

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025

Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - HANSENOLOGIA (ATHANSENT01)

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!

Clínica Médica

1

Um paciente sem doença hepática prévia, e em tratamento para tuberculose pulmonar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, inicia quadro de sintomas dispépticos e elevação de transaminases (TGO e TGP).

A conduta acertada em relação a esse caso clínico é:

- (A) suspender imediatamente todas as medicações e reintroduzi-las quando as transaminases estiverem normalizadas;
- (B) manter as medicações para tuberculose tolerando até 5 vezes o limite superior da normalidade;
- (C) trocar imediatamente para capreomicina, etambutol e levofloxacina (esquema para hepatotoxicidade) e prolongar a terapia por 12 meses;
- (D) suspender imediatamente todas as medicações quando as transaminases ultrapassarem 3 vezes o limite superior da normalidade e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias até a normalização;
- (E) suspender apenas a isoniazida e a pirazinamida, pois deve-se iniciar a recontagem a partir da rifampicina e etambutol, e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias para reintrodução ordenada dos outros dois medicamentos.

2

Uma mulher de 39 anos foi internada na clínica médica, a pedido da dermatologia, apresentando lesões ulceradas e infectadas em glúteos e região interna das coxas. Há 10 anos, a paciente, previamente hígida, infundira substância oleosa de uso veterinário em glúteos e coxas. Segundo relato, com o passar dos anos, diversas infecções foram acontecendo, motivando internações e uso de antibióticos sistêmicos. Na primeira internação, meses após a infusão do óleo, foi submetida a debridamento do material da coxa, mas isso não evitou a reação com surgimentos de úlceras infectadas e fístulas. Ainda segundo a descrição da paciente, a pele apresentava escurecimento e endurecimento estendendo-se além dos locais de infiltração. Três anos antes da internação, foi feito diagnóstico de doença reumatológica devido a fator reumatoide positivo e artrite de mãos, punhos, tornozelos e pés – artrite reumatoide (sic) – iniciando uso de corticoide oral. Na ocasião descrevem síndrome de fadiga crônica, poliartralgias com rigidez matinal, mialgia, transtornos do sono, depressão, ressecamento de mucosas, febre e linfonodomegalia inguinal. Na investigação hospitalar atual, além de bom estado geral e aparência lenhosa da pele ao redor das úlceras, confirma-se fator reumatoide em altos títulos, velocidade de hemossedimentação de 60 mm, proteína C reativa 43 mg/L (normal: até 10 mg/L), leucocitose com desvio à esquerda e anemia normocítica e normocrômica (Hb 10,2 g/dl). Sobre a investigação e propedêutica do caso descrito, é correto afirmar que:

- (A) a tomografia sugerindo extensão de material oleoso infundido há 10 anos em pele e subcutâneo e linfonodos aumentados em cadeias inguinais e ilíacas com conteúdo hipodenso sugerindo óleo reforça o diagnóstico de síndrome de autoimunidade e inflamação por adjuvantes;
- (B) o uso de antibióticos de amplo espectro com meropeném e vancomicina, por 14 dias, é necessário, pois trata-se de celulite em paciente imunossuprimida;
- (C) a paciente tem síndrome de sobreposição de artrite reumatoide e síndrome de Sjögren, devendo realizar pesquisa de autoanticorpos como FAN, anti-SSa, anti-SSb, bem como, iniciar corticoide sistêmico 1 mg/kg em conjunto com tratamento antimicrobiano das lesões ulceradas;
- (D) a história de fístulas, aspecto endurecido e hiperemia da pele necessita de investigação com biópsia da pele e do tecido subcutâneo. O diagnóstico de microbactéria – pela exposição cirúrgica anos antes – seria confirmado pela descrição de inflamação granulomatosa crônica com histiócitos espumosos na biópsia;
- (E) a tetraciclina com corticoide oral por 14 dias prescinde do uso em longo prazo da colchicina ou outro imunossupressor.

3

Um paciente de 42 anos, em tratamento quimioterápico de leucemia mieloide aguda, foi levado para o pronto-socorro com dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e febre. Relatou que esses sintomas se iniciaram nas últimas 24 horas, com piora significativa. Ao exame, o abdômen se encontrava distendido e doloroso à palpação, principalmente no quadrante inferior direito, em que ocorria piora da dor à descompressão. A pressão arterial era de 94 por 58 mmHg; a frequência cardíaca de 109 batimentos por minuto; e a temperatura axilar, de 39 °C. O exame laboratorial registrou creatinina de 1,7 mg/dL e 410 neutrófilos/mm³. A tomografia de abdômen demonstrou espessamento da parede intestinal (especialmente do ceco) e imagem compatível com pneumatose intestinal.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de:

- (A) enterocolite neutropênica com isquemia intestinal;
- (B) diverticulite aguda complicada com abscesso;
- (C) apendicite aguda perfurada com peritonite;
- (D) colite pseudomembranosa;
- (E) colite ulcerativa.

4

Por solicitação de uma amiga, um médico compareceu à casa de uma paciente de 43 anos que apresentava perda do nível de consciência. Foi relatado que essa paciente tinha diabetes mellitus tipo 1 e fazia uso regular de insulina. Encontrava-se com sudorese profusa e com marcado rebaixamento do nível de consciência. Os sinais vitais estavam preservados. A glicemia capilar era de 30 mg/dL.

Nesse caso, a conduta mais adequada é:

- (A) inserir um alimento rico em carboidrato na cavidade oral para correção da hipoglicemia;
- (B) levar a paciente para um pronto-socorro para ser ministrada glicose hipertônica venosa;
- (C) administrar glucagon por via intramuscular para reversão rápida dos sintomas de hipoglicemia;
- (D) fazer nebulização de adrenalina diluída para resolução mais rápida dos sintomas neuroglicopênicos;
- (E) colocar um líquido com açúcar por via sublingual de forma lenta até o restabelecimento do nível de consciência.

5

Um paciente de 62 anos, hipertenso, compareceu a consulta ambulatorial regular. Apesar da implementação adequada de medidas de estilo de vida, relatou que seus níveis pressóricos se mantiveram elevados nas aferições de pressão em sua residência. Estava em uso de doses plenas de enalapril, indapamida e amlodipina. Em investigação recente, foram afastadas causas secundárias de hipertensão arterial. Ao exame, apresentava ritmo cardíaco regular e presença de quarta bulha cardíaca na ausculta cardíaca. A pressão arterial era de 155 por 96 mmHg e a frequência cardíaca era de 71 batimentos por minuto. Em exames laboratoriais recentes, a glicemia foi de 92 mg/dL, creatinina de 1,0 mg/dL, ureia de 32 mg/dL, sódio de 140 mg/dL e potássio de 3,9 mg/dL.

No caso desse paciente, a medicação que deve ser associada para um melhor controle pressórico é:

- (A) espironolactona;
- (B) hidralazina;
- (C) furosemida;
- (D) verapamil;
- (E) losartana.

6

Um homem de 61 anos, diabético, em uso de linezolida por grave infecção cutânea, iniciou um quadro de confusão mental, sudorese, agitação e tremor. Ao exame, apresentava mioclonia e rigidez muscular. A pressão arterial era de 178 por 104 mmHg, a frequência cardíaca era de 112 batimentos por minuto e a temperatura axilar era de 38,2 °C. Entre as medicações, estava fazendo uso de citalopram 40 mg ao dia. Após a realização de exames complementares para afastar outras doenças, foi levantada a hipótese de síndrome serotoninérgica. Foi suspensa a fluoxetina e foram implementadas medidas de suporte clínico.

Na síndrome serotoninérgica, o tratamento dependerá da sua gravidade.

Entre as medicações que estão indicadas para uso pela equipe médica, é correto apontar:

- (A) buspirona e metadona;
- (B) ibuprofeno e tramadol;
- (C) naltrexona e flumazenil;
- (D) diazepam e ciproheptadina;
- (E) carbamazepina e naloxona.

7

Uma mulher de 50 anos, que vinha em acompanhamento oncológico por câncer de mama, é internada com dor óssea refratária às medicações orais. Foram detectadas metástases ósseas, hepáticas e pulmonares. A dor foi bem controlada e foram realizados todos os exames pertinentes ao quadro clínico apresentado. Além disso, a equipe médica discutiu sobre a importância da avaliação da espiritualidade da paciente.

Em relação à avaliação da espiritualidade em pacientes que estão em cuidados paliativos, é correto afirmar que:

- (A) o rastreio da espiritualidade não está recomendado para pacientes em cuidados paliativos;
- (B) a avaliação da espiritualidade deve ser realizada apenas nos pacientes que se consideram religiosos;
- (C) o rastreamento breve da espiritualidade deve ser realizado apenas pelo serviço de capelania ou líderes religiosos;
- (D) angústia ou sofrimento espiritual pode amplificar outros tipos de sofrimento dos pacientes, como a dor física ou emocional;
- (E) os pacientes e cuidadores geralmente não querem que sua espiritualidade seja abordada pelo profissional de saúde.

8

Um paciente de 31 anos tem história de tratamento antimicrobiano para "inflamação no testículo" há 3 semanas. Apesar de o desconforto ter melhorado, ele sentiu "algo estranho" no testículo esquerdo. Por tal motivo, procurou atendimento médico para nova avaliação. Ao exame, verifica-se uma massa testicular à esquerda, indolor à palpação. Não há outras alterações. O médico solicita, então, uma ultrassonografia da bolsa escrotal.

Diante da suspeita de câncer testicular, estão indicados os seguintes exames laboratoriais:

- (A) aspartato aminotransferase (TGO), calcitonina e CA 19-9;
- (B) antígeno carcinoembrionário (CEA), cromogranina A e CA 125;
- (C) alanina aminotransferase (TGP), CA 15-3 e fosfatase ácida total;
- (D) fosfatase alcalina, CA 72-4 e antígeno mucóide associado a carcinoma (MCA);
- (E) lactato desidrogenase (LDH), alfa-fetoproteína e beta gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG).

9

Uma paciente de 78 anos procurou o ambulatório de uma clínica médica pois vinha apresentando dispneia aos esforços. Estava em uso de olmesartana 40 mg ao dia e hidroclorotiazida 12,5 mg ao dia. Negava outros sintomas. Ela levou para consulta os exames laboratoriais realizados no último mês. Os resultados de glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina e hemograma estavam dentro da normalidade. O ecocardiograma recente estava sem alterações significativas. O exame físico constatou ritmo cardíaco regular e bulhas normofonéticas. O restante do exame não apresentava alterações. A pressão arterial era de 162 x 80 mmHg e a frequência cardíaca, de 41 batimentos por minuto. A paciente levou um eletrocardiograma realizado 4 semanas antes da consulta, em que foi evidenciado um bloqueio atrioventricular do 2º grau Mobitz II. Esse exame foi repetido no dia do atendimento, quando o bloqueio atrioventricular foi confirmado.

Nesse caso, a conduta mais indicada é:

- (A) associar clonidina visando a um melhor controle da pressão arterial sistólica;
- (B) solicitar Holter de 24 horas para investigar a presença de outras arritmias cardíacas;
- (C) indicar a realização de cintilografia miocárdica com dipiridamol para afastar isquemia miocárdica;
- (D) encaminhar a paciente para uma pronta avaliação por uma equipe especializada diante da indicação de implante de marcapasso definitivo;
- (E) administrar atropina venosa para reversão do bloqueio atrioventricular, visando a seguir monitorando ambulatorialmente a frequência cardíaca e a pressão arterial.

10

Um paciente de 46 anos é levado ao pronto-socorro por seus familiares por ter apresentado crise convulsiva em sua residência. Segundo o relato, ele iniciara, há 4 dias, um quadro de cefaleia de forte intensidade, com alterações comportamentais e febre alta. Ao exame, encontrava-se desorientado, sonolento e com hemiparesia à esquerda. A pressão arterial era de 110 x 88 mmHg e a frequência cardíaca, de 98 batimentos por minuto. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética, em que foram evidenciadas áreas de hiperintensidade nos lobos temporais bilateralmente. Em seguida, foi realizada uma punção líquórica. No líquido, foi encontrado um aumento de proteínas e leucócitos (com predomínio de linfócitos). Os demais exames solicitados no líquido ainda estavam pendentes.

Diante dessa apresentação clínica e da possibilidade de encefalite herpética, além da terapia de suporte clínico, a conduta mais adequada é:

- (A) aguardar todos os resultados do líquido para iniciar o tratamento;
- (B) coletar sorologia para herpes simplex no soro e aguardar o resultado para iniciar o tratamento;
- (C) programar biópsia cerebral com urgência visando a estabelecer o diagnóstico definitivo;
- (D) iniciar corticoide venoso em dose alta para evitar a formação de edema em torno das lesões cerebrais e prevenir sequelas de uma possível meningite;
- (E) iniciar aciclovir pela via venosa, enquanto se aguarda a confirmação do diagnóstico de encefalite herpética ou até que outro diagnóstico seja feito.

11

Um paciente com 63 anos de idade apresenta hepatite B crônica sem tratamento antiviral específico. Mantém valores anormais de AST e ALT, anti-HBs (-) e HBsAg (+), HBeAg (-).

Em relação às manifestações extra-hepáticas pela infecção crônica pelo HBV, a mais prevalente é:

- (A) lúpus eritematoso sistêmico;
- (B) amiloidose;
- (C) linfoma de Burkitt;
- (D) poliarterite nodosa;
- (E) histiocitose.

12

Um paciente, com diagnóstico de HIV/aids devido a quadro de diarreia crônica aos 42 anos de idade, apresentava dermatite seborreica facial grave e perda ponderal > 10%. A contagem de linfócitos TCD4+ era 75 células/mm³, e a carga viral do HIV era de 915.862 cópias/mm³. A terapia antirretroviral foi prontamente iniciada, além das profilaxias das infecções oportunistas com sulfametoxazol/trimetoprima e azitromicina.

Após 8 semanas do início do tratamento, o paciente apresentou herpes zóster torácico grave, além de três pequenas lesões violáceas em planta do pé direito.

A hipótese diagnóstica que explica o presente quadro é:

- (A) queda da contagem de linfócitos T CD4;
- (B) resistência viral à terapia;
- (C) síndrome inflamatória da reconstituição imune;
- (D) má adesão ao tratamento;
- (E) desnutrição proteico-calórica.

13

A oncocercose, também chamada de cegueira dos rios ou mal do garimpeiro, é uma doença parasitária crônica decorrente da infecção produzida por verme nematódeo que se localiza no tecido subcutâneo, classificado como da espécie *Onchocerca volvulus*.

A transmissão se dá pela picada do inseto conhecido como borrachudo ou pium, infectado com larvas do parasita.

Os vermes causadores da doença eliminam microfilárias que, ao se desintegrarem na pele, causam manifestações cutâneas, que podem ser agudas e/ou crônicas.

A administração de ivermectina apresenta boa eficácia contra as microfilárias, mas não é eficiente no combate às filárias adultas, que permanecem no organismo do indivíduo, em constante reprodução, por até 15 anos.

Para tratamento dos vermes adultos, está indicado(a):

- (A) albendazol por 7 dias;
- (B) sulfametoxazol + trimetoprima por 1 semana;
- (C) praziquantel em dose única;
- (D) doxiciclina por 6 semanas;
- (E) levamisole por 4 semanas.

14

Uma paciente do sexo feminino, 34 anos, com relato de dor epigástrica crônica, teve piora significativa nos últimos 3 meses. Foi aventada a hipótese de síndrome de Zollinger-Ellison. Assim, a endoscopia digestiva alta detectou úlcera péptica grave.

Esse achado é secundário a hipersecreção de ácido gástrico devido a um tumor neuroendócrino não- β , geralmente bem diferenciado que libera o seguinte hormônio:

- (A) colecistocinina;
- (B) somatostatina;
- (C) gastrina;
- (D) secretina;
- (E) peptídeo YY.

Dermatologia

15

M.A.S, 39 anos, sexo feminino, com diagnóstico de hanseníase *borderline*, completou seu tratamento com poliquimioterapia única (PQT-U) em período de 16 meses. Ao término da PQT-U, não se observou mudança no aspecto clínico das lesões. Foram realizadas duas baciloscopias com intervalo de 7 meses. O índice baciloscópico ao início da PQT-U era igual a 1. A paciente manteve acompanhamento clínico na unidade de saúde devido a reações hansênicas reentrantes, com pouca resposta ao tratamento com corticosteroides sistêmicos. Foi sugerida investigação de resistência do *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*) a antimicrobianos.

Um dos critérios para essa investigação é:

- (A) índice baciloscópico (IB) maior que 1, no diagnóstico inicial;
- (B) o abandono do tratamento com PQT-U por mais de 3 meses para casos MB;
- (C) índice baciloscópico (IB) inalterado em relação ao exame anterior, respeitando o intervalo mínimo de 6 meses entre os exames;
- (D) persistência de lesões infiltradas após o término da PQT-U, com aspecto clínico inalterado em relação ao momento do diagnóstico;
- (E) ocorrência de reações hansênicas reentrantes não responsivas a corticosteroides sistêmicos ou talidomida, por mais de 2 anos após a alta.

16

Um paciente de 49 anos, trabalhador rural, residente em Roraima, área onde há predomínio de *Leishmania guyanensis*, há 2 meses, apresenta duas lesões em membro inferior direito, com o mesmo padrão clínico: úlcera arredondada com bordas infiltradas, fundo granulomatoso vermelho e indolor. O exame parasitológico direto deu positivo para *Leishmania*.

Conforme o Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar do Ministério da Saúde, o medicamento de primeira escolha para o tratamento do paciente é:

- (A) isetionato de pentamidina;
- (B) desoxicolato de anfotericina B;
- (C) anfotericina B lipossomal associado a pentoxifilina;
- (D) antimoniato de meglumina associado a pentoxifilina;
- (E) antimoniato de meglumina associado a isetionato de pentamidina.

17

Uma paciente de 36 anos refere aparecimento, há 6 meses, de pequenas pústulas com líquido claro na parte superior e pus na inferior, sobre base eritematosa, isoladas e confluentes, formando lesões circinadas no tronco e regiões axilares. Observa-se que as pústulas rompidas formam áreas de descamação fina e crostas. As mucosas estão poupadas. Refere prurido leve. Histopatologia indica presença de pústula subcórnea, com neutrófilos e raros eosinófilos. Imunofluorescências direta e indireta estão negativas.

O quadro descrito refere-se a:

- (A) doença de Ofuji;
- (B) pustulose exantemática generalizada aguda;
- (C) psoríase pustulosa generalizada;
- (D) doença de Sneddon-Wilkinson;
- (E) bacteríde pustular de Andrews.

18

Mulher de 35 anos, portadora de psoríase moderada a grave, está em tratamento há 14 semanas com ustequinumabe, com redução do PASI superior a 75%. A paciente objetiva ser mãe, desejando interromper o tratamento com o imunobiológico para engravidar.

Durante a consulta, o médico assistente a orientou corretamente a manter o uso de contraceptivo eficaz, após a interrupção do tratamento, por:

- (A) 12 semanas;
- (B) 15 semanas;
- (C) 18 semanas;
- (D) 20 semanas;
- (E) 24 semanas.

19

A terapia com diodo emissor de luz (LED) é uma tecnologia não ablativa, não invasiva, indolor e que não requer tempo de recuperação, o que a torna uma grande aliada na prática dermatológica.

Em relação a essa terapia, é correto afirmar que:

- (A) a luz infravermelha (700 a 2.000 nm) promove uma forte defesa celular contra a citotoxicidade das radiações ultravioleta (UV), principalmente a UVB;
- (B) os LED podem ser usados após procedimentos com lasers ablativos e não ablativos e microagulhamento, mas não devem ser usados após radiofrequência;
- (C) a luz azul é utilizada na terapia fotodinâmica (PDT) em razão da penetração profunda na pele (cerca de 6 mm) e por exercer regulação da liberação de fatores inflamatórios;
- (D) o laser e os LED são fontes de radiação coerente, no entanto, a luz laser é colimada com pico de energia mensurado em watts e a luz LED é não colimada e mensurada em miliwatts;
- (E) a luz vermelha apresenta forte efeito bactericida, produzindo a fotoinativação do *Propionibacterium acnes*, pela fotossensibilidade das porfirinas produzidas pela bactéria.

20

Um paciente de 59 anos apresenta lesão enegrecida, exofítica em coxa esquerda, com 6 cm de diâmetro e evolução de 7 meses, altamente suspeita de melanoma. A histopatologia da lesão revelou se tratar de melanoma nodular, fase de crescimento vertical, nível de Clark V, índice de Breslow 16 mm, índice mitótico 3/mm², com ulceração presente, invasão angioneural, microssateliteose e regressão ausentes, infiltrado presente e NON-BRISK. A pesquisa de linfonodo sentinela evidenciou uma metástase linfonodal inguinal.

Segundo a 8ª edição do sistema TNM da *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), o câncer está no estágio:

- (A) IIIa;
- (B) IIIb;
- (C) IIIc;
- (D) IIId;
- (E) IV.

21

Uma estudante de 23 anos refere aparecimento de pápulas ceratóticas, amareladas, com depressão puntiforme, nas regiões palmares e nas margens laterais dos pés, há 2 anos. Nos últimos 6 meses, observou pápulas ceratóticas, crostosas, acastanhadas, localizadas nas regiões pré-esternal, supraclaviculares e frontal. A histopatologia de lesão do pé mostrou hiperqueratose, parakeratose, grãos na córnea, acantose, corpos redondos, papilomatose e acantólise suprabasal. Constatou-se a presença de pápulas esbranquiçadas no palato. As unhas do 3º, 4º e 5º quirodáctilos da mão direita também estão acometidas de alterações.

As alterações ungueais presentes na doença são:

- (A) traquioníquia com “mancha de óleo” e onicólise distal;
- (B) traquioníquia, sulcos longitudinais e formação de pterígio;
- (C) leuconíquia puntada, múltiplos sulcos transversais e eritema mosqueado da lúnula;
- (D) estrias longitudinais vermelhas e brancas com fendas em “V” na porção distal da lâmina ungueal;
- (E) depressões geométricas (pequenas, superficiais, distribuídas regularmente) e aspecto de “latão” martelado.

22

Considerando-se o paradigma Th1/Th2 da hanseníase, o perfil de citocinas encontrado na pele difere em cada polo da doença. Análises de sangue periférico de pacientes com hanseníase mostraram que, após a estimulação com antígenos recombinantes de *M. leprae*, em pacientes paucibacilares, há indução predominante da secreção de citocinas como a interleucina:

- (A) 4;
- (B) 5;
- (C) 10;
- (D) 12;
- (E) 13.

23

Um jovem de 13 anos foi atendido com queixa de placa alopecica única, arredondada, de aproximadamente 4 cm, em vértice do couro cabeludo. O paciente usa cabelos compridos e observou a lesão há 3 semanas. Fez uso de xampu de cetoconazol e dipropionato de betametasona loção capilar por 7 dias, sem observar melhora. A mãe refere que o filho é introspectivo e não quer ir ao colégio nem sair de casa sem boné. À tricoscopia, observam-se pontos pretos, cabelo em vírgula, cabelo em saca-rolhas, pelos fraturados, sinal do código de barra e descamação brilhante envolvendo a haste como uma bainha.

O exame confirmou a hipótese diagnóstica de:

- (A) alopecia areata;
- (B) tricotilomania;
- (C) tinea capitis;
- (D) líquen plano pilar;
- (E) foliculite decalvante.

24

Um paciente de 29 anos, melanodérmica, com sobrepeso, apresenta queixa de “furúnculos” em regiões axilares. O quadro se iniciou há 3 anos com nódulo doloroso em região axilar, que evoluiu com drenagem de secreção purulenta e posterior cicatriz. Quadros idênticos com lesões recorrentes se sucederam, com média de 3 episódios em 6 meses. Fez uso de doxiciclina nos quadros agudos, com melhora parcial. Ao exame, observam-se, em região axilar direita, quatro nódulos inflamatórios, presença de comedão duplo e pequena cicatriz retrátil, e, em região axilar esquerda, um nódulo com sinais flogísticos e saída espontânea de secreção purulenta.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hidradenite Supurativa do Ministério da Saúde (2020), para o Estágio de Hurley da paciente, está indicado tratamento medicamentoso com:

- (A) tetraciclina 500 mg uma vez ao dia;
- (B) clindamicina 300 mg + rifampicina 300 mg duas vezes ao dia;
- (C) adalimumabe 40 mg (1ª dose 160mg);
- (D) isotretinoína 0,5 a 1 mg/kg/dia - dose acumulativa 150 mg/kg;
- (E) ciclosporina 3 a 5 mg/kg/dia.

25

Uma mãe levou seu filho de 9 anos à consulta de dermatologia, com queixa de manchas de crescimento progressivo, assintomáticas, nas nádegas, com dois anos de evolução. Fez uso de hidratantes e antifúngicos, sem melhora. Ao exame, apresenta três máculas hipocrômicas, irregulares, mal delimitadas, sem alteração da sensibilidade, localizadas na região sacra e região glútea esquerda, a maior medindo cerca de 4 cm. Exames laboratoriais estavam sem alterações. Realizada biópsia da lesão, a histopatologia evidenciou focos de linfócitos permeando a epiderme, presença de linfócitos na derme com acometimento da junção dermoepidérmica e focos de borramento na camada basal. Foi solicitado estudo imuno-histoquímico complementar.

Nesse subtipo hipocromiante da doença, observa(m)-se:

- (A) ausência ou discreto epidermotrofismo;
- (B) visualização de linfócitos CD8+ na epiderme;
- (C) acometimento de indivíduos em idade mais avançada;
- (D) evolução rápida para estágio mais avançado da doença;
- (E) lesões iniciais que possuem predileção pela região extensora dos membros.

26

Uma criança de 3 anos, sexo masculino, apresenta ressecamento e descamação da pele desde os 8 meses de idade. A mãe relata que o prurido é ocasional e que o quadro clínico fica atenuado no verão. Ao exame, observa-se xerodermia e descamação fina lamelar. Nas faces extensoras dos membros inferiores, as escamas são mais evidentes, losânicas e translúcidas. As margens se voltam para cima, conferindo sensação de aspereza. As pregas axilares, interglúteas, poplíteas e inguinais são poupadas. Presença de ceratose folicular, discreta hiperqueratose palmoplantar e acentuação dos sulcos palmares e plantares.

A dermatose descrita é decorrente de mutações no gene da:

- (A) filagrina;
- (B) queratina 1 (KRT1);
- (C) queratina 2 (KRT2);
- (D) queratina 10 (KRT10);
- (E) transglutaminase-1.

27

O *peeling* de fenol é um procedimento que apresenta riscos e tempo de recuperação prolongado; contudo, quando criteriosamente indicado e executado, os resultados obtidos são incomparáveis a outros métodos esfoliativos, proporcionando uma renovação intensa da pele, estimulando a produção de colágeno e reduzindo significativamente rugas e manchas.

Sobre esse *peeling*, é correto afirmar que:

- (A) a fórmula de Hetter propõe aumento da concentração de fenol de 50%, usada por Baker, para 65%;
- (B) de 70 a 80% do fenol absorvido são excretados na urina no intervalo de 60 a 90 minutos após sua aplicação;
- (C) o *peeling* de fenol deve ser aplicado com fricção vigorosa para produzir rápida e profunda penetração do fenol;
- (D) o óleo de cróton é o componente mais ativo na fórmula de Hetter, com aumento da concentração de 2%, na fórmula de Baker, para 5%;
- (E) quanto mais concentrado o fenol estiver na formulação, maior a coagulação da queratina, menor sua penetração e menor sua toxicidade.

28

Uma secundigesta de 32 anos, 35 semanas de idade gestacional, com parto normal anterior sem intercorrências, foi encaminhada à dermatologia com erupção cutânea e intenso prurido no abdômen. O acompanhamento pré-natal foi regular, sem qualquer queixa clínica ou obstétrica. Ao exame, presença de pápulas eritematosas que se confluem em placas edematosas em todo o abdômen, poupando a área do umbigo. Posteriormente, as lesões se estenderam às regiões glútea e proximal das coxas. Foram prescritos anti-histamínico oral, corticoide tópico e hidratantes, com melhora do quadro. A paciente evoluiu para parto cesariano devido a distocia de posição fetal. Em menos de 48 horas pós-parto, as lesões cutâneas regrediram, com resolução do quadro.

A afecção descrita no caso clínico:

- (A) ocorre novamente nas gestações futuras, tipicamente com quadro mais precoce e intenso;
- (B) decorre de defeito na excreção dos ácidos biliares, resultando no aumento de seus níveis séricos;
- (C) apresenta exacerbações do quadro com o parto, em aproximadamente 75% das pacientes;
- (D) cursa com aumento do risco de prematuridade e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional;
- (E) ocorre principalmente em mulheres primíparas e tem risco aumentado de ocorrer em gestações gemelares.

Infectologia

29

Um homem de 34 anos encontra-se internado gravemente enfermo por doença infectocontagiosa sistêmica, de rápida evolução em poucos dias. Encontra-se toxêmico, hipoativo, queixando-se de dores disseminadas e com febre de 38,5 °C. A equipe clínica prescreveu tecovirimat parenteral.

A doença em questão é:

- (A) nocardiose;
- (B) torulose;
- (C) aspergilose;
- (D) tularemia;
- (E) mpox.

30

A febre maculosa é uma importante zoonose no Brasil. Transmitida por carrapatos, é uma doença infecciosa febril de gravidade variável. Em nosso país, a doença é causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii*.

A outra espécie de riquetsia que também causa febre maculosa no Brasil é:

- (A) *R. felis*;
- (B) *R. typhi*;
- (C) *R. conori*;
- (D) *R. prowazekii*;
- (E) *R. parkeri*.

31

Hipertonias musculares mantidas, localizadas ou generalizadas, ausência de febre ou febre baixa, hiperreflexia profunda e contraturas paroxísticas que se manifestam à estimulação do paciente (estímulos táteis, sonoros, luminosos ou alta temperatura ambiente), são sintomas que, em geral, o paciente pode apresentar mantendo-se consciente e lúcido.

Os sintomas iniciais costumam ser relacionados com a dificuldade de abrir a boca e de deambular, devido à hipertonía muscular correspondente. Com a progressão da doença, outros grupos musculares são acometidos. Pode haver dificuldade de deglutição (disfagia), rigidez de nuca, rigidez paravertebral, hipertonía da musculatura torácica, de músculos abdominais e de membros inferiores. As contraturas paroxísticas ou os espasmos acontecem sob a forma de abalos tonicoclônicos, que variam em intensidade e intervalos, de acordo com a gravidade do quadro. A hipertonía torácica, a contração da glote e as crises espásticas podem determinar insuficiência respiratória, causa frequente de morte nesses enfermos. Nas formas mais graves, também pode ocorrer hiperatividade do sistema autônomo simpático (disautonomia), com taquicardia, sudorese profusa, hipertensão arterial, bexiga neurogênica e febre. Tais manifestações agravam o prognóstico da doença. Entretanto, devido às ações do Programa Nacional de Imunizações, essa doença, felizmente, não é mais tão comum como no passado.

A descrição acima se refere ao(à):

- (A) botulismo;
- (B) meningite bacteriana;
- (C) raiva;
- (D) doença de Creutzfeldt-Jakob;
- (E) tétano.

32

Um paciente de 22 anos apresentou quadro clínico com início abrupto de febre, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos. Foi avaliado na UPA e liberado com prescrição de sintomáticos. Vinte e quatro horas depois, apresentou diarreia, artralgia, dor ocular, fotofobia e hemorragia conjuntival, além de tosse. Foi internado, recebendo hidratação venosa e sintomáticos venosos. Foram solicitados exames complementares, com os seguintes resultados: leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda, plaquetopenia, aumento de ureia e creatinina, CPK elevada, baixa densidade urinária, proteinúria, hematúria microscópica e leucocitúria.

Foi então iniciada antibioticoterapia com sulfametoxazol + trimetoprima. Logo a seguir, o paciente apresentou exantema, eritema macular, papular purpúrico, distribuídos no tronco ou na região pré-tibial. USG exibiu hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia. Na ocasião, reclamou de intensa mialgia, principalmente em região lombar e nas panturrilhas.

Apesar do uso de antibiótico, não apresentou melhora, com evolução para tríade insuficiência renal, icterícia rubínica e hemorragia pulmonar discreta (síndrome de Weil). Foi intubado e no CTI iniciou penicilina G cristalina em dose plena e cuidados intensivos. Após 10 dias, apresentou melhora clínica, sendo transferido para enfermaria até concluir seu tratamento.

A doença descrita acima é:

- (A) febre maculosa;
- (B) endocardite bacteriana;
- (C) leptospirose;
- (D) dengue hemorrágica;
- (E) infecção urinária por pseudomonas aeruginosa.

33

Um paciente de 45 anos, sem doenças prévias, desenvolveu enfermidade de instalação súbita e progressiva com quadro de náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal. Logo após, queixou-se de cefaleia, vertigem e tontura. Foi internado na emergência, onde foi iniciada hidratação venosa e administração de sintomáticos. Entretanto, 3 horas depois começou a apresentar visão turva, ptose palpebral, diplopia, disfagia, disartria, boca seca e fraqueza muscular simétrica, acometendo com maior intensidade os membros superiores, sem perda da sensibilidade. Notaram-se hipotensão sem taquicardia e retenção urinária. Cerca de 6 horas após a internação, evoluiu para paralisia flácida motora descendente, associada a comprometimento autonômico disseminado. Durante todo esse período, o paciente se manteve consciente. A fraqueza muscular descendente afetou os músculos do tronco e dos membros, levando a dispneia, insuficiência respiratória e tetraplegia flácida. Foi necessária a transferência do paciente para o CTI, com instalação de tubo orotraqueal e ventilação mecânica, além de rotinas terapêuticas para pacientes graves.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) meningite por *Haemophilus influenzae*;
- (B) síndrome de Guillain-Barré;
- (C) doença de Lyme;
- (D) infecção pelo *Clostridium botulinum*;
- (E) raiva.

34

Uma paciente de 35 anos apresentou exantema não pruriginoso e eritema conjuntival, febre, mialgia e mal-estar. O exame sorológico mostrou tratar-se de infecção pelo vírus Zika. Evoluiu com enfermidade neurológica.

Em relação a essa arbovirose, além da microcefalia congênita, a manifestação neurológica mais comumente encontrada é:

- (A) paralisia de Bell;
- (B) paraparesia espástica tropical;
- (C) síndrome de Guillain-Barré;
- (D) neuralgia do trigêmeo;
- (E) meningoencefalite.

35

Um homem de 50 anos em tratamento para hepatite C, com cirrose hepática compensada CHILD PUGH A, tem histórico de falha terapêutica com uso prévio de antivirais de ação direta. O médico assistente do serviço de atenção especializada prescreveu um novo esquema terapêutico, recomendado pelo Ministério da Saúde.

O esquema prescrito foi:

- (A) sofosbuvir/velpastavir/ribavirina por 24 semanas;
- (B) sofosbuvir/daclatasvir por 12 semanas;
- (C) sofosbuvir/pibrentasvir + glecaprevir por 12 semanas;
- (D) sofosbuvir/velpastavir por 12 semanas;
- (E) sofosbuvir/ribavirina por 24 semanas.

36

Uma mulher de 56 anos apresenta diagnóstico de hepatite B em teste de rotina realizado há 9 meses. Não realizou tratamento e no momento encontra-se assintomática. Apresenta os seguintes marcadores virais:

- Anti-HBs negativo
- HBsAg positivo
- Anti-HBc total positivo
- AntiHBc IgM negativo
- HBe Ag positivo

A principal indicação para o início de tratamento antiviral específico é:

- (A) carga viral HBV-DNA igual ou maior que 2.000 UI/mL;
- (B) carga viral HBV-DNA igual ou maior que 10.000 UI/mL;
- (C) ALT maior ou igual a 100 U/mL;
- (D) presença de HBeAg;
- (E) imunodepressão.

37

Um jovem de 20 anos de idade, trabalhador rural no interior do estado de São Paulo, é admitido no hospital com quadro de dispnéia intensa, tosse seca e febre. Foi hospitalizado, evoluindo para edema agudo de pulmão não cardiogênico e choque, sendo necessária prótese respiratória. Após 5 dias de permanência na UTI, foi extubado e apresentou melhora clínica. Desenvolveu intenso aumento da diurese espontânea nessa fase (fase diurética da doença), que durou cerca de 1 semana. Recebeu alta hospitalar após 35 dias de internação, apesar de dispnéia leve e astenia moderada persistente.

O quadro infeccioso, que acometeu o paciente foi:

- (A) febre maculosa;
- (B) hantavirose;
- (C) blastomicose sul-americana;
- (D) febre tifoide;
- (E) tularemia.

38

Jovem com 22 anos de idade manteve relação sexual sem preservativos. Desenvolveu uretrite. Realizou exame da reação em cadeia da polimerase, que diagnosticou *Mycoplasma genitalium*.

Com relação a esse patógeno, o tratamento de escolha é:

- (A) azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, via oral, dose única;
- (B) ceftriaxona 500 mg, IM dose única;
- (C) clindamicina 300 mg, via oral, 2x/dia, por 7 dias;
- (D) ceftriaxona 1 g, IM dose única;
- (E) gentamicina 240 mg, IM dose única.

39

Na hanseníase, o teste de biologia molecular q-PCR para a detecção do *Mycobacterium leprae* utiliza amostras de:

- (A) sangue e linfa;
- (B) saliva e pele;
- (C) pele e nervo;
- (D) pela e linfa;
- (E) sangue e saliva.

40

A poliquimioterapia (PQT-U), um esquema de primeira linha para o tratamento farmacológico da hanseníase, é recomendado pela OMS desde 1982 e adotado no Brasil como único esquema terapêutico desde o início da década de 1990. Consiste na associação de três antimicrobianos (rifampicina, dapsona e clofazimina), que leva à cura em até 98% dos casos tratados, com baixa taxa de recidiva, estimada internacionalmente em torno de 1% dos casos tratados em um período de 5 a 10 anos (Lockwood, 2019).

O esquema farmacológico para tratamento de primeira linha, na infecção pelo *M. leprae*, para um paciente adulto, com 37 anos, peso corporal de 70 kg, com infecção paucibacilar, é:

- (A) dose mensal supervisionada: rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 6 meses;
- (B) dose mensal supervisionada: rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 12 meses;
- (C) dose diária supervisionada: clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 12 meses;
- (D) dose diária supervisionada: rifampicina 10 mg/kg de peso + clofazimina 6 mg/kg de peso + dapsona 2 mg/kg de peso por 12 meses;
- (E) dose diária supervisionada: rifampicina 450 mg + clofazimina 150 mg + dapsona 50 mg por 6 meses.

41

A leishmaniose tegumentar americana é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário, de transmissão vetorial, que acomete pele e mucosas. Os protozoários são do gênero *Leishmania*. No Brasil, foram identificadas sete espécies, sendo seis do subgênero *Viannia* e uma do subgênero *Leishmania*, sendo as três principais espécies *Leishmania (Leishmania) amazonenses*, *Leishmania (Viannia) guyanensis* e *Leishmania (Viannia) braziliensis*.

Os vetores são insetos denominados flebotomíneos, pertencentes à ordem Diptera, família Psychodidae, subfamília Phlebotominae, gênero *Lutzomyia* (classificação Young & Duncan, 1994), conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquira e birigui.

Com relação a essa doença, é correto afirmar que:

- (A) a leishmaniose tegumentar americana acomete a pele e vários outros órgãos, exceto os olhos e meninges;
- (B) a reação em cadeia da polimerase não deve ser utilizada, pois é um método considerado de baixa sensibilidade e especificidade;
- (C) a resposta imunológica é mediada por macrófagos e linfócitos B, de tal ordem que a imunidade definitiva ocorre após a cura da doença;
- (D) no tocante ao tratamento de pacientes que apresentam quadro de coinfeção *Leishmania*-HIV, há indicação do uso da miltefosina como primeira linha de tratamento;
- (E) para pacientes com idade superior a 50 anos de idade, aqueles com insuficiência renal, cardíaca ou hepática e transplantados renais, recomenda-se, como primeira escolha, anfotericina B lipossomal.

Medicina Preventiva e Social

42

Giovana, 25 anos, chega à unidade de pronto atendimento com tosse seca, chiado no peito e dispneia aos grandes esforços, com piora à noite. Apresenta-se sem história de febre, sem perda de peso, sem expectoração crônica, sem histórico de tabagismo, sem rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, sem dor torácica ventilatório-dependente e sem tosse com expectoração. Relata piora próximo a fumaça de cigarro. Ao exame pulmonar, apresenta tosse, murmúrio vesicular e sibilos difusos, especialmente na expiração forçada. Não tem outras alterações. Peso = 56kg, altura = 1,60 m, IMC = 23,5 kg/m², FC = 78 bpm e FR = 17 irpm. O exame cardiovascular registra ritmo regular em 2 tempos, sem sopro e sem alteração de ictus. O abdômen está normotenso, sem organomegalias. Diante desse quadro, o médico decide solicitar uma espirometria para confirmar o diagnóstico de asma.

O resultado espirométrico que caracteriza o quadro de asma é:

- (A) pré-broncodilatador VEF1/CVF > 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 12% do valor previsto e 200 ml;
- (B) pré-broncodilatador VEF1/CVF < 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 7 % do valor previsto e 200 ml;
- (C) pré-broncodilatador VEF1/CVF > 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 7% do valor previsto e 200 ml;
- (D) pré-broncodilatador VEF1/CVF < 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 12% do valor previsto e 200 ml;
- (E) pré-broncodilatador VEF1/CVF < 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 menor ou igual a 12% do valor previsto e 200 ml.

43

Em uma consulta de retorno, Ricardo, 52 anos, desempregado, traz os resultados de exames e o resultado do MRPA (PA média = 135 x 85 mmHg).

Na consulta, PA = 150 X 90 mmHg. O exame de ECG está normal; raio X de tórax normal; colesterol total = 330; HDL = 30; LDL = 167; triglicérides = 290; glicemia em jejum = 109; K = 4; Cr = 0,9; EAS = sem alterações.

A partir dos exames, conclui-se que:

- (A) o paciente apresenta risco cardiovascular alto;
- (B) a meta pressórica para Ricardo é 150 x 90 mmHg;
- (C) não há dados suficientes para avaliar o risco cardiovascular;
- (D) o paciente apresenta diagnóstico de hipertensão do jaleco branco;
- (E) o tratamento para HAS pode ser postergado, e o paciente deve ser orientado a realizar mudanças de estilo de vida.

44

Ronaldo vai à unidade básica de saúde e, de acordo com seus exames recentes, é diagnosticado com diabetes *mellitus* tipo 2.

Em relação à retinopatia diabética (RD), a conduta deve ser:

- (A) iniciar o rastreio para retinopatia diabética 6 meses após o diagnóstico de DM2;
- (B) iniciar o rastreio para retinopatia diabética no momento do diagnóstico de DM2;
- (C) iniciar o rastreio para retinopatia diabética 1 ano após o diagnóstico de DM2;
- (D) fazer o acompanhamento a cada 2 anos, caso seja identificada RD leve;
- (E) fazer o acompanhamento a cada 2 anos, caso não seja identificada RD leve.

45

Ronaldo, que está em dose máxima de hipoglicemiante oral e recebeu, há 3 meses, orientação sobre Mudança de Estilo de Vida (MEV), retorna trazendo seus exames com os seguintes resultados: creatina = 2,3; TFG = 21ml/min/1,73m²; glicemia = 3 20mg/dl; Hb1Ac = 8,3%.

Nesse momento, a conduta deve ser:

- (A) orientar o paciente sobre MEV;
- (B) manter o antidiabético oral;
- (C) manter a MEV e iniciar a insulinoterapia;
- (D) associar MEV + metformina;
- (E) monitorar o paciente após 30 dias.

46

Sobre as metas para pacientes com diabetes *mellitus* (DM), é correto afirmar que:

- (A) a meta padrão-ouro é HbA1C entre 6,5 a 7,0%;
- (B) HbA1C < 6,5% é considerada uma meta menos rígida;
- (C) HbA1C < 7,5-8,5% é considerada uma meta mais rígida;
- (D) HbA1C < 7,5-8,5% é considerada uma meta para pessoas com diagnóstico recente, longa expectativa de vida, sem doenças cardiovasculares e pouco risco de hipoglicemia;
- (E) HbA1C < 6,5% é considerada uma meta nas situações que predisõem a hipoglicemia, situações de hipoglicemia frequente/grave, idosos com baixa expectativa de vida, DM de longa duração com inadequado controle, presença de outras doenças (insuficiência renal ou hepática) ou complicações macrovasculares.

47

Geni, 93 anos, acamada, com doença metastática difusa, bolsa de colostomia, sonda de gastrostomia e dor refratária à dose máxima de morfina + dose de ataque, está sob os cuidados de uma cuidadora não familiar, também idosa, com baixa escolaridade e com dificuldade para o manuseio e cuidado com os dispositivos.

Em relação aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, é INCORRETO afirmar que:

- (A) Geni poderá ser acompanhada pela Atenção Primária à Saúde (APS) para cuidados com os dispositivos, quando também será possível o treinamento da cuidadora;
- (B) Geni poderá ser acompanhada pelas áreas de cuidados paliativos e atenção domiciliar;
- (C) a avaliação e os ajustes das medicações para o controle da dor poderão ser feitos na APS;
- (D) Geni não deve ser encaminhada ao hospital para tratamento da dor;
- (E) Geni deve ser encaminhada para um centro de reabilitação, que será capaz de realizar o manejo da dor e a capacitação aos cuidados com dispositivos.

48

Em visita domiciliar da equipe Castelo, os profissionais avaliam Antônio, 85 anos, acamado há 8 anos com doença de Alzheimer avançada. Ele é cuidado pela esposa, Joana, de 72 anos. Joana mostra-se desanimada, com humor deprimido, cansada, sem vontade de nada. Antonio tem ficado agitado, principalmente ao cair da tarde.

Diante do quadro clínico e familiar, a melhor alternativa para as práticas de saúde é propiciar cuidados baseados em evidências científicas:

- (A) centrados no idoso, manejando as patologias de base e a agitação. Em relação à cuidadora, devem ser oferecidos cuidados à saúde, apoio emocional e encaminhá-la ao apoio psicológico;
- (B) com encaminhamento para geriatria sem matriciamento. Em relação à cuidadora, deve ser oferecidos cuidados às suas necessidades de saúde;
- (C) centrados no idoso, manejando as patologias de base. Em relação à cuidadora, deve-se encaminhá-la à psiquiatria para uso de antidepressivo;
- (D) centrados apenas no idoso, manejando as patologias de base;
- (E) com encaminhamento para geriatria, com foco no idoso e suas patologias.

49

De acordo com o Ministério da Saúde, são critérios que definem um caso de hanseníase os elencados a seguir, EXCETO:

- (A) lesão e/ou áreas da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
- (B) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- (C) presença do *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico;
- (D) presença do *M. leprae*, confirmada na biópsia de pele;
- (E) coceira.

50

Em pessoas com diagnóstico de hanseníase, a avaliação neurológica deve ser realizada:

- (A) apenas no início do tratamento;
- (B) a cada quatro meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- (C) a cada seis meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- (D) apenas se houver queixas (dor em trajeto de nervos, perda de força, dormência início ou piora de queixas que indiquem acometimento de nervo periférico);
- (E) na alta do tratamento.

51

Mirtes, 42 anos, paciente diagnosticada com hanseníase, acompanhada na Unidade de Boas Novas, em poliquimioterapia PQT-U (rifampicina, dapsona e clofazimina) há 6 semanas, chega à UPA apresentando náuseas, vômitos amarelados associados a epigastria, inapetência, odinofagia, disfagia, fadiga e Tax = 39 °C, prurido cutâneo, icterícia, edema em membros inferiores, edema de mãos, dermatite maculopapular em pés.

Nesse caso, a conduta deve ser:

- (A) suspender PQT-U e solicitar vaga zero;
- (B) suspender PQT-U, apenas;
- (C) solicitar vaga zero, apenas;
- (D) manter a paciente em observação na UPA;
- (E) medicar a paciente e orientar retorno a unidade em caso de persistência dos sintomas.

52

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a investigação dos contatos adultos assintomáticos de um caso-índice de tuberculose deve ser iniciada com:

- (A) raio X de tórax;
- (B) baciloscopia de escarro;
- (C) cultura de escarro;
- (D) prova tuberculínica;
- (E) hemograma.

53

De acordo com a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil, NÃO fazem parte da organização da sociedade civil:

- (A) as sociedades cooperativas integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social;
- (B) as sociedades cooperativas alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda;
- (C) as sociedades cooperativas voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural;
- (D) as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos;
- (E) as organizações religiosas que se dediquem a fins exclusivamente religiosos.

54

A Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil, define alguns atores no processo das parcerias.

Em relação ao gestor, é correto afirmar que se trata do(a):

- (A) pessoa que detenha poderes de administração, gestão ou controle da organização da sociedade civil, habilitada a assinar termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação com a Administração Pública para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros;
- (B) agente público revestido de competência para assinar termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação com organização da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros;
- (C) agente público responsável pela gestão de parceria celebrada por meio de termo de colaboração ou termo de fomento, designado por ato publicado em meio oficial de comunicação, com poderes de controle e fiscalização;
- (D) agente público, titular do órgão, autarquia, fundação, empresa pública ou sociedade de economia mista competente para assinar instrumento de cooperação com organização da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público;
- (E) pessoa que detenha poderes de administração, gestão ou controle da organização da sociedade civil.

Medicina de Família e Comunidade

55

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 hiperfonese da primeira bulha (B1).

56

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.

57

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.

58

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.

59

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.

60

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.

61

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.

62

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.

63

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.

64

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.

65

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.

66

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.

67

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.

Neurologia

68

Uma mulher de 42 anos é atendida na emergência com intensa dor na cabeça iniciada três dias antes. Relata ter dor de cabeça há muitos anos, de forma periódica, com períodos de acalmia, diagnosticada como enxaqueca. Sua mãe também sofrera disso até a velhice. Diferentemente das crises anteriores, desta vez a dor não melhorou com analgésicos, é holocraniana e contínua e irradia para a nuca. Além da dor, está vendo os objetos “duplicados” e hoje acordou sem conseguir abrir o olho direito. O exame confirma a queixa e indica midríase paralytica à direita. Diante desse quadro a hipótese etiológica é:

- (A) ruptura de aneurisma de artéria comunicante posterior;
- (B) enxaqueca com aura;
- (C) enxaqueca hemiplérgica familiar;
- (D) ruptura de malformação arteriovenosa na ponte;
- (E) síndrome de Tolosa Hunt.

69

Mulher de 60 anos procura ambulatório de neurologia por estar sentindo, há mais de 1 mês, dor retro-orbitária constante, “barulho na cabeça” e visão dupla. Vem notando também que o olho direito está ficando saltado para fora e muito avermelhado, sintomas confirmados na ectoscopia. Ao exame: oftalmoplegia completa dos nervos III, IV, VI à direita e sopro audível sobre a carótida e órbita direita.

Após realizar ressonância magnética e angiografia cerebral, chegou-se ao seguinte diagnóstico:

- (A) fístula na artéria oftálmica;
- (B) fístula carotidocavernosa;
- (C) aneurisma de artéria cerebral média;
- (D) aneurisma de topo de basilar;
- (E) fístula na artéria comunicante posterior.

70

Menino de 11 meses é internado na emergência hemiplérgico. Segundo a avó, a criança, iniciou há 3 semanas febre diária somente a noite, com tosse e expectoração abundante. Há 3 dias não movimentava o braço e a perna esquerda. Nos antecedentes, parto e desenvolvimento psicomotor normais; vacinações em dia. Pai e tio, que moram com a criança, têm “fraqueza no pulmão”. Ao exame estava febril, sonolento, irritado, chorando ao ser manuseado; papila óptica de bordas imprecisas bilateralmente e rigidez de nuca.

Foi iniciado tratamento com rifampicina + etambutol + isoniazida após o seguinte resultado preliminar do exame do líquor:

- (A) aspecto claro, 105 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 64 mg/%, glicose 18 mg/%, bacterioscopia direta negativa;
- (B) aspecto purulento, 1050 leucócitos/mm³ (> polimorfos), proteína 84 mg/%, glicose 15 mg/%, Gram positivo para diplococcus;
- (C) aspecto límpido, 500 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 50 mg %, glicose 40 mg/%, bacterioscopia direta negativa;
- (D) aspecto turvo, 300 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 120 mg %, glicose 20 mg/%, cultura positiva no meio de Sabouraud;
- (E) aspecto xantocrômico, 300 hemácias/mm³, proteína 40 mg/%, glicose 50 mg/%, bacterioscopia direta negativa.

71

Pais e professores de um colégio público receberam a notícia de que um dos alunos havia sido internado no dia anterior com meningite meningocócica.

Diante desse quadro, os alunos da sala e os professores foram corretamente orientados a:

- (A) tomar rifampicina oral na dose de 100 mg/kg/dose, de 12/12 horas, por sete dias;
- (B) tomar ciprofloxacina oral na dose 500 mg, de 12/12 horas, por sete dias;
- (C) tomar sulfadiazina oral na dose de 150mg/kg/dose de 6/6 horas, por cinco dias;
- (D) injetar benzetacil (IM) em dose única de 1.200.000 unidades;
- (E) tomar rifampicina oral na dose de 10 mg/kg/dose, de 12/12 horas, por dois dias.

72

Aluna de medicina que constantemente é chamada à atenção pelos professores porque dorme profundamente durante as aulas é encaminhada ao neurologista. Após anamnese e exames, foi estabelecida a hipótese diagnóstica de narcolepsia, com base nos seguintes dados:

- (A) hiperfagia, cataplexia e presença do alelo HLA DQB1*0602;
- (B) perda do tônus de membros inferiores durante o riso, insônia e presença do alelo DQB1*0802;
- (C) alucinações visuais e auditivas persistentes, insônia, presença do alelo HLA DQB1*0802;
- (D) associação com o alelo HLA DQB1 0602*, alucinações hipnagógicas, cataplexia;
- (E) agressividade, cataplexia, presença do alelo HLA DQB1*0602, alucinações auditivas a qualquer hora do dia.

73

Mulher de 30 anos, com diagnóstico de miastenia gravis e tendo como sequela ptose palpebral bilateral assimétrica, procura a emergência com dispneia. É feita a hipótese de crise miastênica. Após medicação com anticolinesterásicos, observa-se piora da hipoventilação pulmonar associada a sudorese, bradicardia e hipotensão arterial.

Nesse contexto, para justificar a suspensão da medicação e administração de atropina (2mg EV), é preciso que se encontre(m), no exame da pupila:

- (A) síndrome de Claude Bernard Horner;
- (B) pupilas midriáticas;
- (C) pupilas mióticas;
- (D) pupilas anisocóricas, com miose à esquerda;
- (E) pupila tônica de Adie.

74

Numa emergência, dá entrada um paciente de 70 anos que, hoje, desenvolveu hemiplegia à direita associada a outras manifestações neurológicas, indicando que a topografia da lesão isquêmica se situava na região anterior da ponte.

No exame, foram identificadas as seguintes alterações:

- (A) ptose palpebral e estrabismo divergente à esquerda e desvio da comissura labial para a esquerda;
- (B) lagofthalmia à esquerda, desvio da comissura labial para a direita e estrabismo convergente à esquerda;
- (C) desvio da comissura labial para a esquerda e estrabismo divergente à direita;
- (D) lagofthalmia à direita, desvio da comissura labial para a esquerda e paralisia da abdução do globo ocular esquerdo;
- (E) oftalmoplegia internuclear à direita e síndrome vestibular à direita.

75

Homem de 78 anos, advogado, procura neurologista em 2024 para esclarecimento diagnóstico. Apresenta paralisia facial periférica bilateral e grave iniciada insidiosamente na década de 90. Nos últimos anos, vem apresentando progressiva redução da visão bilateral, atribuída a glaucoma e doença da córnea. O exame da pele mostra cútis elástica. Não tem déficit motor nos membros e relata ter jogado futebol até os 70 anos. O exame da sensibilidade indicou apalestesia nos 4 membros. Recorda-se de que sua mãe, falecida com 84 anos de idade, apresentava redução nos movimentos da face e glaucoma.

O estudo genético confirmou a hipótese diagnóstica de:

- (A) distrofia muscular fácio-escapulo-umeral;
- (B) distrofia miotônica de Steinert;
- (C) amiloidose familiar relacionada ao gene gelsolin;
- (D) sarcoidose;
- (E) síndrome de Melkersson-Rosenthal.

76

Mulher de 40 anos é internada com cefaleia intensa e rigidez de nuca. A pressão do liquor é de 240 cm de água e o exame do LCR identifica 180 células/mm³ (90% de linfócitos e 10% de monócitos) e 80 mg/dl de proteínas com glicorraquia normal. A família informa que a paciente tem ótima saúde, porém nos últimos 10 anos esta é a quarta internação com sintomas semelhantes. Somente agora o vírus relacionado a essa síndrome meníngea recorrente foi identificado no LCR por PCR, firmando o diagnóstico final de meningite:

- (A) na doença de Behçet;
- (B) de tipo Mollaret, por reativação do herpes vírus tipo 2;
- (C) aguda linfocítica na síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada;
- (D) no lúpus eritematoso sistêmico;
- (E) na neoplasia.

77

Homem de 50 anos é internado com síndrome vertiginosa aguda, disfonia, disfagia, ataxia cerebelar e alteração dimidiada da sensibilidade, sendo feita a hipótese de síndrome de Wallenberg. Ao exame é também identificada síndrome de Claude Bernard Horner, que ocorre por lesão localizada:

- (A) no núcleo simpático ocular no nível C8 medular;
- (B) no núcleo hipotalâmico;
- (C) no feixe descendente simpático;
- (D) em fibras pós-ganglionares situadas entre o plexo pericarotídeo e a órbita;
- (E) em fibras pré-ganglionares situadas entre a medula e a cadeia ganglionar cervical.

78

Homem de 65 anos, trabalhador rural, cinco anos de escolaridade, é levado ao neurologista por familiares que vêm observando, no último ano, lapsos de memória recente e episódios de confusão mental e de agitação quando conversa com pessoas que afirma estar vendo. Mini mental = 21. Marcha livre com redução dos movimentos associados. Força, sensibilidade, coordenação e nervos cranianos sem alterações e sinal da roda dentada nos membros superiores. Traz ressonância de crânio com escala de Fazecas = 1 e escore de atrofia mesial do hipocampo = 2.

A conduta adequada para esse paciente é administrar:

- (A) inibidor da colinesterase (1,5 mg, EV, 2 vezes ao dia) para a disfunção cognitiva;
- (B) levodopa (250 mg quatro vezes ao dia) para a hipertonia plástica;
- (C) risperidona (1 mg, 4 vezes ao dia) para os distúrbios psiquiátricos;
- (D) olanzapina (30 mg/dia) para inibir as alucinações;
- (E) prometazina (50 mg/noite) para melhorar a insônia.

79

Menina de 10 anos é levada ao neurologista porque apresenta dificuldade no relaxamento muscular das mãos, sem dor, ao acordar. Não há atrofia muscular e a percussão da região tenar bilateralmente com martelo demonstra o fenômeno. A eletromiografia confirmou o diagnóstico. A mãe, atualmente com 40 anos, refere que, desde pequena, tem o mesmo problema, que em nada a prejudicou, afinal, trabalha como secretária, se casou, teve dois filhos e tem atividades de vida diária normais. Os sintomas melhoram com um medicamento oral que usa regularmente.

Esse medicamento é:

- (A) diazepam (1 comprimido de 5 mg a noite);
- (B) carbamazepina (1 comprimido de 200 mg, até 2 vezes ao dia);
- (C) clonazepam (5 gotas três vezes ao dia);
- (D) prometazina (1 comprimido de 50 mg a noite);
- (E) fenobarbital (1 comprimido de 100 mg a noite).

80

Homem de 30 anos, obeso, procura o ortopedista por estar apresentando intensa dor noturna e parestesias na mão direita. Para o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, esperam-se as seguintes alterações:

- (A) dor na manobra de Tinel e hipoestesia na ponta do 1º, 2º e 3º dedos;
- (B) ausência de dor na manobra de Tinel e hipoestesia da região tenar por acometimento do ramo palmar do nervo mediano;
- (C) ausência de dor na dorsiflexão mantida do carpo por 60 segundos (manobra de Phallen) e atrofia de músculos interósseos;
- (D) mão simiesca por atrofia e paralisia dos músculos da região tenar e hipotenar;
- (E) ausência de dor na compressão digital do punho (manobra de Durkan) e ausência de alterações no exame da sensibilidade da região tenar.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

