose. Espirometria pós-broncodilatador revela VEF₁/CVF = 0,62 (VEF₁ = 65% do previsto), classificando GOLD 2. Qual a conduta farmacológica inicial mais adequada na UBS para esse paciente, conforme classificação GOLD 2024/PCDT (Grupo B) DPOC 2025?**
- A) Broncodilatador beta-2 agonista de curta ação (SABA) sob demanda.
- B) Corticosteroide inalatório (ICS) em monoterapia.
- C) Associação LAMA/LABA em uso contínuo (ex.: brometo de umeclidínio + trifrenatato de vilanterol).
- D) Monoterapia com LAMA ou LABA isolado.
- E) Triple terapia fixa (LAMA/LABA/ICS).
- 31. (PMA/URCA 2026) Mulher de 28 anos, conhecida portadora de asma classificada como parcialmente controlada (sintomas diurnos >2x/semana, despertares noturnos 1x/mês, uso de salbutamol >2x/semana, sem limitação de atividades), em uso de budesonida 200 mcg 2x/dia + salbutamol sob demanda (etapa 3 do PCDT Asma 2025/GINA 2025). Procura a UBS com exacerbação leve/moderada: dispneia e sibilos há 2 horas, após resfriado, FC 100 bpm, FR 24 irpm, SatO₂ 94% AA, PFE 75% do melhor pessoal, sem uso prévio de medicação hoje. Qual a conduta inicial mais adequada na UBS?**
- A) Administrar salbutamol 4-8 puffs via espaçador + prednisona 1 mg/kg VO por 5 dias; alta com budesonida 400 mcg 2x/dia.
- B) Administrar budesonida-formoterol 160/4,5 mcg 4-8 puffs via espaçador; alta mantendo budesonida formoterol 160/4,5 mcg 1-2 puffs 2x/dia sob demanda (MART etapa 3).
- C) Administrar salbutamol 4-8 puffs + nebulização ipratrópio; alta com budesonida 200 mcg 2x/dia + montelucaste 10 mg/dia.
- D) Administrar prednisona 40 mg VO única dose; alta com budesonida 200 mcg 2x/dia + salbutamol sob demanda.
- E) Encaminhar ao PS imediatamente por hipoxemia grave.
- 32. (PMA/URCA 2026) Mulher de 66 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e tabagista crônica (20 UA/dia), procura atendimento na UBS com febre (38,5°C), tosse produtiva com escarro purulento, dispneia leve e mialgias há 3 dias. Exame físico: frequência respiratória 28 irpm, PA 125/78 mmHg, orientada, sem confusão, saturação O₂ 94% ar ambiente. Radiografia: consolidação lobar direita. Laboratoriais: ureia 28 mg/dL (<40). De acordo com CURB-65 (baixo risco, escore 1: tratamento ambulatorial) e diretrizes para PAC na atenção primária, qual a conduta mais apropriada?**
- A) Internação para ceftriaxona EV + azitromicina.
- B) Tratamento domiciliar com amoxicilina 1g 3x/dia por 7 dias.



- C) Observação 48h sem antibiótico, reavaliação.
- D) Tratamento ambulatorial com amoxicilina-clavulanato 875/125mg 2x/dia + azitromicina 500mg/dia - duração mínima de 5 dias.
- E) Levofloxacino 750mg/dia domiciliar por 5 dias.
- 33. (PMA/URCA 2026) Homem de 45 anos, tabagista (20 maços-ano), procura a UBS com tosse produtiva há 4 semanas, febre vespertina, sudorese noturna e perda de 6 kg em 1 mês. Radiografia de tórax revela infiltrado cavitário em lobo superior direito. São coletadas duas amostras de escarro para baciloscopia e TRM TB (Xpert MTB/RIF Ultra), com resultado: MTB detectado, resistência à rifampicina não avaliada. Qual a conduta inicial mais adequada na UBS, conforme diretrizes brasileiras atualizadas?**
- A) Iniciar esquema básico RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol) por 2 meses intensivos + 4 meses RH, com TDO mensal.
- B) Aguardar cultura e teste de sensibilidade (TS), adiando tratamento até confirmação de sensibilidade.
- C) Iniciar esquema para TB resistente (TB-DR), com encaminhamento imediato à referência terciária.
- D) Repetir TRM-TB imediatamente e investigar micobacteriose não tuberculose (MNT).
- E) Realizar apenas baciloscopias mensais sem iniciar tratamento, monitorando clinicamente.
- 34. (PMA/URCA 2026) Homem de 58 anos, com IMC 26 kg/m², sem história de doença cardiovascular ou renal conhecida, comparece à UBS com sede, poliúria e glicemia de jejum de 135 mg/dL confirmada em segunda dosagem e HbA1c de 7,2%. Critérios diagnósticos confirmam diabetes mellitus tipo 2. Considerando estratificação de risco cardiovascular baixo/intermediário e diretrizes brasileiras de 2025, qual a escolha mais apropriada de terapia inicial?**
- A) Monoterapia com sulfoniluréia (gliclazida MR), visando HbA1c < 7,0%.
- B) Terapia dupla com metformina e inibidor de SGLT2, com meta de HbA1c < 7,0% e ênfase em perda de peso.
- C) Terapia dupla com metformina + sulfoniluréia, para controle glicêmico rápido.
- D) Monoterapia com pioglitazona, devido à segurança cardiovascular comprovada.
- E) Monoterapia com metformina, com meta de HbA1c < 7,0%, associada a intervenções no estilo de vida.
- 35. (PMA/URCA 2026) Mulher de 55 anos, conhecida portadora de hipotireoidismo primário autoimune em tratamento com levotiroxina 75 mcg/dia há 6 meses, comparece à UBS para reavaliação. Relata fadiga persistente e intolerância ao frio. Exame físico: bradicardia (FC 58 bpm), pele seca. Exames laboratoriais: TSH 12,5 mUI/L (ref. 0,4-4,5), T4 livre 0,8 ng/dL (ref. 0,9-1,8). Qual o ajuste mais adequado da dose de levotiroxina?**
- A) Manter 75 mcg/dia e reavaliar em 6 meses.
- B) Reduzir para 50 mcg/dia.
- C) Aumentar para 100 mcg/dia e reavaliar TSH em 6 semanas.
- D) Associar liotironina 5 mcg/dia.
- E) Solicitar anticorpos anti-TPO antes de ajustar.
- 36. (PMA/URCA 2026) Homem de 62 anos, atendido na UBS por dislipidemia. Histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM) há 2 anos, submetido a angioplastia, com revascularização cirúrgica prévia em território diferente; diabetes mellitus tipo 2 há 12 anos (estratificador de alto risco - EAR); hipertensão arterial; tabagismo atual; LDL-c basal 120 mg/dL. De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2025, qual a conduta inicial mais adequada na UBS para manejo da dislipidemia?**
- A) Iniciar estatina de moderada intensidade (ex.: sinvastatina 20 mg/dia), com meta de LDL-c <100 mg/dL e redução ≥30%.
- B) Iniciar estatina de alta intensidade (ex.: atorvastatina 40-80 mg/dia) associada a ezetimiba 10 mg/dia, visando redução ≥50% do LDL-c e meta <40 mg/dL.
- C) Estatina de alta intensidade isolada, com meta de LDL-c <55 mg/dL e redução ≥50%, adiando ezetimiba se não atingida.
- D) Iniciar estatina de alta intensidade (ex.: atorvastatina 40-80 mg/dia) associada a ezetimiba 10 mg/dia, visando redução ≥50% do LDL-c e meta <70 mg/dL.
- E) Iniciar imediatamente estatina de alta intensidade + ezetimiba + anti-PCSK9, com meta de LDL-c <40 mg/dL para risco extremo.
- 37. (PMA/URCA 2026) Mulher de 45 anos, sedentária, procura atendimento na UBS por ganho de peso progressivo nos últimos 5 anos. Refere fadiga e dispnéia aos esforços. Peso: 92 kg; altura: 1,60 m; circunferência abdominal: 98 cm. Sem comorbidades conhecidas. Qual a conduta mais adequada inicial na UBS para diagnóstico e manejo dessa paciente?**



- A) Diagnosticar obesidade grau I apenas pelo IMC e iniciar dieta hipocalórica isolada prescrita pelo médico.
- B) Considerar obesidade apenas pela circunferência abdominal aumentada e encaminhar imediatamente para endocrinologista.
- C) Calcular IMC, confirmar obesidade grau II, e manejar exclusivamente com atividade física orientada pelo médico.
- D) Diagnosticar obesidade grau II por $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ associado a circunferência abdominal aumentada ($\geq 88 \text{ cm}$ em mulheres) e iniciar abordagem multiprofissional com nutricionista, educador físico e psicólogo.
- E) Solicitar exames laboratoriais completos antes de qualquer diagnóstico ou orientação.

38. (PMA/URCA 2026) Mulher de 65 anos, hipertensa há 15 anos, comparece à UBS para consulta de rotina. Refere edema discreto em membros inferiores nos últimos meses. Exame físico: PA 158/92 mmHg, IMC 28 kg/m². Exames laboratoriais: creatinina sérica 1,4 mg/dL (eTFG 42 mL/min/1,73m² pela CKD-EPI), relação albumina/creatinina urinária (ACR) 450 mg/g em amostra isolada confirmada em segunda coleta, Hb 11,2 g/dL, K 4,8 mEq/L. Ecografia renal: rins simétricos, sem obstrução. De acordo com as diretrizes KDIGO 2024 para Doença Renal Crônica (DRC), qual a conduta inicial mais adequada na UBS?

- A) Estadiar como DRC G3b A3; otimizar IECA/BRA em dose máxima tolerada, iniciar SGLT2i, dieta com 0,8 g/kg/dia de proteína, monitorar K e eTFG em 2-4 semanas e encaminhar para nefrologia.
- B) Estadiar como DRC G3a A2; prescrever diurético tiazídico isolado, dieta hipossódica sem restrição proteica, repetir exames em 6 meses, sem encaminhamento.
- C) Considerar insuficiência renal aguda; hidratar venosamente, suspender todos os anti-hipertensivos, repetir creatinina em 48 horas, sem estadiamento.
- D) Estadiar como DRC G4 A1; iniciar estatina em alta dose, restrição proteica rigorosa 0,6 g/kg/dia, monitorar trimestralmente na UBS, encaminhar apenas se eTFG ≤ 30 .
- E) Não estadiar; tratar apenas hipertensão com betabloqueador, dieta DASH, repetir exames anualmente, sem medicamentos modificadores de DRC ou encaminhamento.

39. (PMA/URCA 2026) Mulher de 26 anos, previamente hígida, procura a UBS com quadro de dor lombar direita, febre aferida de 38,7 °C há 24 horas, náuseas e dois dias de disúria e polaciúria. Ao exame, apresenta sensibilidade à punho-percussão em fossa lombar direita, PA 110/70 mmHg, FC 96 bpm, FR 18 irpm, SpO₂

98% em ar ambiente. Urina tipo I mostra piúria intensa e bacteriúria, e o hemograma evidencia leucocitose leve. Está hidratando-se por via oral e tolerando VO, sem vômitos importantes. Não há comorbidades, uso recente de antibióticos, nem internações ou viagens recentes. Nessa situação, qual é a conduta MAIS adequada na UBS?

- A) Encaminhamento imediato para hospitalização, pois todo quadro de pielonefrite em adulto jovem exige tratamento endovenoso prolongado.
- B) Iniciar nitrofurantoína VO por 5 dias e liberar para casa, pois o quadro é compatível com cistite simples.
- C) Prescrever fosfomicina trometamol em dose única VO e reavaliar em 7 dias, pois é opção de escolha para pielonefrite não complicada.
- D) Solicitar urocultura, aguardar o resultado para só então iniciar antibiótico, já que não há sinais de sepse.
- E) Coletar urina para EAS e urocultura, iniciar imediatamente antibiótico empírico VO adequado para pielonefrite (p. ex., fluoroquinolona ou TMP-SMX por 7 dias, se baixo risco de resistência) e programar reavaliação clínica em 48–72 horas.

40. (PMA/URCA 2026) Paciente masculino, 72 anos, comparece à UBS com queixa de cefaleia leve e fadiga há 3 dias. Relata uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia para hipertensão e sertralina 50 mg/dia para depressão há 2 meses. Exame físico: eupneico, eupônico, sem edema, PA 140/80 mmHg. Exames laboratoriais: Na⁺ 128 mEq/L, K⁺ 3,8 mEq/L, osmolaridade sérica 265 mOsm/kg, osmolaridade urinária 450 mOsm/kg, Na⁺ urinário 45 mEq/L. Qual a conduta inicial mais adequada na UBS?

- A) Administração de solução salina hipertônica 3% IV e encaminhamento imediato ao hospital.
- B) Restrição hídrica rigorosa (500 mL/dia) e monitoramento ambulatorial.
- C) Suspensão de hidroclorotiazida e sertralina, orientação para ingesta hídrica livre e reavaliação em 48 horas.
- D) Início de furosemida 40 mg IV e reposição de potássio.
- E) Solicitação de TSH e cortisol sérico com manutenção das medicações atuais.

41. (PMA/URCA 2026) Mulher de 45 anos, sedentária, com IMC 28 kg/m², procura a UBS referindo azia e regurgitação há 3 meses, piorando após refeições abundantes e ao deitar. Nega disfagia, perda de peso ou alarme. Exame físico normal. Qual a conduta inicial mais adequada na UBS, conforme diretriz brasileira de DRGE?

- A) Endoscopia digestiva alta imediata para exclusão de lesões.



- B) Terapia empírica com inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose padrão por 8 semanas, associada a medidas comportamentais.
- C) Prescrição de procinéticos (ex.: domperidona) como monoterapia inicial.
- D) Manometria esofágica para avaliação do esfíncter esofágico inferior.
- E) Teste terapêutico com anti-H2 por 4 semanas antes de IBP.
- 42. (PMA/URCA 2026) Homem de 35 anos, sem comorbidades conhecidas, realizou testagem para hepatite B na UBS como parte de rastreamento de IST. Não há registro de vacinação prévia. Os resultados foram: HBsAg não reagente, anti-HBc total não reagente, anti-HBs não reagente. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções do Ministério da Saúde (2023), a interpretação sorológica e a conduta mais adequadas são:**
- A) Infecção crônica pelo HBV; encaminhar para serviço especializado para avaliação de tratamento antiviral.
- B) Infecção aguda pelo HBV; solicitar anti-HBc IgM e ALT imediatamente.
- C) Cura funcional da hepatite B; não há necessidade de vacinação.
- D) Suscetível à infecção pelo HBV (sem contato prévio e sem imunização); indicar início de esquema vacinal contra hepatite B na UBS.
- E) Infecção prévia resolvida com perda de memória imunológica; apenas manter seguimento clínico sem vacinação.
- 43. (PMA/URCA 2026) Mulher de 52 anos, com cirrose hepática compensada por hepatite C já tratada, em seguimento regular na UBS, encontra-se atualmente sem ascite, sem edema, sem episódios prévios de encefalopatia ou hemorragia digestiva, com plaquetas $140.000/\text{mm}^3$ e ultrassonografia recente mostrando fígado nodular, baço aumentado e ausência de nódulos suspeitos. Apresenta bom estado funcional, sem queixas, Child-Pugh A e MELD 9. Considerando o manejo ambulatorial de pacientes com cirrose compensada na atenção primária, qual é a conduta MAIS adequada?**
- A) Manter acompanhamento regular com medidas gerais (vacinação, evitar hepatotóxicos, abstinência de álcool), monitorar periodicamente função hepática e renal, rastrear complicações (endoscopia para varizes e ultrassonografia para hepatocarcinoma) e encaminhar ao especialista com brevidade em caso de descompensação clínica e/ou piora do Child-Pugh / MELD.
- B) Suspender o seguimento específico de cirrose na UBS, uma vez que a erradicação do vírus C torna desnecessário o rastreamento de hepatocarcinoma e de varizes esofágicas.
- C) Solicitar biópsia hepática de rotina para “confirmar” cirrose, pois o diagnóstico não pode ser sustentado apenas por dados clínicos, laboratoriais e de imagem.
- D) Iniciar betabloqueador não seletivo para todos os pacientes com cirrose compensada, independentemente da avaliação endoscópica ou de sinais de hipertensão portal.
- E) Postergar qualquer avaliação prognóstica (Child-Pugh, MELD) até que ocorram complicações como ascite ou encefalopatia, pois esses escores só têm utilidade em cirrose descompensada.
- 44. (PMA/URCA 2026) Mulher de 68 anos, com IMC de 29 kg/m^2 , refere dor mecânica progressiva no joelho direito há 2 anos, pior ao subir escadas e com rigidez matinal <30 minutos. Ao exame, apresenta crepitação, dor à palpação da linha articular medial, redução da amplitude de movimento (flexão 110°) e varo de 8° . Radiografia em pé AP e perfil mostram estreitamento assimétrico do espaço articular tibiofemoral medial (grau 3 KL), osteófitos marginais e esclerose subcondral. Na UBS, o manejo não farmacológico prioritário inclui:**
- A) Analgésicos orais e repouso articular.
- B) Injeções intra-articulares de corticosteroide e AINE tópico.
- C) Fisioterapia com mobilização articular e TENS.
- D) Órtese valgo-unloader, Injeções intra-articulares de ácido hialurônico e perda de peso.
- E) Exercícios de fortalecimento muscular, educação sobre OA e perda de peso.
- 45. (PMA/URCA 2026) Paciente de 52 anos com diagnóstico confirmado de fibromialgia (WPI ≥ 4 e SSS ≥ 9) comparece à UBS para seguimento. Relata dor persistente, fadiga e distúrbios do sono apesar de amitriptilina 25 mg/noite. Não apresenta contraindicações. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia para tratamento na atenção primária, qual a abordagem terapêutica inicial mais apropriada?**
- A) Iniciar pregabalina 150 mg/dia associada à amitriptilina, com escalonamento para 300-450 mg/dia.
- B) Substituir por duloxetine 60 mg/dia isolada, com monitoramento de resposta em 4 semanas.
- C) Manter amitriptilina e associar exercícios aeróbicos combinados com treinamento de força, 2-3 vezes/semana.
- D) Introduzir ciclobenzaprina 10 mg/noite e programa educacional isolado para autocuidado.



E) Iniciar milnaciprano 100 mg/dia e neuromodulação com tDCS, encaminhando para especialista.

46. (PMA/URCA 2026) Paciente M.S.L., 28 anos, sexo feminino, parda, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando-se de dor articular em mãos, punhos e joelhos há 3 meses, de caráter migratório, simétrico e com rigidez matinal de cerca de 40 minutos. Refere também fadiga intensa, queda difusa de cabelo sem cicatrização e úlceras orais indolores recorrentes no palato duro. Relata que, há 2 semanas, apresentou eritema facial bilateral sobre as regiões malares, poupando os sulcos nasolabiais, que surgiu após exposição solar prolongada. Nega uso de medicações crônicas. Ao exame físico: temperatura axilar de 37,8 °C, PA 130 × 88 mmHg, rash malar eritematoso sem descamação, duas úlceras indolores em palato duro, alopecia difusa não cicatricial, artrite em 2ª e 3ª metacarpofalanganianas bilaterais e punhos, sem deformidades erosivas, fenômeno de Raynaud em mãos. Exames laboratoriais: hemograma com leucócitos 3.200/mm³ (linfócitos 900/mm³), plaquetas 118.000/mm³, hemoglobina 10,8 g/dL (VCM 88 fL), VHS 68 mm/1ª hora, PCR 0,8 mg/dL (normal < 1,0), creatinina 0,9 mg/dL, EAS com proteinúria 1⁺ e hematúria dismórfica (15 hemácias/campo), relação proteína/creatinina urinária 0,6 g/g. FAN (HEp-2) reagente 1:640 padrão nuclear homogêneo, anti-dsDNA reagente em altos títulos, anti-Sm reagente, C3 e C4 consumidos. Anti-CCP negativo.

Considerando o quadro clínico, os achados laboratoriais e as diretrizes atuais (critérios EULAR/ACR 2019), assinale a alternativa que contém, respectivamente, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada na atenção primária:

- A) Artrite Reumatoide com manifestações extra-articulares; iniciar metotrexato 15 mg/semana associado a ácido fólico e encaminhar ao reumatologista.
- B) Lúpus Eritematoso Sistêmico; iniciar hidroxicloroquina (até 5 mg/kg/dia) associada a prednisona 0,5 a 1mg/kg/dia, solicitar proteinúria de 24 horas, orientar fotoproteção rigorosa e encaminhar ao reumatologista com urgência pela suspeita de nefrite lúpica.
- C) Doença Mista do Tecido Conjuntivo; iniciar prednisona 1 mg/kg/dia e agendar retorno em 30 dias para reavaliação clínica.
- D) Lúpus Eritematoso Sistêmico; iniciar prednisona 60 mg/dia isoladamente e reavaliar em 3 meses, sem necessidade de encaminhamento imediato.
- E) Lúpus Eritematoso Sistêmico induzido por drogas; suspender a medicação suspeita e prescrever anti inflamatório não esteroide, com acompanhamento ambulatorial na UBS.

47. (PMA/URCA 2026) Homem de 62 anos, com história de AVC isquêmico aterotrombótico há 2 semanas (estenose carotídea ipsilateral 40%, sem fibrilação atrial no ECG), retorna à UBS para seguimento. PA 155/90 mmHg, LDL 130 mg/dL, não tabagista. Hemiparesia leve (NIHSS 3). Qual a melhor estratégia de prevenção secundária a ser iniciada na UBS, incluindo uso de aspirina?

- A) Aspirina 100 mg/dia associada a clopidogrel 75 mg/dia indefinidamente.
- B) Varfarina com INR 2,0-3,0, suspendendo aspirina.
- C) Apenas controle pressórico, sem antitrombóticos por risco hemorrágico.
- D) Aspirina 100 mg/dia em monoterapia (após dupla antiagregação planetária inicial se aplicável), controle pressórico para PA <130/80 mmHg, estatina de alta potência e orientação sobre atividade física.
- E) Clopidogrel 75 mg/dia isolado, sem aspirina.

48. (PMA/URCA 2026) Mulher de 35 anos, atendida na UBS por cefaleia recorrente bilateral, de intensidade moderada, em “faixa” ou pressão, sem náuseas, fotofobia ou fonofobia, que piora com atividade física rotineira. Nega trauma recente, febre, perda de peso ou déficits neurológicos. Ao exame, sem sinais de alarme (idade >50 anos, início súbito, papiledema, rigidez nuchal ou déficit focal). Qual a conduta inicial mais adequada na UBS?

- A) Diagnosticar cefaleia tensional e orientar AINE para crises agudas, com profilaxia com amitriptilina se frequente; investigar red flags ausentes.
- B) Suspeitar enxaqueca e prescrever triptano para crises, com topiramato profilático imediato.
- C) Realizar TC de crânio de urgência por suspeita de lesão expansiva.
- D) Iniciar betabloqueador como propranolol para controle pressórico e cefaleia.
- E) Encaminhar para neurologista sem tratamento inicial, por suspeita de cefaleia secundária.

49. (PMA/URCA 2026) Na Atenção Primária, um homem de 32 anos procura a UBS após relacionamento sexual desprotegido recente e relata febre baixa, faringite e linfonodomegalia há 10 dias. Nega uso de drogas injetáveis. Ao exame: sem sinais de gravidade. O médico orienta sobre prevenção combinada, oferta de testagem e necessidade de vinculação rápida ao cuidado caso o teste seja reagente. Considerando as recomendações atuais do SUS sobre ampliação do diagnóstico (incluindo testagem rápida na APS) e o reconhecimento de condições relacionadas à aids, assinale a alternativa CORRETA.



- A) A testagem para HIV deve ser restrita a pessoas com sintomas sugestivos de aids, pois a investigação em fases iniciais aumenta a chance de falso-positivo e não muda a conduta.
- B) Em caso de teste rápido para HIV reagente na UBS, a conduta é aguardar confirmação laboratorial em serviço especializado antes de qualquer orientação ou encaminhamento, pois não há benefício em vinculação precoce.
- C) Autotestes não devem ser utilizados em estratégias de ampliação diagnóstica no SUS, pois não contribuem para alcançar populações com barreiras de acesso aos serviços.
- D) A presença de tuberculose em pessoa vivendo com HIV não exige prioridade de testagem e manejo integrado na rede, pois o foco deve ser apenas no tratamento da TB.
- E) A ampliação da oferta de testagem (incluindo testes rápidos na APS e autotestes como ferramenta adicional) é estratégia para diagnóstico oportuno e vinculação ao cuidado; além disso, algumas condições oportunistas (ex.: reativação da doença de Chagas com miocardite e/ou meningoencefalite) são consideradas definidoras de aids quando diagnosticadas de forma definitiva.

50. (PMA/URCA 2026) Paciente de 45 anos, sexo feminino, procura a UBS relatando há 3 semanas humor deprimido na maior parte do dia, perda de interesse em atividades antes prazerosas, fadiga intensa, insônia, sentimentos de culpa excessiva e dificuldade de concentração, com prejuízo significativo no trabalho e cuidados com os filhos. Ao exame, PHQ-9 pontua 18/27. Nega plano suicida, mas refere pensamentos recorrentes de que “seria melhor não existir”. Qual a conduta inicial mais adequada na UBS?

- A) Encaminhamento imediato ao serviço de emergência psiquiátrico.
- B) Prescrição inicial de benzodiazepínico para insônia e ansiedade.
- C) Avaliação de risco suicida, educação à paciente e familiares, e início de ISRS em dose terapêutica (ex.: sertralina 50 mg/dia).
- D) Solicitação de TSH e hemograma antes de qualquer tratamento farmacológico.
- E) Indicação exclusiva de psicoterapia cognitivo-comportamental sem medicação.