



## **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

*Não deixe de preencher as informações a seguir:*

Nome

\_\_\_\_\_

### **Nº de Identidade**

### *Órgão Expedidor*

*UF*

### *Nº de Inscrição*

The diagram consists of four separate horizontal bars, each divided into four equal segments by vertical lines. These bars represent binary strings of length 4. The first bar has all segments filled with black. The second bar has the first two segments filled with black. The third bar has the first three segments filled with black. The fourth bar has only the first segment filled with black.

# GRUPO 10

# **ESPECIALIDADE COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE OU CLÍNICA MÉDICA OU MEDICINA INTENSIVA OU NEUROLOGIA (MEDICINA PALIATIVA)**

## **PREZADO CANDIDATO**

- Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.
  - Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.
  - Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o Número de Inscrição e o Grupo/Programa impressos estão de acordo com sua opção.
  - As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.
  - Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.
  - Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.

*BOA SORTE!*



**01. A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de cuidado complexa e interprofissional, que exige uma postura e um conjunto de competências específicas dos profissionais de saúde, dada a sua atuação no território de intimidade do paciente. Analise as assertivas a seguir sobre os conceitos e a formação exigida para a prática da AD:**

- I. A Atenção Domiciliar (AD) é eminentemente interprofissional e requer uma formação específica, pois as competências e habilidades necessárias para a atuação em domicílio não são plenamente apreendidas em um único curso de graduação ou em uma única especialidade médica, englobando conhecimentos que derivam de campos como reabilitação, APS, e cuidados paliativos.
- II. O cuidado realizado em casa, em substituição ao hospital (como no modelo Hospital at Home), está focado exclusivamente no gerenciamento de quadros crônicos, dado que o domicílio não oferece segurança suficiente para a continuidade de casos agudos ou agudizados.
- III. No contexto da evolução dos conceitos de cuidado, a AD passou a ser vista como um "guarda-chuva" que abrange todas as modalidades de atenção realizadas no domicílio, embora o conceito de "internação domiciliar" persista como uma classificação burocrática necessária, diferenciada pela frequência do cuidado e não pelo uso de tecnologias.

**Assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Apenas I e II são verdadeiras.  
 B) Apenas a II é verdadeira.  
 C) Apenas I e III são verdadeiras.  
 D) Apenas a III é verdadeira.  
 E) Apenas a I é verdadeira.

**02. A Atenção Domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde (SUS) foi consolidada como um componente estratégico das Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente após a criação do Programa Melhor em Casa (PMC). A sua atuação pressupõe a integração e o compartilhamento do cuidado.**

**Analise as assertivas a seguir sobre o papel da AD no SUS e os seus pressupostos organizacionais:**

- I. A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o eixo estruturador e ordenador da assistência nas RAS, e as equipes de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) devem se adaptar às necessidades da população e do território, sem, no entanto, precisar se articular com outros setores sociais, pois seu foco é estritamente no cuidado sanitário.
- II. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), em cujo contexto a AD se insere, são conceitualmente organizações poliárquicas e interdependentes, e esperam-se arranjos que promovam a substituição da modalidade assistencial conforme as necessidades do usuário, como a transição do cuidado do hospital para o domicílio.
- III. O processo de territorialização é fundamental na AD e consiste primariamente na delimitação geodemográfica para fins de planejamento do serviço. Diferentes equipes de AD dentro do mesmo município podem ter demandas populacionais distintas (como idosos frágeis versus população jovem), o que demanda a adequação dos processos de educação permanente e dos fluxos assistenciais.

**Assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Apenas II e III são verdadeiras.  
 B) Apenas a II é verdadeira.  
 C) Apenas I e III são verdadeiras.  
 D) Apenas a III é verdadeira.  
 E) Apenas a I é verdadeira.

#### **LEIA O CASO CLÍNICO ABAIXO E RESPONDA AS QUESTÕES 03, 04 E 05.**

Dona Iolanda, 78 anos, é portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Após uma recente exacerbão da DPOC que culminou em 10 dias de internação hospitalar por insuficiência respiratória, ela recebeu alta para continuar o tratamento em casa. A família, que reside em uma área de abrangência com Estratégia de Saúde da Família (ESF) bem estruturada, busca a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) para auxílio na organização do cuidado.

Dona Iolanda encontra-se acamada, dependente de concentrador de oxigênio por 16 horas/dia e necessita de dieta enteral por sonda nasogástrica (SNG), além de curativos diários em úlcera por pressão em região sacral. A filha, que é a cuidadora principal, demonstra sinais de sobrecarga física e emocional. A equipe de saúde avalia a paciente e a classifica para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) na modalidade AD2 (Atenção Domiciliar de Nível 2 - Programa Melhor em Casa), o que exige a articulação do cuidado entre a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e a equipe de APS. A complexidade do caso exige uma transição segura e eficaz do hospital para o domicílio.

**03. A atenção ao caso de Dona Iolanda, envolvendo desospitalização e gerenciamento de múltiplas condições crônicas, demonstra a relevância da Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de cuidado.**  
**Sobre os conceitos e estratégias de atuação que fundamentam a AD, analise as assertivas a seguir e assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A AD é entendida como um "guarda-chuva" que abrange todas as modalidades de atenção realizadas no domicílio, embora a discussão sobre a dicotomia entre "assistência domiciliar" e "internação domiciliar" tenha prevalecido historicamente.
  - B) O modelo de cuidado fornecido no domicílio, como substituto completo do atendimento hospitalar para casos agudos ou crônicos agudizados (como o caso de Dona Iolanda), está alinhado com o conceito de Hospital at Home, que visa maior segurança e qualidade da atenção, otimizando leitos hospitalares.
  - C) O cuidado domiciliar exige uma postura diferenciada dos profissionais, pois, ao contrário do ambiente hospitalar, a equipe de saúde adentra o território de maior intimidade da pessoa, a casa, o que demanda competências específicas.
  - D) Devido à sua natureza interprofissional, a AD reúne um conjunto de preceitos que demandam uma formação específica, com conhecimentos e habilidades que derivam de campos diversos, como Atenção Primária à Saúde (APS), reabilitação, psicologia e os âmbitos intensivista e paliativista.
  - E) A Visita Domiciliar (VD) é, necessariamente, sinônimo de Atenção Domiciliar (AD), pois toda atuação da equipe de saúde no domicílio, seja ela pontual ou contínua, envolve obrigatoriamente uma abordagem clínica com foco em tratamento e reabilitação.
- 

**04. O caso de Dona Iolanda exige uma articulação eficiente entre a EMAD e a ESF, além de intervenções sociais para a sobrecarga da cuidadora. A organização da Atenção Domiciliar no SUS é regida pelos princípios da Rede de Atenção à Saúde (RAS).**

**Sobre a organização e os pressupostos da AD, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o eixo estruturador e ordenador da assistência nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a porta de entrada do SUS, tendo um papel fundamental na articulação intersetorial.
  - B) Devido à natureza estritamente sanitária da AD e às necessidades tecnológicas exigidas pelo quadro de Dona Iolanda (ventilação, SNG), a atuação da EMAD deve priorizar o cuidado clínico e evitar a abordagem intersetorial, pois esta é de responsabilidade exclusiva das equipes de APS do território.
  - C) As Redes de Atenção à Saúde (RAS) esperam arranjos que promovam a possibilidade de substituição da modalidade assistencial, como a transição do hospital para o domicílio (no caso de Dona Iolanda), conforme as necessidades de saúde do usuário.
  - D) O processo de territorialização é fundamental na AD para subsidiar o planejamento e a organização dos serviços e não deve ser entendido apenas como uma área geodemográfica, mas sim como um espaço vivo de relações, informações e produção de subjetividades.
  - E) O trabalho em equipe na Atenção Domiciliar deve ser interprofissional e transdisciplinar, exigindo que os membros da equipe atuem de forma integrada e interdependente, compartilhando saberes e buscando um senso de pertencimento, sem espaço para individualismos na produção do cuidado.
- 

**05. Considerando o caso e a organização da Atenção Domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde (SUS) como um componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS), qual das alternativas a seguir representa a estratégia mais adequada e fundamental para a gestão contínua e integral do cuidado de Dona Iolanda?**

- A) A responsabilidade primária pelo cuidado de Dona Iolanda, devido à alta complexidade tecnológica (oxigênio e SNG), recai exclusivamente sobre a EMAD, sendo a ESF do território acionada apenas pontualmente para casos de urgência ou agudização.
  - B) A intervenção principal da equipe de AD deve se concentrar no gerenciamento clínico das condições crônicas, evitando a abordagem intersetorial, pois a gestão de questões sociais (como a sobrecarga da cuidadora) não é considerada um pressuposto para a efetividade do cuidado sanitário.
  - C) A classificação de Dona Iolanda no AD2 (Programa Melhor em Casa) alinha-se ao conceito de Hospital at Home, indicando que o foco da intervenção é a substituição integral do leito hospitalar para quadros agudos ou crônicos agudizados, visando à otimização de leitos e à segurança do paciente em casa.
  - D) A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da ESF, é o eixo estruturador e ordenador da assistência na RAS, devendo a EMAD adaptar-se às necessidades do território e da população, garantindo a continuidade do cuidado, inclusive na modalidade AD1.
  - E) O processo de desospitalização para o AD2 deve se pautar na eliminação da necessidade de adaptação do domicílio, visto que a personalização do cuidado, respeitando a cultura familiar, anula a intenção de transformar a casa em uma estrutura minimamente adequada para procedimentos seguros.
-

**06. A Atenção Domiciliar (AD) não é um conceito novo, estando presente desde os primórdios da medicina, antes mesmo da preponderância dos hospitais. No entanto, a partir da transição do século XIX para o século XX, houve um declínio do cuidado domiciliar, seguido por um ressurgimento e reforço dessa modalidade nas últimas duas décadas.**

**Considerando a evolução e o ressurgimento da AD nos sistemas de saúde modernos, qual fator principal NÃO contribuiu para o reforço da AD como modalidade de cuidado nos últimos anos?**

- A) A transição epidemiológica, caracterizada pelo envelhecimento da sociedade e o aumento de doenças crônicas.
  - B) A ampliação das ferramentas tecnológicas que permitem maior segurança do paciente em casa.
  - C) A centralização do papel do médico e do hospital nos modos de cuidados, levando à fragmentação dos serviços de base comunitária.
  - D) A valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) como âmbito privilegiado de oferta de cuidados.
  - E) A otimização de custos e recursos em saúde, buscando alternativas ao modelo hospitalocêntrico e curativista.
- 

**07. Um paciente do sexo masculino, 52 anos, apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 33,5 kg/m<sup>2</sup> e uma circunferência da cintura (CC) de 108 cm.**

**Segundo os critérios de classificação e avaliação de risco, qual a interpretação CORRETA deste caso?**

- A) O paciente apresenta obesidade Classe II e o IMC é o teste definitivo e suficiente para determinar seu risco de comorbidades.
  - B) O paciente apresenta obesidade Classe I, sendo que a sua circunferência da cintura indica um risco aumentado para hipertensão, diabetes e dislipidemia.
  - C) A circunferência da cintura não deve ser utilizada como indicador de risco se o IMC já estiver acima de 30 kg/m<sup>2</sup>.
  - D) Por ser um homem com mais de 50 anos, a classificação de obesidade Classe I só seria aplicada se o IMC fosse superior a 35 kg/m<sup>2</sup>.
  - E) O paciente é classificado como tendo sobrepeso, pois a obesidade só é definida a partir de um IMC de 35 kg/m<sup>2</sup> em populações ocidentais.
- 

**08. No que diz respeito aos mecanismos de regulação do apetite e homeostase de energia na fisiopatologia da obesidade, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A leptina é um hormônio secretado pelo estômago que atua no hipotálamo como um sinal orexigênico (estimulante da fome).
  - B) A grelina, secretada pelos adipócitos, age como um sinal de saciedade, e seus níveis aumentam proporcionalmente ao excesso de gordura corporal.
  - C) Pessoas obesas geralmente apresentam uma deficiência congênita na produção de leptina, o que impede a sinalização de saciedade no hipotálamo.
  - D) A grelina é um sinal de fome derivado do intestino que age no hipotálamo, direta ou indiretamente via nervo vago, para aumentar o apetite.
  - E) O peptídeo YY e o GLP-1 são hormônios produzidos no intestino delgado que atuam no sistema nervoso central para estimular o consumo calórico.
- 

**09. Sobre a etiopatogenia e a epidemiologia da obesidade, é CORRETO afirmar que**

- A) a causa reducionista da obesidade é o desequilíbrio entre consumo e gasto calórico, sendo que causas secundárias, como o aumento do cortisol e o insulinoma, são consideradas comuns na prática clínica.
  - B) a prevalência da obesidade é uniforme globalmente, uma vez que todos os países adotam o ponto de corte de IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> para o diagnóstico.
  - C) fatores genéticos podem contribuir para a obesidade em até 70% dos casos, envolvendo mutações múltiplas, fatores epigenéticos ou alterações em RNA não codificante.
  - D) o nível educacional e o status socioeconômico não demonstraram correlação com a prevalência de obesidade em estudos epidemiológicos realizados na Europa e nos EUA.
  - E) o estilo de vida sedentário é classificado como o fator de risco mais forte para o desenvolvimento da obesidade, superando a influência da dieta e da genética.
-

**10. Uma Equipe de Saúde da Família (eSF) identifica um aumento significativo na prevalência de excesso de peso em sua área adstrita. Para qualificar o cuidado integral e promover a saúde dessa população, a equipe decide planejar ações conjuntas com a equipe multiprofissional (eMulti). De acordo com as estratégias presentes no Caderno de Atenção Básica 38 (ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA OBESIDADE), qual a conduta mais adequada para essa articulação multidisciplinar?**

- A) A eMulti deve assumir integralmente o atendimento individual de todos os pacientes obesos, liberando a eSF para os casos de doenças agudas.
  - B) A eSF e a eMulti devem priorizar grupos operativos para mudanças de comportamento, utilizando o apoio matricial para ampliar os saberes e a resolutividade das ações de promoção da alimentação saudável e atividade física.
  - C) A prescrição dietética individualizada deve ser realizada exclusivamente pelo médico da eSF, sem a necessidade de participação de nutricionistas da eMulti.
  - D) As ações de promoção da atividade física devem ser restritas ao ambiente interno da Unidade Básica de Saúde, evitando o uso de espaços públicos, como praças e Academias da Saúde.
  - E) O apoio matricial da eMulti deve limitar-se à discussão de casos de obesidade grau III (mórbida), uma vez que o sobrepeso não requer intervenção multidisciplinar.
- 

**11. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é um pilar fundamental para o enfrentamento da obesidade na APS. Sobre as estratégias de rastreamento de pessoas com excesso de peso e a organização da linha de cuidado na Estratégia de Saúde da Família, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O rastreamento do estado nutricional deve ser realizado apenas em indivíduos que buscam atendimento por queixas relacionadas ao peso.
  - B) As ações de pesagem e medição devem ser restritas aos beneficiários de programas de transferência de renda, como o Bolsa-Família.
  - C) A VAN deve fazer parte do cuidado cotidiano nas demandas espontâneas e programadas, como nos atendimentos de puericultura, pré-natal e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.
  - D) O Programa Saúde na Escola (PSE) não deve ser utilizado como ponto de captação de usuários, pois o diagnóstico nutricional de crianças é de responsabilidade exclusiva dos hospitais.
  - E) A classificação do risco nutricional deve basear-se exclusivamente no IMC, sendo desnecessário avaliar o consumo alimentar ou o nível de atividade física no rastreamento inicial.
- 

**12. De acordo com o Art. 98 da Portaria nº 908/2022 (Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos serviços e do cuidado à pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração do Capítulo IV do Anexo IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017), a organização dos serviços e do cuidado à pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como principal objetivo:**

- A) Garantir que o tratamento medicamentoso seja a única forma de intervenção em todos os níveis de atenção.
  - B) Restringir as ações de acolhimento e diagnóstico exclusivamente às Unidades Hospitalares de alta complexidade.
  - C) Fomentar a cessação do tabagismo, de modo a reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco e seus derivados.
  - D) Priorizar o atendimento de pacientes que utilizam apenas tabaco fumado, excluindo usuários de tabaco mascado ou rapé.
  - E) Centralizar a gestão de todos os fluxos assistenciais na Atenção Especializada à Saúde (AES).
- 

**13. Segundo as diretrizes de organização da Rede de Atenção à Pessoa Tabagista estipuladas na Portaria nº 908/2022, os estabelecimentos de saúde, em qualquer nível de atenção que ofereçam o tratamento do tabagismo, possuem obrigações específicas.**

**Assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE uma dessas obrigações.**

- A) Permitir o fumo em locais parcialmente fechados no interior do estabelecimento, desde que haja ventilação natural.
  - B) Manter, junto ao respectivo gestor do SUS, o cadastro atualizado no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), sob o código 119.
  - C) Contar obrigatoriamente com profissionais de nível médio para a prescrição exclusiva do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo.
  - D) Delegar a responsabilidade da capacitação profissional apenas às organizações não governamentais parceiras.
  - E) Realizar a distribuição de medicamentos de forma descentralizada, sem necessidade de registro em sistemas informatizados de estoque.
-

**14. Sr. Antônio, 52 anos, fumante há 30 anos (consome 20 cigarros por dia), comparece à Unidade Básica de Saúde para uma consulta de rotina. Ao ser questionado pelo enfermeiro sobre o hábito de fumar, Antônio responde: "Eu sei que o cigarro faz mal e tenho pensado muito em parar, principalmente porque meu neto nasceu e não quero que ele respire essa fumaça. Eu realmente quero largar o vício, mas ainda me sinto muito inseguro e não sei se conseguiria lidar com o estresse sem o cigarro agora. Quem sabe daqui a uns meses eu tente."**

**Com base no relato do Sr. Antônio e nos estágios de motivação descritos no CAB 40, assinale a alternativa que indica CORRETAMENTE o estágio motivacional em que o paciente se encontra.**

- A) Pré-contemplação, pois ele utiliza mecanismos de defesa como a negação para não enxergar o tabagismo como um problema imediato.
  - B) Contemplação, pois ele admite o problema e considera a mudança, porém apresenta ambivalência e ainda não estabeleceu um plano imediato de ação.
  - C) Preparação, pois ele já tomou a decisão definitiva de parar e está buscando informações sobre o tratamento medicamentoso.
  - D) Ação, visto que ele já reduziu o consumo de cigarros no ambiente doméstico para proteger a saúde do neto.
  - E) Manutenção, pois ele já iniciou o processo de mudança de hábitos e está focado em prevenir recaídas futuras.
- 

**15. Um médico de família atende o Sr. Jorge, 58 anos, tabagista (30 cigarros/dia) e portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Jorge afirma: "Doutor, eu sei que a bombinha não faz milagre porque eu fumo, mas o cigarro é meu único prazer. Se eu parar agora, com minha esposa doente, eu vou ter um treco". No contexto da Entrevista Motivacional (EM), para respeitar o espírito colaborativo e evitar o "reflexo de consertar as coisas", qual deve ser a conduta prioritária?**

- A) Realizar uma abordagem de confronto, listando os riscos iminentes de exacerbação da DPOC e insuficiência respiratória, caso ele não interrompa o hábito.
  - B) Praticar a escuta reflexiva e a empatia, reconhecendo a ambivalência do paciente e evocando dele próprio as razões para a mudança, em vez de impor a motivação externa do profissional.
  - C) Prescrever imediatamente o tratamento combinado (Bupropiona + TRN), visto que o alto consumo diário já indica dependência física grave, independentemente do desejo do paciente.
  - D) Focar a consulta na educação em saúde sobre os danos ambientais do tabaco, utilizando o Passo 1 da EM para fornecer informações técnicas exaustivas.
  - E) Rotular o paciente como "não motivado" e agendar retorno apenas quando ele apresentar uma decisão firme de cessação, visando otimizar o tempo da equipe.
- 

**16. Durante a avaliação clínica de uma paciente tabagista, o médico de família aplica o Questionário de Tolerância de Fagerström e a Escala de Razões para Fumar. A paciente obtém 5 pontos no Fagerström e apresenta escore 3,5 no fator "Redução de Tensão" na Escala qualitativa. Considerando os critérios para uso de farmacoterapia e a interpretação dos instrumentos, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A paciente possui dependência física elevada, sendo a farmacoterapia obrigatória apenas se ela fumasse o primeiro cigarro após 60 minutos do despertar.
  - B) O escore no Fagerström indica dependência muito baixa, o que contraindica o uso de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN).
  - C) A paciente preenche critério para uso de farmacoterapia por apresentar escore de Fagerström igual a 5 (dependência média), e o fator "Redução de Tensão" na escala qualitativa sinaliza um ponto de atenção para alto risco de recaída.
  - D) O tratamento medicamentoso é dispensável, pois a Escala de Razões para Fumar identificou que sua dependência é puramente comportamental e não química.
  - E) Por apresentar pontuação superior a 2 no fator "Redução de Tensão", a paciente deve obrigatoriamente iniciar o tratamento com vareniclina, conforme preconizado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) citada no manual.
- 

**17. O conceito do "mito da democracia racial" no Brasil tem implicações profundas na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na prática clínica da Medicina de Família e Comunidade. Sob a ótica do racismo institucional, assinale a alternativa que melhor descreve como esse mito impacta a equidade no cuidado em saúde.**

- A) O mito da democracia racial garante que a universalidade do acesso no SUS seja suficiente para extinguir as disparidades raciais, uma vez que o sistema trata todos os cidadãos como iguais perante a lei, independentemente da cor da pele.
- B) O racismo institucional é uma manifestação exclusivamente interpessoal e intencional, que ocorre apenas quando há um preconceito explícito do profissional de saúde contra o paciente negro durante o encontro clínico.
- C) A implementação de uma prática de cuidado antirracista é responsabilidade exclusiva de profissionais negros, visto que a população branca não possui papel no combate aos privilégios da branquitude ou na transformação da educação médica.

- D) As disparidades nos indicadores de saúde, como o menor número de consultas de pré-natal entre mulheres negras, são explicadas exclusivamente por fatores socioeconômicos (renda e escolaridade), sendo o racismo um determinante social secundário e sem impacto direto nos desfechos clínicos.
- E) A crença na harmonia racial brasileira desestimula a coleta de dados desagregados por raça/cor, o que gera uma "invisibilização" das iniquidades, impedindo que o planejamento de políticas públicas identifique e atue sobre as vulnerabilidades específicas da população negra.
- 

**18. No contexto da Medicina de Família e Comunidade, o "letramento racial" é uma ferramenta fundamental para que o médico atue como agente transformador do racismo estrutural. Considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e os fundamentos do letramento racial, analise a seguinte situação e assinale a alternativa que indica a conduta que reflete uma prática de cuidado integral e equânime.**

- A) O médico deve evitar o uso dos termos "negro" ou "preto" durante a consulta para não causar constrangimento ao paciente, tratando as relações étnico-raciais como um tema neutro e focando estritamente na dimensão biológica da doença.
- B) Ao identificar que uma paciente negra apresenta sofrimento psíquico decorrente de padrões estéticos eurocêntricos (racismo internalizado), o MFC deve focar a abordagem apenas no tratamento medicamentoso, pois a subjetividade e a socialização racial não competem ao escopo clínico da APS.
- C) O letramento racial exige que o médico reconheça a branquitude como um lugar de privilégio e desenvolva a capacidade de interpretar códigos e práticas de maneira racializada, evitando camouflar situações de racismo institucional sob os rótulos de "mau atendimento" ou "problemas de gestão".
- D) A coordenação do cuidado na APS limita-se à referência e contrarreferência para especialistas, não cabendo ao MFC advogar em favor do usuário caso identifique que o paciente sofreu racismo institucional em outros níveis de complexidade do sistema.
- E) A competência cultural na APS dispensa a discussão sobre relações raciais, desde que o médico aplique o Método Clínico Centrado na Pessoa, uma vez que a validação do sofrimento individual é suficiente para anular o impacto do racismo estrutural na comunidade.
- 

**19. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009 e atualizada em suas diretrizes operacionais, estabelece compromissos fundamentais para as três esferas de gestão do SUS. No que diz respeito à produção de indicadores e à garantia da equidade no cuidado, assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE uma obrigatoriedade e um fundamento desta política.**

- A) O preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS é facultativo e deve basear-se na heteroidentificação realizada pelo profissional de saúde para garantir a fidedignidade epidemiológica.
- B) O racismo institucional é definido pela política apenas como o preconceito individual e intencional, manifestado por profissionais de saúde durante o atendimento clínico.
- C) O gestor federal é o único responsável pela implementação das ações de combate ao racismo, cabendo aos municípios apenas a execução de serviços de atenção básica sem necessidade de pactuação de metas racializadas.
- D) A autodeclaração é o critério obrigatório para a coleta do quesito raça/cor, devendo o profissional orientar o usuário sobre as categorias do IBGE (branca, preta, parda, amarela e indígena), reconhecendo que a identidade envolve aspectos socioculturais e subjetivos.
- E) A coleta de dados desagregados por raça/cor é uma estratégia secundária, visto que a universalidade do SUS já garante automaticamente a redução das iniquidades em saúde para todos os grupos étnicos.
- 

**20. No contexto do cuidado clínico e epidemiológico, a PNSIPN destaca agravos de maior prevalência e piores desfechos na população negra decorrentes de determinantes genéticos e sociais. Considerando os compromissos firmados pelo Ministério da Saúde e as evidências de adoecimento, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A anemia falciforme é uma doença hereditária de alta prevalência na população negra, e o SUS expandiu o acesso ao seu cuidado através da incorporação do transplante de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea) para casos selecionados.
- B) Indicadores de saúde mostram que mulheres negras realizam mais consultas de pré-natal e têm menor taxa de mortalidade materna do que mulheres brancas devido à maior utilização dos serviços públicos de saúde por esse grupo.
- C) A hipertensão arterial e o diabetes mellitus tipo II apresentam a mesma evolução clínica e taxas de complicações em negros e brancos, não sendo considerados focos de atenção diferenciada pela política.
- D) A redução da mortalidade letal contra a juventude negra é uma responsabilidade exclusiva do setor de segurança pública, não havendo diretrizes na PNSIPN para a atuação do setor saúde nessa área.
- E) O reconhecimento de saberes e práticas populares de saúde, como os das religiões de matriz africana, é desencorajado pela PNSIPN para evitar conflitos com a medicina baseada em evidências no ambiente da Atenção Primária.
-

**21. Durante a aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o médico de família avalia uma paciente de 78 anos que apresenta nictúria (duas vezes por noite), presbiacusia leve e dificuldade recente em gerenciar suas finanças devido a esquecimentos.**

**Sobre a distinção entre senescência e senilidade e a promoção da autonomia no SUS, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A nictúria e a dificuldade no manejo financeiro são sinais esperados da senescência (envelhecimento natural), não demandando investigação adicional, apenas orientações de autocuidado.
  - B) A dificuldade com as finanças configura uma perda de independência em uma Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD), sugerindo um quadro de senilidade (possível declínio cognitivo) que exige investigação diagnóstica e planejamento terapêutico singular.
  - C) A perda de audição (presbiacusia) deve ser tratada como uma incapacidade funcional inevitável, sendo contraindicado o encaminhamento à atenção especializada para evitar a fragmentação do cuidado.
  - D) A autonomia da paciente está comprometida por sua nictúria, pois a autonomia é definida estritamente como a capacidade física de realizar atividades básicas, como chegar ao banheiro a tempo.
  - E) O médico deve focar apenas na recuperação da força muscular (saúde física), pois o Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa (MS, 2023) estabelece que a participação social e o engajamento comunitário são aspectos secundários no conceito de envelhecimento saudável.
- 

**22. Um paciente de 72 anos, hipertenso e diabético, é acompanhado por sua equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF). Durante a consulta, ele relata consumir diariamente uma "dose" de aguardente (cerca de 40 ml) para lidar com a solidão e a insônia.**

**O paciente faz uso de polifarmácia (cinco medicamentos diários). Considerando as diretrizes de autocuidado e a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assinale a alternativa que descreve a conduta mais adequada para este caso.**

- A) Validar o consumo, uma vez que o Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa (MS, 2023) estabelece que, para pessoas acima de 60 anos, a dose de menor risco é de até uma dose diária, sem necessidade de intervenção, se não houver sinais de embriaguez.
  - B) Prescrever um benzodiazepíntico de meia-vida curta para substituir o álcool no manejo da insônia, visando reduzir o risco de quedas associado ao etanol.
  - C) Orientar a cessação imediata do consumo, justificando que o envelhecimento torna o metabolismo do álcool mais lento, intensificando efeitos negativos e aumentando o risco de interações medicamentosas perigosas, monitorando o caso longitudinalmente na APS.
  - D) Encaminhar o paciente imediatamente ao CAPS AD III para desintoxicação em regime de acolhimento noturno, visto que qualquer consumo de álcool na velhice é classificado como uso abusivo.
  - E) Recomendar a substituição da aguardente por vinho (uma taça de 142 ml), pois o Guia indica que esta é a dose padrão ideal para idosos com doenças cardiovasculares, independentemente do uso de outras medicações.
- 

**23. No contexto da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para a população idosa no SUS, a proposta de modelo de atenção integral estabelece que o sistema deve superar a fragmentação assistencial para responder à tripla carga de doenças e ao aumento das condições crônicas.**

**Considerando as diretrizes para a estruturação dessa rede, assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE o papel da Atenção Básica (AB) e a logística do cuidado.**

- A) A Atenção Básica deve atuar como um ponto de passagem burocrático, sendo a Atenção Especializada Ambulatorial a verdadeira coordenadora do cuidado para idosos com múltiplas comorbidades.
  - B) A organização do cuidado deve ser centrada na doença e na cura, focando na oferta de serviços de alta densidade tecnológica em detrimento das ações de promoção e manutenção da autonomia.
  - C) A Atenção Básica deve cumprir o papel de ordenadora da atenção e coordenadora do cuidado, garantindo o acesso qualificado aos demais pontos da rede e mantendo a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal, independentemente de onde o idoso seja assistido.
  - D) O sistema logístico de transporte sanitário e regulação deve priorizar apenas os atendimentos de urgência, não havendo necessidade de estruturação de fluxos para o acompanhamento de condições crônicas.
  - E) A articulação intersetorial é considerada secundária no modelo de atenção integral, devendo as equipes de saúde focar exclusivamente em intervenções biomédicas dentro das Unidades Básicas de Saúde.
-

**24. O modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS propõe uma mudança de paradigma, deslocando o foco do modelo biomédico tradicional para uma abordagem multidimensional.**

**Sobre as estratégias de identificação de vulnerabilidades e planejamento do cuidado contidas nas diretrizes, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A saúde da pessoa idosa é definida estritamente pela ausência de doenças crônicas, sendo a cura o principal indicador de sucesso terapêutico.
  - B) A funcionalidade global é a base do conceito de saúde da pessoa idosa, e a identificação da fragilidade por meio da estratificação de risco (idoso independente, em risco de fragilização ou frágil) é fundamental para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)
  - C) A utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ação facultativa e de baixa relevância para a estratificação de riscos no território da Atenção Básica.
  - D) Idosos frágeis, por apresentarem alta complexidade, devem ser manejados exclusivamente por especialistas em geriatria, sem a participação de equipes multidisciplinares ou da atenção primária.
  - E) O declínio funcional é considerado uma consequência inevitável e irreversível do envelhecimento, não sendo passível de prevenção ou adiamento por estratégias de cuidado integral.
- 

**25. Dr. André, médico de família, atende o Sr. Valter, de 58 anos, um paciente hiperfrequentador que retorna pela quarta vez, em dois meses com queixas de dores osteoarticulares difusas e "peso" no estômago. O Dr. André já realizou uma anamnese focal detalhada em consultas anteriores, e os exames laboratoriais básicos não apresentam alterações significativas. O paciente insiste em uma causa orgânica, afirmando: "Doutor, deve ser alguma inflamação forte, porque não é possível sentir tanta dor sem ter nada". Dr. André percebe que precisa realizar o salto psicossocial para investigar possíveis fatores de estresse ou questões emocionais subjacentes.**

**Qual das seguintes abordagens demonstra a aplicação técnica correta do "salto psicossocial", visando diminuir a prevenção do paciente e obter dados de qualidade?**

- A) Interromper a descrição dos sintomas físicos e confrontar o paciente diretamente: "Sr. Valter, seus exames estão normais. O senhor não acha que tudo isso são os seus nervos que estão ruins?".
  - B) Iniciar imediatamente o pacote de perguntas centradas no paciente: "O que o senhor acha que tem e como isso transformou sua vida?" para que ele mesmo faça o diagnóstico.
  - C) Validar a queixa física com uma breve anamnese focal e, em seguida, utilizar uma frase de transição como: "Gostaria de conhecê-lo melhor como pessoa... como o senhor descansa à noite e como está seu estado de ânimo?".
  - D) Aplicar a técnica de interpretação prematura: "Observo que o senhor está muito tenso e triste; isso explica por que suas dores não melhoraram com os analgésicos".
  - E) Manter o foco biologista e solicitar exames de imagem mais complexos, como uma ressonância, para evitar o risco de erro clínico antes de considerar o aspecto psicológico.
- 

**26. Homem de 67 anos, tabagista pesado, apresenta emagrecimento importante, constipação e sonolência recente. Faz uso semanal de colecalciferol 7000 UI, com 25-OH-vitamina D de 28 ng/mL (30–100). Exames mostram cálcio 13,8 mg/dL, fósforo 2,0 mg/dL, PTH suprimido. Radiografia revela massa hilar direita, compatível com processo maligno. Sem nefrolitíase prévia.**

**Assinale a alternativa que indica a conduta inicial prioritária.**

- A) Corticoide em altas doses e suspensão da vitamina D.
  - B) Administração de furosemida isolada para aumentar calciúria.
  - C) Hidratação venosa vigorosa com solução salina e bisfosfonato intravenoso.
  - D) Calcitriol oral para reduzir o cálcio sérico.
  - E) Restrição hídrica rigorosa para evitar hipervolemia.
- 

**27. Homem de 63 anos, com diabetes mellitus tipo dois há quinze anos e infarto prévio há quatro anos, relata piora leve do controle metabólico, apesar de manter hábitos parcialmente adequados. Refere fadiga progressiva e redução da tolerância ao esforço. Exames mostram glicose em jejum 148 mg/dL, hemoglobina glicada 7,8% (meta < 7%), taxa de filtração glomerular estimada 54 mL/min, albuminúria 160 mg/g (normal < 30 mg/g). Faz uso de metformina em dose plena, sem hipoglicemias. De acordo com o novo Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) 2025, que prioriza terapias com benefício cardiorrenal comprovado em pacientes com doença cardiovascular estabelecida e dano renal inicial, qual medicação é mais apropriada neste caso?**

- A) Introduzir SGLT2i devido à redução de eventos cardiovasculares, progressão renal e hospitalização por insuficiência cardíaca.
- B) Substituir metformina por sulfonilureia de longa ação (SU).
- C) Introduzir inibidor da dipeptidil peptidase-4 (inibidor DPP-4) como terapia adicional.

- D) Iniciar insulina basal NPH e interromper terapia oral.  
 E) Acrescentar tiazolidinediona (TZD) para aumentar a sensibilidade periférica.
- 

**28. Mulher de 58 anos, previamente hígida, apresenta pneumonia lobar direita há cinco dias, febre alta persistente, dor pleurítica intensa e progressiva dificuldade para respirar, apesar do tratamento inicial. No exame físico, observa-se maciez marcadamente à percussão e redução importante do murmúrio vesicular na base direita, acompanhadas de dor ao inspirar profundamente. A radiografia de tórax mostra opacificação extensa do hemitórax direito, compatível com derrame pleural de grande volume. A toracocentese diagnóstica obtém líquido turvo, com pH 7,12, glicose 35 mg/dL, desidrogenase lática 1.500 U/L e cultura inicial negativa.**

**Qual conduta é mais apropriada?**

- A) Apenas antibiótico intravenoso, sem drenagem, pois não há cultura positiva.  
 B) Corticoide sistêmico isolado para tentar reduzir a inflamação pleural.  
 C) Drenagem pleural com dreno tubular e considerar uso de fibrinolítico intrapleural.  
 D) Observação clínica e repetição da toracocentese em 72 horas.  
 E) Toracocentese seriada em regime ambulatorial sem necessidade de internação.
- 

**29. Mulher de 64 anos, portadora de adenocarcinoma de pâncreas metastático em tratamento quimioterápico contínuo, apresenta dispneia súbita intensa, dor torácica aguda e leve taquicardia, sem febre ou sinais de infecção. A angiotomografia de tórax confirma trombo em artéria lobar pulmonar, sem hipotensão ou choque. Exames laboratoriais mostram plaquetas 110.000/mm<sup>3</sup>, creatinina normal e ausência de sangramento ativo.**

**Qual é a conduta inicial mais adequada?**

- A) Iniciar heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.  
 B) Prescrever apenas antiagregante plaquetário de alta potência.  
 C) Utilizar trombólise sistêmica.  
 D) Introduzir anticoagulação com warfarina imediatamente.  
 E) Colocar filtro de veia cava inferior sem anticoagulação.
- 

**30. Mulher de 31 anos, com lúpus eritematoso sistêmico há seis anos, relata inchaço progressivo nas pernas, urina espumosa e ganho de peso, apesar de adesão ao tratamento. A paciente faz uso regular de hidroxicloroquina 400 mg ao dia, sem interrupções recentes. No exame físico, apresenta edema importante, estertores basais e PA 150/95 mmHg. Exames: creatinina 1,4 mg/dL (prévia 0,8), ureia 52 mg/dL, proteinúria 2,6 g/24h, sedimento urinário ativo, C3 e C4 baixos, anti-DNA muito elevado, albumina 2,8 g/dL, potássio normal e ultrassom renal com rins de tamanho preservado. Não há infecção ou contraindicação ao procedimento. Qual é a conduta inicial mais adequada?**

- A) Aumentar apenas antimimalárico.  
 B) Restringir sal e água.  
 C) Hemodiálise imediata.  
 D) Apenas iniciar Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina.  
 E) Solicitar biópsia renal e iniciar corticoide sistêmico, programando imunossupressor conforme classificação histológica.
- 

**31. Homem de 72 anos, tabagista pesado com histórico de 60 maços-ano, procura atendimento devido à dispneia progressiva há vários anos, tosse crônica com expectoração e episódios recorrentes de chiado que se intensificaram recentemente. Relata limitação importante para atividades simples, como caminhar pequenas distâncias. No exame físico, observa-se tórax hiperinsuflado, murmúrio vesicular globalmente diminuído e expiração prolongada. A espirometria realizada após broncodilatador mostra relação entre volume expiratório forçado no primeiro segundo e capacidade vital forçada de 0,55, com volume expiratório forçado correspondente a 48% do previsto e mínima resposta ao broncodilatador. O hemograma revela eosinófilos séricos de 420 células por microlitro, achado relevante para definição terapêutica. Qual é a melhor estratégia terapêutica?**

- A) Suspender todos os broncodilatadores e utilizar apenas corticoide inalatório como tratamento principal.  
 B) Iniciar corticoide oral diário em baixa dose como medida de controle a longo prazo.  
 C) Utilizar somente broncodilatador de curta duração conforme necessidade, sem terapia de manutenção.  
 D) Manter broncodilatadores de longa ação em combinação e considerar adicionar corticoide inalatório devido à eosinofilia persistente.  
 E) Indicar cirurgia redutora de volume pulmonar imediatamente, sem necessidade de avaliação complementar.
-

**32. Mulher de 83 anos, com demência de Alzheimer leve previamente diagnosticada e evoluindo de forma estável, é internada por pneumonia adquirida na comunidade após apresentar febre e tosse produtiva. Nas primeiras 48 horas de internação, torna-se agitada, desatenta, desorganizada ao realizar comandos simples e passa a apresentar inversão do ciclo sono-vigília, dificultando a permanência tranquila no quarto. A família informa que a posologia do benzodiazepíntico noturno havia sido aumentada no dia anterior para tentar melhorar o sono. Não há sinais de hipoxemia significativa, hipoglicemias, dor aguda, retenção urinária ou outras causas aparentes de desconforto.**

**Qual é a melhor conduta inicial?**

- A) Revisar todas as medicações, reduzir sedativos, tratar delirium e otimizar ambiente.
  - B) Aumentar a dose do benzodiazepíntico para tentar controlar a agitação.
  - C) Introduzir antipsicótico de rotina sem investigação prévia da causa.
  - D) Classificar como progressão inevitável da demência e não realizar intervenções.
  - E) Realizar contenção mecânica contínua como primeira medida de controle.
- 

**33. Sobre a Doença do refluxo gastroesofágico, é INCORRETO afirmar que**

- A) a presença de sintomas típicos sem sinais de alarme permite teste terapêutico com inibidor de bomba de prótons antes de endoscopia.
  - B) perda de peso involuntária, anemia e disfagia exigem investigação endoscópica precoce.
  - C) a presença de Helicobacter pylori agrava a severidade da doença do refluxo em praticamente todos os pacientes, devendo ser tratada imediatamente para prevenir complicações esofágicas.
  - D) elevação da cabeceira e evitar refeições volumosas noturnas são medidas de primeira linha.
  - E) em esôfago de Barrett confirmado, estratificação de risco e vigilância endoscópica são recomendadas.
- 

**34. Sobre a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, é INCORRETO afirmar que**

- A) a combinação de betabloqueador, inibidor de cotransporte de glicose tipo 2 (iSGLT2), antagonista do receptor de mineralocorticoide (ARM) e inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou sacubitril/valsartana (ARNI) reduz mortalidade e hospitalizações.
  - B) os diuréticos de alça, como furosemida, são essenciais para controle da congestão, embora não modifiquem o prognóstico, quando utilizados isoladamente.
  - C) o uso de sacubitril/valsartana (ARNI) deve ser iniciado imediatamente em todos os pacientes com fração de ejeção reduzida, mesmo sem intervalo após suspensão do inibidor da enzima conversora da angiotensina, pois não há risco associado.
  - D) a reabilitação cardíaca supervisionada melhora a capacidade funcional, qualidade de vida e reduz desfechos adversos em adultos com fração de ejeção reduzida.
  - E) a avaliação ecocardiográfica seriada é fundamental para monitorar fração de ejeção, remodelamento ventricular e evolução sintomática, orientando ajustes terapêuticos em pacientes com insuficiência cardíaca.
- 

**35. Sobre a Hipertensão arterial resistente, é INCORRETO afirmar que**

- A) se deve confirmar adesão, técnica correta de medida e excluir “hipertensão do jaleco branco” por monitorização.
  - B) a pesquisa de causas secundárias inclui hiperaldosteronismo primário, apneia obstrutiva do sono e doença renal parenquimatosa.
  - C) diurético tiazídico de longa ação e antagonista de receptor de mineralocorticoide são pilares no esquema de três ou quatro drogas.
  - D) betabloqueadores devem ser a primeira escolha obrigatória no esquema-base de todos os pacientes com hipertensão resistente.
  - E) modificação intensiva do estilo de vida é parte essencial do manejo.
- 

**36. Sobre a Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é INCORRETO afirmar que**

- A) o diagnóstico de DPOC exige relação VEF1/CVF pós-broncodilatador persistentemente reduzida.
  - B) tabagismo é o principal fator de risco, mas exposição ocupacional e biomassa também são importantes.
  - C) corticoide inalatório isolado, sem broncodilatador de longa ação, é a terapia de escolha de manutenção.
  - D) vacinação contra influenza e pneumococo reduz exacerbões e hospitalizações.
  - E) reabilitação pulmonar deve ser considerada em pacientes sintomáticos.
-

**37. Sobre a Pneumonia adquirida na comunidade, é INCORRETO afirmar que**

- A) critérios de gravidade como CURB-65 e escores semelhantes auxiliam na decisão de internação.  
 B) hipotensão, hipoxemia importante ou necessidade de ventilação sugerem internação em unidade intensiva.  
 C) coleta de hemoculturas e exame de escarro são recomendados em quadros graves ou com risco de germes atípicos ou resistentes.  
 D) a resposta clínica é geralmente avaliada nas primeiras 48–72 horas, não devendo ser concluída precocemente como falha terapêutica.  
 E) *Staphylococcus aureus* não está associado à pneumonia pós-influenza.
- 

**38. Sobre a Tuberculose pulmonar, é INCORRETO afirmar que**

- A) a bacilosкопia positiva em escarro, associada a quadro clínico compatível, é suficiente para iniciar tratamento.  
 B) o esquema padrão inicial inclui rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, salvo contraindicações.  
 C) o Ministério da Saúde recomenda a avaliação de contatos próximos e busca ativa de casos.  
 D) a interrupção precoce do tratamento aumenta risco de resistência e recidiva.  
 E) a presença de tosse produtiva isolada por poucos dias, sem outros sintomas, impede totalmente a hipótese de tuberculose.
- 

**39. Sobre a Hepatite B crônica, é INCORRETO afirmar que**

- A) pacientes com carga viral elevada e elevação persistente de ALT têm indicação de tratamento antiviral, especialmente se houver fibrose avançada.  
 B) Tenofovir e entecavir são opções de primeira linha devido ao alto poder de supressão viral e baixa resistência.  
 C) vigilância semestral com ultrassom hepático e alfafetoproteína é recomendada em portadores com alto risco de carcinoma hepatocelular.  
 D) a suspensão arbitrária do antiviral após resposta virológica sustentada é segura e não exige seguimento.  
 E) vacinação de contactantes suscetíveis é medida essencial de saúde pública.
- 

**40. Sobre a Demência e geriatria, é INCORRETO afirmar que**

- A) comprometimento cognitivo leve não implica necessariamente demência, mas aumenta risco de progressão.  
 B) na avaliação de causas potencialmente reversíveis (hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, depressão) é mandatória.  
 C) inibidores de acetilcolinesterase podem oferecer benefício sintomático modesto em demência de Alzheimer leve a moderada.  
 D) Benzodiazepínicos de longa ação são recomendados de rotina para insônia em pacientes com demência avançada.  
 E) intervenções não farmacológicas e suporte ao cuidador são parte central do manejo.
- 

**41. Homem, 72 anos, chega à urgência cerca de quatro horas após o início de afasia global e hemiplegia direita, NIHSS 16 pontos, tomografia de crânio com ASPECTS 9, além de oclusão de ramo M1 de artéria cerebral média esquerda. Assinale a alternativa que indica a conduta de primeira linha mais adequada, de acordo com as evidências mais atuais no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico.**

- A) Tenecteplase 0,25mg/kg.  
 B) Alteplase 0,01mg/kg.  
 C) Aspirina 100mg.  
 D) Trombectomia mecânica.  
 E) Aspirina 100mg e clopidogrel 300mg.
- 

**42. A aterosclerose é a doença vascular responsável por grande parte dos eventos vasculares graves e morte no Brasil e no mundo. Identifique o achado em exames de imagem das placas ateroscleróticas em vasos cervicais associado com alto risco de acidentes vasculares cerebrais.**

- A) Centro necrótico rico em lipídeos.  
 B) Capa fibrosa espessa.  
 C) Capa fibrosa fina.  
 D) Hemorragia intraplaca.  
 E) Ulceração superficial cicatrizada.
-

**43. De acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias para enxaqueca com aura, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Os sintomas da aura pioram gradualmente por, pelo menos, 5 minutos.
  - B) Ocorrendo dois ou mais sintomas de aura, eles ocorrem em sucessão.
  - C) O somatório dos múltiplos sintomas de aura não ultrapassa 60 minutos.
  - D) Pelo menos um dos sintomas da aura é unilateral.
  - E) Pelo menos um dos sintomas da aura é positivo.
- 

**44. Os imunobiológicos têm revolucionado o tratamento de várias doenças neurológicas.**

**Indique o mecanismo de ação que NÃO está adequadamente relacionado com a droga citada.**

- A) Galcanezumabe: anticorpo contra neuropeptídeo que bloqueia a vasodilatação neurogênica, extravasamento plasmático e transmissão nociceptiva.
  - B) Rituximabe: anticorpo contra proteína de membrana que promove citotoxicidade e apoptose com depleção celular seletiva de linfócitos.
  - C) Natalizumabe: anticorpo contra proteína de membrana de adesão de células endoteliais que reforça a barreira hematoencefálica.
  - D) Ravulizumabe: anticorpo contra proteína do sistema complemento que bloqueia a cascata inflamatória e lise celular.
  - E) Tocilizumabe: anticorpo contra receptor de interleucina que bloqueia a sinalização da cascata inflamatória.
- 

**45. Uma família tem uma criança de 8 anos com transtorno do espectro autista nível de suporte 3. Para o irmão, lactente de 7 meses de idade, os pais estão preocupados sobre as perspectivas do uso de exames complementares que possam ter bom valor preditivo para o mesmo transtorno e, portanto, servir de base para início precoce do tratamento.**

**Assinale a alternativa com MENOR grau de evidências.**

- A) Eletroencefalograma com análise de conectividade.
  - B) Ressonância magnética funcional com estudo volumétrico.
  - C) Estudo genético para avaliação de risco poligênico.
  - D) Teste de rastreamento ocular.
  - E) Dosagem de microfilamento em estudo do líquor.
- 

**46. Os fármacos anticonvulsivos são frequentemente utilizados pelo efeito sobre sintomas psiquiátricos.**

**Assinale a alternativa que indica a associação INCORRETA entre medicamento e sintoma tratado.**

- A) Carbamazepina – impulsividade.
  - B) Levetiracetam – abstinência alcóolica.
  - C) Topiramato – compulsão alimentar.
  - D) Lamotrigina – depressão refratária.
  - E) Pregabalina – ansiedade.
- 

**47. As vacinas de forma geral são utilizadas para proteger de infecções iniciais, reativações de infecções latentes ou mesmo formas graves de infecções em atividade. No entanto, algumas vacinas também protegem contra outras doenças, algumas vezes não diretamente relacionadas ao agente infeccioso.**

**Sobre a vacina contra o vírus da varicela-zoster, indique para qual doença o efeito é provavelmente menos protetor.**

- A) Doença de Alzheimer.
  - B) Neuralgia pós-herpética.
  - C) Acidente vascular cerebral.
  - D) Infarto agudo do miocárdio.
  - E) Esclerose múltipla.
-

**48. O pacote de cuidados intensivos para tratamento da hemorragia cerebral aguda utilizado no estudo INTERACT3 publicado em 2023 melhorou os desfechos funcionais em hospitais de países de baixa a média renda.**  
**Indique o parâmetro que está INCORRETO de acordo com esse estudo.**

- A) Pressão arterial sistólica abaixo de 140mmHg em 1 hora.
  - B) Frequência cardíaca abaixo de 120bpm em 1 hora.
  - C) Glicemia capilar abaixo de 180mg/dL em diabéticos rapidamente.
  - D) Temperatura corporal abaixo 37,5°C em 1 hora.
  - E) Razão normatizada do tempo de protrombina abaixo de 1,5 em 1 hora.
- 

**49. Homem, 78 anos, procura atendimento de urgência com dor orbital e temporal à direita, padrão em “choques”, muito forte intensidade. A dor persiste há alguns dias e tem apresentado pioras ocasionais, pelo menos cinco ao dia, que duram cerca de 15-20 minutos, associada com inquietação, discreta ptose palpebral, hiperemia e lacrimejamento à direita.**

**Além de analgesia, assinale a alternativa que indica a medicação que deve ser iniciada imediatamente.**

- A) Carbamazepina.
  - B) Lamotrigina.
  - C) Indometacina.
  - D) Prednisona.
  - E) Topiramato.
- 

**50. A doença de von Hippel Lindau é uma doença genética, caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos tumores envolvendo vários órgãos em pacientes jovens.**

**Os hemangioblastomas, tumores vasculares benignos, acometem, especialmente, o sistema nervoso, e a topografia MAIS frequente é(são)**

- A) os hemisférios cerebrais.
  - B) o cerebelo.
  - C) o tronco cerebral.
  - D) a medula espinhal.
  - E) a cauda equina.
-

**GRUPO 10  
- MEDICINA PALIATIVA -**