Centro de Educação e Pesquisa em Saúde

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nome:	
Especialidade:	**Assinatura:**

INSTRUÇÕES

1. Aguarde autorização para abrir o caderno de prova e conferir o número de questões.
2. A prova é composta de 60 questões objetivas.
3. As questões objetivas são de múltipla escolha, com 4 alternativas cada uma (a, b, c, d) e somente uma deve ser assinalada.
4. A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
5. Ao receber o cartão-resposta confirme seu nome impresso nele e caso haja qualquer irregularidade, comunique imediatamente ao seu aplicador de prova.
6. O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica transparente de tinta azul ou preta observando sempre o limite do espaço para cada marcação. O candidato é responsável pelo seu cartão resposta e esse é insubstituível.
7. Durante a prova não será permitida comunicação entre os candidatos ou pessoas estranhas ao Processo Seletivo, bem como consulta de livros, revistas, folhetos, ou ainda qualquer material de apoio, nem uso de telefones celulares ou qualquer outro equipamento eletrônico, uso de bonés, chapéus lenços, óculos escuros, relógios, entre outros que sejam considerados análogos aos itens descritos.
8. A duração da prova é de 4 (quatro) horas. Esse tempo inclui a resolução das questões e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
9. Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o caderno de prova e o cartão-resposta.
10. Se desejar, anote as respostas no quadro abaixo, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

RESPOSTAS							
01 -	09 -	17 -	25 -	33 -	41 -	49 -	57 -
02 -	10 -	18 -	26 -	34 -	42 -	50 -	58 -
03 -	11 -	19 -	27 -	35 -	43 -	51 -	59 -
04 -	12 -	20 -	28 -	36 -	44 -	52 -	60 -
05 -	13 -	21 -	29 -	37 -	45 -	53 -	
06 -	14 -	22 -	30 -	38 -	46 -	54 -	
07 -	15 -	23 -	31 -	39 -	47 -	55 -	
08 -	16 -	24 -	32 -	40 -	48 -	56 -	

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

SIGLAS

ADH	Hormônio antidiurético
ANTI-TPO	Anti-Tireoperoxidase
ALT	Alanina Aminotransferase
APS	Atençaõ Primária a Saúde
AST	Aspartato Aminotransferase
ATR	Acidose tubular renal
BNP	Peptídeo Natrial Diuretico
BPM	Batimentos por minuto
CAM	*Confusion Assessment Method*
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDR	*Clinical Dementia Rating* (Escala de Avaliação Clínica da Demência)
CKD-EPI	*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
DF	Função Discriminante de Maddrey
DTpA	Vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Tipo Adulto
DTG	Dolutegravir
EBV	*Epstein Bar Virus*
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FA	Fosfatase alcalina
FC	Frequência cardíaca
FID	Fossa ilíaca direita
FR	Frequência respiratória
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
GGT	Gama GT
GH	Hormônio do Crescimento
GnRH	Hormônio Liberador de Gonadotrofina
GOLD	*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*
H+	Hidrogênio
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
Hb	Hemoglobina
hCG	gonadotrofina coriônica humana
HCO3-	Bicarbonato
HIV	Virus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus Humano
Ht	Hematócrito
IC	Insuficiência cardíaca
IECA	Inibidores da enzima conversora da angiotensina
IgA	Imunoglobulina A
IGF-1	Fator de Crescimento Semelhante à Insulina tipo 1

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

IGFBP-3	Proteína de Ligação ao IGF-3
IMC	Índice de Massa Corpórea
IRA	Insuficiência renal aguda
irpm	Incursões Respiratórias por Minuto
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção de trato urinário
KDIGO	*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*
LABA	Agonista beta-2 adrenérgico de longa ação
LAMA	Antagonistas muscarínicos de longa duração
LDL	*Low-Density Lipoprotein*
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais
LH	Hormônio Luteinizante
MDR-TB	Tuberculose Multirresistente.
mEq/l	miliequivalente por litro
mOsm/kg	miliosmoles por quilograma de solvente
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
NT-proBNP	Peptídeo Natriurético tipo B N-terminal
NV	Nascidos vivos
PA	Pressão arterial
PaCO2	Pressão Arterial de CO2
PaO2	Pressão Arterial de O2
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Proteína C Reativa
POCUS	Ultrassom point-of-care
Portaria GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
PPC	Puberdade precoce central
RAS	Rede de atenção a saúde
RIPE	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol
RHZE	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol
RHZS	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Estreptomicina
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SatO2	Saturação O2
SGLT2	Cotransportador de Sódio-Glicose 2
SHBG	Globulina Ligadora de Hormônios Sexuais
SRAA	Sistema renina angiotensina aldosterona
T; temp.	Temperatura
TARV	Terapia antirretroviral
TC	Tomografia de crânio
TDF	Tenofovir
TFGe	Taxa de filtração glomerular
TOTG	Teste Oral de Tolerância a Glicose

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

TSH	Hormônio tireo-estimulante
TRAb	Anticorpo antirreceptor de TSH
TRM-TB	teste rápido molecular para tuberculose
UPA	Unidade de Pronto Atendimetno
Vacina VIP	Vacina Inativada Poliomielite
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
3TC	Lamivudina

VALORES DE REFERÊNCIA

Albumina	3,5 a 5,5 g/dL
ALT	7-56 U/
AST	10-40 U/L
Bilirrubinas	0,3 a 1,0 mg/dL
Bilirrubina direta	0,1 a 0,3 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,2 a 0,7 mg/dL
BNP	Inferior a 100 pg/mL.
Cálcio total	8,8 mg/dL a 10,4 mg/dL
Cloro	96 e 107 mEq/L
Creatinina	0,7 a 1,3 mg/dL
Colesterol Total	abaixo de 190 mg/dL
Fosfatase alcalina	5,5 a 22,9 U/L
FSH	Fase folicular entre 3,4 e 21,6 mUI/mL Fase ovulatória entre 5,0 e 20,8 mUI/mL Fase lútea entre 1,1 e 14,0 mUI/mL Menopausa acima de 23,0 mUI/mL.
Gasometria	pH= 7,35-7,45, $PaCO_2$ = 35-45 mmHg, PaO2= 80 a 100 mmHg HCO_3^- = 22-26 mEq/L
GGT	Até 60 U/L em homens e 40 U/L em mulheres
Glicemia de jejum	70 a 99 mg/dL
HDL	Desejável maior que 40 mg/dL
Hemoglobina glicada (HbA1C)	4,3 a 6,1%
Lactato	5 a 15 mg/dL ou 0,5 a 2,2 mmol/L
LDL	desejável de 100 a 129 mg/dL
LH	até 12,0 UI/L (fase folicular)
Na - sódio	135 a 145 mEq/L
Na URINÁRIO	40-220 mEq/dia
NT-proBNP	abaixo de 125 pg/mL
Osmolaridade sérica	275-295 mOsm/kg
Osmolaridade urinária	50-1400 mOsm/kg

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

PCR	0,3 a 1,0 mg/dL
Potássio sérico	3,5 a 5,0 mEq/L
Prolactina	até 29 µg/L (não gestante)
Relação albumina/creatinina urinária	até 30 mg/g de creatinina
Triglicerídeos	desejável menor que 150 mg/dL
TSH	0,51 a 4,3 mUI/mL
Ureia	10 a 50 mg/dL
β2-microglobulina sérica	0,70 e 2,4 mg/L
Hemograma	
Hemoglobina	11,7 a 14.9 g/dL
Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)	31 a 36 g/dL
Hemoglobina corpuscular média (HCM)	27 a 32 pg
Volume corpuscular médio (VCM)	80 a 100 fL
Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW)	10 a 16%
Leucócitos	5.000 a 10.000/mm3
Linfócitos	0,9 a 3,4 mil/mm3
Monócitos	0,2 a 0,9 mil/mm3
Neutrófilos	1,6 a 7,0 mil/ mm3
Eosinófilos	0,05 a 0,5 mil/ mm3
Plaquetas	150.0 450.000/mm3 ou µL

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

1. Mulher de 65 anos, com Doença Arterial Coronariana (DAC) e stent farmacológico implantado há 8 meses, em uso de aspirina e clopidogrel, necessita realizar uma cirurgia oftalmológica - vitrectomia que apresenta alto risco hemorrágico. Qual a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia quanto ao manejo antiplaquetário neste caso?

a) Manter dupla antiagregação em qualquer procedimento.
b) Suspender aspirina e manter apenas o clopidogrel.
c) Suspender o clopidogrel e manter apenas a aspirina.
d) Suspender ambos os antiplaquetários por 7 dias.

2. Homem de 68 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) e doença arterial coronariana, apresenta piora progressiva da função renal durante internação por descompensação cardíaca, com creatinina subindo de 1,3 para 2,5 mg/dL em 5 dias. Mantém congestão pulmonar e edema periférico, mesmo após uso de diurético de alça em altas doses. De acordo com a classificação atual, qual o tipo de síndrome cardiorrenal e a estratégia mais adequada?

a) Tipo 1 – Iniciar reposição volêmica agressiva para restaurar a perfusão renal.
b) Tipo 2 – Otimizar terapia da IC crônica com betabloqueador e IECA.
c) Tipo 1 – Intensificar descongestão com diuréticos em associação ou ultrafiltração, monitorando a função renal.
d) Tipo 4 – Tratar doença renal crônica com restrição proteica.

3. Um paciente já previamente diagnosticado com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) refere cansaço para atividades do dia a dia, como tomar banho e vestir-se, além de precisar parar para descansar ao caminhar em ritmo normal por 100 metros. Nos últimos 12 meses apresentou duas exacerbações, sendo uma com necessidade de internação hospitalar. Qual a classificação da gravidade e o tratamento inicial mais adequado?

a) GOLD 2, grupo B; iniciar broncodilatador de curta duração isolado conforme necessidade.
b) GOLD 3, grupo A; iniciar LAMA isolado.
c) GOLD 2, grupo E; iniciar combinação LAMA + LABA.
d) GOLD 2, grupo E; iniciar LABA + corticoide inalatório isolado.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

4. Homem de 49 anos, pedreiro, com história de tuberculose pulmonar tratada e curada há 1 ano e meio, procura a unidade básica de saúde por tosse produtiva leve e esporádica há 3 semanas, com pequena quantidade de escarro amarelado. Nega febre, sudorese noturna, hemoptise ou perda ponderal. Relata que sempre apresentou tosse intermitente desde o término do tratamento, mas percebeu discreta piora recentemente. No exame físico, apresenta bom estado geral, ausculta pulmonar com estertores crepitantes finos em ápice direito. Radiografia de tórax evidencia fibrose apical bilateral e bronquiectasias no lobo superior direito, compatíveis com sequelas de tuberculose prévia, sem novas opacidades. Foi solicitado teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) em escarro, que resultou positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, sem detecção de resistência à rifampicina. Com base no quadro clínico e nos resultados dos exames, a conduta correta é:

a) Iniciar esquema para tuberculose recidivada com base apenas no TRM-TB positivo.
b) Considerar possível falso-positivo do TRM-TB e correlacionar com quadro clínico antes de retratar.
c) Solicitar baciloscopia seriada e iniciar tratamento apenas se o resultado for negativo.
d) Realizar tomografia de tórax e iniciar tratamento baseado na positividade do TRM-TB.

5. Paciente com doença de Parkinson há mais de 5 anos apresenta flutuações motoras e episódios de discinesias induzidas por levodopa. A conduta neste caso baseado no último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson do Ministério da Saúde seria:

a) Aumentar a dose total diária de levodopa para um melhor controle da rigidez e dos tremores.
b) Diminuir gradualmente a levodopa até a suspensão e iniciar pramipexol em monoterapia.
c) Manter a levodopa e associar entacapona para estabilizar a biodisponibilidade da levodopa.
d) Substituir a levodopa por amantadina em monoterapia para controle das flutuações motoras.

6. Homem, 45 anos, apresenta cefaleia diária, bilateral, tipo pressão, sem náuseas ou fonofobia, há mais de 6 meses da qual necessita fazer uso de analgésicos simples quase diariamente. A hipótese diagnóstica e conduta correta são:

a) Migrânea crônica com aura; iniciar sumatriptano para analgesia e profilaxia com topiramato.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) Cefaleia tensional episódica; manter analgésicos simples e iniciar tratamento profilático.
c) Cefaleia por abuso de medicação; suspender os analgésicos e iniciar profilaxia com amitriptilina.
d) Neuralgia do trigêmeo; iniciar carbamazepina e realizar angiorressonância arterial de encéfalo.

7. Um paciente de 58 anos, diabético e hipertenso, apresenta taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) de 48 mL/min/1,73 m² (CKD-EPI), albuminúria de 320 mg/g de creatinina e potássio sérico de 5,8 mEq/L. Está em uso de losartana, metformina, anlodipino e sinvastatina. Segundo as diretrizes KDIGO 2024, qual a conduta mais apropriada em relação ao uso de metformina e losartana?

a) Suspender metformina e manter losartana, pois o risco de acidose láctica é alto na TFGe < 60 mL/min/1,73 m².
b) Manter metformina e losartana, monitorando creatinina e potássio, pois ambos trazem benefício renal e cardiovascular.
c) Suspender metformina e losartana, pois aumentam risco de hiperpotassemia e acidose.
d) Manter metformina, mas suspender losartana, pois a hiperpotassemia contraindica bloqueadores do SRAA em qualquer valor.

8. Um paciente masculino, 35 anos, foi trazido pelo SAMU ao pronto-atendimento, sem acompanhante, encontrado em via pública intensamente agitado, persecutório, heteroagressivo, referindo estar sofrendo "ameaças" e "estarem vindo atrás dele" . Ao exame clínico apresenta-se taquicárdico, hipertenso, sudoreico com pupilas midriáticas. Não apresenta histórico prévio de psicose. Segundo as diretrizes de manejo de urgências psiquiátricas, qual psicofármaco e via de administração é mais indicada neste cenário?

a) Diazepam oral.
b) Haloperidol Intramuscular.
c) Clorpromazina Intramuscular.
d) Midazolam Intramuscular.

9. De acordo com a literatura médica, alucinose pode ser definida como:

a) Uma experiência sensoperceptiva na ausência dos estímulos externos correspondentes, percebida com crítica por parte do paciente.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) Uma experiência sensoperceptiva na ausência dos estímulos externos correspondentes, percebida como real pelo paciente.
c) Uma experiência sensoperceptiva na ausência dos estímulos externos correspondentes, com pouca ou nenhuma corporeidade e localizada no espaço subjetivo interno.
d) Uma interpretação falsa de um estímulo real, geralmente visual ou auditivo, percebido de forma distorcida.

10. Uma paciente de 71 anos, com osteoporose grave, iniciou denosumabe há 3 anos por não tolerar o tratamento com alendronato devido a esofagite de refluxo. Além da dieta e atividade física regular, a paciente faz suplementação diária de cálcio e colecalciferol. Apresentou melhora significativa da densidade mineral óssea e mantém-se sem fraturas. Devido aos custos, opta por interromper o denosumabe. Qual é a conduta mais apropriada nesse caso?

a) Transição para teriparatida, mantendo o tratamento por um período de 24 meses.
b) Administrar ácido zoledrônico, seis meses após a última dose de denosumabe.
c) Intervalo de um ano sem medicação, mantendo a suplementação de cálcio e colecalciferol.
d) Prescrever raloxifeno durante 12 meses, otimizar a ingestão de cálcio e associar calcitriol.

11. Uma paciente de 50 anos, sedentária, relata ganho gradual de peso (9 kg) nos últimos 5 anos. Mantém dieta com alto consumo de pães e massas e baixa ingestão de frutas e vegetais. Possui história familiar de diabetes tipo 2 em mãe e tios maternos. Ao exame físico, apresenta IMC de 28 kg/m², circunferência abdominal de 94 cm e pressão arterial de 138/86 mmHg. Nos exames laboratoriais, observa-se glicemia de jejum de 104 mg/dL e HbA1c de 5,8%. Com base nesse cenário clínico, qual deve ser a conduta mais apropriada?

a) Orientar mudanças no estilo de vida e repetir exames em 6 meses, pois não há necessidade de testes adicionais nesse momento.
b) Informar a paciente sobre o diagnóstico de pré-diabetes, incentivar medidas comportamentais e prescrever metformina.
c) Solicitar teste oral de tolerância à glicose, pois a presença de múltiplos fatores de risco aumenta a probabilidade de diagnóstico de diabetes.
d) O foco deve ser na redução de peso, pois perdas de 7 a 10% do peso inicial podem reverter a disglicemia incipiente.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

12. Homem, 46 anos, sem comorbidades, é admitido no pronto-socorro com história de febre alta iniciada há cerca de 24 horas, associada a cefaleia intensa, náuseas, vômitos e confusão mental progressiva. Nega convulsões ou déficits motores prévios. Não há relato de imunossupressão ou trauma craniano recente. Ao exame físico: PA 128/76 mmHg, FC 104 bpm, temperatura 39,2 °C, saturação 96% em ar ambiente. Apresenta rigidez de nuca e desorientação no tempo e espaço. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores focais. Hemograma: leucócitos 18.200/mm³ (neutrófilos 88%), plaquetas 230.000/mm³. Creatinina e eletrólitos dentro da normalidade. Glicemia capilar: 98 mg/dL. Com base no quadro clínico, a conduta adequada é:

a) Realizar punção lombar imediata para análise do líquor, seguida de antibioticoterapia empírica.
b) Iniciar antibioticoterapia empírica imediatamente, coletar hemoculturas e realizar punção lombar na sequência independentemente de exame de imagem.
c) Solicitar TC de crânio antes da punção lombar, sem iniciar antibiótico até o resultado.
d) Solicitar TC de crânio, iniciar antibioticoterapia empírica e realizar punção lombar apenas se exame de imagem for normal.

13. Mulher, 27 anos, com epilepsia do lobo temporal mesial, diagnosticada há 8 anos, faz uso regular de carbamazepina e levetiracetam em doses máximas toleradas. Relata persistência mensal de crises focais com comprometimento de consciência, mesmo após titulação adequada de ambos os fármacos. A próxima conduta indicada é:

a) Introdução de clonazepam como terceira droga associada e manutenção de acompanhamento ambulatorial especializado.
b) Substituição de levetiracetam por ácido valproico, mesmo em paciente com epilepsia focal, como tentativa de uma possível monoterapia.
c) Encaminhamento para centro de referência com equipe multidisciplinar para avaliação de epilepsia farmacorresistente e possibilidade de cirurgia.
d) Manter a medicação na mesma dosagem e posologia, já que as crises ocorrem com frequência baixa e sem prejuízo funcional relatado.

14. Baseado nas orientações do Ministério da Saúde, a timectomia deve ser considerada, mesmo na ausência de timoma, em pacientes com Miastenia Gravis do tipo:

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

a) Ocular isolada, com anticorpos anti-MuSK positivos e idade inferior a 45 anos.
b) Generalizada, com anticorpos anti-AChR positivos e idade inferior a 60 anos.
c) Soronegativa e refratariedade clínica mesmo na ausência de timoma.
d) Bulbar pura, anti-MuSK positiva, com falha ao uso de prednisona.

15. Homem, 32 anos é admitido com paraparesia flácida ascendente, arreflexia e parestesias em membros inferiores, com sintomas iniciados há 7 dias após quadro de diarreia autolimitada. Apresenta também taquicardia, hipotensão postural e retenção urinária. A conduta inicial é:

a) Solicitar punção lombar para confirmar dissociação albuminocitológica antes de iniciar tratamento específico.
b) Solicitar eletroneuromiografia e exame de imagem da coluna toracolombar para afastar causas compressivas.
c) Iniciar imunoglobulina intravenosa e monitorar função respiratória e da disautonomia.
d) Iniciar pulsoterapia com corticoide intravenoso e reabilitação com fisioterapia motora precoce.

16. Um paciente apresenta movimentos coreicos associados à degeneração do núcleo caudado, compatível com doença de Huntington. Qual alteração no circuito estriato-tálamo-cortical explica esse quadro?

a) Predomínio da via direta com aumento da atividade inibitória sobre o tálamo, reduzindo estímulos ao córtex motor e causando hipoatividade.
b) Lesão da via indireta, com redução da inibição talâmica e consequente aumento da atividade excitatória cortical e dos movimentos involuntários.
c) Degeneração seletiva do trato corticoespinhal lateral, responsável pelo déficit motor voluntário e não pela gênese de movimentos involuntários.
d) Comprometimento do trato vestibuloespinhal medial, fundamental para o controle postural, mas sem papel central em movimentos coreicos.

17. Paciente, 45 anos com diagnóstico de esclerose múltipla apresenta espasticidade grave refratária ao uso de baclofeno oral e a fisioterapia. Qual seria a próxima opção terapêutica recomendada para tratamento via Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Ministério da Saúde?

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

a) Aumentar a dose de baclofeno oral até a resposta terapêutica adequada.
b) Indicação da toxina botulínica tipo A em grupos musculares específicos.
c) Introduzir benzodiazepínicos como tratamento medicamentoso de escolha.
d) Substituir imediatamente o baclofeno oral por bomba intratecal de baclofeno.

18. De acordo com a recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia para avaliação da doença das artérias carótidas e vertebrais pela Ultrassonografia Vascular, qual é a recomendação em relação a avaliação dos segmentos intracranianos das artérias vertebrais e basilar em exames de rotina?

a) Avaliação apenas nos pacientes sintomáticos associado a fatores de risco cardioembólico como no caso da fibrilação atrial esporádica.
b) Deve ser realizada esta avaliação em pacientes com a presença de lesões extracranianas significativas (estenose acima de 75%).
c) A investigação está indicada principalmente e necessariamente em casos de dissecção confirmada da artéria vertebral extracraniana.
d) Incluir a avaliação dos segmentos intracranianos via janela foraminal em pacientes sintomáticos sem lesões extracranianas que justifiquem a clínica.

19. Mulher de 54 anos, menopausa há 3 anos, apresenta sintomas vasomotores intensos. Tem obesidade (IMC 33 kg/m²), hipertensão arterial controlada e dislipidemia com LDL-c de 150 mg/dL. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, qual é a via preferencial de terapia hormonal da menopausa (THM) neste caso?

a) Oral, pois é a via mais eficaz para sintomas vasomotores.
b) Transdérmica, devido à presença de obesidade e dislipidemia.
c) Vaginal, já que não há sintomas urogenitais o que facilita a administração.
d) Nenhuma, pois hipertensão arterial é contraindicação absoluta para THM.

20. Mulher de 49 anos com doença de Chagas apresenta bloqueio atrioventricular total e episódios de síncope. Qual é a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o manejo neste caso?

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

a) Uso de betabloqueadores em altas doses para controlar sintomas.
b) Indicação de implante de marcapasso definitivo, sendo indicação classe I.
c) Uso crônico de amiodarona para prevenção de bloqueio atrioventricular.
d) Acompanhamento clínico sem intervenção, pois trata-se de evolução benigna.

21. Mulher de 46 anos, hígida, IMC 24 kg/m², ex-tabagista há 5 anos, relata que o pai faleceu subitamente aos 49 anos por infarto agudo do miocárdio. Dois irmãos tiveram diagnóstico de doença coronariana antes dos 50 anos. Refere dieta equilibrada e prática regular de exercícios. Nega uso de medicamentos.
Exame físico segmentar normal, pressão arterial 116/72 mmHg, IMC 24 kg/m², Laboratório (jejum):

- **Colesterol total: 192 mg/dL**
- **LDL-C: 118 mg/dL**
- **HDL-C: 58 mg/dL**
- **Triglicerídeos: 84 mg/dL**
- **Glicemia: 86 mg/dL**

Considerando o contexto clínico, qual exame complementar adicional não se altera significativamente com dieta ou tratamento hipolipemiante convencional e pode auxiliar na estratificação de risco cardiovascular?

a) Apolipoproteína B.
b) Lipoproteína (a).
c) Colesterol não-HDL.
d) Sequenciamento genético.

22. Assinale a alternativa <u>CORRETA</u> sobre manifestações iniciais da neuropatia autonômica cardíaca, detectáveis por avaliação clínica ou testes autonômicos (FC = frequência cardíaca):

a) Redução da variação da FC durante respiração profunda e discreto prolongamento do intervalo QT, sem queda pressórica significativa ao ortostatismo.
b) Elevação discreta e transitória da frequência cardíaca após mudança de decúbito dorsal para ortostatismo com manutenção da pressão arterial sistólica.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

c) Diminuição da sensibilidade dos receptores de estiramento carotídeos, levando à bradicardia de repouso e redução da pressão arterial em posição supina.
d) Manutenção da frequência cardíaca durante a manobra de Valsalva com aumento da resistência vascular periférica, preservando a resposta pressórica.

23. Mulher de 74 anos, hipertensa, diabética e obesa, apresenta dispneia aos mínimos esforços. Ecocardiograma revela fração de ejeção de 58%, aumento do átrio esquerdo e hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. BNP = 480 pg/mL. Está otimizada em controle pressórico e glicêmico, sem congestão no momento. De acordo com as evidências mais recentes, qual medida farmacológica traz benefício comprovado em redução de hospitalizações por IC nessa paciente?

a) Bloqueadores beta-adrenérgicos.
b) Inibidor de SGLT2 (empagliflozina ou dapagliflozina).
c) Inibidor da neprilisina (sacubitril/valsartana).
d) Bloqueador do receptor de mineralocorticoide (espironolactona).

24. Na avaliação de uma paciente de 35 anos com irregularidade menstrual, detectou-se hiperprolactinemia de 65 ng/mL. Ela faz uso regular de risperidona. Qual abordagem <u>inicial</u> é mais adequada?

a) Repetir a dosagem de prolactina após suspensão temporária ou substituição da medicação, se clinicamente possível.
b) Indicar tratamento com agonista dopaminérgico, para reduzir a prolactina e restaurar o ciclo menstrual.
c) Solicitar ressonância magnética da hipófise, para rastreamento e diagnóstico precoce de lesões selares incipientes.
d) Iniciar terapia com estrogênio transdérmico, para minimizar transtornos de humor por hipoestrogenismo.

25. Um paciente de 52 anos, com obesidade grau 2 (IMC = 38 kg/m²) sem outras comorbidades, vem apresentando intolerância ao exercício (incapacidade de sustentar esforços físicos devido a dispneia e fadiga precoces), há alguns meses. Suspeitando de insuficiência cardíaca, o médico

pediu uma dosagem de NT-proBNP. Sobre a interpretação desse exame nesse contexto, qual é a alternativa CORRETA?

a) Considerar o exame fidedigno, pois a obesidade sem outros fatores de risco cardiovascular não altera os níveis de NT-proBNP.
b) Utilizar os pontos de corte habituais, já que a obesidade reduz a especificidade, mas não a sensibilidade desse exame.
c) A obesidade diminui os níveis de NT-proBNP, de modo que resultados normais não excluem insuficiência cardíaca, exigindo investigação complementar.
d) Restringir o uso do NT-proBNP ao prognóstico, pois valores normais são suficientes para afastar insuficiência cardíaca em obesos.

26. Durante a investigação de hipogonadismo em um homem de 52 anos com diabetes tipo 2 e sintomas de baixa libido, constatou-se que a dosagem de testosterona total era limítrofe e a de SHBG estava baixa. Qual exame laboratorial é mais adequado para confirmar ou excluir o diagnóstico neste cenário?

a) Dosar a testosterona livre por imunoensaio automatizado.
b) Calcular a testosterona livre pela fórmula de Vermeulen.
c) Pedir a dosagem de testosterona total após estímulo com LH e FSH.
d) Solicitar coleta da testosterona total após repouso de 20 - 30 minutos.

27. Uma paciente de 65 anos, com diabetes tipo 2, HAS e dislipidemia, diagnosticados há seis anos, está em uso de metformina 1 g/dia, losartana 100 mg/dia e sinvastatina 40 mg/dia. Ex-tabagista (parou há 2 anos), sem história de outras comorbidades. Exame físico: Pressão arterial: 130/80 mmHg, IMC: 28 kg/m², segmentar normal. Os exames laboratoriais dos últimos 3 anos mostram declínio gradual da TFGe de 70 para 55 mL/min/1,73 m² (aproximadamente 3 mL/min/1,73 m² ao ano). A relação albumina/creatinina (RAC) está entre 13–18 mg/g em três coletas consecutivas da primeira urina da manhã. Sedimento urinário inativo. HbA1c atual: 7,2%. Qual é o diagnóstico mais provável dessa paciente?

a) Nefrite tubulointersticial aguda provocada pelo uso de sinvastatina, com declínio progressivo da função renal.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) Nefropatia diabética com regressão da albuminúria, associada ao uso de agentes renoprotetores como bloqueadores do receptor de angiotensina.
c) Doença renal do diabetes não albuminúrica, mais frequente em mulheres com história de hipertensão arterial e tabagismo.
d) Declínio da função renal sem causa definida, a queda rápida da TFG indica a necessidade de exclusão de outras nefropatias.

28. Uma mulher de 42 anos, procura atendimento por perda de peso de 4 kg em 3 semanas, tremores finos e palpitações. Faz atividade física regularmente, usa suplementos "naturais" e "pré-treino". Ao exame, está eupneica, em bom estado geral, FC 104 bpm, PA = 140 x 60 mmHg, exame segmentar normal. Exames laboratoriais:
TSH: <0,01 mU/L (VR: 0,4–4,0)
T4 livre: 3,2 ng/dL (VR: 0,8–1,8)
T3 total: 275 ng/dL (VR: 80–180)
Anti-TPO: 62 UI/mL (VR: <35)
Cintilografia(24h): captação <1% (VR: 10–30%)
A paciente deseja saber se o consumo dos suplementos pode ser a causa dos sintomas relatados Qual exame complementar tem maior utilidade para confirmar ou afastar essa suspeita?

a) Tireoglobulina sérica.
b) TRAb.
c) T3 reverso.
d) Ultrassonografia.

29. Paciente feminina, 19 anos, asmática desde a infância, em uso de corticoide inalatório e LABA. Dá entrada no departamento de emergência com exacerbação do quadro de base. Após 40 min e instituído o tratamento adequado a paciente apresenta-se sonolenta, com pressão arterial = 90/40 mmHg, frequência cardíaca= 65 bpm, frequência respiratória = 14 irpm. Qual gasometria arterial representa o quadro clínico descrito acima?

a) pH= 7,45 – PaO2= 40 mmHg – PaCO2= 38 mmHg – SatO2= 75% - bicarbonato = 21.
b) pH= 7,25 – PaO2= 60 mmHg – PaCO2= 48mmHg – SatO2= 90% - bicarbonato = 22.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

c) pH= 7,55 – PaO2= 50 mmHg – PaCO2= 22 mmHg – SatO2= 80% - bicarbonato = 18.
d) pH= 7,45 – PaO2= 65 mmHg – PaCO2= 50 mmHg – SatO2= 85% - bicarbonato = 30.

30. De acordo com o GOLD 2025 e o PCDT 2025 de DPOC do Ministério Público, está indicado o uso de corticoide inalatório na seguinte situação?

a) Paciente pertencente ao grupo GOLD B, em uso de LABA e LAMA com períodos de piora, deve-se substituir o LAMA pelo corticoide inalatório.
b) Paciente pertencente ao grupo GOLD A, deve-se associar ao SAMA em casos de exacerbação .
c) Paciente pertencente ao grupo GOLD E, em uso de LABA e LAMA níveis de eosinófilos acima de 300 mcg/L deve-se associar o corticoide inalatório.
d) Paciente pertencente ao grupo GOLD E, em uso de LABA e LAMA níveis de eosinófilos abaixo de 100 mcg/L deve-se associar o corticoide inalatório.

31. Homem de 45 anos, previamente saudável, apresenta tosse seca persistente e fadiga há 3 meses. Ao exame físico, não há alterações pulmonares significativas. A radiografia de tórax mostra linfadenopatia hilar bilateral simétrica sem infiltrado. A tomografia computadorizada confirma linfonodomegalias e pequenos micronódulos peribroncovasculares. O paciente não refere febre, sudorese noturna ou perda de peso acentuada. Testes para tuberculose e infecções fúngicas são negativos. Qual é o diagnóstico MAIS PROVÁVEL?

a) Tuberculose pulmonar ganglionar.
b) Linfoma não Hodgkin mediastinal.
c) Sarcoidose pulmonar estágio I.
d) Pneumoconiose dos trabalhadores de carvão.

32. Homem de 42 anos, em tratamento para tuberculose com RIPE (RHZE) por 2 meses. TRM-TB mostrava sensibilidade à rifampicina no momento do diagnóstico. Na consulta clínica do segundo mês apresentava baciloscopia de controle positiva, mesmo seguindo o esquema terapêutico de maneira adequada. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, qual deve ser a conduta mais adequada neste momento?

a) Manter o tratamento, prorrogando a fase de ataque com RIPE (RHZE) por mais 30 dias e repetir baciloscopia ao final.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) Substituir imediatamente o esquema para tratamento de tuberculose resistente (esquema MDR-TB).
c) Interromper o tratamento atual e iniciar esquema de retratamento com RHZ acrescido de estreptomicina (RHZS).
d) Suspender a rifampicina e substituir por levofloxacino até o resultado da cultura.

33. Homem de 72 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, interna-se por pneumonia comunitária. No 3º dia, apresenta aumento da creatinina sérica de 1,1 para 2,0 mg/dL, débito urinário de 0,3 mL/kg/h por 10 horas e potássio sérico de 6,3 mEq/L. De acordo com os critérios KDIGO para IRA, qual o estadiamento e a conduta inicial mais indicada?

a) IRA estágio 2; iniciar reposição volêmica vigorosa com cristaloides.
b) IRA estágio 3; indicar diálise de urgência.
c) IRA estágio 2; avaliar sobrecarga volêmica e iniciar medidas para controle da hipercalemia.
d) IRA estágio 1; suspender antibióticos nefrotóxicos e aguardar evolução.

34. Mulher de 35 anos apresenta hipertensão arterial de difícil controle, hipocalemia espontânea e alcalose metabólica. A dosagem de atividade de renina plasmática está suprimida e a aldosterona plasmática está elevada. A tomografia de abdome evidenciou nódulo adrenal unilateral. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta de escolha?

a) Hiperaldosteronismo primário; adrenalectomia unilateral.
b) Feocromocitoma; alfa-bloqueio seguido de cirurgia.
c) Síndrome de Cushing; suspensão de corticoides.
d) Hipertensão renovascular; angioplastia da artéria renal.

35. Paciente de 22 anos, sem comorbidades prévias, apresenta fraqueza muscular e episódios recorrentes de cálculos renais. Exames mostram pH sérico de 7,30, bicarbonato de 18 mEq/L, potássio sérico de 3,1 mEq/L, pH urinário persistentemente > 5,5 e ausência de acidose láctica. Qual o tipo de acidose tubular renal (ATR) mais provável e seu principal defeito fisiopatológico?

a) ATR tipo 1; defeito na secreção de H+ no túbulo distal.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) ATR tipo 2; defeito na reabsorção de bicarbonato no túbulo proximal.
c) ATR tipo 4; deficiência de aldosterona.
d) ATR tipo 1; defeito na reabsorção de bicarbonato no túbulo proximal.

36. Homem de 70 anos, internado por pneumonia grave, evolui com Na sérico de 118 mEq/L, osmolaridade sérica de 260 mOsm/kg, osmolaridade urinária de 600 mOsm/kg e sódio urinário de 80 mEq/L. Encontra-se euvolêmico ao exame físico. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta inicial?

a) Hiponatremia hipovolêmica; reposição com solução salina isotônica.
b) Hiponatremia hipervolêmica; restrição hídrica e diurético.
c) Síndrome da secreção inapropriada de ADH (SIADH); restrição hídrica.
d) Hiponatremia hipovolêmica; reposição com solução salina hipertônica.

37. Um paciente apresenta pH arterial de 7,21, $PaCO_2$ de 25 mmHg, HCO_3^- de 10 mEq/L e ânion gap corrigido de 26 mEq/L. O sódio sérico é 140 mEq/L, potássio 4,8 mEq/L, cloro 100 mEq/L e albumina 3,0 g/dL. Qual das condições abaixo é mais compatível com esse distúrbio ácido-base?

a) Acidose metabólica de ânion gap elevado por cetoacidose diabética.
b) Acidose metabólica hiperclorêmica por diarreia.
c) Alcalose respiratória aguda por hiperventilação.
d) Acidose metabólica de ânion gap normal por ATR tipo 4.

38. Paciente em uso de Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir apresenta boa adesão. Após 6 meses de tratamento, a carga viral permanece em 2.500 cópias/mL. Qual seria melhor a conduta nessa situação?

a) Manter o esquema atual, pois ainda está na fase de tendência de queda viral.
b) Manter Terapia Anti Retroviral, considerar falha virológica e solicitar genotipagem.
c) Suspender Terapia Anti Retroviral e repetir controle laboratorial e exames complementares.
d) Substituir Dolutegravir por Efavirenz sem necessidade de investigação.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

39. Homem de 62 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica, estágio 3, é admitido no pronto-socorro com febre alta (Temp. 39,1 °C), calafrios e dor lombar à direita há 3 dias. Refere disúria e polaciúria há uma semana, parcialmente tratadas com Ciprofloxacino oral iniciado por conta própria. No exame físico: PA 94/60 mmHg, FC 118 bpm, FR 24 irpm, $SatO_2$ 95% em ar ambiente. Apresenta dor à palpação de flanco direito e sinal de Giordano positivo. Laboratorialmente: leucócitos 19.200/mm³ (neutrófilos 90%), creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,4 mg/dL), PCR 285 mg/L, lactato 2,8 mmol/L. Urina tipo I: leucocitúria e bacteriúria acentuadas. Ultrassonografia de rins e vias urinárias evidencia ectasia pielocalicial direita e imagem compatível com cálculo de 1,2 cm em junção ureteropélvica, sem sinais de abscesso perirrenal. Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, qual é a conduta mais apropriada?

a) Iniciar antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e observar evolução clínica por 48 horas antes de intervir.
b) Iniciar antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e realizar drenagem urinária desobstrutiva de urgência.
c) Manter antibioticoterapia via oral e realizar nefrectomia direita imediata para controle da infecção e da obstrução.
d) Solicitar tomografia computadorizada antes de qualquer medida terapêutica, mesmo que atrase a drenagem.

40. Uma paciente de 27 anos, com lúpus eritematoso sistêmico há 3 anos, apresenta proteinúria de 3,5 g/24h, creatinina sérica de 1,6 mg/dL, complemento baixo (C3 e C4) e anti-dsDNA elevado. A biópsia renal mostra glomérulos com hipercelularidade endocapilar difusa, presença de duplo contorno da membrana basal, depósitos granulares subendoteliais e mesangiais de IgG, C3 e C1q à imunofluorescência. De acordo com a classificação da ISN/RPS *(International Society of Nephrology/Renal Pathology Society)*, qual a classe de nefrite lúpica mais compatível?

a) Classe II – Nefrite mesangial proliferativa.
b) Classe III – Nefrite proliferativa focal.
c) Classe IV – Nefrite proliferativa difusa.
d) Classe V – Nefrite membranosa.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

41. Paciente masculino, 42 anos, procurou atendimento ambulatorial para avaliação de dor lombar que iniciou há cerca de 6 meses. O paciente é tabagista ativo e não tem diagnóstico de outras comorbidades. Relata que a dor é diária, inicialmente era de leve intensidade e melhorava ao longo do dia enquanto estava em movimento e também com uso de ibuprofeno. Agora a dor está mais intensa e presente no período noturno, despertando para tomar medicação. Tem apresentado também dor esporádica em quadril e há 2 semanas apresentou dificuldade para deambular devido a dor no tornozelo esquerdo. Nega irradiação da dor, fraqueza de membros inferiores, alteração de sensibilidade, alterações urinárias ou do hábito intestinal. Nega episódios prévios sugestivos de artrite. Queixa-se de astenia. Assinale a alternativa CORRETA quanto ao achado radiológico mais significativo para o diagnóstico do quadro acima:

a) Presença de entesite em ultrassonografia do tendão do calcâneo.
b) Presença de extrusão de disco intervertebral em ressonância magnética de coluna lombo sacra.
c) Presença de sinais de sacroileíte em radiografia de pelve.
d) Presença de destruição óssea e redução do espaço discal na radiografia de coluna torácica.

42. Homem de 64 anos apresenta anemia normocítica (Hb 9,8 g/dL), creatinina sérica de 2,2 mg/dL, cálcio total de 11,8 mg/dL e dor lombar crônica. Eletroforese de proteínas séricas mostra pico monoclonal de IgG. A imunofixação confirma IgG kappa, e a biópsia de medula óssea revela infiltração por 60% de plasmócitos. Segundo os critérios do *International Myeloma Working Group (IMWG)*, qual o diagnóstico e a classificação prognóstica mais provável pelo Revised International Staging System (R-ISS), considerando que o paciente apresenta β2-microglobulina sérica de 6 mg/L, albumina sérica de 3,0 g/dL, LDH elevado e citogenética com del(17p)?

a) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado; R-ISS estágio II.
b) Mieloma múltiplo sintomático; R-ISS estágio III.
c) Mieloma múltiplo sintomático; R-ISS estágio II.
d) Plasmocitoma solitário; R-ISS estágio I.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

43. Durante o tratamento de um paciente com hanseníase dimorfa, surgem lesões cutâneas mais eritematosas, dolorosas, elevadas, edemaciadas, acompanhadas de agravamento de neuropatia periférica. Qual mecanismo imunológico está mais relacionado a esse quadro, e qual conduta terapêutica é a mais apropriada para evitar sequelas?

a) Ativação exacerbada da imunidade celular contra antígenos do Mycobacterium leprae, com indicação de corticosteroides.
b) Formação de complexos imunes circulantes, com indicação de talidomida para reduzir a inflamação vascular.
c) Deficiência seletiva de resposta de linfócitos B, com indicação de imunoglobulina intravenosa.
d) Exacerbação de resposta de linfócitos CD8+ citotóxicos, com indicação de dapsona como imunomodulador.

44. Uma paciente de 18 anos procura o médico para tratamento de acne nodulocística recorrente, já fez vários tratamentos sem sucesso. Qual das situações abaixo é necessária para prescrição de isotretinoína conforme protocolo do SUS?

a) Acne conglobata refratária ao uso de contraceptivo oral combinado, por um período de três meses ou mais.
b) Desenvolvimento de áreas de hiper e hipopigmentação após tratamento com antibiótico tópico e peróxido de benzoíla.
c) Falha terapêutica após pelo menos dois meses de antibiótico sistêmico em pacientes com acne grau III .
d) Comedões abertos e pápulas inflamatórias em áreas extensas de face e dorso com repercussão estética relevante.

45. Sobre a Hanseníase, qual o tipo de sensibilidade se perde primeiro na lesão?

a) Dolorosa.
b) Tátil.
c) Térmica.
d) Pressão.

46. O Eritema Nodoso Hansênico é a manifestação clínica mais comum nas Reações Tipo II que ocorrem principalmente em pacientes com Hanseníase Virchowiana. Qual medicamento é recomendado em pacientes com quadro moderado ou grave desse quadro específico, associado ou não a uso de corticosteroide?

a) Penicilina.
b) Talidomida.
c) Rifampicina.
d) Dapsona.

47. Paciente feminina, 45 anos, em tratamento para Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I há 10 anos, foi diagnosticada há 6 meses com Doença Renal Crônica, apresentando TGF de 55 mL/min/1,73 m². Por medo de "sobrecarregar o rim", reduziu o número de comprimidos que toma para estabilização de humor. Há 2 meses vem apresentando sintomas depressivos de gravidade moderada. Dentre as opções abaixo, qual seria o psicofármaco de primeira linha para manejo deste episódio de humor:

a) Carbonato de Lítio.
b) Quetiapina.
c) Sertralina.
d) Ácido Valpróico.

48. Uma paciente feminina, 60 anos, aposentada, ensino médico completo, casada, sem filhos, está internada pela terceira vez no período de 2 meses, por queixa de dor abdominal. Após um tratamento para ITU na primeira internação, a paciente manteve as queixas, porém ao exame físico apenas apresentou dor à palpação difusa, sem alterações de sinais vitais. Exames laboratoriais e imagem atuais não evidenciam alterações, porém ao ser comunicada do resultado, paciente insiste em permanecer internada, pois refere que não melhorou mesmo após orientação da equipe médica. Não sabe qual doença pode ter, mas insiste que investigação seja refeita. Tem histórico prévio de Fibromialgia e Diabetes Mellitus em uso de Duloxetina e Metformina de forma irregular. Paciente não recebeu visitas durante os internamentos e sempre demonstra sentir-se mais tranquila após os profissionais de saúde a atenderem. Considerando a situação descrita acima, qual diagnóstico é mais compatível?

a) Transtorno factício.
b) Transtorno de ansiedade de doença.
c) Transtorno dissociativo.
d) Transtorno de ajustamento.

49. Sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento, assinale a alternativa CORRETA:

a) A redução da massa magra no envelhecimento é compensada pelo aumento proporcional da força muscular, preservando a função motora.
b) A função renal permanece inalterada, não havendo redução do ritmo de filtração glomerular com a idade.
c) A complacência pulmonar aumenta, mas a capacidade vital forçada tende a reduzir-se com o envelhecimento.
d) A frequência cardíaca máxima e a resposta cronotrópica aumentam progressivamente com a idade.

50. Um paciente idoso de 76 anos é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e fibrilação atrial, nunca apresentou evento cardio ou cerebrovascular. Utiliza diariamente Aspirina, Rivaroxabana, Prometazina, Enalapril e Glibenclamida. Baseando-se nos Critérios de Beers 2023, sobre o uso desses medicamentos, assinale a alternativa CORRETA:

a) Pelo alto risco de sangramento deve-se suspender o anticoagulante e manter o paciente apenas com aspirina.
b) Anti-histamínicos de primeira geração são recomendados pela sua eficácia e baixo risco de efeitos colaterais.
c) Deve-se manter a Glibenclamida, pois apresenta baixo risco de hipoglicemia em idosos.
d) De acordo com os critérios de Beers, o uso de aspirina para prevenção primária deve ser evitado em idosos.

51. Homem de 80 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca leve e osteoartrite, relata redução progressiva da velocidade de marcha no último ano, fadiga frequente, perda de peso não intencional de 6 kg nos últimos 8 meses. Atualmente é

independente para todas as atividades de vida diária. Como podemos caracterizar o paciente com base no fenótipo de Linda Fried?

a) Trata-se de pré-fragilidade, pois a presença de menos de cinco critérios do fenótipo de Fried exclui fragilidade.
b) Trata-se de fragilidade, pois a presença de pelo menos três critérios clínicos caracteriza o diagnóstico, mesmo com independência funcional preservada.
c) Trata-se de pré-fragilidade, pois o paciente mantém independência funcional preservada.
d) A classificação depende necessariamente da presença de quedas nos últimos seis meses.

52. De acordo com evidências atuais, múltiplos fatores de risco modificáveis contribuem para a carga global de demência. Considerando o impacto relativo desses fatores e a evidência epidemiológica disponível, assinale a alternativa <u>CORRETA</u>:

a) A perda auditiva é um fator de risco modificável para demência, mas sua contribuição populacional estimada é menor que a do tabagismo.
b) A hipertensão arterial na meia-idade e o baixo nível educacional estão entre os fatores de risco com maior potencial de prevenção populacional.
c) A poluição atmosférica é classificada como fator não modificável devido à impossibilidade de intervenção individual.
d) A depressão é considerada fator de risco apenas quando associada a sintomas persistentes após o início do declínio cognitivo.

53. A incontinência urinária é uma síndrome geriátrica comum, frequentemente subdiagnosticada devido à relutância dos pacientes em relatá-la, seja por constrangimento ou pela crença de que se trata de uma consequência natural do envelhecimento. No entanto, a perda involuntária de urina é um sintoma prevalente entre idosos e pode impactar significativamente a qualidade de vida. Com base nesse tema, assinale a alternativa <u>CORRETA</u>:

a) A incontinência urinária é mais comum em homens, especialmente relacionada à hiperplasia prostática benigna ou ao seu tratamento.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) Está associada ao aumento de infecções do trato urinário, isolamento social, distúrbios de sono, depressão, mas não tem relação com risco de quedas ou fraturas.
c) Pode ser transitória, relacionada a medicamentos como captopril, furosemida, gabapentina, benzodiazepínicos.
d) O estudo urodinâmico é um método complementar à avaliação clínica e deve ser solicitado de rotina na investigação da perda urinária involuntária.

54. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) para a população idosa, é <u>CORRETO</u> afirmar:

a) Para a vacinação contra influenza, recomenda-se uma dose única anual, preferencialmente com a vacina quadrivalente de alta concentração (HD4V). Na indisponibilidade desta, deve-se utilizar a vacina disponível. Em situações epidemiológicas de alto risco, pode-se considerar uma segunda dose, com intervalo mínimo de três meses após a dose anual.
b) Para a vacinação pneumocócica, recomenda-se a vacina conjugada 20-valente (VPC20) em dose única. Alternativamente, pode-se iniciar com a vacina conjugada 13-valente (VPC13) ou 15-valente (VPC15), seguida pela vacina polissacarídica 23-valente (VPP23) após três meses, com uma segunda dose de VPP23 dois anos após a primeira.
c) Para a vacinação contra herpes zoster, recomenda-se sua administração de rotina a partir dos 60 anos, utilizando a vacina inativada (VZR) em esquema de duas doses, com intervalo de dois meses (0-2 meses). Não é recomendada a vacinação em indivíduos com história prévia de herpes zoster ou que receberam a vacina de vírus atenuado anteriormente.
d) Para a vacinação contra o vírus sincicial respiratório (VSR), recomenda-se sua administração de rotina a partir dos 60 anos, independentemente de fatores de risco, com uma dose única, preferencialmente no inverno.

55. Os Critérios de Beers consistem em uma lista de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, não sendo necessariamente contraindicados, mas recomendando-se sua substituição por alternativas menos prejudiciais, sempre que possível. A identificação desses medicamentos é essencial para prevenir a iatrogenia, uma síndrome geriátrica de grande relevância. Assinale a alternativa que contém um medicamento incluído nos Critérios de Beers:

a) Loratadina.

b) Apixabana.
c) Nitrofurantoína.
d) Bisacodil.

56. O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica, frequentemente observada em idosos, sobretudo no contexto de internação hospitalar. Está associado ao aumento da mortalidade e a diversas complicações clínicas, tornando seu reconhecimento essencial no manejo clínico. Com base nisso, assinale a alternativa que contém os critérios obrigatórios para o diagnóstico de delirium, conforme o Confusion Assessment Method (CAM):

a) Desatenção e pensamento desorganizado.
b) Mudança aguda do estado mental com curso flutuante e alteração do nível de consciência.
c) Desatenção e alteração do nível de consciência.
d) Mudança aguda do estado mental com curso flutuante e desatenção.

57. Compreender os conceitos de senilidade e senescência é essencial para identificar as alterações esperadas no exame físico de idosos. Qual das seguintes alterações observadas no exame físico pode ser considerada senescência?

a) Edentulismo.
b) Perda de massa muscular.
c) Sopro sistólico em foco aórtico.
d) Déficit auditivo.

58. Os idosos frágeis apresentam menor tolerância a eventos estressores como doenças agudas, intervenções clínicas ou cirúrgicas e traumas. Sendo assim, a identificação da fragilidade e seu manejo são importantes para reduzir complicações nessa população. Qual das estratégias clínicas citadas abaixo demonstra efetividade no manejo da síndrome de fragilidade?

a) Suplementação de testosterona para ganho de massa e força muscular em homens e mulheres.
b) Exercício físico de fortalecimento muscular de moderada intensidade três vezes na semana.
c) Exercício físico regular na intensidade tolerada com segurança pelo paciente.
d) Suplementação proteica para ganho de massa muscular.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

59. O parkinsonismo é uma síndrome clínica caracterizada por bradicinesia, tremor, rigidez e instabilidade postural. A principal causa de parkinsonismo é a doença de Parkinson idiopática. O diagnóstico diferencial de parkinsonismo é realizado principalmente através da história e da evolução clínica. Assinale a alternativa correta, considerando as características clínicas mais marcantes de cada patologia:

a) A doença de Parkinson idiopática caracteriza-se por tremor de repouso simétrico desde o início do quadro clínico e instabilidade postural significativa com quedas frequentes.
b) A característica clínica mais marcante da paralisia supranuclear progressiva é a presença de oftalmoparesia supranuclear vertical. Também contribui para o diagnóstico diferencial a ocorrência de sintomas piramidais, como fraqueza de membros inferiores, levando a quedas frequentes.
c) A atrofia de múltiplos sistemas apresenta-se com marcante disautonomia, sintomas cerebelares, como ataxia de marcha, e comprometimento cognitivo precoce.
d) A demência por corpos de Lewy caracteriza-se por presença de alucinações visuais, parkinsonismo e alterações cognitivas concomitante à apresentação dos sintomas motores ou no período de um ano do início do quadro.

60. Paciente feminina, 91 anos, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial e diabete mellitus tipo 2. Está residindo em instituição de longa permanência há cerca de 1 ano devido a necessidade de supervisão contínua associada a diagnóstico de doença de Alzheimer, CDR1. Ela é capaz de realizar marcha sem assistência, realiza atividades básicas de vida diária com supervisão, mas já não é capaz de realizar atividades instrumentais. Está em uso de losartana 50 mg a cada 12 horas, anlodipino 5mg ao dia, metformina 500mg após almoço e jantar, linagliptina 5mg ao dia e donepezila 10mg ao dia. Apresentou queda de mesmo nível ao tentar transpor pequeno objeto que estava no chão. Após a queda foi levada para atendimento de urgência por estar apresentando dor intensa em membro inferior direito. Baseado na avaliação da radiografia abaixo, qual a conduta <u>CORRETA</u> para manejo do quadro:

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br



a) Internação hospitalar, analgesia considerando uso racional de opioides de acordo com intensidade da dor, planejamento de correção cirúrgica nas próximas 24 horas, prescrição de bifosfonados, suplementação de cálcio e vitamina D na alta hospitalar.
b) Internação hospitalar, analgesia evitando uso de opioides de devido ao risco de delirium, planejamento de correção cirúrgica nas próximas 24 horas, prescrição de bifosfonados, suplementação de cálcio e vitamina D na alta hospitalar.
c) Internação hospitalar, analgesia considerando uso racional de opioides de acordo com intensidade da dor, tratamento conservador devido ao risco cirúrgico associado à idade da paciente, prescrição de bifosfonados, suplementação de cálcio e vitamina D na alta hospitalar.
d) Internação hospitalar, analgesia considerando uso racional de opioides de acordo com intensidade da dor, tratamento conservador por se tratar de paciente com quadro demencial e institucionalizada, prescrição de suplementação de cálcio e vitamina D na alta hospitalar, não há benefício de introdução de bifosfonados pois já apresenta fratura.