

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

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 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

Homem de 68 anos, tabagista de 55 anos-maço, com diagnóstico prévio de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), procura emergência por piora progressiva da dispneia há 3 dias, associada a aumento do volume do escarro e mudança de sua coloração para amarelo-esverdeada. Faz uso regular de tiotrópio e formoterol. Nega febre, dor torácica ou hemoptise.

Ao exame: consciente e cooperativo, frequência respiratória de 32 irpm, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 138 × 82 mmHg, temperatura de 36,8 °C e SpO₂ de 84% em ar ambiente. Apresenta uso de musculatura acessória, tempo expiratório prolongado e sibilos difusos bilateralmente. Não há edema periférico.

Radiografia de tórax demonstra hiperinsuflação pulmonar, sem consolidações ou pneumotórax. Exames laboratoriais mostram: leucócitos 12.800/mm³, hemoglobina 15,1 g/dL, creatinina 0,9 mg/dL, sódio 138 mEq/L e potássio 4,0 mEq/L.

Após início de oxigenoterapia controlada, com SpO₂ de 90%, a gasometria arterial revela:

pH 7,28 | PaCO₂ 68 mmHg | PaO₂ 61 mmHg | HCO₃⁻ 31 mEq/L

Considerando o diagnóstico mais provável, os achados clínicos e gasométricos e os mecanismos farmacológicos envolvidos, assinale a opção que apresenta a conduta inicial mais adequada.

- (A) Iniciar ventilação não invasiva, associar β₂-agonista de curta ação e antimuscarínico de curta ação, administrar corticosteroide sistêmico e antibioticoterapia; o β₂-agonista promove broncodilatação por ativação de receptores β₂ acoplados à proteína Gs, com aumento intracelular de AMPc.
- (B) Manter oxigenoterapia até normalização da PaCO₂, associar corticosteroide inalatório e antibioticoterapia; o corticosteroide exerce seu efeito agudo principalmente por ativação de receptores de membrana, aumentando diretamente o AMPc na musculatura lisa brônquica.
- (C) Proceder imediatamente à intubação orotraqueal, associar β₂-agonista inalatório e corticosteroide sistêmico; o β₂-agonista reduz a concentração intracelular de AMPc por inibição da adenilato ciclase, diminuindo a disponibilidade de cálcio para contração muscular.
- (D) Iniciar ventilação não invasiva e corticosteroide sistêmico, mantendo a broncodilatação apenas com os fármacos de longa ação habituais; os antimuscarínicos de curta ação devem ser evitados porque o bloqueio dos receptores M3 intensifica a broncoconstrição colinérgica.
- (E) Iniciar ventilação não invasiva, antibioticoterapia e teofilina intravenosa como broncodilatador preferencial; a teofilina promove broncodilatação por ativação da fosfodiesterase, aumentando a degradação intracelular do AMPc.

2

Homem de 58 anos, 85 kg, é admitido no serviço de emergência com pneumonia comunitária grave, evoluindo nas últimas horas com piora progressiva da dispneia e rebaixamento do nível de consciência. Na avaliação inicial, encontra-se sonolento, responde apenas a estímulos vigorosos, apresenta tosse ineficaz e acúmulo de secreções em orofaringe.

Ao exame: PA 118 × 72 mmHg, FC 112 bpm, FR 34 irpm, temperatura 38,6 °C e SpO₂ 82% apesar de máscara com reservatório a 15 L/min. À ausculta pulmonar, apresenta crepitações difusas, mais intensas no hemitórax direito.

A gasometria arterial demonstra:

pH 7,24 | PaCO₂ 58 mmHg | PaO₂ 52 mmHg | HCO₃⁻ 24 mEq/L

Exames laboratoriais: Hb 13,1 g/dL; leucócitos 18.400/mm³; plaquetas 212.000/mm³; Na⁺ 138 mEq/L; K⁺ 4,2 mEq/L; creatinina 1,0 mg/dL; glicemia 126 mg/dL.

Diante da insuficiência respiratória aguda, hipoxemia grave e incapacidade progressiva de proteção da via aérea, indica-se intubação orotraqueal por sequência rápida. Após pré-oxigenação adequada, não são identificados história de hipertermia maligna, doença neuromuscular, queimaduras extensas ou outros fatores que contraindiquem o emprego da succinilcolina.

Considerando os princípios farmacológicos e a sequência apropriada dos medicamentos durante a intubação por sequência rápida, assinale a afirmativa correta.

- (A) Administrar fentanil 2 µg/kg IV, seguido de succinilcolina 1,5 mg/kg IV e, após o aparecimento das fasciculações, etomidato 0,3 mg/kg IV, procedendo à laringoscopia após instalação do bloqueio neuromuscular.
- (B) Administrar lidocaína 1,5 mg/kg IV, seguida de etomidato 0,3 mg/kg IV; após a perda da consciência, proceder à laringoscopia e reservar a succinilcolina 1,5 mg/kg IV para eventual dificuldade de abertura mandibular.
- (C) Administrar etomidato 0,3 mg/kg IV, seguido imediatamente de succinilcolina 1–1,5 mg/kg IV; após instalação do bloqueio neuromuscular, proceder à laringoscopia e intubação, sem considerar lidocaína ou fentanil etapas obrigatórias da sequência.
- (D) Administrar fentanil 2 µg/kg IV e etomidato 0,3 mg/kg IV, seguidos de succinilcolina 0,5 mg/kg IV; após cessarem as fasciculações, proceder à laringoscopia, utilizando dose reduzida do bloqueador para minimizar o risco de hipercalemia.
- (E) Administrar etomidato 0,3 mg/kg IV, seguido de fentanil 2 µg/kg IV e succinilcolina 1–1,5 mg/kg IV; aguardar cerca de três minutos após o opioide antes da laringoscopia para assegurar adequada atenuação da resposta simpática à instrumentação.

3

Mulher de 21 anos retorna ao ambulatório seis meses após tratamento de carcinoma folicular da tireoide. Foi submetida à tireoidectomia total seguida de radioiodoterapia e encontra-se em uso de levotiroxina 150 µg/dia.

Nas últimas semanas, passou a apresentar palpitações, tremor fino das mãos e intolerância ao calor. Nega dor cervical, disfagia ou perda ponderal importante. Ao exame, apresenta PA 118 × 70 mmHg, FC 104 bpm, tremor fino distal e ausência de massas ou linfonodomegalias cervicais palpáveis.

A avaliação atual demonstra: TSH: 0,06 mUI/L; T4 livre: 1,9 ng/dL (VR: 0,8–1,8); Tireoglobulina sob levotiroxina: 0,08 ng/mL; Anticorpo antitireoglobulina: não detectável; Ultrassonografia cervical: ausência de lesões no leito tireoidiano ou linfonodos suspeitos.

Considerando a resposta ao tratamento, o acompanhamento do carcinoma diferenciado da tireoide e a farmacologia da levotiroxina, assinale a opção que indica a conduta mais apropriada neste momento.

- (A) Manter a dose atual de levotiroxina, pois a supressão do TSH abaixo de 0,1 mUI/L deve ser preservada após radioiodoterapia, mesmo diante de resposta bioquímica e estrutural favorável, desde que os sintomas sejam controlados com betabloqueador.
- (B) Suspender temporariamente a levotiroxina para obtenção de TSH elevado e dosar tireoglobulina estimulada, pois somente a Tg após estímulo permite estabelecer resposta excelente e autorizar redução posterior da intensidade da supressão hormonal.
- (C) Manter a levotiroxina e solicitar pesquisa de corpo inteiro com radioiodo antes de qualquer ajuste, pois tireoglobulina baixa durante supressão do TSH não exclui doença residual e requer confirmação funcional antes da redução da dose hormonal.
- (D) Reduzir a dose de levotiroxina, buscando TSH dentro do intervalo de referência, e manter seguimento com tireoglobulina acompanhada de anti-Tg e vigilância estrutural apropriada, pois os achados caracterizam resposta excelente e não justificam supressão prolongada do TSH.
- (E) Substituir parcialmente a levotiroxina por liotironina, mantendo o TSH abaixo do limite inferior da referência, pois o T3 possui maior afinidade pelos receptores nucleares e permite preservar o efeito antitumoral com menor risco de manifestações de tireotoxicose.

4

Homem de 52 anos, hipertenso e ex-tabagista, foi submetido a angioplastia coronariana com implante de stent após infarto agudo do miocárdio há 8 meses. Desde a alta, mantém boa adesão ao tratamento e às medidas não farmacológicas. Encontra-se assintomático e utiliza, entre outros medicamentos, atorvastatina 80 mg/dia.

Os exames laboratoriais atuais mostram: Colesterol total: 156 mg/dL; LDL-C: 78 mg/dL; HDL-C: 43 mg/dL; Triglicerídeos: 174 mg/dL; AST: 29 U/L; ALT: 32 U/L; CK: 104 U/L; Creatinina: 0,9 mg/dL; Glicemia de jejum: 96 mg/Dl

O paciente refere adesão regular à atorvastatina e não apresenta mialgia ou outros efeitos adversos. Considerando o risco cardiovascular, os resultados laboratoriais e os mecanismos farmacológicos dos agentes hipolipemiantes, qual é a conduta mais apropriada neste momento?

- (A) Substituir a atorvastatina por fenofibrato, agonista do receptor nuclear PPAR-α que aumenta a atividade da lipoproteína lipase, priorizando a redução dos triglicerídeos como estratégia de prevenção de novos eventos cardiovasculares.
- (B) Associar niacina à atorvastatina, reduzindo a produção hepática de VLDL e aumentando o HDL-C, estratégia que proporciona redução adicional de eventos cardiovasculares em pacientes com doença aterosclerótica tratados com estatinas.
- (C) Associar ezetimiba à atorvastatina, inibindo a absorção intestinal de colesterol e reduzindo o aporte de colesterol ao fígado, o que promove aumento compensatório da expressão hepática de receptores de LDL.
- (D) Substituir a atorvastatina por evolocumabe, anticorpo monoclonal que bloqueia a PCSK9 e reduz a degradação dos receptores hepáticos de LDL, utilizando-o isoladamente como estratégia preferencial antes da associação de outro hipolipemiante.
- (E) Manter apenas atorvastatina 80 mg/dia, pois a redução adicional do LDL-C abaixo de 70 mg/dL não apresenta benefício cardiovascular comprovado quando já se utiliza estatina na dose máxima tolerada.

5

Uma técnica de enfermagem de 29 anos, previamente hígida, sofre acidente durante coleta de sangue de um paciente internado. Ao tentar descartar o dispositivo, perfura profundamente a polpa digital com agulha oca recém-utilizada para punção venosa, com presença visível de sangue no lúmen. O acidente ocorreu há 50 minutos. O local foi imediatamente lavado com água e sabão.

A pessoa-fonte vive com HIV há 8 anos, encontra-se clinicamente estável, em uso regular de terapia antirretroviral e apresenta carga viral do HIV < 40 cópias/mL, de forma sustentada nos últimos 24 meses, sem registro de falha virológica recente.

Na avaliação inicial, o teste rápido para HIV da profissional exposta é não reagente. Os exames mostram: creatinina 0,72 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada > 90 mL/min/1,73 m², AST 21 U/L e ALT 19 U/L. Não há gestação nem uso de medicamentos com interações relevantes.

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, assinale a opção que indica a conduta mais adequada e o respectivo fundamento farmacológico.

- (A) Iniciar zidovudina e lamivudina por 28 dias, sem terceiro antirretroviral, pois a supressão virológica da pessoa-fonte permite reduzir a intensidade do esquema profilático e evitar exposição desnecessária a inibidores da integrase.
- (B) Não iniciar profilaxia antirretroviral, pois a carga viral sustentadamente indetectável da pessoa-fonte determina risco zero também na exposição percutânea; manter apenas seguimento sorológico da profissional exposta.
- (C) Iniciar tenofovir e lamivudina por 28 dias, reservando dolutegravir para situações em que a pessoa-fonte apresente carga viral detectável, pois dois inibidores da transcriptase reversa seriam suficientes diante de supressão virológica documentada.
- (D) Iniciar tenofovir/lamivudina associados a darunavir/ritonavir por 28 dias, pois a exposição percutânea proveniente de pessoa-fonte em tratamento antirretroviral exige preferencialmente um inibidor de protease para reduzir o risco de resistência transmitida.
- (E) Iniciar imediatamente tenofovir/lamivudina associados a dolutegravir e manter o esquema por 28 dias; tenofovir e lamivudina inibem a transcriptase reversa, enquanto o dolutegravir inibe a integrase viral, impedindo a integração do DNA viral ao genoma da célula hospedeira.

6

Mulher de 48 anos procura ambulatório de Clínica Médica para tratamento da obesidade. Apresenta ganho ponderal progressivo há aproximadamente 10 anos. Nos últimos 12 meses, realizou acompanhamento nutricional, redução da ingestão calórica e atividade física regular, porém obteve perda de apenas 2,5% do peso inicial, seguida de recuperação ponderal.

Tem hipertensão arterial controlada com losartana e dislipidemia. Nega diabetes mellitus, pancreatite prévia, colelitíase sintomática, doença cardiovascular estabelecida, transtorno convulsivo e história pessoal ou familiar de carcinoma medular da tireoide ou neoplasia endócrina múltipla tipo 2. Não utiliza opioides.

Ao exame: peso 101 kg; altura 1,66 m; IMC 36,7 kg/m²; circunferência abdominal 111 cm; PA 132 × 82 mmHg; FC 78 bpm.

Exames laboratoriais: glicemia de jejum: 112 mg/dL; HbA1c: 6,1%; triglicerídeos: 236 mg/dL; LDL-c: 146 mg/dL; HDL-c: 38 mg/dL; ALT: 48 U/L; AST: 32 U/L; creatinina: 0,81 mg/dL; TSH: 1,9 mUI/L.

A paciente deseja tratamento farmacológico e afirma que sua principal meta é obter perda ponderal clinicamente expressiva e sustentada, além de reduzir seu risco cardiometabólico.

Considerando as intervenções farmacológicas disponíveis para tratamento da obesidade, seus mecanismos de ação, eficácia relativa e o perfil clínico apresentado, assinale a opção que indica a conduta mais adequada para esse caso.

- (A) Iniciar naltrexona/bupropiona, cuja ação conjunta sobre neurônios POMC hipotalâmicos e circuitos mesolímbicos reduz fome e recompensa alimentar; diante da ausência de uso de opioides e de transtorno convulsivo, constitui opção possível e apresenta eficácia ponderal esperada semelhante à dos agonistas do receptor de GLP-1 de alta potência.
- (B) Iniciar semaglutida, agonista do receptor de GLP-1 de administração semanal, que reduz a ingestão energética por aumentar saciedade e reduzir fome, retarda o esvaziamento gástrico e potencializa a secreção de insulina de modo dependente da glicose; seu perfil de eficácia torna-a apropriada diante da magnitude de perda ponderal pretendida, associada à manutenção das intervenções sobre estilo de vida.
- (C) Iniciar orlistate, inibidor das lipases gastrointestinais que reduz a absorção da gordura alimentar; por atuar periféricamente e também reduzir LDL-c, constitui alternativa especialmente adequada neste caso, apresentando magnitude média de perda ponderal comparável à obtida com semaglutida em doses destinadas ao tratamento da obesidade.
- (D) Iniciar liraglutida, agonista do receptor de GLP-1 administrado por via subcutânea diariamente, que aumenta saciedade e reduz ingestão energética; por compartilhar o mesmo receptor farmacológico com a semaglutida, as duas medicações apresentam magnitude de perda ponderal aproximadamente equivalente quando empregadas nas doses aprovadas para obesidade.
- (E) Iniciar sibutramina, inibidor da recaptação de noradrenalina e serotonina com efeito sobre saciedade e ingestão alimentar; como a paciente não apresenta doença cardiovascular estabelecida e sua pressão arterial encontra-se controlada, essa opção apresenta relação benefício-risco favorável e eficácia ponderal esperada equivalente à semaglutida.

7

Homem de 34 anos, previamente hígido, procura uma unidade de pronto atendimento cerca de 8 horas após ser mordido por seu gato doméstico na mão direita, enquanto tentava contê-lo para colocá-lo em uma caixa de transporte. O animal é domiciliado, encontra-se aparentemente saudável e pode permanecer em observação.

Ao exame, apresenta duas perfurações puntiformes profundas no dorso da mão, uma delas com discreto sangramento, sem secreção purulenta, flutuação ou crepitação. Há dor local leve, sem limitação dos movimentos dos dedos e sem dor à mobilização passiva. Temperatura 36,7 °C, frequência cardíaca 78 bpm e pressão arterial 124 × 76 mmHg.

Radiografia da mão não demonstra fratura, gás em partes moles ou corpo estranho.

Exames laboratoriais mostram: leucócitos: 7.900/mm³; neutrófilos: 62%; hemoglobina: 14,6 g/dL; plaquetas: 248.000/mm³; proteína C reativa: 2,1 mg/L; creatinina: 0,9 mg/dL.

O paciente informa ter recebido esquema básico completo contra o tétano, com última dose há 3 anos, e nega alergias medicamentosas.

Considerando a localização e as características da lesão, a microbiologia das infecções relacionadas a mordeduras e os mecanismos farmacológicos dos antimicrobianos disponíveis, assinale a opção que indica a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Realizar irrigação abundante e prescrever cefalexina, pois sua ligação às proteínas ligadoras de penicilina inibe a síntese da parede bacteriana e proporciona cobertura adequada para *Staphylococcus*, *Streptococcus* e *Pasteurella*; não realizar reforço antitetânico e iniciar vacinação antirrábica.
- (B) Realizar limpeza e irrigação da ferida e prescrever amoxicilina/clavulanato; a amoxicilina inibe a síntese da parede bacteriana por ligação às proteínas ligadoras de penicilina, enquanto o clavulanato inibe beta-lactamases, ampliando a cobertura da flora polimicrobiana; não indicar reforço antitetânico e manter o gato em observação por 10 dias.
- (C) Realizar irrigação e prescrever sulfametoxazol/trimetoprim isoladamente, cuja inibição sequencial da síntese de folato proporciona cobertura suficiente para *Pasteurella*, cocos Gram-positivos e anaeróbios; realizar reforço antitetânico e observar o animal por 10 dias.
- (D) Realizar irrigação, manter a ferida aberta e prescrever clindamicina isoladamente, que se liga à subunidade ribossômica 50S e cobre adequadamente os principais cocos Gram-positivos, anaeróbios e *Pasteurella*; não realizar reforço antitetânico e iniciar imediatamente vacina e imunoglobulina antirrábicas.
- (E) Realizar irrigação e apenas observação clínica, sem antibioticoprofilaxia, pois a ausência de leucocitose, elevação da proteína C reativa ou sinais locais de infecção indica baixo risco de complicações; não realizar reforço antitetânico e manter o animal em observação por 10 dias.

8

Homem de 32 anos, previamente hígido, retorna ao serviço de emergência por persistência de quadro iniciado há cinco dias com febre, dor abdominal em cólicas e diarreia, inicialmente aquosa, que evoluiu para aproximadamente oito evacuações diárias, algumas contendo sangue e muco. Há três dias, durante o primeiro atendimento, foram coletadas fezes para investigação microbiológica e instituída reposição hidroeletrólítica, sem antibioticoterapia. Refere ter consumido frango malcozido cerca de dois dias antes do início dos sintomas.

Na reavaliação, apresenta temperatura de 38,7 °C, frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial de 108 × 68 mmHg e mucosas discretamente secas. O abdome é doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais mostram: hemoglobina 14,1 g/dL; leucócitos 15.800/mm³, com 84% de neutrófilos; plaquetas 238.000/mm³; creatinina 1,0 mg/dL; ureia 31 mg/dL; sódio 136 mEq/L; potássio 3,4 mEq/L e proteína C reativa 96 mg/L. Não há evidências laboratoriais de hemólise ou disfunção renal.

A cultura das fezes coletada no atendimento anterior, realizada em meio seletivo sob condições de microaerofilia, encontra-se agora disponível e identifica *Campylobacter jejuni*.

Considerando a persistência e a intensidade do quadro, o agente identificado e os princípios de uso racional de antimicrobianos, além da manutenção da reposição hidroeletrólítica, assinale a opção que indica a conduta farmacológica mais apropriada e o respectivo mecanismo de ação.

- (A) Administrar ceftriaxona, que se liga às proteínas ligadoras de penicilina e inibe a síntese da parede bacteriana, constituindo terapia preferencial para a enterite por *C. jejuni*.
- (B) Administrar ciprofloxacino, que inibe a DNA-girase e a topoisomerase IV, constituindo terapia preferencial mesmo sem demonstração de suscetibilidade do isolado.
- (C) Administrar sulfametoxazol-trimetoprima, que promove bloqueio sequencial da síntese bacteriana de folato, constituindo terapia de primeira escolha para a campilobacteriose intestinal.
- (D) Administrar azitromicina, que se liga à subunidade 50S do ribossomo bacteriano e inibe a síntese proteica, constituindo tratamento apropriado para a campilobacteriose clinicamente relevante.
- (E) Administrar loperamida para controle sintomático, que atua predominantemente em receptores μ -opioides periféricos e reduz a motilidade intestinal, sendo apropriada diante da persistência de febre e sangue nas fezes.

9

Homem de 54 anos, hipertenso e diabético, procura atendimento por palpitações, cansaço e dispneia aos esforços iniciados há cerca de cinco dias. Nega síncope ou dor torácica. Refere não utilizar anticoagulantes. Faz uso regular de losartana e metformina.

Ao exame, encontra-se consciente, orientado e bem perfundido, com pressão arterial de 126 × 74 mmHg, frequência cardíaca de 148 bpm, frequência respiratória de 18 irpm e SpO₂ de 97% em ar ambiente. A ausculta cardíaca revela ritmo regular e taquicárdico, sem sopros. Não há sinais de congestão pulmonar ou periférica.

O eletrocardiograma demonstra taquicardia regular de QRS estreito, frequência ventricular de aproximadamente 150 bpm e atividade atrial regular próxima de 300 bpm, com ondas em “dente de serra” mais evidentes nas derivações II, III e aVF, compatível com flutter atrial típico com condução atrioventricular 2:1.

Exames laboratoriais mostram: hemoglobina 14,0 g/dL; plaquetas 224.000/mm³; creatinina 0,9 mg/dL; sódio 139 mEq/L; potássio 4,2 mEq/L; magnésio 2,0 mg/dL; TSH 2,1 mUI/L e troponina cardíaca sem elevação significativa.

O ecocardiograma transtorácico mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 58%, sem valvopatia significativa.

Considerando que a arritmia persiste há aproximadamente cinco dias e que se planeja estratégia de restauração do ritmo sinusal, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada e o mecanismo de ação do tratamento farmacológico relacionado à prevenção do principal evento adverso associado à cardioversão.

- (A) Iniciar apixabana e programar cardioversão após anticoagulação adequada, ou antecipá-la após exclusão de trombo atrial por ecocardiografia transesofágica; o fármaco inibe diretamente o fator Xa, reduzindo a geração de trombina.
- (B) Administrar ceftriaxona e realizar cardioversão após controle da frequência ventricular; o fármaco se liga às proteínas ligadoras de penicilina e reduz a formação de trombos atriais ao limitar a ativação endotelial.
- (C) Iniciar clopidogrel e programar cardioversão após adequada inibição plaquetária; o fármaco bloqueia irreversivelmente o receptor plaquetário P2Y₁₂, prevenindo o tromboembolismo relacionado ao flutter.
- (D) Iniciar varfarina e realizar cardioversão imediatamente após uma única determinação de INR terapêutico; o fármaco ativa a vitamina K epóxido redutase, aumentando a síntese dos fatores II, VII, IX e X.
- (E) Iniciar enoxaparina em dose profilática e realizar cardioversão após controle da frequência ventricular; o fármaco potencializa a antitrombina e apresenta atividade predominante contra o fator Xa, sendo a dose profilática suficiente nesse contexto.

10

Mulher de 38 anos, sem diagnóstico prévio de doença autoimune, procura atendimento por dor e edema progressivos no membro inferior esquerdo há 3 dias. Há quatro anos, apresentou trombose venosa profunda (TVP) proximal não provocada, tratada com anticoagulação durante seis meses. Dois anos depois, sofreu acidente vascular cerebral isquêmico, também sem fator desencadeante identificado. Nega uso de anticoncepcionais, tabagismo ou história familiar de trombofilia.

Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável, com edema assimétrico e dor à palpação da panturrilha esquerda. A ultrassonografia com Doppler demonstra nova TVP envolvendo as veias femoral e poplítea.

Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina: 12,6 g/dL; leucócitos: 7.800/mm³; plaquetas: 108.000/mm³; creatinina: 0,8 mg/dL; TP/INR: 1,0; TTPa: 58 segundos (controle: 30 segundos); anticoagulante lúpico: positivo; anticardiolipina IgG: 92 GPL; anti-β₂-glicoproteína I IgG: fortemente positivo; FAN: negativo; anti-DNA de dupla hélice: negativo.

Os anticorpos antifosfolípidos permanecem positivos em nova determinação realizada 12 semanas depois.

Após o tratamento da fase aguda do evento trombótico com anticoagulação parenteral, deve-se definir a estratégia de prevenção secundária em longo prazo.

Considerando o diagnóstico mais provável, o significado dos achados laboratoriais e o mecanismo farmacológico do tratamento, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica, mas o TTPa prolongado indica efeito anticoagulante sistêmico do anticorpo *in vivo*; por isso, após a fase aguda, deve-se priorizar ácido acetilsalicílico isoladamente para reduzir o risco hemorrágico associado à anticoagulação.
- (B) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica e deve receber apixabana em longo prazo, pois a inibição direta e reversível do fator Xa oferece proteção equivalente à varfarina em pacientes com tripla positividade, independentemente de eventos arteriais prévios.
- (C) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide associada à trombocitopenia imune, devendo-se priorizar corticosteroide sistêmico até normalização da contagem plaquetária e iniciar anticoagulação apenas após atingir valores superiores a 150.000/mm³.
- (D) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide provável, porém a persistência dos anticorpos por 12 semanas, na ausência de lúpus eritematoso sistêmico, não estabelece relevância clínica suficiente para anticoagulação prolongada; recomenda-se tratamento da TVP atual pelo período convencional de três a seis meses.
- (E) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica de alto risco; deve receber anticoagulação prolongada com varfarina, que reduz a síntese hepática funcional dos fatores II, VII, IX e X dependentes de vitamina K, sendo inadequada a substituição rotineira por anticoagulante oral direto nesse perfil.

11

Homem de 47 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, é internado por febre, calafrios e dor lombar. Duas hemoculturas obtidas na admissão isolam *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA), e a ressonância magnética demonstra espondilodiscite em L3–L4, sem coleção drenável. É iniciada antibioticoterapia intravenosa dirigida.

No 8º dia de internação, apesar da melhora da febre, apresenta edema de membros inferiores, oligúria e pressão arterial de 168 × 96 mmHg. A creatinina sérica, previamente 1,0 mg/dL, eleva-se para 2,8 mg/dL. Os exames mostram: ureia: 92 mg/dL; potássio: 5,1 mEq/L; albumina: 3,0 g/dL; C3: 48 mg/dL (VR: 90–180); C4: 22 mg/dL (VR: 10–40); FAN: negativo; ANCA: negativo; proteinúria: 1,8 g/24 h; EAS: hematúria dismórfica, proteinúria e cilindros hemáticos.

Diante da piora da função renal, realiza-se biópsia renal, que demonstra glomerulonefrite proliferativa difusa, com depósitos granulares de imunoglobulinas e C3 no mesângio e ao longo das paredes capilares à imunofluorescência.

Considerando o diagnóstico, o mecanismo fisiopatológico da lesão glomerular e a estratégia terapêutica mais adequada, assinale a alternativa CORRETA.

- (A) O quadro é compatível com glomerulonefrite rapidamente progressiva pauci-imune desencadeada pela infecção, sendo indicada pulsoterapia com metilprednisolona associada à ciclofosfamida, mesmo diante da negatividade do ANCA.
- (B) O consumo predominante de C3 caracteriza glomerulopatia por C3 precipitada pela infecção, devendo-se completar o controle microbiológico e, diante da progressão da lesão renal, iniciar bloqueio farmacológico da via terminal do complemento.
- (C) O quadro é compatível com glomerulonefrite relacionada à infecção bacteriana ativa, mediada por imunocomplexos e ativação do complemento; deve-se manter antibioticoterapia dirigida ao foco infeccioso e instituir tratamento de suporte renal, sem indicação rotineira de corticosteroides.
- (D) O paciente apresenta glomerulonefrite pós-estreptocócica, pois o consumo predominante de C3 associado ao padrão proliferativo glomerular é característico dessa etiologia, sendo indicada antibioticoterapia específica contra estreptococos nefritogênicos.
- (E) O padrão histológico demonstra lesão glomerular predominantemente mediada por imunidade celular, justificando corticoterapia para reduzir a transcrição de mediadores inflamatórios, associada ao antimicrobiano enquanto persistir comprometimento da função renal.

12

Homem de 72 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica estágio G3a, encontra-se internado há 12 dias para tratamento de pneumonia hospitalar. Recebeu inicialmente ceftriaxona e azitromicina e, após piora respiratória, o esquema foi substituído por piperacilina/tazobactam.

No décimo dia de internação, iniciou diarreia aquosa, inicialmente com oito evacuações em 24 horas, associada a dor abdominal difusa. Nas 48 horas seguintes, evoluiu com distensão abdominal progressiva, redução importante das evacuações, oligúria e hipotensão.

Ao exame: temperatura 38,1 °C, frequência cardíaca 118 bpm, pressão arterial 82 × 48 mmHg, mucosas secas e abdome distendido, difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidroaéreos muito diminuídos.

Exames laboratoriais mostram: leucócitos: 32.800/mm³, com 89% de neutrófilos; hemoglobina: 11,4 g/dL; creatinina: 2,4 mg/dL, sendo basal 1,2 mg/dL; albumina: 2,2 g/dL; lactato: 4,1 mmol/L; potássio: 3,1 mEq/L.

Pesquisa molecular nas fezes detecta gene toxigênico de *Clostridioides difficile*, com imunoensaio para toxinas A/B positivo. A tomografia computadorizada do abdome evidencia espessamento difuso da parede colônica e dilatação do cólon transversal de 6,5 cm, sem pneumoperitônio.

Após reposição volêmica inicial, considerando o diagnóstico, a gravidade da apresentação e os mecanismos farmacológicos envolvidos, qual é a conduta antimicrobiana mais adequada neste momento?

- (A) Fidaxomicina 200 mg por via oral a cada 12 horas, pois sua ligação à subunidade β da RNA-polimerase bacteriana inibe a transcrição e apresenta menor impacto sobre a microbiota intestinal, sendo preferível à vancomicina também nas formas fulminantes.
- (B) Vancomicina 500 mg por via oral ou por sonda a cada 6 horas associada a metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas, considerando vancomicina por via retal se o íleo impedir adequada distribuição; a vancomicina liga-se aos terminais D-Ala-D-Ala dos precursores do peptidoglicano.
- (C) Vancomicina 125 mg por via oral a cada 6 horas em monoterapia, pois sua ligação aos precursores do peptidoglicano determina elevada concentração intraluminal e torna desnecessária terapia sistêmica mesmo na presença de choque e íleo paralítico.
- (D) Metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas em monoterapia, pois seus metabólitos reduzidos produzem espécies reativas que lesionam o DNA bacteriano e a administração parenteral assegura concentrações colônicas suficientes mesmo na doença fulminante com íleo.
- (E) Vancomicina 500 mg intravenosa a cada 6 horas associada a metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas, pois a distribuição sistêmica da vancomicina permite concentrações adequadas no lúmen colônico e bloqueia a síntese da parede bacteriana durante o íleo.

13

Uma mulher de 64 anos, com diagnóstico prévio de neuralgia do trigêmeo clássica, procura o serviço de emergência por intensificação importante da dor nas últimas 48 horas. Apresenta paroxismos de dor facial unilateral, em choque, envolvendo os territórios maxilar e mandibular direitos, com duração de segundos e desencadeados pela mastigação, fala e toque da face. Nas últimas horas, os episódios tornaram-se muito frequentes, impedindo alimentação e dificultando a ingestão de líquidos.

Faz uso regular de carbamazepina, com controle satisfatório até recentemente. Encontra-se consciente, hemodinamicamente estável e sem déficit neurológico focal ou alteração persistente da sensibilidade facial. Analgésicos convencionais administrados no serviço de emergência não proporcionaram controle adequado dos paroxismos.

O manejo imediato desse quadro deve

- (A) acrescentar pregabalina por via oral à carbamazepina e observar a resposta nas próximas horas antes de considerar terapia parenteral.
- (B) administrar fenitoína intravenosa sob monitorização cardiorrespiratória e, após o controle da exacerbação, reavaliar a estratégia farmacológica de manutenção.
- (C) substituir a carbamazepina por lamotrigina, realizando titulação rápida até obtenção do controle dos paroxismos.
- (D) administrar lidocaína tópica intranasal como estratégia de resgate e manter a carbamazepina na dose habitual até resolução da exacerbação.
- (E) aumentar imediatamente a dose de carbamazepina e aguardar sua resposta antes de empregar outra estratégia farmacológica.

14

Homem de 67 anos, hipertenso, é admitido no pronto atendimento com febre, tosse produtiva e dispneia há três dias. Encontra-se confuso, com temperatura de 38,7 °C, frequência cardíaca de 118 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, pressão arterial de 82/48 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 91% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidencia consolidação no lobo inferior direito. Exames laboratoriais mostram leucócitos de 18.400/mm³, creatinina de 2,0 mg/dL, sendo basal de 0,9 mg/dL, e lactato de 4,8 mmol/L.

Após coleta de culturas e início de antibioticoterapia, recebe solução cristaloide em volume total de 30 mL/kg. Na reavaliação, permanece com pressão arterial de 84/50 mmHg, frequência cardíaca de 112 bpm e lactato de 4,3 mmol/L. O tempo de enchimento capilar é de 5 segundos. A elevação passiva dos membros inferiores não produz aumento significativo do volume sistólico avaliado por ecocardiografia à beira-leito. Não há sinais de congestão pulmonar.

Nesse momento, a conduta mais apropriada é

- (A) administrar nova expansão rápida com cristaloide, pois a ausência de congestão pulmonar indica segurança para prosseguir a reposição volêmica até a normalização do lactato.
- (B) iniciar noradrenalina, titulando a dose inicialmente para pressão arterial média de aproximadamente 65 mmHg, com reavaliação seriada da perfusão e da resposta hemodinâmica.
- (C) iniciar vasopressina como agente vasoativo de primeira escolha, reservando a noradrenalina para os casos em que não seja possível atingir a pressão arterial média alvo.
- (D) iniciar dobutamina isoladamente, uma vez que a persistência de hiperlactatemia após reposição volêmica adequada demonstra baixo débito cardíaco como mecanismo predominante do choque.
- (E) aguardar nova dosagem de lactato após a conclusão da antibioticoterapia inicial antes de iniciar vasopressor, pois a persistência de hiperlactatemia isoladamente não estabelece falha da ressuscitação volêmica.

Dermatologia

15

Uma mulher de 38 anos apresenta febre, mialgia e aparecimento súbito de lesões cutâneas há cinco dias. O exame físico revela infiltração cutânea difusa na face e nos membros, madarose bilateral completa, máculas purpúricas de contornos geométricos nos membros inferiores e no tronco, além de bolhas hemorrágicas e ulcerações necróticas no tronco. A biópsia de pele de uma lesão purpúrica abdominal evidencia à coloração de Fite-Faraco, proliferação endotelial com oclusão trombótica de vasos dérmicos e massiva quantidade de bacilos álcool-ácido resistentes intracelulares colonizando as células endoteliais.

A gravidade desse quadro clínico-patológico exige, como conduta terapêutica inicial,

- (A) iniciar talidomida por via oral em doses regressivas associada à manutenção do esquema de poliquimioterapia única multibacilar.
- (B) prescrever prednisona por via oral associada ao esquema de poliquimioterapia única multibacilar, mantendo suporte clínico local rigoroso.
- (C) indicar plasmaférese terapêutica associada ao uso de imunoglobulina humana endovenosa, suspendendo as medicações antimicrobianas prévias.
- (D) administrar pulsoterapia venosa com metilprednisolona associada à interrupção temporária do esquema de poliquimioterapia até a resolução das úlceras.
- (E) associar clofazimina em altas doses à corticoterapia sistêmica, postergando o início do esquema de poliquimioterapia única até a estabilização vascular.

16

A Secretaria Municipal de Saúde de um município de grande porte analisou a evolução histórica dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase em seu território ao longo de um período de cinco anos, conforme consolidado na tabela a seguir:

Indicador	Ano				
	1	2	3	4	5
Taxa de detecção em menores de 15 anos*	28,4	25,1	22,7	19,8	17,2
Taxa de detecção em menores de 15 anos*	4,1	4,0	3,8	3,7	3,6
Casos novos com grau 2 de incapacidade física (%)	8,2	9,1	10,4	11,7	12,3
Contatos intradomiciliares examinados (%)	86,0	82,0	76,0	71,0	68,0
Proporção de cura nas coortes de diagnóstico (%)	91,0	92,0	92,0	93,0	93,0

* Taxas por 100.000 habitantes

A análise dos indicadores apresentados permite concluir que ocorre

- (A) eliminação progressiva da transmissão oculta evidenciada pela estabilidade temporal na taxa de detecção verificada na faixa etária pediátrica.
- (B) fenômeno de subdetecção de casos novos decorrente do enfraquecimento das ações de vigilância ativa, mascarando a incidência real da endemia.
- (C) declínio real da endemicidade local, decorrente do incremento na proporção de cura observado de forma persistente nas coortes acompanhadas.
- (D) controle sustentável da transmissão na comunidade justificado pela redução progressiva do coeficiente de detecção na população geral do município.
- (E) ampliação da capacidade de diagnóstico precoce demonstrada pelo aumento proporcional de casos diagnosticados com danos neurais instalados.

17

Uma paciente de 28 anos apresenta, há quatro meses, pápulas eritematovioláceas descamativas sobre as articulações metacarpofalangeanas, eritema heliotrópo e fotossensibilidade. Há duas semanas, evoluiu com fenômeno de Raynaud, esclerodactilia até os punhos, dispneia aos médios esforços e artralgia simétrica.

Os exames laboratoriais revelam fator reumatoide positivo e anticorpo antinuclear (ANA) reagente com padrão pontilhado grosso em altos títulos. A pesquisa de anticorpos específicos demonstra positividade em altos títulos para anti-U1RNP, com resultados negativos para anti-Sm, anti-dsDNA e anti-Ro/SSA. O quadro clínico e o perfil sorológico estruturam o diagnóstico de

- (A) dermatomiosite clássica
- (B) esclerose sistêmica difusa.
- (C) lúpus eritematoso sistêmico.
- (D) síndrome de Sjögren primária.
- (E) doença mista do tecido conjuntivo.

18

Um homem de 46 anos apresenta febre alta e exantema progressivo após seis semanas de uso de alopurinol. Ao exame, observa-se exantema maculopapular infiltrativo e confluyente no tronco e membros, edema facial pronunciado, eritema e descamação labial e linfadenopatia generalizada. Os exames revelam linfócitos atípicos, eosinofilia absoluta de $900/\text{mm}^3$, alanina aminotransferase cinco vezes acima do limite superior da normalidade.

A principal hipótese diagnóstica e o manejo imediato indicados são, respectivamente,

- (A) Síndrome de DRESS e início de corticoterapia sistêmica.
- (B) síndrome de Stevens-Johnson e antibioticoterapia sistêmica empírica.
- (C) exantema maculopapular benigno e tratamento sintomático ambulatorial.
- (D) necrólise epidérmica tóxica e desbridamento precoce das áreas de descolamento epidérmico.
- (E) pustulose exantemática generalizada aguda e antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro.

19

Uma adolescente de 16 anos apresenta, desde a infância, xerose cutânea persistente, prurido intenso e episódios recorrentes de lesões eczematosas, com predomínio nas regiões antecubitais e poplíteas. Refere piora durante o inverno e após banhos prolongados. Ao exame, observam-se xerose difusa e áreas de liquenificação, sem sinais de infecção secundária.

A seguinte alteração molecular está mais diretamente associada à predisposição genética para esse quadro:

- (A) redução da produção de citocinas do tipo 2, com diminuição da inflamação cutânea.
- (B) aumento da síntese de ceramidas, promovendo maior retenção de água no estrato córneo.
- (C) redução da expressão ou da função da filagrina, com comprometimento da barreira epidérmica.
- (D) aumento da atividade de proteases epidérmicas, favorecendo a degradação dos componentes do estrato córneo.
- (E) aumento da expressão de proteínas de junção intercelular, promovendo maior integridade da barreira epidérmica.

20

Uma mulher de 28 anos apresenta nódulos eritematosos e dolorosos bilaterais na região pré-tibial há duas semanas, associados a febre baixa e artralgia dos tornozelos. A radiografia de tórax evidencia adenopatia hilar bilateral simétrica. A biópsia incisional profunda de um nódulo cutâneo revela paniculite predominantemente septal, sem vasculite.

Nesse caso, é correto afirmar que

- (A) a presença de adenopatia hilar de padrão bilateral favorece a etiologia por tuberculose.
- (B) a associação de eritema nodoso com artralgia e adenopatia define a síndrome de Löfgren.
- (C) o padrão septal de acometimento da paniculite é o achado típico da paniculite pancreática.
- (D) o diagnóstico definitivo de eritema nodoso requer a comprovação de vasculite na biópsia.
- (E) a confirmação histológica da sarcoidose depende da presença de granuloma na biópsia da pele.

21

Uma mulher de 72 anos, com fotodano facial importante, apresenta mácula acastanhada de aproximadamente 1,5 cm na região malar esquerda, percebida há cerca de dois anos e com aumento progressivo da heterogeneidade da pigmentação nos últimos meses. À dermatoscopia, observa-se padrão pseudorrede facial assimétrico, aberturas foliculares pigmentadas assimétricas, estruturas romboidais acastanhadas e áreas de coloração cinza distribuídas de forma irregular.

Considerando os achados clínicos e dermatoscópicos, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) lentigo solar.
- (B) ceratose actínica pigmentada.
- (C) ceratose seborreica pigmentada.
- (D) melanoma de extensão superficial.
- (E) lentigo maligno.

22

Um homem de 74 anos apresenta pênfigoide bolhoso induzido pelo uso de vildagliptina para controle de diabetes mellitus. Após trinta dias da suspensão definitiva desse antidiabético oral, o paciente mantém o surgimento diário de novas bolhas tensas disseminadas e prurido refratário intenso.

Diante da persistência da atividade da doença, após a suspensão do fármaco desencadeante, a medida terapêutica a ser instituída é a

- (A) introdução de azatioprina oral.
- (B) introdução de ciclosporina oral.
- (C) prescrição de micofenolato de mofetila oral.
- (D) prescrição de doxiciclina oral e nicotinamida.
- (E) instituição de corticoterapia sistêmica.

23

Um homem de 42 anos apresenta eritema, calor e edema de progressão rápida na perna direita há dois dias, após um trauma local. O paciente queixa-se de dor excruciante e desproporcional aos achados do exame físico. Há doze horas, surgiram bolhas de conteúdo hemorrágico sobre a placa inflamatória e áreas de anestesia cutânea focal, acompanhadas de febre alta e taquicardia.

O reconhecimento dessa suspeita clínica impõe como conduta imediata a

- (A) introdução de corticoterapia sistêmica venosa empírica.
- (B) solicitação de exame de ressonância magnética com urgência.
- (C) prescrição de antibioticoterapia oral ambulatorial com cefalexina.
- (D) manutenção de curativo externo estritamente compressivo associado a gelo.
- (E) realização de exploração cirúrgica e desbridamento imediato dos tecidos comprometidos.

24

Um homem de 24 anos tratou uma úlcera genital purulenta e dolorosa com azitromicina em dose única há duas semanas, obtendo cicatrização parcial. Ele retorna ao consultório queixando-se de que a lesão residual se tornou indolor, exibindo base firmemente endurecida à palpação.

A evolução descrita é compatível com

- (A) cancro redux.
- (B) cancro de Rollet.
- (C) cancro de Nisbet.
- (D) cancro de Ricord.
- (E) pseudocancro redux.

25

Uma mulher de 54 anos apresenta alopecia cicatricial progressiva na região frontotemporal, com perda dos pelos das sobrancelhas. À tricoscopia, observam-se eritema e descamação perifoliculares na margem de progressão, além de áreas mais antigas com ausência dos óstios foliculares. A biópsia demonstra infiltrado linfocitário de interface e fibrose perifolicular, predominando no istmo e no infundíbulo.

A partir da correlação entre esses achados, assinale a afirmação que melhor explica a evolução da doença.

- (A) O infiltrado linfocitário atinge preferencialmente o bulbo e a papila dérmica, provocando interrupção definitiva da fase anágena.
- (B) A ausência tricoscópica de óstios foliculares sinaliza distúrbio funcional reversível, com repilação total após controle da inflamação.
- (C) A inflamação perifolicular provoca alteração transitória do ciclo piloso, resultando em perda capilar por eflúvio telógeno secundário.
- (D) A fibrose perifolicular decorre da destruição imunomediada das glândulas sebáceas, tornando progressivamente irreversível a alopecia.
- (E) A persistência do processo inflamatório no segmento superior do folículo compromete o nicho de células-tronco, favorecendo a substituição folicular por fibrose.

26

Durante a reconstrução de um defeito facial com retalho de transposição, o tecido apresenta-se pálido, frio e com enchimento capilar ausente imediatamente após a sutura. O cirurgião dermatológico constata que não há hematoma sob o retalho.

A intervenção imediata que deve ser adotada, para o manejo desse quadro, é

- (A) iniciar antibioticoterapia sistêmica.
- (B) manter o retalho em observação clínica.
- (C) aplicar compressão local firme contínua.
- (D) realizar desbridamento imediato da área.
- (E) reduzir a tensão e revisar o pedículo vascular.

27

Uma mulher de 68 anos apresenta, há oito meses, nódulo amarelado e endurecido de 1,4 cm na pálpebra superior, de crescimento progressivo, inicialmente tratado como calázio recorrente. A biópsia demonstra neoplasia lobular com células de citoplasma vacuolado, pleomorfismo nuclear e áreas de necrose. O rastreamento de neoplasia visceral associada deve ser motivado pelo achado de:

- (A) história familiar de melanoma cutâneo.
- (B) antecedente de carcinoma basocelular facial.
- (C) presença de alopecia cicatricial regional na sobrancelha.
- (D) associação com múltiplos nevos melanocíticos congênitos.
- (E) antecedente pessoal ou familiar de câncer colorretal em idade jovem.

28

Uma mulher de 30 anos apresenta episódios recorrentes de úlceras orais dolorosas há três anos e uveíte posterior unilateral há quatro meses. Relata duas úlceras vulvares profundas no último ano, tratadas com aciclovir, com regressão lenta e formação de cicatrizes esbranquiçadas. Ao exame atual, observa-se pápula eritematosa no antebraço, surgida 48 horas após uma coleta de sangue

Diante do quadro clínico apresentado, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) doença de Behçet.
- (B) doença de Crohn.
- (C) síndrome de Reiter.
- (D) síndrome de Sweet.
- (E) pioderma gangrenoso.

Infectologia

29

Paciente de 33 anos, sexo masculino, cirurgião-dentista, procura atendimento por dor intensa no segundo quirodáctilo direito há dois dias. Relata início abrupto de dor, edema, eritema e aparecimento de pequenas vesículas agrupadas na polpa digital, associado a febre baixa e linfonodomegalia axilar ipsilateral. Informa contato frequente com secreções orais de pacientes no consultório. Nega traumatismos recentes. Ao exame físico, observa-se edema doloroso do dedo indicador, com vesículas de conteúdo claro sobre base eritematosa, sem drenagem espontânea de secreção purulenta.

Sobre o caso apresentado, é correto afirmar que

- (A) febre e linfadenopatia são incomuns nesse quadro e, quando presentes, sugerem infecção bacteriana secundária.
- (B) o tratamento consiste, preferencialmente, em incisão e drenagem da lesão, associadas à antibioticoterapia sistêmica.
- (C) a ausência de secreção purulenta exclui infecção pelo vírus herpes simples, tornando o panarício bacteriano a principal hipótese diagnóstica.
- (D) o quadro é compatível com panarício herpético, podendo ocorrer pela inoculação do vírus a partir de uma quebra de barreira da pele.
- (E) o quadro clínico descrito caracteriza-se por episódio autolimitado, sem recorrências, e o uso de antimicrobianos sem impacto na evolução clínica.

30

Paciente de 29 anos, sexo feminino, agricultora, residente em Castanhal, no Pará, procura atendimento com história de lesão na perna direita há aproximadamente dois meses. Relata que a lesão iniciou como um pequeno nódulo avermelhado, evoluindo lentamente para uma úlcera indolor.

Ao exame físico, observa-se úlcera única de 2,5 cm de diâmetro, com bordas elevadas e infiltradas, fundo granuloso e limpo, localizada na face anterior da perna direita. Palpam-se linfonodos inguinais discretamente aumentados e indolores no mesmo lado da lesão. O médico assistente realizou diagnóstico clínico-epidemiológico da doença e optou por início de tratamento com administração intralesional de antimoniato de meglumina.

Considerando o quadro acima, o diagnóstico aventado pelo médico assistente é de

- (A) esporotricose.
- (B) cromoblastomicose.
- (C) tuberculose cutânea.
- (D) paracoccidioidomicose.
- (E) leishmaniose tegumentar.

31

Paciente de 34 anos, sexo masculino, procura atendimento médico com queixa de febre, cefaleia, tosse seca e hiporexia com evolução de quatro dias.

No exame físico, apresenta SpO₂ de 88% em ar ambiente e presença de escara, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro, na região posterior da perna, que o paciente relatou ter aparecido um pouco antes da febre. No exame laboratorial, era digno de nota plaquetopenia. Ao ser questionado, relatava retorno há uma semana de viagem a Tailândia, Vietnã e Camboja, onde ficou durante um mês.

O médico assistente solicita pesquisa de antígeno para SARS-CoV-2 e Influenza A/B, pesquisa de NS1 para dengue, e pesquisa para *Plasmodium* spp em distensão e gota espessa coradas pelo Giemsa, todos com resultado negativo. É solicitado, então, um parecer à equipe de infectologia que formula a hipótese diagnóstica de uma zoonose endêmica do Sudeste Asiático, transmitida por ácaros, que pode complicar com insuficiência respiratória, renal, meningoencefalite ou, raramente, coagulação intravascular disseminada.

O agente causador dessa doença e seu tratamento são, respectivamente:

- (A) *Yersinia pestis*. Ciprofloxacina.
- (B) *Coxiella burnettii*. Doxiciclina.
- (C) *Borrelia burgdorferi*. Doxiciclina.
- (D) *Orientia tsutsugamushi*. Doxiciclina.
- (E) *Burkholderia pseudomallei*. Meropenem.

32

Durante um turno em uma unidade de emergência, um médico plantonista atende quatro pacientes. Ao final, ele precisa avaliar quais dos seguintes casos devem ser notificados compulsoriamente ao sistema de vigilância epidemiológica, conforme a legislação brasileira vigente.

- I. Paciente de 38 anos, do sexo masculino, apresenta febre, mialgia e aumento doloroso de linfonodos cervicais há 2 dias. Evoluiu com lesões vesicopustulosas, algumas umbilicadas, envolvendo face, membros e região genital. Refere contato íntimo com parceiro que apresentou lesões semelhantes duas semanas antes.
- II. Paciente de 67 anos, do sexo masculino, diabético, refere espessamento progressivo e alteração da coloração das unhas dos pés há 10 meses. Ao exame, observa-se hiperqueratose subungueal e coloração amarelada acometendo o hálux direito, com edema, eritema e calor circunjacente.
- III. Paciente de 28 anos, do sexo feminino, apresenta febre alta há quatro dias, tosse, coriza e conjuntivite. Refere retorno de viagem ao México há 10 dias e informa não possuir comprovante de vacinação. Ao exame físico, observam-se manchas esbranquiçadas em mucosa jugal.
- IV. Paciente de 19 anos, do sexo masculino, procura atendimento por episódios recorrentes de espirros, prurido nasal, coriza hialina e obstrução nasal, principalmente pela manhã e durante a limpeza da casa. Nega febre, tosse ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, apresenta mucosa nasal pálida.

Os casos de notificação compulsória são os de números

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

33

O tétano, doença decorrente da infecção pelo *Clostridium tetani*, permanece como um problema de saúde pública em nações em desenvolvimento, apesar de ser passível de prevenção pela imunização. Sua letalidade depende de variáveis como a faixa etária, a gravidade da apresentação clínica, as características da porta de entrada, o tempo de incubação e progressão, bem como a ocorrência de complicações sistêmicas e a qualidade da infraestrutura hospitalar de suporte.

Sobre o manejo da doença, é correto afirmar que

- (A) a administração de imunoglobulina por via intratecal é recomendada nas formas graves da doença, com impacto direto na redução da letalidade.
- (B) a imunização passiva com soro antitetânico deve ser realizada após o controle dos espasmos musculares, para evitar interferência na resposta inflamatória local.
- (C) o uso de antibióticos não está indicado rotineiramente, uma vez que a progressão da doença é mediada pela tetanospasmina, e não pela presença bacteriana ativa no organismo.
- (D) a administração de imunoglobulina antitetânica deve ser realizada precocemente, com o objetivo de neutralizar a toxina circulante, sendo recomendada sua associação à imunização ativa.
- (E) o debridamento da ferida deve ser evitado na primeira semana, devido ao risco de disseminação sistêmica da toxina durante a manipulação do foco infeccioso, contribuindo para a piora do quadro.

34

Relacione cada antibiótico a seguir com o efeito adverso mais caracteristicamente associado, apresentado na coluna II:

Antibiótico

- 1) Ciprofloxacino
- 2) Daptomicina
- 3) Linezolida
- 4) Sulfametoxazol-trimetoprim
- 5) Amicacina

Efeito Adverso

- () Miopatia
- () Ruptura de tendão
- () Trombocitopenia
- () Nefrotoxicidade
- () Hipercalemia

Esses efeitos relacionam-se, respectivamente, aos antibióticos

- (A) 2 – 1 – 3 – 5 – 4
- (B) 1 – 5 – 3 – 4 – 2
- (C) 1 – 3 – 2 – 4 – 5
- (D) 3 – 2 – 4 – 5 – 1
- (E) 5 – 2 – 3 – 1 – 4

35

Paciente de 30 anos, sexo masculino, vivendo com HIV com bom controle imunoviológico, procura atendimento médico com queixa de lesão inguinal dolorosa.

Ao exame, notam-se múltiplas lesões dispostas em abdome, região inguinal e membros inferiores, em sua maioria eritematosas, algumas com formação de pústula, outras com ulceração crateriforme com bordas eritematosas, inclusive a lesão inguinal, na qual queixa-se de dor, e poucas em estágio cicatricial hiperpigmentado. É digna de nota, particularmente, a maior lesão, presente em coxa, eritematosa, medindo cerca de 4cm, com discreta formação pustulosa em seu centro e flutuação em sua região central, e halo de hiperemia medindo cerca de 10 cm.

Quanto ao caso, é correto afirmar que

- (A) nessa população, as bactérias Gram-negativas são a principal causa do quadro infeccioso cutâneo apresentado.
- (B) em caso de recorrência, o protocolo de descolonização só deverá ser iniciado após resolução completa das lesões ativas.
- (C) como apresenta lesão extensa, medicamentos parenterais com cobertura adequada para MRSA, como meropenem, são indicados.
- (D) a drenagem da lesão da coxa através de procedimentos não é indicada pelo risco de disseminação associado à manipulação.
- (E) tratamentos antibióticos prolongados (2 meses) são superiores a tratamentos curtos (10 a 14 dias) na prevenção de recorrências.

36

Paciente de 45 anos, sexo feminino, natural e residente em Poços de Caldas (MG), com diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico é trazida por familiares para atendimento médico em serviço de emergência com quadro de confusão mental e febre há três dias. A paciente teve alta hospitalar há uma semana, quando esteve internada por exacerbação da doença com nefrite lúpica, tendo feito uso de corticoide, micofenolato e ciclofosfamida na internação, com prescrição de alta com dose de manutenção de micofenolato.

Ao exame físico, apresenta-se com PA 80x40 mmHg, FC 130 bpm, TAX 39 °C e SpO2 88%; aparelho respiratório com estertoração em terço médio esquerdo e terço superior direito; aparelho cardiovascular com bulhas normofonéticas, sem sopros; abdome sem visceromegalias, presença de púrpura periumbilical; rigidez de nuca presente. Realizada tomografia de crânio seguida de punção lombar que evidenciou presença de celularidade aumentada (400 células com predomínio polimorfonuclear), proteinorraquia aumentada e hipoglicorraquia. À bacterioscopia, evidenciados bacilos Gram-negativos.

Diante do quadro exposto, a complicação infecciosa observada poderia ter sido evitada por

- (A) vacinação adequada para *Haemophilus influenzae*.
- (B) tratamento com meropenem precoce no início do quadro.
- (C) tratamento empírico pré-imunossupressão com ivermectina.
- (D) exclusão do micofenolato como estratégia imunossupressora.
- (E) profilaxia com cotrimoxazol em período de maior imunossupressão.

37

O teste de liberação de interferon-gama (IFN- γ), do inglês *interferon-gamma release assay* (IGRA) foi incorporado ao Sistema Único de Saúde com o objetivo de auxiliar no rastreamento de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, com uma metodologia alternativa à prova tuberculínica. Ambos os testes se baseiam na detecção de uma resposta imune celular orquestrada contra antígeno do *M. tuberculosis*, indicativa de uma infecção prévia pelo agente. No caso da prova tuberculínica tradicional, essa resposta é detectada pela formação de enduração mensurável na pele. No caso do IGRA, é detectada pela produção de IFN- γ mediante estímulo específico.

No Sistema Único de Saúde, segundo o Ministério da Saúde, o IGRA deve ser prioritariamente solicitado para investigação de tuberculose latente em

- (A) pessoas vivendo com HIV com carga viral detectável.
- (B) profissionais de saúde com prova tuberculínica previamente positiva.
- (C) crianças com ≥ 2 anos e < 10 anos de idade, contato de casos de TB ativa.
- (D) pessoas com histórico de infecção prévia por micobactérias não-tuberculosas.
- (E) pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T-CD4 < 350 células/mm³.

38

Paciente de 30 anos, sexo masculino, trabalhador rural informal procura atendimento médico em posto de saúde de Simões, Piauí, com queixa de tosse seca, febre baixa e indisposição com evolução de uma semana. O paciente relata que nasceu e cresceu na região, sempre trabalhou na lida, é casado desde os 20 anos, mas eventualmente tem relações sexuais desprotegidas com outras parceiras, fuma tabaco e bebe cachaça duas vezes por semana. No seu tempo livre, gosta de mergulhar na barragem e caçar tatus. Mostra-se preocupado pois três amigos de caça tiveram quadro similar, dois estavam se recuperando, mas o terceiro está hospitalizado, com uma pneumonia grave e no respirador.

No exame físico, ausculta-se a estertoração pulmonar bilateralmente. Foi realizado exame de radiografia de tórax, que evidenciou lesões de padrão nodular em ambos os hemitórax.

O paciente é encaminhado para uma cidade próxima para prosseguimento da investigação, sendo coletado uma amostra de escarro para exame.

O resultado que mais provavelmente justifica o quadro e o tratamento adequado correspondente, são:

- (A) presença de esférulas repletas de endósporos e itraconazol.
- (B) presença de leveduras com múltiplos brotamentos e cotrimoxazol.
- (C) presença de RT-PCR positivo para citomegalovírus e ganciclovir.
- (D) presença de hifas hialinas septadas, ramificadas em ângulo agudo e fluconazol.
- (E) presença de hifas hialinas largas, ramificadas em ângulo reto e voriconazol.

39

Paciente de 35 anos, sexo masculino, vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral, teve recentemente diagnóstico de tuberculose pulmonar. A clínica da família encaminha para o infectologista para avaliação do início de terapia específica para tuberculose e possíveis interações medicamentosas com terapia antirretroviral em uso pelo paciente.

Um antirretroviral que interage com a rifampicina, e que deve ser retirado do esquema antirretroviral, se presente, é o:

- (A) abacavir.
- (B) efavirenz.
- (C) darunavir.
- (D) tenofovir.
- (E) dolutegravir.

40

Paciente de 24 anos, sexo feminino, natural e residente do Rio de Janeiro, procura atendimento médico com queixa de lesão em hálux da mão direita com 20 dias de evolução. Relata que tudo começou com um pequeno nódulo avermelhado que evoluiu com formação de úlcera. Fez uso de cefalexina e amoxicilina-clavulanato orais, ambos por 7 dias, sem melhora, além de uso tópico de pomada de neomicina e bacitracina, também sem melhora. Adicionalmente, notou recentemente aparecimento de lesão similar em punho e antebraço. Nega viagens recentes, relata ser estudante de arquitetura e trabalhar em ONG para cuidado de animais abandonados.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o exame com melhor sensibilidade para seu diagnóstico é

- (A) a cultura de *swab* da lesão.
- (B) o exame direto de biópsia da lesão.
- (C) a sorologia específica por técnica de ELISA.
- (D) o exame histopatológico de biópsia da lesão.
- (E) a sorologia específica por técnica de imunodifusão.

41

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, curável e endêmica no Brasil. A persistência da doença no país está relacionada, em grande parte, à sua concentração em populações com maior vulnerabilidade social e menor acesso aos serviços de saúde, o que dificulta o diagnóstico precoce e o início oportuno do tratamento. Esse cenário contribui para a manutenção da cadeia de transmissão e para o desenvolvimento de complicações decorrentes do diagnóstico tardio, como neuropatias, deformidades físicas, incapacidades funcionais e comprometimento ocular irreversível.

Quanto ao diagnóstico da Hanseníase, é correto afirmar, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, que

- (A) para o diagnóstico histopatológico é preferencial biópsia da região central de lesões cutâneas mais recentes.
- (B) a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) é um exame opcional destinada a indivíduos com queixas específicas.
- (C) a cultura de esfregaço de raspado intradérmico de lóbulo auricular é o padrão ouro para diagnóstico de hanseníase.
- (D) a detecção de IgM anti-PGL-1 tem alta especificidade, podendo ser utilizada isoladamente para diagnóstico quando positiva.
- (E) apesar dos avanços no campo da biologia molecular e das técnicas sorológicas, o diagnóstico da hanseníase permanece essencialmente clínico.

Medicina Preventiva e Social

42

Uma linha de cuidado para doença pulmonar obstrutiva crônica será avaliada por quatro indicadores: I. disponibilidade de profissionais capacitados e de espirometria; II. proporção de usuários elegíveis que receberam as ações previstas; III. variação de sintomas e qualidade de vida entre os acompanhados; IV. mudança nas internações por exacerbação em comparação com a tendência histórica do município.

Considerando um modelo de avaliação de programas, assinale opção que apresenta a classificação correta.

- (A) I é estrutura; II, processo; III, resultado; IV, impacto, cuja causalidade depende do desenho avaliativo.
- (B) I corresponde ao processo; II, à estrutura; III, ao impacto; e IV, ao resultado individual.
- (C) I corresponde à estrutura; II, ao impacto; III, ao processo; e IV, ao resultado intermediário.
- (D) I corresponde ao resultado; II, à estrutura; III, ao processo; e IV, ao impacto comprovado.
- (E) Os quatro indicadores correspondem ao processo, porque todos foram medidos após a implantação.

43

Uma secretaria municipal de saúde identificou aumento persistente da sífilis congênita, baixa realização de pré-natal oportuno e dificuldades de acesso a exames e tratamento de parcerias sexuais. Em reunião de gestão, uma proposta foi elaborar imediatamente uma campanha educativa genérica, sem analisar causas, atores envolvidos, fluxos assistenciais, governabilidade da gestão municipal ou indicadores de acompanhamento. Outro grupo defendeu organizar o problema de forma mais sistemática antes de definir as ações.

Considerando o planejamento em saúde e a abordagem estratégica de problemas, assinale a afirmativa correta.

- (A) O planejamento deve iniciar pela escolha das ações mais simples de executar, pois a análise das causas e dos atores envolvidos tende a atrasar respostas necessárias.
- (B) A elaboração de campanha educativa é suficiente quando o problema envolve comportamento individual, dispensando análise de fluxos assistenciais, acesso a insumos e organização da rede.
- (C) A definição das ações deve ser feita exclusivamente pela gestão central, pois pactuações com trabalhadores e usuários reduzem a racionalidade técnica do plano.
- (D) O planejamento deve explicitar o problema, analisar causas, atores e governabilidade e definir ações, responsáveis, prazos e indicadores.
- (E) O plano deve priorizar apenas ações sob controle direto da secretaria, excluindo problemas que envolvam outras áreas ou níveis de atenção.

44

Uma equipe de Atenção Primária deseja usar os dados do e-SUS APS/SISAB para planejar ações no território. Ao analisar os relatórios, percebe duplicidade de cadastros, campos incompletos sobre condições de moradia, inconsistências em diagnósticos registrados, baixa atualização de informações individuais e dificuldade para relacionar produção assistencial com a população efetivamente acompanhada. A gestão local propõe utilizar os relatórios sem análise crítica da qualidade dos dados, para evitar retrabalho.

Considerando sistemas de informação em saúde e uso dos dados para gestão, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os dados devem ser usados sem crítica, pois sistemas nacionais de informação eliminam automaticamente duplicidades, inconsistências e problemas de completude.
- (B) Os sistemas de informação devem ser utilizados apenas para comprovar produção de procedimentos, sem relação com planejamento, vigilância, acompanhamento longitudinal ou análise de vulnerabilidades.
- (C) A equipe deve qualificar registros, avaliar completude, consistência, duplicidades e oportunidade e utilizar os dados no cuidado, planejamento e monitoramento.
- (D) A existência de inconsistências torna todos os dados inutilizáveis, sendo necessário suspender o planejamento até que o sistema esteja completamente perfeito.
- (E) A responsabilidade pela qualidade dos dados é exclusiva da área de tecnologia da informação, não envolvendo profissionais da assistência, vigilância ou gestão.

45

Uma pessoa com insuficiência cardíaca recebe alta hospitalar após descompensação. A equipe de Saúde da Família não recebe o sumário de alta, encontra prescrições divergentes e só dispõe de retorno ambulatorial em 45 dias. A gestão regional pretende reduzir readmissões e eventos relacionados a medicamentos.

A seguinte intervenção melhor expressaria a coordenação e a continuidade na Rede de Atenção à Saúde:

- (A) concentrar o seguimento no ambulatório especializado e suspender consultas na APS até a estabilização.
- (B) implantar sumário de alta, reconciliação medicamentosa, contato precoce pela APS, critérios de alerta e comunicação com hospital e especialidade.
- (C) submeter todas as alterações de prescrição à autorização prévia da regulação, sem comunicação direta entre os pontos assistenciais.
- (D) manter o retorno em 45 dias e orientar procura da urgência se houver piora, preservando a autonomia de cada serviço.
- (E) transferir ao hospital a responsabilidade exclusiva pelos primeiros 90 dias, sem participação da equipe territorial.

46

Na revisão de uma fila de ortopedia, a regulação identificou:

- I. usuários com sinais de alarme mantidos na fila eletiva;
- II. solicitações duplicadas confirmadas;
- III. encaminhamentos incompletos classificados automaticamente como baixa prioridade, sem devolutiva;
- IV. ausência de critérios que combinem risco clínico, vulnerabilidade e tempo de espera.

Considerando a regulação assistencial, estão corretas as ações propostas em

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

47

Uma região pretende organizar o cuidado da insuficiência cardíaca. Durante a discussão, parte do grupo propõe elaborar somente um protocolo com doses de medicamentos; outra parte defende explicitar o percurso do usuário, os pontos de atenção e as responsabilidades assistenciais.

Considerando linha de cuidado e protocolo clínico, assinale a afirmativa correta.

- (A) A linha de cuidado organiza itinerários, responsabilidades, acesso, comunicação e continuidade; o protocolo apoia decisões clínicas. Os instrumentos são complementares.
- (B) A linha de cuidado substitui protocolos clínicos e deve definir doses fixas para todos os usuários.
- (C) O protocolo clínico organiza toda a governança regional, tornando desnecessários fluxos de referência e contrarreferência.
- (D) A linha de cuidado se limita à relação de exames autorizados, enquanto o protocolo define apenas a unidade responsável pelo pagamento.
- (E) Ambos os instrumentos devem ser elaborados exclusivamente pelo hospital de referência, pois a APS não participa do cuidado especializado.

48

Um serviço de imagem contratado pelo município cumpre a meta mensal de exames, mas apresenta fila crescente, repetição frequente de procedimentos, laudos tardios e ausência de prioridade clínica. O contrato remunera exclusivamente por volume produzido.

Considerando funções da gestão municipal, assinale a afirmativa correta.

- (A) A produção contratada deve ser ampliada sem revisar o modelo, pois o cumprimento da meta comprova qualidade e acesso.
- (B) A fila deve ser transferida ao prestador, que poderá definir prioridades sem protocolos municipais.
- (C) O pagamento deve ser suspenso definitivamente antes de auditoria, independentemente do risco de interrupção assistencial.
- (D) Revisar metas e incentivos, incorporar acesso e qualidade, auditar repetições, integrar a regulação e monitorar resultados com transparência.
- (E) O contrato deve permanecer baseado apenas em volume, acrescentando orientação para que usuários procurem outro serviço em caso de demora.

49

Três municípios de uma mesma região apresentam baixa escala populacional, de modo que não podem manter, isoladamente, serviços especializados de alto custo. Usuários com câncer, doença renal crônica e gestação de alto risco têm de percorrer longas distâncias, há fluxos informais de encaminhamento e a oferta de serviços não acompanha as necessidades regionais. Em reunião intergestores, discute-se elaborar planejamento regional integrado e pactuar referências assistenciais.

Considerando regionalização, governança e pactuação interfederativa no SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) Cada município deve organizar todos os serviços de saúde dentro de seu próprio território, independentemente de escala, custo ou complexidade tecnológica.
- (B) A regionalização elimina a autonomia municipal, pois transfere integralmente à União a responsabilidade pela organização da rede assistencial.
- (C) A regionalização organiza ações e serviços em regiões de saúde mediante pactuação, definição de fluxos e responsabilidades, governança e planejamento conforme necessidades populacionais.
- (D) Serviços de maior densidade tecnológica devem ser distribuídos igualmente em todos os municípios, ainda que isso gere baixa escala, baixa qualidade e uso ineficiente de recursos.
- (E) A pactuação regional deve considerar apenas a oferta existente de serviços, sem analisar perfil epidemiológico, vazios assistenciais, acesso geográfico ou capacidade instalada.

50

Em determinado exercício, a base municipal sujeita ao mínimo constitucional para saúde foi de R\$ 200 milhões. Foram executados R\$ 27 milhões em atenção, vigilância e gestão do SUS; R\$ 3 milhões em aposentadorias de servidores da saúde; R\$ 2 milhões em alimentação escolar; e R\$ 1 milhão em limpeza urbana. A Lei Orgânica municipal não estabelece percentual superior ao mínimo nacional.

À luz da Lei Complementar nº 141/2012, assinale a afirmativa correta.

- (A) O município aplicou R\$ 33 milhões em saúde e superou o mínimo em R\$ 3 milhões, porque todas as despesas estão relacionadas ao bem-estar.
- (B) O mínimo é R\$ 30 milhões; somente R\$ 27 milhões das despesas descritas são computáveis, havendo insuficiência de R\$ 3 milhões.
- (C) O mínimo é R\$ 24 milhões, correspondente a 12% da base, e o município cumpriu a obrigação.
- (D) O mínimo é R\$ 30 milhões, mas aposentadorias de servidores da saúde podem completar o valor aplicado.
- (E) O mínimo é R\$ 20 milhões, porque alimentação escolar e limpeza urbana possuem financiamento setorial próprio.

51

Um município observa que parte expressiva da população possui plano privado de assistência à saúde, mas continua utilizando serviços do SUS para vacinação, vigilância epidemiológica, urgências, medicamentos de programas públicos e acompanhamento de condições crônicas. Em reunião de planejamento, um gestor propõe excluir os beneficiários de planos privados da análise de necessidades de saúde, argumentando que “essa população pertence à saúde suplementar”.

Considerando a relação entre SUS e saúde suplementar no sistema de saúde brasileiro, assinale a afirmativa correta.

- (A) Beneficiários de planos privados deixam de ter direito às ações e serviços do SUS, pois a contratação de plano transfere integralmente a responsabilidade assistencial para a operadora.
- (B) A existência de plano privado torna desnecessária a vigilância epidemiológica sobre esses usuários, pois doenças e agravos de notificação devem ser monitorados apenas na população exclusivamente SUS.
- (C) As ações de promoção, prevenção e vigilância são atribuições exclusivas dos planos privados quando o indivíduo possui contrato de saúde suplementar.
- (D) A gestão municipal deve planejar a rede pública apenas para pessoas sem plano, pois cobertura privada elimina demanda por urgência, imunização, medicamentos e ações coletivas.
- (E) A saúde suplementar é regulada, mas não substitui o SUS universal; o planejamento territorial deve considerar toda a população e a interface público-privada.

52

Uma empresa contrata plano coletivo empresarial para seus trabalhadores. A operadora organiza a rede credenciada, negocia com hospitais, laboratórios e clínicas, define mecanismos de autorização conforme contrato e regulação vigente, e os trabalhadores utilizam os serviços quando necessitam de cuidado. Em análise sobre o sistema privado de saúde, um residente deve identificar corretamente os diferentes atores envolvidos.

Considerando a organização do setor privado e da saúde suplementar, assinale a alternativa correta.

- (A) A empresa compra ou patrocina o plano; trabalhadores são beneficiários, a operadora administra e os prestadores executam a assistência.
- (B) A empresa contratante, os trabalhadores, a operadora e os prestadores exercem o mesmo papel, pois todos são consumidores diretos do serviço assistencial.
- (C) A operadora é sempre a prestadora direta de todos os serviços, sendo vedada a contratação de hospitais, laboratórios ou profissionais externos.
- (D) Os trabalhadores são os compradores institucionais do plano coletivo empresarial, enquanto a empresa exerce apenas papel assistencial.
- (E) A rede prestadora define, de forma autônoma e sem regulação, quais coberturas assistenciais serão obrigatórias para todos os contratos.

53

A Secretaria Municipal de Saúde concebeu um programa comunitário de prevenção de violências, definiu seus objetivos e parâmetros e pretende selecionar organização da sociedade civil para executá-lo com transferência de recursos financeiros, plano de trabalho, metas e monitoramento.

Considerando o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser celebrado acordo de cooperação, instrumento próprio para parcerias com transferência de recursos.
- (B) Deve ser celebrado termo de fomento, pois a concepção do programa partiu da administração pública.
- (C) Deve ser utilizado contrato administrativo comum, sem plano de trabalho ou prestação de contas por resultados.
- (D) Cabe termo de colaboração, pois a iniciativa é da administração e há transferência de recursos.
- (E) A parceria independe de instrumento formal quando a organização não possui finalidade lucrativa.

54

Pesquisadores pretendem revisar prontuários eletrônicos identificáveis para avaliar uma intervenção municipal já concluída. O estudo apresenta risco mínimo, mas o contato com milhares de usuários para obter consentimento é considerado impraticável. A equipe propõe acessar os dados antes da avaliação ética e solicitar dispensa de consentimento apenas na publicação.

Considerando o marco ético brasileiro para pesquisas com seres humanos, assinale a alternativa correta.

- (A) O acesso prévio é permitido porque os prontuários pertencem ao serviço público, desde que os nomes sejam retirados antes da publicação.
- (B) A inviabilidade de contato dispensa avaliação ética e autoriza o uso integral dos dados identificáveis.
- (C) O protocolo deve ser aprovado antes do acesso; eventual dispensa de consentimento exige justificativa, minimização de dados, confidencialidade e segurança.
- (D) A pesquisa pode começar após autorização do gestor, pois a avaliação ética é necessária apenas para ensaios clínicos prospectivos.
- (E) A única alternativa ética é excluir o estudo, pois nunca pode haver dispensa de consentimento em pesquisa com dados de prontuário.

Medicina de Família e Comunidade

55

Uma idosa de 82 anos, viúva, reside com a filha e um neto, vem tendo piora cognitiva há dois anos. A filha relata que a idosa tem ficado mais confusa, com dificuldade para conciliar o sono e esquecendo alimentos no fogo com frequência. Preocupada, a filha resolve levá-la em consulta na UBS.

Nessa situação, assinale a conduta inicial mais adequada ao médico de família e comunidade.

- (A) Deve realizar anamnese detalhada, exame neurológico dirigido, Miniexame do Estado Mental, Teste do Desenho do Relógio e solicitar exames complementares.
- (B) Deve realizar anamnese detalhada, Miniexame de Estado Mental e Teste do Desenho do Relógio na idosa para confirmar Doença de Alzheimer.
- (C) Deve fazer anamnese, exame físico completo, iniciar Diazepam 10 mg para melhorar o sono e a função cognitiva e solicitar dosagem de vitamina B12.
- (D) Deve prescrever antidepressivo, encaminhar para um CAPS para investigar depressão, solicitar exames laboratoriais e agendar retorno em 30 dias.
- (E) Deve descartar infecções, prescrever antipsicótico típico à noite para induzir o sono, e iniciar antidepressivo pela manhã para mantê-la ativa de dia.

56

A dor crônica é uma das queixas mais comuns na APS. Ela decorre de alteração nos circuitos neurais de processamento da dor e da sua percepção amplificada mesmo sem estímulo. Quando a sensibilização é central, há um aumento progressivo da intensidade e/ou expansão da área dolorosa.

Sobre dor crônica, assinale a afirmativa correta.

- (A) O tratamento da dor crônica deve abranger os componentes nociceptivo e neuropático, e a forma como o indivíduo lida com a presença da dor crônica.
- (B) O trauma emocional como o abuso na infância não está associado a persistência e cronicidade da dor, pois a emoção é fator separado da dor física.
- (C) O tratamento da dor crônica necessariamente inicia com corticoide sistêmico, depois evolui para anti-inflamatórios não esteroidais, e em seguida analgesia com opioides.
- (D) A assistência apropriada e receber cuidado por outras pessoas interrompem o autocuidado de pessoas com dor crônica, causam exacerbação e mantém a dor crônica.
- (E) Dor crônica é aquela que retorna seis meses após restauração normal do tecido lesionado, tem boa adaptação nociplástica e desaparece com analgesia.

57

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) 2022, a hanseníase é a principal doença de notificação compulsória causadora de incapacidade física permanente.

Quanto ao grau de incapacidade física da pessoa com hanseníase, entende-se que

- (A) o grau 1 significa que a pessoa tem deformidade visível nas mãos e pés, além de cegueira devido a hanseníase.
- (B) o grau 0 significa que a pessoa tem diminuição da sensibilidade protetora nas mãos, pés ou olhos devido a hanseníase.
- (C) o grau 1 significa que a pessoa tem deformidade visível nas mãos e nos pés decorrentes da hanseníase.
- (D) o grau 0 significa que a pessoa não tem incapacidade física e precisa ser acompanhada com avaliação neurológica simplificada.
- (E) o grau 0 significa que a pessoa tem apenas diminuição da sensibilidade protetora nas mãos, sem deformidades visíveis.

58

Um rapaz leva seu filho de 3 meses para consulta em livre demanda em uma unidade de atenção primária, por estar preocupado com uma “lesão de pele”. Conta que, há uma semana, o filho passou a apresentar lesões difusas que surgiram desde o início com aspecto crostoso e amarelado atrás das orelhas, na testa e em couro cabeludo, sem aparentar prurido associado às lesões ou outros sintomas.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta apropriada.

- (A) Dermate seborreica - orientações, quadro autolimitado.
- (B) Impetigo não bolhoso - prescrição de antibiótico tópico.
- (C) Dermate atópica - hidratação vigorosa da pele.
- (D) Psoríase - prescrição de shampoo de corticoide.
- (E) Dermate de contato - prescrição de pomada de corticoide.

59

Em uma escola de ensino fundamental, alguns professores perceberam que um adolescente de 12 anos apresentou mudança de comportamento com agitação durante as aulas e os intervalos. Também perceberam que ele começou a praticar *bullying*, fazendo comentários a respeito da sexualidade de um colega. A situação foi compartilhada com a família e com a equipe que os acompanha na unidade de saúde.

Diante da situação exposta, a equipe deve

- (A) investigar Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais.
- (B) investigar possibilidade de virada maníaca.
- (C) investigar situações de violência contra o menor.
- (D) prescrever metilfenidato 10mg pela manhã em uso contínuo.
- (E) prescrever fluoxetina 10mg pela manhã em uso contínuo.

60

O modelo de Leavell e Clark de níveis de prevenção não constitui uma ferramenta que atende as necessidades do modelo de saúde preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS) porque

- (A) não considera implementação de medidas para doenças específicas.
- (B) é um modelo que pouco considera o período de pré-patogênese.
- (C) é um modelo que não contempla a redução de incapacidades e sequelas.
- (D) não valoriza a implementação de medidas de rastreio.
- (E) é um modelo centrado na doença e que pouco considera os aspectos sociais.

61

Um homem de 28 anos, vida sexual ativa, previamente hígido e com acompanhamento regular na unidade de saúde (usuário de PrEP, vacinas em dia), procura atendimento em demanda com queixa de tenesmo, dor no reto, desconforto e eliminação de muco ao evacuar há 2 dias. Nega hematoquezia e outros sintomas.

Ao exame, não apresentava úlceras e outras alterações.

Levando em consideração a hipótese mais provável, assinale a afirmativa correta.

- (A) A possibilidade de Mpox sugere que, além do tratamento empírico, seja recomendado o isolamento.
- (B) Devemos tratar empiricamente para proctite com ceftriaxona dose única e doxiciclina por 7 dias.
- (C) Devemos tratar considerando a possibilidade de linfogranuloma venéreo com doxiciclina por 21 dias.
- (D) Os sintomas expostos não sugerem sífilis e contraindicam investigação para tal condição.
- (E) Devemos investigar proctite não infecciosa por sugestão de sintomas associados.

62

Uma mulher de 36 anos procura sua médica de família e comunidade para iniciar o acompanhamento pré-natal. Gestação desejada e esperada. É nulípara e chega com 12 semanas de idade gestacional.

Trouxe resultados de exames, solicitados previamente por um colega médico, com os seguintes resultados: VDRL não reagente, hemoglobina de 11g/dL, glicemia de jejum de 83mg/dL e HTLV não reagente. Nega comorbidades, uso de medicamentos diariamente e desconhece situação vacinal.

Ao exame, apresenta PA de 110 x 80 mmHg, peso 90kg, IMC 31.

A conduta para o caso é

- (A) iniciar suplementação de AAS 100mg/dia por risco de pré-eclâmpsia.
- (B) encaminhar para o pré-natal de alto risco por obesidade.
- (C) coletar exame de Streptococcus do Grupo B para rastreio de infecção.
- (D) encaminhar para imunização para vacina de dtpa.
- (E) iniciar tratamento com sulfato ferroso 200mg/dia por anemia.

63

Na avaliação de idosos podemos usar diversas escalas e testes que são essenciais para estabelecer planos personalizados para cada usuário e para estratificar a necessidade de cuidados mais ou menos intensivos.

Uma das ferramentas mais utilizadas é o Índice de Barthel, que mede

- (A) a função executiva e a linguagem expressiva.
- (B) o desempenho nas Atividades Instrumentais da Vida Diária.
- (C) o grau de dependência funcional.
- (D) as funções executivas, a praxia e a capacidade visuoespacial.
- (E) o grau de orientação, memória, atenção, cálculo e linguagem.

64

Durante o segundo ano de residência em Medicina de Família e Comunidade, a residente identificou um aumento expressivo de casos de obesidade em comparação com o primeiro ano. Em conjunto com o preceptor de sua equipe, pensaram em como abordar essa questão, segundo os princípios da educação popular em saúde.

Visando à efetividade das ações e considerando os princípios citados, uma medida que se enquadra nesses princípios é

- (A) orientar a comunidade com as melhores evidências científicas, mas com linguagem acessível, para tratamento medicamentoso da obesidade.
- (B) corrigir as crenças da comunidade em relação à “falta de força de vontade” ou que se trata de um “estilo de vida escolhido” em ambiente acolhedor.
- (C) orientar sobre alimentação saudável e atividade física com a participação da equipe multi e abrir espaço para momento de perguntas e respostas.
- (D) instituir espaço de convivência e diálogo na unidade para problematizar a realidade e pensar em estratégias conjuntas para mitigar o problema.
- (E) estabelecer grupo mensal no território para exibição de vídeos e filmes que abordem o tema e promover lanche saudável explicando na prática.

65

Você está trabalhando como responsável técnico em uma unidade de atenção primária durante um surto de dengue e precisa acompanhar a evolução para poder organizar o serviço e também por seu compromisso epidemiológico com o território.

A medida epidemiológica mais útil para acompanhar a evolução do surto é a(o)

- (A) prevalência.
- (B) letalidade.
- (C) mortalidade proporcional.
- (D) coeficiente de mortalidade.
- (E) incidência.

66

Você está trabalhando em uma unidade de saúde e recebe a informação, pelo agente comunitário de saúde (ACS), de que um usuário teve alta e não buscou atendimento ou agendamento de consulta. Você solicitou ao ACS responsável que realizasse uma busca ativa e entregasse o agendamento que você fez.

Essa conduta constitui, especificamente, uma ação de

- (A) coordenação do cuidado.
- (B) responsabilização sanitária.
- (C) integralidade.
- (D) vínculo.
- (E) longitudinalidade.

67

Há situações em que a equipe se encontra diante de uma pessoa que precisa ser comunicada de uma notícia difícil. Nesses casos, temos ferramentas que nos auxiliam a organizar de maneira mais adequada a aproximação, como o protocolo SPIKES, que é amplamente utilizado na prática da medicina de família e comunidade.

As seguintes ações fazem parte do protocolo SPIKES, exceto uma. Assinale-a.

- (A) Organizar um ambiente com assentos adequados.
- (B) Explicar o motivo e quanto tempo de conversa programaram.
- (C) Identificar se a pessoa deseja saber mais ou delegar a um familiar.
- (D) Questionar o que se entendeu da situação que está vivendo.
- (E) Realizar entrevista motivacional na etapa de conhecimento.

Neurologia

68

Uma mulher de 50 anos, com crises de migrânea com aura visual desde a adolescência, relata início súbito de dor de cabeça que considerou “a pior da vida”, seguida de vômitos e perda de consciência, o que motivou a internação.

No exame, já está acordada e refere cefaleia intensa. O médico encontra dificuldade na mobilização passiva da nuca e observa ptose palpebral à direita, anisocoria com midríase à direita e estrabismo divergente à direita.

O diagnóstico mais provável é

- (A) neuralgia occipital.
- (B) hemorragia subaracnoide por aneurisma de artéria comunicante posterior.
- (C) migrânea com aura complicada.
- (D) ruptura de aneurisma intracavernoso.
- (E) hemorragia subaracnoide por aneurisma de artéria cerebral média.

69

A doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência no idoso; apresenta pico de incidência após os 75 anos, evolui lentamente e progressivamente e tem curso inexoravelmente fatal em torno de 15 anos.

Assinale a opção que descreve uma característica dos primeiros anos de doença.

- (A) Exame neurológico normal, exceto o comprometimento cognitivo.
- (B) Identificação de reflexos primitivos como sucção e preensão.
- (C) Alteração do tônus, da postura e da marcha.
- (D) Restrição ao leito com dependência de terceiros.
- (E) Incontinência urinária e fecal.

70

Um homem de 30 anos é admitido na UTI após sofrer um TCE. Mesmo com estimulação dolorosa, ele permanece de olhos fechados, sem emitir sons nem apresentar movimentos. É entubado e colocado em respirador, mantendo-se a estabilidade hemodinâmica.

Após cinco dias, decide-se avaliar a possibilidade de morte encefálica.

Os seguintes parâmetros indicam a confirmação desse diagnóstico:

- (A) manutenção dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral, associada à ausência de drive respiratório no teste de apneia.
- (B) ausência dos reflexos oculocefálicos e vestibulo-oculares e teste de apneia positivo, com valor final de PaCO_2 de 45 mmHg.
- (C) ausência dos reflexos fotomotor, corneopalpebral, oculocefálico, vestibulo-ocular e de tosse associada a teste de apneia positivo.
- (D) reflexos oculocefálico e de tosse preservados, associados a um traçado de eletroencefalograma isoeletrico.
- (E) ausência dos reflexos de tronco encefálico e teste de apneia negativo em paciente com temperatura corporal estável em 30°C .

71

Um homem de 35 anos busca atendimento neurológico devido ao surgimento progressivo de movimentos involuntários e desordenados nos membros e na face há dois anos. Nos últimos meses, a família notou episódios frequentes de automutilação (mordeduras na língua e nos lábios), além de declínio cognitivo e mudanças de personalidade. O paciente foi adotado na infância e não possui informações sobre seus parentes biológicos. Durante a investigação, o hemograma revelou uma alteração morfológica específica nas hemácias, caracterizada por projeções espiculadas na membrana celular.

Diante do quadro clínico e do achado laboratorial, o diagnóstico provável e o respectivo achado que confirma a suspeita são:

- (A) doença de Huntington e pesquisa de expansão de tripletos CAG.
- (B) neuroacantocitose e presença de acantócitos no esfregaço de sangue periférico.
- (C) doença de Wilson e redução dos níveis séricos de ceruloplasmina.
- (D) coreia hiperglicêmica não cetótica e hiperintensidade em T1 nos gânglios da base.
- (E) coreia de Sydenham e elevação dos títulos de antiestreptolisina O (ASLO).

72

Homem de 72 anos é admitido no ambulatório de neurologia com queixa de ptose palpebral bilateral e visão dupla (diplopia) há 4 meses. Relata que os sintomas costumam ser leves ou ausentes ao acordar, mas pioram significativamente ao longo do dia ou após leitura prolongada. Passou a notar fadiga na musculatura mastigatória durante as refeições e dificuldade para pentear o cabelo.

A tomografia computadorizada de tórax de alta resolução demonstrou substituição adiposa fisiológica do mediastino anterior. A pesquisa de anticorpos antirreceptores de acetilcolina foi positiva, com títulos elevados.

Considerando o diagnóstico, a faixa etária da paciente e a conduta terapêutica inicial e de manutenção mais adequada para o manejo clínico desse quadro é

- (A) timectomia cirúrgica imediata por esternotomia mediana.
- (B) inibidor da acetilcolinesterase (piridostigmina) isolado ou associado à corticoterapia em baixas doses.
- (C) plasmaférese de urgência associada a ciclofosfamida intravenosa contínua.
- (D) anticoagulação plena com varfarina, com reavaliação em 30 dias.
- (E) injeção local de toxina botulínica nos músculos orbiculares dos olhos.

73

Uma paciente de 62 anos busca atendimento médico com quadro de desequilíbrio na marcha, de instalação há três semanas, associado a disfagia e disartria progressivas. A ressonância magnética de crânio não evidencia alterações estruturais significativas. A investigação laboratorial revela sorologia positiva para o anticorpo anti-Yo (anti-PCA-1). Diante desse achado, solicitou-se uma tomografia computadorizada, que identificou um nódulo mamário altamente suspeito de malignidade.

Com base no quadro clínico e nos exames complementares, o diagnóstico mais provável para as manifestações neurológicas dessa paciente

- (A) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).
- (B) Atrofia de Múltiplos Sistemas do tipo cerebelar (AMS-C).
- (C) Distrofia Muscular de Cinturas.
- (D) Neurosífilis com acometimento de tronco encefálico.
- (E) Degeneração cerebelar paraneoplásica associada ao câncer de mama.

74

Um homem de 59 anos, residente em área rural do estado da Bahia com histórico frequente de banho de rio, procura o pronto-atendimento com queixa de fraqueza flácida em membros inferiores de instalação aguda (há 24 horas), associada a retenção urinária e anestesia em sela. O exame físico revela reflexo aquileu abolido bilateralmente.

Considerando o quadro clínico e os antecedentes do paciente, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial correta são

- (A) infarto medular e anticoagulação imediata.
- (B) mielorradiculopatia esquistossomótica o tratamento imediato com praziquantel e corticoide.
- (C) esclerose múltipla e pulsoterapia com metilprednisolona em altas doses.
- (D) neuropatia diabética grave e controle glicêmico intensivo e reabilitação.
- (E) síndrome da cauda equina e ressonância magnética urgente e descompressão cirúrgica de emergência.

75

Paciente de 70 anos, procura o clínico geral queixando-se de sensação de queimação nas pernas há 1 ano que inicialmente acometia a sola dos pés, mas nos últimos meses passou também a sentir nas pernas até a altura dos joelhos. Tem sentindo também uma instabilidade de marcha como se estivesse desequilibrado. O exame neurológico evidencia hipoestesia tátil e dolorosa distalmente em membros inferiores em padrão bota de cano alto, apalestesia distal nos 4 membros e arreflexia global. A força está preservada. Marcha com leve aumento da base.

O seguinte exame deve ser solicitado para investigar a principal etiologia associada a esse quadro clínico:

- (A) eletroneuromiografia.
- (B) glicemia e hemoglobina glicada.
- (C) sorologias para HIV e hepatite B e VDRL.
- (D) tomografia computadorizada de crânio.
- (E) ressonância magnética de coluna lombossacra.

76

Durante aula de ginástica, aluna de 47 anos apresentou cefaleia holocraniana súbita e de forte intensidade. Levada ao serviço de emergência, estava hipertensa (170x100 mmHg) e apresentava ao exame neurológico sonolência, rigidez a mobilização passiva da nuca, ptose palpebral a direita com paralisia dos movimentos oculares para cima, para baixo e medial em olho direito e pupila direita midriática sem resposta ao reflexo fotomotor direto. Realizou neuroimagem sendo identificado hemorragia subaracnóidea.

A ruptura de aneurisma da seguinte artéria melhor explica o quadro clínico apresentado:

- (A) artéria comunicante anterior.
- (B) artéria cerebral média direita.
- (C) artéria cerebral anterior esquerda.
- (D) artéria cerebral posterior esquerda.
- (E) artéria comunicante posterior direita.

77

Paciente de 40 anos procura neurologista para avaliação de quadro de desequilíbrio de marcha e incoordenação motora nas mãos, evoluindo com piora progressiva há 1 ano. Informa que seu avô paterno, duas tias paternas e seu pai já falecidos tiveram sintomas semelhantes inclusive cuidou de seu pai que ficou muito dependente no final da vida. Seu avô e suas tias eram portugueses. Sua irmã de 35 anos tem apresentado os mesmos sintomas. Ao exame é identificado uma síndrome cerebelar com marcha ebriosa, dismetria e nistagmo. Diante dos dados clínicos e epidemiológicos, a principal hipótese etiológica é

- (A) ataxia de Friedreich.
- (B) ataxia com apraxia ocular.
- (C) ataxia espinocerebelar tipo 3.
- (D) atrofia de múltiplos sistemas tipo C
- (E) síndrome tremor/ataxia associada ao X frágil.

78

Paciente de 82 anos, juiz de direito aposentado, procura atendimento neurológico com quadro de esquecimentos de fatos recentes há 2 anos. Relata que perde objetos com frequência pois não sabe onde os colocou, como chaves e celular. Já encontrou a chave dentro do sapato e a carteira é esquecida com frequência no carro. Esposa relata que ele se tornou repetitivo, fazendo a mesma pergunta várias vezes. Continua administrando suas finanças e pagando as contas sem dificuldades. Nega episódios de desorientação espacial. A avaliação neuropsicológica que mostrou preservação do funcionamento cognitivo global e independência para as atividades de vida diária, além de queixa subjetiva de dificuldade de memória com evolução nos 2 anos. Objetivamente evidenciou comprometimento acentuado da memória episódica e da memória anterógrada.

A ressonância magnética de crânio mostrou microangiopatia leve (FAZEKAS=1) e atrofia hipocampal (MTA= 2). PET-CT com marcador beta-amilóide demonstrou acúmulo moderado de beta-amilóide cerebral.

O diagnóstico síndrome e etiológico nesse momento é

- (A) demência vascular.
- (B) demência por corpos de Lewy.
- (C) demência na Doença de Alzheimer.
- (D) comprometimento cognitivo subjetivo do envelhecimento.
- (E) comprometimento cognitivo leve devido a Doença de Alzheimer.

79

Paciente de 67 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson recente, informa, pela primeira vez, que apresenta, de vez em quando, noites agitadas, nas quais grita e faz movimentos bruscos incluindo chutes e socos contra sua esposa. Esse quadro passou a acontecer anos antes de os sintomas do Parkinson aparecerem, mas está mais frequente atualmente, tanto que sua esposa passou a dormir em quarto separado há 3 meses. Quando questionado, se lembra apenas de sonhos vívidos no geral de pesadelos onde está sendo atacado e revidar ou estar fugindo de alguém, associados a este quadro. O transtorno do sono apresentado pelo paciente é denominado

- (A) sonambulismo.
- (B) terror noturno.
- (C) paralisia do sono.
- (D) transtorno comportamental do sono REM.
- (E) movimentos periódicos das pernas durante o sono.

80

Idoso tem queda da própria altura e bate a cabeça no chão. Mantém-se acordado e não apresenta sintomas imediatamente após o trauma, por isso não busca avaliação médica. Após 1 mês acorda confuso e nos dias subsequentes fica sonolento e com dificuldade motora em membro esquerdo. Procura então o serviço de emergência. O médico de plantão confirma as queixas e solicita tomografia computadorizada de crânio que evidencia coleção extra-axial fronto-temporo-occipital com forma em crescente hipodensa a direita.

O diagnóstico é

- (A) contusão cerebral.
- (B) hematoma subdural crônico.
- (C) hematoma extra-dural agudo.
- (D) acidente vascular encefálico isquêmico.
- (E) acidente vascular encefálico hemorrágico.

Realização

