

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

HANSENOLOGIA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



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 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 prova!

Clínica Médica

1

Em uma enfermaria de clínica médica, internou-se uma paciente com lesões líticas visualizadas na tomografia de coluna lombar. Ao exame físico, ela apresentava sonolência, fraqueza e desidratação.

Um familiar relatou que o quadro se agravou há uma semana. Também havia constipação no último mês quando deixou de deambular devido às dores dorsais. Exames complementares demonstravam: anemia normocítica e normocrômica (Hb 8,5 g/dL), cálcio sérico em 14,2 mg/dL, globulina em 10 g/dL, albumina em 3,2 g/dL.

Sobre o caso descrito e a conduta adequada, é correto afirmar que

- (A) o paratormônio (PTH) sérico aferido deve estar por volta de 80 pg/mL, sendo necessária a investigação das paratireoides.
- (B) as medidas de suporte imediato prescritas são clister glicerinado, hemotransfusão e corticoide venoso.
- (C) a hidratação venosa é a terapia imediata ideal por haver hipercalcemia moderada.
- (D) a prescrição de salina isotônica venosa, calcitonina subcutânea e bisfosfonatos intravenosos é necessária ao tratamento da hipercalcemia grave.
- (E) estamos diante de hipercalcemia da malignidade e a melhor conduta imediata será um aspirado de medula óssea em busca de pico monoclonal.

2

Um paciente de 57 anos saiu do consultório de seu clínico assistente com uma prescrição médica que continha, dentre outras medicações, a substância finerenona.

Tal droga tem indicação de uso na seguinte situação clínica:

- (A) amiloidose.
- (B) esofagite eosinofílica.
- (C) fibrose pulmonar idiopática.
- (D) hipertensão arterial maligna.
- (E) doença renal crônica por diabetes 2 com albuminúria.

3

Na modalidade oral da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), o esquema usado é de

- (A) 2 comprimidos diários de dolutegravir.
- (B) 1 comprimido diário de tenofovir/lamivudina.
- (C) 1 comprimido diário de tenofovir/entricitabina.
- (D) 2 comprimidos diários de zidovudina/lamivudina.
- (E) 1 comprimido diário de dolutegravir e 1 comprimido diário de tenofovir/lamivudina.

4

Uma mulher de 63 anos, portadora de plaquetopenia crônica, com contagem sempre em torno de 45 mil plaquetas por microlitro, sem episódios de sangramentos no dia a dia, foi submetida a um procedimento médico invasivo em que a transfusão de plaquetas não é indicada.

O procedimento em questão é a

- (A) exodontia.
- (B) punção lombar.
- (C) biópsia hepática.
- (D) biópsia de medula óssea.
- (E) broncoscopia com biópsia.

5

Mulher de 27 anos, previamente saudável, procura atendimento ambulatorial por quadro de dor abdominal em cólica associada a episódios intermitentes de diarreia com muco, há cerca de três meses. Nega febre, perda de peso, sangramento ou sintomas noturnos. Refere piora dos sintomas em momentos de estresse e sensação de distensão abdominal recorrente. Foi previamente diagnosticada com síndrome do intestino irritável (SII), mas relata que o padrão atual está mais persistente e diferente do habitual. É estudante universitária e descreve rotina estressante, mas sem outras alterações clínicas relevantes. Exames laboratoriais gerais são normais, incluindo hemograma, proteína C reativa, função renal e função tireoidiana.

Diante do quadro clínico, a abordagem diagnóstica e terapêutica inicial são

- (A) solicitar exames sorológicos para doença celíaca e iniciar dieta sem glúten empírica.
- (B) repetir exames laboratoriais em um mês e prescrever antiespasmódico, mantendo hipótese funcional.
- (C) realizar colonoscopia com biópsias do cólon para descartar retocolite ulcerativa.
- (D) solicitar exame parasitológico de fezes com pesquisa de cistos, ovos e larvas, e, se positivo, instituir tratamento específico.
- (E) iniciar ciprofloxacino empírico por sete dias e solicitar coprocultura para *Salmonella* e *Shigella*.

6

Homem de 45 anos, previamente hígido, realiza colonoscopia de rastreamento para câncer colorretal, sem história familiar da doença.

O exame endoscópico revelou dois pólipos ressecados: um pólipo hiperplásico de 4 mm, localizado no reto; e um pólipo de 6 mm, no cólon sigmoide, cuja análise histopatológica evidenciou hiperplasia polipoide composta por glândulas tubulares e retas, sem atipias citológicas, associada a discreto infiltrado linfoplasmocitário e leve edema do córion. Não houve sangramento, dor ou complicações durante o procedimento.

Considerando as diretrizes atuais de rastreamento para câncer colorretal, a conduta mais apropriada é realizar colonoscopia

- (A) em 1 ano, dado o risco de lesão sincrônica não detectada.
- (B) de rastreamento em 3 anos, devido à presença de dois pólipos.
- (C) de rastreamento em 5 a 10 anos, conforme risco individual.
- (D) anual por 3 anos consecutivos, para excluir lesões planas.
- (E) a cada 2 anos ou em qualquer momento quando a pesquisa de sangue oculto nas fezes for positiva.

7

Homem de 45 anos é acompanhado ambulatorialmente por nódulo tireoidiano. Não há linfadenomegalias cervicais e o nódulo mede 2,2 cm. TSH está dentro da normalidade e não há sintomas compressivos. Após biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) de nódulo sólido, hipoecoico, com margens irregulares, detectado ao ultrassom no lobo esquerdo da tireoide, o laudo citológico classifica o material como: Bethesda III – atipia de significado indeterminado/lesão folicular de significado indeterminado (AUS/FLUS).

Diante dessa situação, a conduta mais adequada é

- (A) repetir PAAF em 4 a 6 semanas e considerar estudo molecular, conforme recursos disponíveis.
- (B) solicitar cintilografia tireoidiana com iodo-123 para avaliação funcional do nódulo.
- (C) indicar tireoidectomia total com esvaziamento cervical central preventivo.
- (D) iniciar terapia supressiva com levotiroxina por 3 a 6 meses, antes de nova avaliação.
- (E) encerrar acompanhamento, pois a categoria Bethesda III tem risco muito baixo de malignidade.

8

Mulher de 48 anos, sem comorbidades, é avaliada em consulta ambulatorial após detecção incidental de um nódulo em lobo direito da tireoide, durante exame físico de rotina. Refere boa saúde geral, sem sintomas compressivos ou disfônicos.

Ao exame, palpa-se nódulo firme, móvel à deglutição, de 2 cm, indolor, sem linfadenomegalias cervicais. Não há antecedentes familiares de câncer de tireoide ou exposição à radiação cervical. TSH sérico está dentro da faixa de normalidade. Ultrassonografia da tireoide mostra nódulo sólido, hipoecoico, com margens levemente irregulares, microcalcificações finas e ausência de halo periférico, compatível com classificação TI-RADS 4.

Considerando o caso descrito, a próxima etapa na condução é

- (A) solicitar cintilografia da tireoide com tecnécio-99m para avaliação funcional do nódulo.
- (B) repetir ultrassonografia da tireoide e, se o nódulo aumentar 20% em seu maior diâmetro, realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia para análise citológica.
- (C) repetir ultrassonografia da tireoide em 6 meses, e solicitar T4 Livre para completar avaliação hormonal.
- (D) solicitar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia para análise citológica.
- (E) solicitar biópsia excisional cirúrgica, dado o risco aumentado de malignidade ultrassonográfica.

9

Uma mulher de 43 anos, com diagnóstico de *miastenia gravis* há três anos, foi internada para investigação de dispneia. A doença havia sido caracterizada como generalizada, com altos títulos de anticorpos contra o receptor de acetilcolina (AChR). Após tratamento adequado e melhora clínica, uma massa mediastinal foi identificada na tomografia computadorizada, com suspeita de timoma. A paciente evoluía bem, em uso de piridostigmina e corticosteroide oral.

Considerando a situação clínica apresentada, a conduta mais apropriada é

- (A) realizar timectomia, uma vez que há doença generalizada com anticorpo anti-AChR positivo e suspeita de timoma.
- (B) acompanhar com exames de imagem seriados para avaliar possível crescimento da massa mediastinal.
- (C) realizar biópsia por videotoroscopia antes de planejar a ressecção cirúrgica da lesão mediastinal.
- (D) adiar a ressecção do timo até que a paciente esteja em completa remissão clínica e sem uso de corticosteroide.
- (E) suspender todos os medicamentos para miastenia 48 horas antes da cirurgia, para evitar interações com anestésicos.

10

Paciente de 58 anos, portador de adenocarcinoma gástrico em tratamento quimioterápico há 3 meses, foi internado por quadro de confusão mental, alteração da marcha e diplopia.

O exame físico revela ataxia cerebelar, nistagmo horizontal bilateral e paralisia do sexto par de nervo craniano à direita. A família relatou inapetência importante e perda ponderal de 15 kg nos últimos 2 meses, além de episódios de vômitos frequentes relacionados à quimioterapia.

Considerando o quadro descrito, a conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) administração de haloperidol 5 mg via oral, duas vezes ao dia.
- (B) infusão de tiamina 500 mg endovenosa, seguida de 100 mg três vezes ao dia, de 5 a 7 dias.
- (C) prescrição de complexo B via oral, 1 comprimido ao dia, por 30 dias.
- (D) realização de punção lombar para exclusão de carcinomatose meníngea.
- (E) início de corticoterapia com dexametasona 4 mg endovenosa, a cada 6 horas.

11

Uma mulher de 58 anos, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo de mama há dois anos e em tratamento adjuvante, procurou o pronto-socorro relatando dor lombar intensa há cinco dias, com piora progressiva e irradiação para ambos os membros inferiores. Nas últimas 48 horas, desenvolveu fraqueza bilateral em membros inferiores, dificuldade para deambular e retenção urinária.

Ao exame físico, apresentou força grau 3 nos membros inferiores, reflexos profundos exaltados, sinal de Babinski bilateral e nível sensitivo na altura de T10. A paciente negava febre, mas referia constipação intestinal recente.

Considerando o caso descrito, o diagnóstico mais provável e a conduta mais apropriada são:

- (A) síndrome da cauda equina por hérnia discal lombar e cirurgia descompressiva de urgência.
- (B) mielite transversa idiopática e pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa.
- (C) síndrome de compressão medular metastática e administração de dexametasona seguida de radioterapia.
- (D) síndrome do cone medular por abscesso epidural e antibioticoterapia endovenosa.
- (E) síndrome de compressão medular metastática e laminectomia descompressiva imediata sem corticosteroides.

12

Um homem de 72 anos, tabagista, foi internado com quadro de dispneia progressiva há três semanas. Durante a investigação, foi identificada uma massa pulmonar de 4 cm no lobo superior direito, com linfonodomegalia hilar ipsilateral à tomografia de tórax. No terceiro dia de internação, apresentou confusão mental progressiva e sonolência.

Exames laboratoriais revelaram: sódio sérico de 118 mEq/L, osmolalidade plasmática de 245 mOsm/kg, osmolalidade urinária de 420 mOsm/kg, sódio urinário de 85 mEq/L, ureia de 28 mg/dL, creatinina de 0,9 mg/dL, ácido úrico sérico de 2,8 mg/dL, ácido úrico urinário de 680 mg/24h e fração excretória de ácido úrico de 18%. Ao exame físico, encontrava-se euvolêmico, sem edemas periféricos, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, sem sinais de desidratação ou sobrecarga hídrica. Função tireoidiana e cortisol sérico matinal estavam dentro dos limites da normalidade.

Considerando os dados apresentados, o diagnóstico presuntivo e a conduta terapêutica imediata mais apropriada são:

- (A) nefropatia perdedora de sal e administração de solução salina hipertônica 3% endovenosa.
- (B) síndrome da secreção inapropriada de ADH e restrição hídrica rigorosa a 800 mL/dia.
- (C) síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e infusão de 100 mL de solução salina hipertônica a 3%, em 20 minutos.
- (D) hiponatremia por reset do osmostato e correção gradual com solução salina isotônica.
- (E) síndrome cerebral perdedora de sal e tolvaptan 15 mg via oral, em dose única.

13

Uma mulher de 45 anos, portadora de *Diabetes Mellitus* tipo 2 há 12 anos, e infecção pelo HIV em uso regular de terapia antirretroviral, há 8 anos, com carga viral indetectável, foi internada para investigação de edema generalizado progressivo há 2 meses.

Ao exame físico, apresentava edema com cacifo 3+/4+ em membros inferiores, edema facial matinal e ascite moderada. Os exames laboratoriais revelaram: proteinúria de 24 horas de 8,2 g, albumina sérica de 2,1 g/dL, colesterol total de 320 mg/dL, LDL de 245 mg/dL, creatinina de 1,4 mg/dL e ureia de 45 mg/dL.

O exame de urina tipo 1 demonstrou proteinúria 4+ e hematúria glomerular com hemácias dismórficas e presença de cilindros hemáticos. A fundoscopia revelou retinopatia diabética não proliferativa moderada. Sorologias para hepatite B e C negativas.

Considerando o quadro clínico apresentado, a investigação etiológica mais apropriada inclui

- (A) dosagem de FAN, anti-DNA e complemento, considerando a elevada probabilidade de nefrite lúpica.
- (B) dosagem de anticorpo anti-receptor de fosfolipase A2, complemento, FAN e indicação de biópsia renal.
- (C) biópsia renal contraindicada devido ao diabetes de longa duração e presença de retinopatia diabética.
- (D) dosagem de crioglobulinas, fator reumatoide e início empírico de corticoterapia para glomeruloesclerose colapsante.
- (E) investigação através de hemoglobina glicada e microalbuminúria, pois o quadro é compatível com nefropatia diabética.

14

João, 48 anos, procurou atendimento ambulatorial para avaliação de rotina. Apresentava índice de massa corporal de 32 kg/m², circunferência abdominal de 108 cm, hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 50 mg/dia, *Diabetes Mellitus* tipo 2 diagnosticado há 3 anos, em uso de metformina 500 mg, duas vezes ao dia, e dislipidemia mista. Negava etilismo significativo, mas referia consumo eventual de até duas latas de cerveja nos finais de semana.

Exames laboratoriais recentes mostraram: glicemia de jejum de 145 mg/dL, hemoglobina glicada de 7,8%, colesterol total de 245 mg/dL, LDL de 165 mg/dL, HDL de 35 mg/dL e triglicérides de 280 mg/dL. As aminotransferases estavam elevadas: ALT de 68 U/L (VR: 10–40) e AST de 52 U/L (VR: 10–40), com razão AST/ALT de 0,76. Bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama-GT estavam normais. O hemograma completo era normal. Ao exame físico, apresentava esteatose hepática detectada por ultrassonografia abdominal, sem outras alterações significativas.

Considerando a doença hepática gordurosa de origem metabólica e os achados descritos, a estratégia de rastreamento mais adequada para avaliação de fibrose hepática é

- (A) aplicação inicial do escore FIB-4 e, se o resultado for intermediário (1,30-2,67), realizar elastografia hepática; se a elastografia for ≥ 10 kPa, considerar biópsia hepática.
- (B) realização de biópsia hepática percutânea, considerando a presença de múltiplos fatores de risco metabólicos e elevação das aminotransferases.
- (C) realização de elastografia hepática como método inicial de triagem, complementada por ressonância magnética com elastografia se os valores estiverem entre 8-12 kPa.
- (D) aplicação do escore *NAFLD Fibrosis Score* (NFS) como método único de avaliação, dispensando métodos complementares, se o resultado for $< -1,455$.
- (E) realização de ultrassom convencional seriado a cada 6 meses para monitorização da progressão da esteatose, sem necessidade de avaliação específica para fibrose.

Dermatologia

15

Paciente feminina, de 25 anos, com tireoidite de Hashimoto, relata surgimento de lesões policíclicas anulares e psoriasiformes, sobretudo em áreas fotoexpostas. Nega dor articular e nega sintomas sistêmicos.

Diante do caso, os anticorpos mais comumente positivos são os

- (A) anti-CCP.
- (B) anti-Sm.
- (C) anti-Ro e anti-La.
- (D) anti-histona.
- (E) anti-centrômero.

16

Paciente masculino, 60 anos, relata presença de “pinta escura” no braço direito há 3 meses. Nega conhecimento prévio da lesão e queixa-se de prurido local. Mãe falecida por metástase cerebral por um “tumor escuro da pele”.

Diante do caso, a conduta mais adequada é

- (A) biópsia excisional.
- (B) biópsia incisional.
- (C) exérese da lesão com margens de 1 cm.
- (D) indicar mapeamento corporal.
- (E) reavaliar a lesão em 3 meses.

17

A seguinte doença caracteristicamente apresenta polimorfismo lesional:

- (A) acne.
- (B) herpes simplex.
- (C) quelóide.
- (D) vitiligo.
- (E) xantelasma.

18

Paciente feminina, vivendo com HIV em tratamento com TARV há meses, procura a Dermatologia devido a pápulas eritematoescamosas no tronco e região palmoplantar. Nega parceiro fixo. Ao exame apresentava ainda lesões na mucosa oral, assintomáticas.

Assinale a afirmativa correta acerca da sorologia mais provável para o diagnóstico.

- (A) FTA-ABS positivo e VDRL 1/4.
- (B) FTA-ABS positivo e VDRL 1/128.
- (C) FTA-ABS negativo e VDRL negativo.
- (D) FTA-ABS negativo e VDRL 1/128.
- (E) Não é necessário o VDRL, apenas o FTA-ABS.

19

Na evolução do pênfigo foliáceo brasileiro ou fogo selvagem, na ausência de tratamento normalmente observa-se

- (A) acometimento da mucosa oral e, eventualmente, outras mucosas.
- (B) doença autolimitada.
- (C) progressão para eritrodermia esfoliativa.
- (D) pior prognóstico do que no pênfigo vulgar.
- (E) pior resposta à corticoterapia sistêmica.

20

O estrófulo é uma lesão tipicamente causada por

- (A) autoimunidade.
- (B) exotoxinas bacterianas.
- (C) picada de inseto.
- (D) medicamentos.
- (E) hipersensibilidade à presença de fungos ou seus antígenos.

21

Paciente, 26 anos, relata surgimento de lesão no pênis há 2 dias. Refere relação sexual desprotegida há 5 dias. Ao exame apresenta úlcera com bordas irregulares, fundo purulento, odor fétido e muito dolorosa.

A melhor opção terapêutica diante do caso é

- (A) azitromicina 1 g. dose única.
- (B) metronidazol 500 mg por 7 dias.
- (C) penicilina benzatina 2.400.000 UI, dose única.
- (D) doxiciclina 100 mg 12/12h por 21 dias.
- (E) ceftriaxone 250 mg e Azitromicina 1 g dose única.

22

As áreas topográficas preferenciais da pitíriase versicolor, da candidíase e da dermatofitose são, respectivamente,

- (A) aleatória, intertriginosa e aleatória.
- (B) aleatória, intertriginosa e seborreica.
- (C) intertriginosa, aleatória e seborreica.
- (D) seborreica, aleatória e intertriginosa.
- (E) seborreica, intertriginosa e aleatória.

23

Paciente, 72 anos, diabético, em uso de vidagliptina, relata surgimento de lesões urticariformes que evoluíram posteriormente para bolhas há 3 meses. Refere prurido associado.

Diante do caso, a melhor hipótese diagnóstica é

- (A) pênfigo vulgar.
- (B) dermatite herpetiforme.
- (C) lúpus bolhoso induzido por medicamentos.
- (D) penfigoide bolhoso.
- (E) penfigoide de membranas.

24

Paciente de 72 anos procura o posto de saúde por lesões eritematosas anulares de bordas internas nítidas e externas apagadas de distribuição assimétrica. Apresenta infiltração do lóbulo auricular direito e comprometimento nervoso.

Sobre a doença em questão, assinale a afirmativa correta.

- (A) A poliquimioterapia é a mesma para os pacientes multibacilares e paucibacilares, com a mesma duração do tratamento.
- (B) A forma indeterminada apresenta extenso acometimento neural.
- (C) Não é necessário realizar busca ativa dos contactantes.
- (D) O diagnóstico em menores de 15 anos indica persistência da transmissão do bacilo.
- (E) O doente paucibacilar é a principal fonte de infecção.

25

Em relação às buloses, assinale a afirmativa correta.

- (A) A bolha do pênfigo vulgar é subepidérmica.
- (B) O pênfigo vulgar pode evoluir para eritrodermia se não tratado.
- (C) A bolha do penfigoide bolhoso é intraepidérmica.
- (D) A dermatite bolhosa por IgA linear está associada a enteropatia pelo glúten.
- (E) A dermatite herpetiforme está associada à enteropatia pelo glúten.

26

Há 4 anos, um paciente apresenta ulcerações de bordas solapadas que surgem sobre cicatrizes prévias, algumas cribriformes, sem localização preferencial. Na história patológica progressiva tem hipertensão arterial, doença inflamatória intestinal e rinite alérgica.

O mais provável diagnóstico para o caso é

- (A) leishmaniose.
- (B) ectima.
- (C) eritema nodoso.
- (D) úlcera tropical.
- (E) pioderma gangrenoso.

27

O furúnculo é uma panfoliculite estafilocócica que se caracteriza clinicamente por ser um nódulo com a seguinte característica:

- (A) eritematoso doloroso com pústula subcórnea central.
- (B) eritematoso doloroso com área necrótica central.
- (C) normocrômico assintomático centralizado no óstio folicular.
- (D) eritematoso assintomático de superfície lisa.
- (E) requer obrigatoriamente antibioticoterapia para a sua resolução.

28

Paciente apresenta reação adversa a antiepiléptico que evolui com quadro clínico caracterizado por erupção macular ou papular pruriginosa de distribuição cefalocaudal, acompanhada de múltiplos linfonodos, hepatoesplenomegalia, artralgia, febre e eosinofilia.

Nesse caso, o diagnóstico clínico é

- (A) eritema pigmentar fixo bolhoso.
- (B) necrólise epidérmica tóxica.
- (C) eritrodermia exfoliativa.
- (D) síndrome DRESS.
- (E) síndrome de Stevens-Johnson.

Infectologia

29

O citomegalovírus (CMV) é um membro da família *herpesviridae* e estabelece infecção latente por toda a vida em células progenitoras hematopoiéticas, com reativação subclínica frequente.

A imunossupressão estabelecida no contexto pós transplante é um importante mecanismo para reativação do CMV que, nessa circunstância, pode cursar com graves síndromes clínicas, associadas com elevada morbimortalidade.

Um antiviral efetivo para o tratamento de infecções por citomegalovírus nessa população é o(a)

- (A) foscarnet.
- (B) ribavirina.
- (C) penciclovir.
- (D) famciclovir.
- (E) valaciclovir.

30

Saúde de Campinas registra duas mortes por febre maculosa e reforça alerta para prevenção.

(Notícia divulgada no site oficial da Prefeitura Municipal de Campinas, 07 de julho de 2025.)

Sobre a febre maculosa brasileira (FMB), é correto afirmar que

- (A) o início do tratamento deve aguardar a confirmação etiológica, considerando a ampla variedade de diagnósticos diferenciais.
- (B) a confirmação da FMB se dá a partir da técnica de imunofluorescência indireta, que identifica fragmentos do DNA da bactéria.
- (C) o exantema, manifestação típica da doença, é maculopapular e pruriginoso, iniciando-se na face e progredindo para tronco e membros.
- (D) a letalidade da doença é historicamente elevada, descrita como em torno de 50% dos casos, em parte devido à suspeita tardia da doença.
- (E) a doença apresenta maior prevalência em regiões de Mata Atlântica, associada à alta densidade de seu agente transmissor, o *Culex* spp.

31

Paciente de 35 anos, sexo masculino, biomédico que trabalha em laboratório de pesquisa de tripanossomíases, procura atendimento em serviço de emergência de hospital universitário com febre há 2 dias. Demonstra preocupação pois *há 2 semanas foi picado por um barbeiro de um recipiente repleto de triatomíneos infectados por Trypanosoma cruzi no laboratório.*

Considerando a possibilidade de infecção ocupacional, as alterações clínico-laboratoriais comumente descritas nessa fase da doença incluem

- (A) megasôfago com hipocalemia.
- (B) artrite migratória com elevação de VHS.
- (C) miopericardite com alterações eletrocardiográficas.
- (D) linfonodomegalias fistulizantes com elevação de PCR.
- (E) exantema bolhoso com positividade de Fator Reumatóide.

32

Vírus herpes simples dos tipos 1 e 2 (HSV-1 e HSV-2) são importantes causas de lesões cutâneas em humanos, classicamente em regiões orofaciais e genitais, caracterizadas por períodos de remissão e recorrência.

Apesar de cursar comumente com manifestações não complicadas em adultos, a infecção herpética no período neonatal pode promover manifestações graves como acometimento ocular e cutâneo mucoso, de sistema nervoso central ou sistêmico, particularmente hepatopulmonar.

Quanto aos mecanismos de transmissão do herpes simples no período neonatal, e as medidas de prevenção recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, é correto afirmar que

- (A) a via de parto vaginal é contraindicada na presença de quaisquer lesões ativas de herpes, mesmo que em região extragenital.
- (B) no pré-natal, é recomendado o rastreamento sorológico para herpes com dosagem trimestral de IgG e IgM para HSV-1 e HSV-2.
- (C) mesmo em pacientes sem lesões ativas de herpes e em uso adequado de supressão com antiviral, há indicação clara de via alta de parto.
- (D) a história de herpes genital em qualquer momento da gestação justifica o uso de terapia de supressão com antiviral a partir da 36ª semana de gestação.
- (E) a probabilidade de transmissão vertical periparto é maior quando a primo-infecção herpética ocorre no primeiro trimestre de gestação, decaindo ao longo dessa.

33

Sabe-se que o vírus do HIV apresenta alta taxa de mutação durante seu processo de replicação devido à ausência de atividade de correção da sua RNA polimerase. Em um contexto de pressão seletiva de antirretrovirais em doses insuficientes para inibição da replicação viral, o aparecimento de mutações de resistência é favorecido.

O exame de genotipagem viral é uma ferramenta para avaliação das mutações presentes no vírus, permitindo presunção da eficácia dos esquemas antirretrovirais baseados no conjunto de mutações apresentadas.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, no contexto de Sistema Único de Saúde, a genotipagem pré-tratamento é indicada em alguns casos de recém diagnóstico do HIV, antes da instituição do tratamento, como, por exemplo, pessoas com

- (A) coinfeção HIV-HBV.
- (B) soroconversão durante o uso da PrEP.
- (C) contagem de linfócitos CD4 < 50 células/mm³.
- (D) infecção em sistema nervoso central, como neurocriptococose.
- (E) carga viral maior que 1.000.000 cópias/mL no momento do diagnóstico.

34

O Brasil integra a lista de 30 países com mais casos de tuberculose no mundo, concentrando 1/3 de todos os casos da região das Américas. O controle da doença depende da investigação diagnóstica e seu tratamento adequado.

Dentro da estratégia de investigação diagnóstica inclui-se a investigação de sintomáticos respiratórios, caracterizados por indivíduos com tosse por 3 semanas ou mais, bem como investigação oportuna de contactantes próximos de casos confirmados, com o objetivo de identificar indivíduos com doença ativa ou infecção latente, considerando esse grupo de elevado risco para infecção.

Quanto ao tratamento de indivíduos com evidência de infecção latente por tuberculose (ILT), é correto afirmar que

- (A) é contraindicado o uso do esquema com Rifampicina (R) em gestantes, sendo indicado tratamento com Rifapentina + Isoniazida (3HP).
- (B) o esquema com Rifapentina + Isoniazida (3HP) pode ser utilizado por indivíduos de todas as idades, com doses semanais durante 12 semanas.
- (C) recém-natos contactantes de tuberculose devem receber a vacina BCG imediatamente, e seguir com tratamento de ILTB com Rifampicina e Etambutol (RE).
- (D) em indivíduos vivendo com HIV e CD4 < 200, o tratamento de ILTB envolve esquema terapêutico completo com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (RHZE).
- (E) em contactantes de casos com monorresistência a Isoniazida (H), o esquema deverá ser baseado em Rifampicina (R), sendo proscrito esquema de Rifapentina + Isoniazida (3HP).

35

O reconhecimento dos sinais de alarme no paciente com dengue no momento de triagem é essencial para destinar o paciente ao nível adequado de cuidado médico. Esses sinais costumam aparecer no momento de defervescência da doença e chamam a atenção quanto à possível presença de extravasamento de plasma e/ou hemorragias, que estão associados ao maior risco de óbito.

São sinais de alarme no dengue, segundo o Manual do Ministério da Saúde do Brasil, Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico, de 2024

- (A) vômitos persistentes e presença de *rash* difuso.
- (B) plaquetopenia e dor abdominal intensa e contínua.
- (C) dor abdominal intensa e contínua e hipertensão arterial.
- (D) sangramento de mucosa e dor abdominal intensa e contínua.
- (E) persistência da febre por mais de 7 dias e sangramento de mucosa.

36

Paciente de 46 anos, sexo feminino, natural e residente de Santa Cruz (RJ), voluntária de equipe de resgate de cães e gatos abandonados, procura atendimento médico, preocupada com o aparecimento de "caroços avermelhados e feridas", algo dolorosas, não-pruriginosas no antebraço direito há cerca de duas semanas.

Ao exame, observa-se a presença de seis lesões nodulares, eritemato-violáceas, duas das quais com ulceração associada, dispostas em trajeto linear ascendente em face lateral do antebraço direito.

O agente etiológico mais provável é um(a)

- (A) ácaro do gênero *Sarcoptes*.
- (B) fungo do gênero *Sporothrix*.
- (C) vírus da família herpesviridae.
- (D) helminto do gênero *Ancylostoma*.
- (E) bactéria do gênero *Streptococcus*.

37

Durante o atendimento no ambulatório de um grande hospital, o médico residente recebe os resultados de urinoculturas com crescimento bacteriano acima de 100.000 colônias/mL, referente a amostras de urina adequadamente coletadas por micção espontânea de cinco pacientes, todos assintomáticos do ponto de vista urinário.

Com base nas informações disponíveis, o cenário a seguir em que deverá ser prescrita medicação antibiótica é

- (A) lactante de 24 anos, sem comorbidades.
- (B) criança de 8 anos, em investigação de déficit de crescimento.
- (C) mulher de 49 anos, diabética em tratamento com inibidor de SGLT-2.
- (D) homem de 66 anos, em preparo de ressecção transuretral da próstata.
- (E) adolescente de 16 anos, com febre, *rash* eritematoso e artralgia há 4 dias.

38

Embora a transmissão urbana da febre amarela não ocorra no Brasil desde 1942, a presença do mosquito *Aedes aegypti*, que pode transmitir o vírus, em áreas com sobreposição de populações de mosquitos, macacos e humanos, pode favorecer a reurbanização.

Diante de um cenário de transmissão urbana da febre amarela, a recomendação de vacinação anti-amarela para os moradores da área deve ser estendida para

- (A) neonatos.
- (B) lactentes de 3 a 6 meses.
- (C) transplantados de órgãos sólidos.
- (D) gestantes, independentemente da idade gestacional.
- (E) infectados pelo HIV, independentemente do nível de CD4.

39

Paciente de 29 anos, sexo feminino, fisioterapeuta, em tratamento de artrite reumatoide com tocilizumabe (inibidor do receptor da Interleucina-6), procura atendimento médico com queixa de dor intensa, em queimação, na região inframamária direita, iniciada dois dias antes. Nega febre, mas relata adinamia, náusea e dois episódios de vômito.

Ao exame clínico apresenta, no local referido, área de eritema com presença de várias lesões vesiculosas e pustulosas, formando pequenos agrupamentos, distribuídos em faixa, de aproximadamente 15 centímetros.

Nesse caso, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) iniciar vancomicina ou teicoplanina por via intravenosa.
- (B) iniciar aciclovir, preferencialmente por via intravenosa.
- (C) iniciar a combinação nirmatrelvir/ritonavir por via oral.
- (D) substituir o tocilizumabe por prednisolona por via intravenosa.
- (E) administrar imunoglobulina hiperimune para varicela intramuscular.

40

Paciente de 34 anos, sexo masculino, espeleólogo, retorna de expedição a Paraíba, onde visitou múltiplas cavernas e desenvolve, duas semanas após o retorno, quadro de febre alta diária com calafrios, mialgia generalizada, tosse seca e fadiga, que motiva a procura de assistência médica no quinto dia após início dos sintomas.

Informa que foi muito rigoroso em assegurar a ingestão de água potável e de alimentos adequadamente higienizados, e que durante as atividades em campo usou roupa impermeável, botas, repelente a base de icaridina nas áreas cutâneas não cobertas e dormiu com mosquiteiro impregnado com permetrina.

No intuito de confirmar a etiologia mais provável do quadro acima descrito é importante solicitar

- (A) bacterioscopia pelo Gram e cultura para anaeróbios do escarro.
- (B) reação em cadeia da polimerase na urina e sorologia, ambas para espiroquetas.
- (C) pesquisa de protozoário em gota espessa corada pelo Giemsa e xenodiagnóstico.
- (D) sorologias por imunoensaio enzimático e coprocultura, ambas para enterobactérias.
- (E) pesquisa de antígeno fúngico na urina e cultura da camada leucocitária para fungo.

41

Paciente de 33 anos, sexo masculino, técnico de enfermagem, sofre um acidente percutâneo ao finalizar a coleta de sangue de um paciente sabidamente HBsAg positivo, sendo visível a presença de sangue no ferimento e na agulha utilizada.

Ele relata ter recebido duas doses da vacina para hepatite B cerca de sete anos antes, mas não possui comprovante vacinal nem exame prévio comprovando soroconversão.

A conduta mais adequada a ser adotada é

- (A) solicitar anti-HBs e aguardar resultado antes de qualquer intervenção.
- (B) não indicar imunoglobulina humana, pois o profissional já foi vacinado.
- (C) repetir o esquema vacinal da hepatite B e iniciar antivirais imediatamente.
- (D) administrar imunoglobulina humana anti-hepatite B e realizar sorologia 14 dias após.
- (E) administrar uma dose da vacina da hepatite B e imunoglobulina humana anti-hepatite B.

Medicina Preventiva e Social

42

Um paciente hipertenso, sem complicações, procura atendimento para renovação de receita e acompanhamento regular.

O serviço mais adequado para garantir o seguimento longitudinal desse caso no Sistema Único de Saúde (SUS) é a(o)

- (A) Unidade Básica de Saúde (UBS).
- (B) ambulatório de especialidades.
- (C) pronto-socorro hospitalar.
- (D) hospital terciário.
- (E) Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

43

Uma gestante apresenta quadro de pré-eclâmpsia grave. Após estabilização inicial, o fluxo de encaminhamento recomendado na rede pública deve ser

- (A) permanecer na UBS para observação.
- (B) encaminhar para ambulatório de média complexidade.
- (C) transferir para hospital de alta complexidade.
- (D) manter acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde da família.
- (E) encaminhar para unidade de pronto atendimento (UPA) para internação.

44

Sobre o papel dos ambulatórios de média complexidade no SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) Realizam procedimentos cirúrgicos de grande porte.
- (B) São responsáveis pelo primeiro contato do usuário com o sistema.
- (C) Oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado após regulação.
- (D) Executam vigilância epidemiológica territorial.
- (E) Coordenam toda a rede de atenção à saúde.

45

Um surto de arbovirose levou à necessidade de mobilização rápida de recursos humanos, insumos e comunicação com a população.

A seguinte combinação de setores da Secretaria Municipal de Saúde deve ser priorizada para resposta efetiva, segundo diretrizes do Ministério da Saúde:

- (A) Vigilância Sanitária + Recursos Humanos.
- (B) Vigilância Epidemiológica + Comunicação Social + Atenção Básica.
- (C) Controle Interno + Ouvidoria.
- (D) Assistência Farmacêutica + Engenharia Clínica.
- (E) Regulação + Auditoria.

46

No contexto estadual, a pactuação de fluxos assistenciais entre municípios para atendimento de média complexidade depende principalmente da seguinte instância/setor

- (A) Conselho Estadual de Saúde.
- (B) Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- (C) Diretoria de Atenção Primária.
- (D) Superintendência de Vigilância em Saúde.
- (E) Departamento de Logística.

47

Homem de 52 anos, IMC 32 kg/m², hipertenso controlado, relata fadiga persistente, constipação e ganho de peso nos últimos 6 meses. Sua dieta é baseada em arroz, feijão, carnes gordurosas (como linguiça e salsicha), poucos vegetais e poucas frutas. Exames: TSH elevado, T4 livre baixo, colesterol total 260 mg/dL, LDL 170 mg/dL, HDL 38 mg/dL, triglicerídeos 210 mg/dL.

A intervenção nutricional mais indicada para o caso como parte do manejo inicial é

- (A) incentivar maior consumo de feijão, verduras regionais (couve, almeirão), frutas da estação e reduzir carnes processadas.
- (B) reduzir carboidratos simples e aumentar consumo de ovos e carnes processadas.
- (C) suplementar ômega-3 de origem animal diariamente.
- (D) realizar jejum prolongado com restrição calórica severa.
- (E) aumentar ingestão de leite integral para compensar o hipotireoidismo.

48

Mulher de 35 anos, IMC 28 kg/m², episódios recorrentes de enxaqueca associados a jejum prolongado e consumo excessivo de café preto forte. Alimentação irregular, com pouca fruta e verdura.

O ajuste nutricional mais indicado é

- (A) priorizar alimentos industrializados pela praticidade.
- (B) aumentar consumo de refrigerantes para evitar hipoglicemia.
- (C) restringir completamente carboidratos complexos.
- (D) realizar jejum intermitente diário para perda de peso rápida.
- (E) incentivar refeições regulares com arroz, feijão, folhas verdes (couve, alface), sementes (abóbora) e frutas locais.

49

Um homem de 52 anos, executivo, relata insônia crônica, fadiga diurna, irritabilidade e dificuldade de concentração há 8 meses. Refere alimentação rica em ultraprocessados, sedentarismo, consumo diário de álcool (2 doses/noite) e ausência de lazer. Nega sintomas psicóticos ou uso de outras substâncias. Exames laboratoriais sem alterações relevantes.

A abordagem inicial mais indicada para a melhora global da saúde mental desse paciente é

- (A) iniciar terapia cognitivo-comportamental associada à prescrição de hipnótico.
- (B) recomendar restrição calórica severa e jejum intermitente.
- (C) implementar programa de atividade física regular e higiene do sono.
- (D) introduzir dieta cetogênica e suplementação de ômega-3.
- (E) encaminhar diretamente para avaliação psiquiátrica para possível uso de antidepressivo.

50

Uma mulher de 38 anos, professora, procura atendimento por ansiedade persistente, cefaleia tensional e sensação de esgotamento. Relata jornadas extensas, sono irregular (<6h/noite), refeições rápidas e pouco contato social. Não faz uso de medicamentos.

Das seguintes estratégias integradas, assinale a que tem maior potencial de impacto positivo sobre a saúde mental dessa mulher.

- (A) Prática diária de *mindfulness*, reorganização do sono e fortalecimento de vínculos sociais.
- (B) Uso profilático de analgésico e ansiolítico leve.
- (C) Redução abrupta da carga horária de trabalho sem outras intervenções.
- (D) Suplementação vitamínica ampla sem ajuste alimentar.
- (E) Restrição total de cafeína e açúcar.

51

Mulher de 29 anos, médica residente, refere exaustão emocional, distúrbios do sono e episódios de compulsão alimentar noturna. Nega doenças prévias. Relata falta de tempo para lazer e prática esportiva.

O seguinte plano de ação é mais indicado para abordar simultaneamente os fatores envolvidos:

- (A) encaminhamento direto para cirurgia bariátrica.
- (B) uso de inibidor seletivo da recaptção de serotonina imediatamente.
- (C) jejum prolongado associado a treinos intensos.
- (D) suplementação proteica e restrição calórica rigorosa.
- (E) planejamento semanal de refeições saudáveis, técnicas de gerenciamento do estresse e inserção gradual de atividade física.

52

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais incidente na população masculina em todas as regiões do país, ficando atrás apenas de tumores de pele não melanoma. No Brasil estimam-se 71.730 novos casos de câncer de próstata por ano para o triênio 2023-2025. Atualmente, ele é a segunda causa de óbito por câncer na população masculina, reafirmando sua importância epidemiológica no país.

A recomendação atual para o rastreamento do câncer de próstata em homens assintomáticos com idade entre 55 e 69 anos é

- (A) realizar o exame de toque retal e o PSA (antígeno prostático específico) anualmente.
- (B) realizar o exame de PSA a cada 2 anos.
- (C) discutir os riscos e benefícios do rastreamento com o paciente e tomar uma decisão compartilhada
- (D) não realizar o rastreamento do câncer de próstata em homens assintomáticos.
- (E) realizar o rastreamento apenas em homens com história familiar de câncer de próstata.

53

O impacto das mudanças climáticas pode ir muito além dos danos ao meio ambiente. Diversos estudos já apontaram que ondas de calor e de frio mais intensas, maior nível de poluição atmosférica, e eventos climáticos extremos, apresentam riscos graves para a saúde humana.

O impacto mais provável das mudanças climáticas atuais na transmissão de doenças transmitidas por vetores como dengue e malária é

- (A) a redução da transmissão devido à diminuição da população de vetores.
- (B) o aumento da transmissão devido à expansão da área de distribuição dos vetores.
- (C) a provável ocorrência de impacto pouco significativo na transmissão de doenças por vetores.
- (D) a redução da transmissão devido à mudança nos padrões de chuva.
- (E) o aumento da transmissão apenas em áreas urbanas.

54

O mecanismo psicológico subjacente que pode contribuir para o desenvolvimento de Burnout em profissionais da saúde que trabalham em ambientes de alta pressão e com alta demanda emocional é a

- (A) dissociação emocional.
- (B) regulação emocional adaptativa.
- (C) exaustão emocional devido à supressão crônica de emoções negativas.
- (D) hiperativação do sistema de recompensa cerebral.
- (E) redução da empatia devido à exposição prolongada a sofrimento humano.

Medicina de Família e Comunidade

55

A Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sobre a PNAISC, avalie as afirmativas a seguir.

- I. A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.
- II. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na Rede de Saúde Materna Neonatal e Infantil e na Atenção Básica, esta como coordenadora do cuidado no território.
- III. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 18 anos, sendo esse limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) I e II, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

56

Pesquisa clínica é aquela realizada em seres humanos na qual o pesquisador interage direta ou indiretamente com os participantes, o que inclui o manejo dos seus dados e de seus materiais biológicos.

Nesse sentido, são considerados tipos de pesquisa clínica: os estudos sobre os mecanismos de doença (etiopatogênese); as pesquisas translacionais; os estudos sobre conhecimento clínico, detecção, diagnóstico, prognóstico e história natural da doença; os estudos epidemiológicos; as intervenções terapêuticas, incluindo os ensaios clínicos de drogas, produtos biológicos, dispositivos e instrumentos; os estudos de prevenção (primária e secundária) e promoção da saúde; e as pesquisas comportamentais e de avaliação de serviços de saúde, incluindo os estudos de custo efetividade.

(United States of America, 2019; PAULA et al., 2012).

A pesquisa clínica tem, portanto, potencial para contribuir na elaboração de políticas públicas e na resolutividade de problemas conjunturais do país.

Entre os problemas com que os pesquisadores podem deparar nesse processo destacam-se os seguintes, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) A demanda crescente por novos produtos e serviços de saúde, resultante do envelhecimento da população e da rápida inovação tecnológica nas áreas de diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com doenças crônicas.
- (B) A persistência de desigualdades sociais que se refletem na qualidade de vida e da saúde, contribuindo para prevalência de doenças infecciosas e problemas derivados da pobreza, como a falta de saneamento.
- (C) Necessidade de otimizar o uso dos recursos financeiros disponíveis para o setor de saúde.
- (D) Necessidade de aprimoramento do Complexo Industrial da Saúde (CIS), com independência tecnológica e participação no esforço de importação e fortalecimento social do país.
- (E) Crescente importância dos agravos resultantes ou associados à urbanização e industrialização, tais como violência, acidentes e uso de álcool e outras drogas.

57

O Plano Nacional de Saúde (PNS), como instrumento orientador da política pública federal, deve, naturalmente, estar alinhado às demandas da sociedade e às orientações governamentais. É importante que o PNS busque convergência entre atores internos e externos, tenha coerência com os esforços para aprimoramento da gestão do MS e almeje alcançar a visão de futuro do órgão.

Para o quadriênio 2024/2027, as diretrizes foram formalizadas por meio da Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023, que dispõe sobre as orientações estratégicas para o PPA e para o PNS provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo CNS.

As opções a seguir apresentam objetivos do PNS, à exceção de um, que está errado. Assinale-o.

- (A) Ampliar a oferta e o acesso às ações e serviços da Atenção Especializada, conforme as necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais, e promovendo a integralidade do cuidado.
- (B) Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e de gênero.
- (C) Promover e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde e saneamento ambiental, considerando os diferentes contextos étnico-culturais da população indígena, em articulação e fortalecimento dos saberes e práticas tradicionais.
- (D) Ampliar o acesso da população aos medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, qualificando a assistência farmacêutica, articulada à pesquisa, à inovação e à produção nacional, regulação, com qualidade e uso adequado no Sistema Único de Saúde, reduzindo as iniquidades.
- (E) Fortalecer a atenção secundária e terciária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

58

O Programa Melhor em Casa (PMeC) fomenta o serviço de atenção domiciliar no âmbito do SUS, complementando os cuidados realizados na atenção primária e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

O perfil dos usuários assistidos pelo PMeC é de reduzida capacidade funcional, decorrente do envelhecimento e de hospitalizações prolongadas e é caracterizado pela prevalência de uma população com faixa etária entre 60 e 79 anos do sexo masculino.

O grupo de patologias de base de maior prevalência nos pacientes atendidos pelo PMeC é o de patologia

- (A) pulmonar.
- (B) cardiovascular.
- (C) osteomuscular.
- (D) neuromuscular.
- (E) metabólica.

59

A mucormicose é uma infecção fúngica oportunista, altamente invasiva, não transmissível, causada por fungos da ordem Mucorales. Não há transmissão de mucormicose entre seres humanos e nem de animais para seres humanos.

Os principais meios de contaminação são: inalação de esporos das fontes ambientais; via cutânea ou mucosa, quando há ruptura da barreira da pele ou da mucosa por ferida, por trauma ou grandes queimaduras; via digestiva com a ingestão de produtos contaminados.

Assinale a opção que apresenta o principal fator de risco para a mucormicose.

- (A) DPOC.
- (B) Viroses respiratórias.
- (C) Diabetes mellitus.
- (D) Tabagismo.
- (E) Etilismo crônico.

60

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade governamental, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Conforme as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, é correto afirmar que

- (A) a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas na atenção primária à saúde.
- (B) o SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da centralização, hierarquização e integração das ações e serviços.
- (C) a gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica seletiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.
- (D) no âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.
- (E) a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher não deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

61

O suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero. Mas o suicídio pode ser prevenido! Saber reconhecer os sinais de alerta em si mesmo ou em alguém próximo a você pode ser o primeiro e mais importante passo.

(Ministério da Saúde – Brasil)

A Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, institui o Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.

Com base na referida portaria, avalie as afirmativas a seguir.

- I. Compete ao Comitê coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil.
- II. O Comitê ora instituído, no decorrer de suas atividades, poderá convidar eventualmente apoio de especialistas ou instituições afins no tema.
- III. As funções dos membros do Comitê serão remuneradas e o exercício dessas funções será considerado serviço público relevante.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, II e III.
- (B) I e II, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) II, apenas.
- (E) I e III, apenas.

62

A bioética é um campo de estudo interdisciplinar que aborda questões éticas e morais relacionadas à vida, abrangendo a saúde humana, animal e ambiental, com foco em dilemas gerados pela medicina, pela biologia e pela tecnologia, que se baseia em princípios como autonomia, beneficência (fazer o bem), não maleficência (evitar o mal) e justiça para guiar decisões em áreas como aborto, eutanásia, engenharia genética, eutanásia e transplantes de órgãos.

Conforme a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, as afirmativas a seguir estão corretas, **à exceção de uma**. Assinale-a.

- (A) Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais.
- (B) Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.
- (C) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.
- (D) Os benefícios diretos e indiretos a pacientes sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas.
- (E) É seu objetivo promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados, desde que façam parte do meio científico.

63

A espasticidade é um distúrbio do movimento em que há hiperatividade muscular involuntária na presença de paresia central. Suas principais causas são: acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla e paralisia cerebral.

Assinale a opção que indica a região mais afetada por essa patologia.

- (A) Cervical.
- (B) Músculos flexores dos membros superiores.
- (C) Torácica.
- (D) Músculos extensores dos membros superiores.
- (E) Lombar.

64

Analise a sentença:

Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

(<https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>)

A sentença representa o seguinte princípio do SUS:

- (A) integratividade.
- (B) descentralização.
- (C) universalidade.
- (D) integralidade.
- (E) hierarquização.

65

A saúde coletiva no Brasil está intrinsecamente ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o campo do saber e da prática que busca atender às necessidades sociais de saúde de populações inteiras, não se limitando à doença. Ela baseia-se na análise dos determinantes sociais e culturais da saúde, promovendo um cuidado integral, universal e equitativo.

Avalie as afirmativas a seguir, com base nos determinantes sociais da saúde.

- I. Conforme a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.
- II. Entre os desafios para entender a relação entre determinantes sociais e saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito.
- III. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes neste processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e II, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) III, apenas.
- (E) I, II e III.

66

Com grande território e diversidade de ambientes e culturas, o Brasil conta com uma grande desigualdade socioeconômica, que impacta de forma considerável a saúde das comunidades rurais, em suas características e peculiaridades...

...É importante percebermos que diferentes formas de conceituar a ruralidade vão gerar impactos diferentes em nossa percepção da realidade da vida de milhões de pessoas. Conceitos equivocados em um passado recente transmitiram uma impressão de que as comunidades rurais estariam todas em processo de urbanização e que tendiam a acabar, dificultando a elaboração de políticas adequadas para os problemas dessas populações.

(Fonte: *Medicina Rural* - Coordenador: Marcelo Pellizzaro Dias Afonso - Belo Horizonte NESCON - UFMG 2021).

A respeito da ruralidade, avalie as afirmativas a seguir.

- I. As áreas rurais, em geral, têm densidade populacional proporcionalmente alta.
- II. Rural não é sempre sinônimo de agrícola/pecuária e nem tem exclusividade sobre essas atividades.
- III. Rural é, via de regra, monosssetorial e monofuncional.

Está correto o que se afirma em

- (A) II, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

67

A fenilcetonúria (FNC) é uma doença autossômica recessiva causada por mutações no gene PAH que codifica a enzima hepática fenilalanina-hidroxilase (FAH) e atinge 1:10.000 recém-nascidos no mundo.

Sobre a FNC, avalie as afirmativas a seguir.

- I. A triagem neonatal no Brasil é feita por intermédio do teste do pezinho, na primeira semana de vida.
- II. Mulheres com FNC ou hiperfenilalaninemia não-FNC devem receber, após a menarca, orientação especial quanto aos métodos anticoncepcionais e ao planejamento da gravidez.
- III. A dieta restrita em fenilalanina, associada ao uso de fórmula metabólica, no caso de pacientes responsivas ao dicloridrato de sapropterina, deve ser estabelecida antes e durante a gestação com o objetivo de evitar embriopatia por FNC ou síndrome da FNC materna.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, II e III.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) I, apenas.

Neurologia

68

Homem de 69 anos é avaliado por quadro de bradicinesia e rigidez axial, com início há cerca de 1 ano. A marcha é amplamente prejudicada, com quedas frequentes desde os primeiros meses, além de olhar fixo com limitação de movimentos oculares verticais, especialmente na direção para baixo. Refere ainda disfagia precoce e fala arrastada. O tremor de repouso está ausente. Exame neurológico mostra instabilidade postural importante e rigidez cervical.

De acordo com os critérios diagnósticos da MDS para doença de Parkinson, esse quadro clínico deve ser interpretado como

- (A) parkinsonismo vascular com componente extrapiramidal axial.
- (B) parkinsonismo atípico sugestivo de degeneração corticobasal.
- (C) diagnóstico provável de doença de Parkinson, aguardando resposta ao teste com levodopa.
- (D) doença de Parkinson idiopática com evolução atípica inicial, devendo seguir em observação clínica.
- (E) caso com critério de exclusão para doença de Parkinson, altamente sugestivo de paralisia supranuclear progressiva.

69

Mulher de 50 anos em acompanhamento com psiquiatra por depressão, ansiedade e insônia resistente a várias medicações. Há 1 ano usa Neuleptil (periciazinha) com melhora parcial do sono. Há 9 meses vem apresentando, de forma progressiva, quadro de lentificação motora progressiva, rigidez e dificuldade para virar na cama e mudanças de decúbito.

Ao exame, apresenta bradicinesia e rigidez nos 4 membros simétrica. O neurologista deseja esclarecer se a paciente apresenta Doença de Parkinson ou parkinsonismo induzido por antipsicóticos.

Nesse contexto, o exame mais apropriado para ajudar no diagnóstico é

- (A) RM funcional com PET-FDG para avaliar metabolismo estriatal.
- (B) SPECT com TRODAT, que estará normal se for parkinsonismo por neurolépticos.
- (C) eletroneuromiografia para diferenciar tremor essencial de tremor parkinsoniano.
- (D) cintilografia cardíaca com MIBG, que estará reduzida se for parkinsonismo por fármaco.
- (E) teste terapêutico com levodopa em dose alta, que melhora parkinsonismo por fármaco.

70

Homem de 65 anos com doença de Parkinson diagnosticada há 8 anos retorna em acompanhamento com queixa de movimentos involuntários anormais, hipercinéticos e distonia, que surgem cerca de 30 minutos após tomar a levodopa e pioram nos períodos de pico do efeito da medicação.

Refere que há períodos em que a medicação “funciona bem” e outros em que “parece não fazer efeito”, com retorno da rigidez e da lentidão que ocorrem antes da próxima dose. Está em uso de levodopa/benzerasida 800 mg/dia divididos em 4 tomadas.

Uma complicação motora observada nesse caso é

- (A) a síndrome de disfunção dopaminérgica, relacionada ao abuso da levodopa.
- (B) a discinesia bifásica, presente nos estágios iniciais da doença de Parkinson.
- (C) a discinesia de fim de dose, associada à falência da via dopaminérgica pós-sináptica.
- (D) a flutuação motora do tipo *on-off*, associada à progressão da doença e à farmacocinética irregular.
- (E) pseudodiscinesia induzida por ansiedade nos períodos ON.

71

Homem de 62 anos é avaliado por quadro progressivo de desequilíbrio, fala arrastada e dificuldade de coordenação dos membros, iniciado há cerca de 18 meses. Refere também episódios de queda da pressão ao se levantar, com tontura, e urgência urinária que iniciaram recentemente.

Ao exame físico, apresenta disartria moderada, ataxia apendicular bilateral e marcha com base alargada. Há também hipertonia plástica nos membros superiores e hiperreflexia global. O exame ocular está preservado. Não há história familiar de doenças neurológicas. A RM mostra atrofia ponto-cerebelar.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) ataxia espinocerebelar tipo 3 (SCA-3).
- (B) degeneração cerebelar paraneoplásica.
- (C) ataxia de Friedreich de início muito tardio.
- (D) paralisia supranuclear progressiva variante cerebelar.
- (E) atrofia de múltiplos sistemas tipo cerebelar (AMS-C).

72

Idoso de 75 anos desenvolve nos últimos seis meses progressiva alteração da marcha, incontinência urinária e declínio cognitivo. A tomografia mostra ventrículos cerebrais aumentados com sulcos corticais preservados.

Nesse caso, o diagnóstico e a conduta mais adequados são

- (A) parkinsonismo vascular – iniciar levodopa.
- (B) atrofia cortical difusa – indicar tratamento sintomático.
- (C) demência de Alzheimer – iniciar inibidores de acetilcolinesterase.
- (D) demência frontotemporal – encaminhar para avaliação psiquiátrica.
- (E) hidrocefalia de pressão normal – realizar *tap-test* e considerar derivação ventriculoperitoneal.

73

Paciente de 16 anos relata rigidez muscular nos membros desde criança, especialmente após repouso prolongado, que melhora com o movimento contínuo. O pai apresenta sintomas semelhantes.

Ao exame, observa-se retardo no relaxamento após aperto de mãos. Eletromiografia mostra descargas miotônicas.

O diagnóstico e o tratamento são, respectivamente,

- (A) polimiosite juvenil e azatioprina.
- (B) miotonia de Thomsen e carbamazepina.
- (C) miopatia por depósito de glicogênio e fenitoina.
- (D) miopatia mitocondrial proximal e ácido valproico.
- (E) distrofia miotônica de Steiner (tipo 1) e fenobarbital.

74

Homem de 35 anos procura emergência com queixa de diplopia, instabilidade da marcha e diminuição dos reflexos. Relata infecção respiratória 10 dias antes do início dos sintomas. Exame demonstra ataxia, oftalmoparesia bilateral e arreflexia.

A principal hipótese diagnóstica e o tratamento de escolha são

- (A) miastenia gravis e piridostigmina oral.
- (B) esclerose múltipla e imunossuppressores.
- (C) síndrome de Miller Fisher e imunoglobulina intravenosa.
- (D) neurite vestibular e antieméticos e reabilitação vestibular.
- (E) encefalite de tronco encefálico e corticoides em altas doses.

75

Mulher de 42 anos apresenta náuseas incoercíveis, vômitos e soluços persistentes há 7 dias. Ressonância magnética mostra lesão hiperintensa em região bulbar posterior, sem restrição à difusão. Sorologia positiva para anticorpos anti-AQP4.

Esse quadro indica o diagnóstico de

- (A) síndrome clínica isolada de tronco cerebral.
- (B) encefalite límbica com síndrome hipotalâmica.
- (C) doença do espectro da neuromielite óptica (NMOSD).
- (D) encefalomielite aguda disseminada pós-vacinal (ADEM).
- (E) a ausência de neurite óptica exclui NMOSD AQP4-positiva.

76

Paciente feminina, 89 anos, previamente hígida, sofreu queda da própria altura com fratura de colo de fêmur à esquerda. Foi internada e estava aguardando o tratamento cirúrgico quando, contando 48 horas do trauma, entrou em coma. Durante o exame neurológico, testou-se a integridade do tronco cerebral.

Para tal, pesquisaram, entre outros reflexos, o córneo-palpebral que testa a integridade dos nervos cranianos:

- (A) III e VII.
- (B) III e V.
- (C) V e VII.
- (D) II e VII.
- (E) II e III.

77

Um paciente masculino de 39 anos foi diagnosticado com doença de Parkinson e iniciou tratamento com rasagilina, após confirmação por especialista em distúrbios do movimento.

Após três meses, apresentou infecção urinária e foi atendido por seu clínico, que foi alertado pelo paciente sobre a contraindicação do uso de um antibiótico específico, que consta na monografia do produto, devido à interação medicamentosa com a rasagilina.

Esse antibiótico é a

- (A) amoxicilina.
- (B) ciprofloxacina.
- (C) nitrofurantoina.
- (D) cefuroxima.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprima.

78

Paciente masculino, 58 anos, iniciou quadro parkinsoniano há aproximadamente três anos. Não teve uma boa resposta terapêutica com o uso de levodopa associada a benserazida. Além disso, chamavam atenção a presença do sinal do aplauso, de *retrocollis*, de paralisia do olhar vertical inferior e de quedas precoces, para trás, associada a bradicinesia. Negava doenças prévias e uso de fármacos que pudessem provocar tais sintomas e/ou trauma cranioencefálico de qualquer espécie.

A hipótese diagnóstica mais provável, dentre as opções listadas a seguir, é

- (A) degeneração estriatonigral.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) atrofia de múltiplos sistemas.
- (D) degeneração corticobasal.
- (E) paralisia supranuclear progressiva.

79

Um adulto jovem, internado em um hospital geral, teve o diagnóstico de morte encefálica.

Para esse diagnóstico, com base na Resolução CFM nº 2.173/2017, avalie se são necessários os seguintes fatores:

- I. A presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica.
- II. A ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica.
- III. O tratamento e a observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. No entanto, quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

80

Paciente feminina, 35 anos, procura a emergência de um hospital geral com queixa de cefaleia hemcraniana direita, pulsátil, intensa, de instalação súbita, precedida por escotomas cintilantes em olho direito após ingestão de vinho tinto. Evoluiu, ainda, com fotofobia, náuseas e vômitos, motivo pelo qual procurou atendimento médico.

Relata episódios anteriores semelhantes, desde a adolescência, especialmente, com a ingestão de vinho tinto ou queijo amarelo. Sua mãe e sua irmã têm episódios semelhantes. Ocasionalmente, esses episódios precedem a menstruação. O exame físico/neurológico não mostrava qualquer alteração.

A hipótese diagnóstica mais provável, entre as opções a seguir, é

- (A) cefaleia tipo tensão.
- (B) cefaleia em salva.
- (C) enxaqueca / migrânea.
- (D) cefaleia numular.
- (E) cefaleia hipóptica.

Realização

