

CONCURSO PÚBLICO - MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.

EDITAL N.º 02/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO OFTALMOLOGISTA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando o caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

1. Certo médico de Atenção Primária acompanha um homem de 46 anos com diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar bacilífera, em acompanhamento irregular e baixa adesão ao tratamento. Em consulta recente, o paciente afirma que não pretende seguir o tratamento e continua frequentando ambientes fechados com outras pessoas, recusando-se também a informar contatos próximos. Diante desse cenário, qual é a conduta mais adequada do ponto de vista ético-profissional?

- a) Suspender o acompanhamento devido à baixa adesão e risco coletivo envolvido.
- b) Manter sigilo absoluto, respeitando a autonomia do paciente, sem comunicação a autoridades.
- c) Informar diretamente os contatos do paciente, independentemente de medidas institucionais.
- d) Realizar notificação compulsória e adotar medidas sanitárias previstas, mesmo sem consentimento do paciente.

2. Determinado município implementa um programa voltado à redução de complicações de certa doença crônica prevalente. As ações incluem rastreamento sistemático de indivíduos assintomáticos com teste específico, tratamento dos casos identificados precocemente e acompanhamento regular para evitar progressão e sequelas. Em paralelo, há incentivo a mudanças de estilo de vida na população geral. Considerando-se os conceitos de história natural da doença e níveis de prevenção, qual alternativa classifica, corretamente, as principais ações descritas?

- a) Rastreamento e tratamento precoce correspondem à prevenção primária, enquanto mudanças de estilo de vida são prevenção secundária.
- b) O rastreamento corresponde à prevenção terciária, pois reduz incapacidades futuras.
- c) Todas as medidas descritas correspondem à prevenção primária, pois atuam antes do surgimento de sintomas.
- d) Rastreamento corresponde à prevenção secundária, enquanto o acompanhamento para evitar complicações caracteriza prevenção terciária.

3. Durante a reestruturação de sua rede assistencial, um estado institui regiões de saúde com definição de responsabilidades sanitárias entre municípios, estabelece fluxos assistenciais pactuados, cria instrumentos formais de governança interfederativa e organiza a oferta de serviços de média e alta complexidade de forma compartilhada. Além disso, adota mecanismos de regulação do acesso e planejamento integrado. Tendo em vista as diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde, qual alternativa melhor expressa o fundamento central dessas ações?

- a) Descentralização entendida como transferência plena de autonomia aos municípios, sem necessidade de pactuação interfederativa.
- b) Integralidade caracterizada pela oferta de todos os serviços de saúde em cada município.
- c) Regionalização e hierarquização como base para integração dos serviços e garantia de continuidade do cuidado.
- d) Equidade operacionalizada, exclusivamente, por meio da ampliação uniforme da oferta de serviços.

4. Durante plantão em hospital geral, o médico atende um paciente com quadro de febre alta, exantema maculopapular, conjuntivite e tosse, com história recente de viagem internacional. Diante da suspeita clínica de Sarampo, o profissional opta por iniciar medidas de isolamento, coleta de exames e programar a notificação no sistema ao final do plantão, junto com os demais casos do dia. Tendo em vista as normas vigentes no Brasil, qual é a conduta mais adequada em relação à notificação?

- a) Notificar apenas se houver confirmação de surto ou múltiplos casos relacionados.
- b) Realizar notificação imediata às autoridades de saúde, por meio dos canais estabelecidos, sem

aguardar o término do plantão.

c) Aguardar confirmação laboratorial antes de notificar, devido à possibilidade de diagnóstico diferencial com outras viroses exantemáticas.

d) Inserir a notificação posteriormente no sistema, desde que realizada dentro do prazo de 7 dias.

5. Um homem de 64 anos, com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, é admitido com quadro de dor torácica súbita, evoluindo com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Após 48 horas de internação, apresenta choque cardiogênico e evolui a óbito. Ao preencher a Declaração de Óbito, o médico deve registrar, corretamente, a sequência causal na Parte I do documento. Qual é a forma mais adequada de preenchimento?

a) Diabetes mellitus → hipertensão arterial → infarto agudo do miocárdio.

b) Parada cardiorrespiratória → infarto agudo do miocárdio.

c) Infarto agudo do miocárdio → choque cardiogênico.

d) Choque cardiogênico → infarto agudo do miocárdio.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Uma mulher de 62 anos, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, (DPOC), GOLD III e uso recente de antibiótico por exacerbação há 20 dias, procura atendimento por febre, dispneia progressiva e tosse produtiva. Ao exame: FR 30 irpm, PA 92/58 mmHg, FC 118 bpm, SatO₂ 88% em ar ambiente. Apresenta confusão leve. Radiografia de tórax mostra infiltrado multilobar. Foi internada em enfermaria nas últimas 3 semanas por exacerbação da DPOC. A partir do quadro clínico e fatores de risco, qual é a melhor conduta inicial em relação à antibioticoterapia empírica?

a) Iniciar esquema empírico com cobertura para patógenos típicos e atípicos, incluindo cobertura para *Pseudomonas aeruginosa*.

b) Aguardar culturas respiratórias antes de definir cobertura para germes multirresistentes.

c) Iniciar monoterapia com macrolídeo, considerando provável etiologia atípica em paciente com DPOC.

d) Iniciar betalactâmico isolado sem cobertura ampliada, pois não há critérios formais de pneumonia hospitalar.

7. Um homem de 68 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson há 6 anos, em uso de levodopa/carbidopa em doses fracionadas, refere piora progressiva da mobilidade ao longo do dia, com períodos de boa resposta intercalados com episódios de rigidez e bradicinesia, ("wearing-off"). Relata, ainda, surgimento recente de movimentos involuntários coreiformes nos períodos de melhor resposta à medicação. Nega sintomas psicóticos. Ao exame, apresenta discinesias de pico de dose e flutuações motoras previsíveis. Qual é a melhor estratégia terapêutica inicial para manejo desse quadro?

a) Iniciar Antipsicótico atípico para controle dos movimentos involuntários.

b) Reduzir a dose individual de Levodopa e aumentar a frequência das administrações, podendo associar inibidor da Catecol-O-Metiltransferase, (COMT).

c) Introduzir Anticolinérgico visando controle das discinesias e flutuações motoras.

d) Suspende Levodopa e iniciar Agonista Dopaminérgico em Monoterapia.

8. Um homem de 57 anos, etilista crônico, dá entrada com febre, cefaleia intensa e rebaixamento do nível de consciência há 12 horas. Ao exame: Glasgow 12, rigidez de nuca, sem déficits focais evidentes. São coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica. A análise do líquido, obtido após tomografia de crânio sem contraindicações, revela: 1.800 leucócitos/mm³ (90% neutrófilos), glicose 28 mg/dL, (glicemia sérica 110 mg/dL), proteína 220 mg/dL.

Considerando-se o agente etiológico mais provável nesse contexto clínico, qual é o esquema antimicrobiano empírico mais adequado?

- a) Meropenem em Monoterapia como cobertura universal inicial.
- b) Ceftriaxona associada à Vancomicina e Ampicilina.
- c) Cefepime associado à Vancomicina, sem necessidade de outros agentes.
- d) Ceftriaxona isolada em dose plena.

9. Uma mulher de 36 anos procura atendimento por cefaleia de início há 5 dias, progressiva, de forte intensidade, holocraniana, associada a náuseas e piora ao deitar. Refere episódio recente de uso de anticoncepcional oral combinado e viagem longa há cerca de 10 dias. Nega história prévia de enxaqueca. Ao exame: papiledema bilateral, sem déficits neurológicos focais. Temperatura normal. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Hemorragia subaracnoide.
- b) Hipertensão intracraniana idiopática.
- c) Trombose venosa cerebral.
- d) Enxaqueca sem aura.

10. Uma puérpera de 29 anos, no 5º dia pós-parto, procura atendimento por dor mamária intensa à esquerda, associada à área endurecida e hiperemiada. Refere febre, (38,5 °C) e mal-estar nas últimas 24 horas. O recém-nascido está em aleitamento materno exclusivo, com boa pega segundo relato. Ao exame: área dolorosa, quente e mal delimitada na mama esquerda, sem flutuação. Não há sinais de seps. Qual é a conduta mais adequada?

- a) Suspender o aleitamento materno na mama afetada até resolução completa do quadro infeccioso.
- b) Indicar drenagem cirúrgica imediata, mesmo na ausência de coleção evidente.
- c) Manter o aleitamento materno e iniciar antibioticoterapia, além de medidas de esvaziamento eficaz da mama.
- d) Utilizar apenas medidas não farmacológicas, como compressas mornas e ordenha, sem necessidade de antibiótico.

11. Um homem de 41 anos, previamente hígido, residente em área rural, procura atendimento por dor abdominal intermitente e episódios de diarreia há cerca de 2 semanas. Evolui com tosse seca e sibilância nos últimos dias. Nega febre. Ao exame: abdome discretamente doloroso difusamente e sibilos esparsos à ausculta pulmonar. Hemograma mostra leucocitose com eosinofilia significativa. Parasitológico de fezes ainda não disponível. Tendo em vista o diagnóstico mais provável, qual é a melhor conduta inicial?

- a) Iniciar Metronidazol, visando protozoários intestinais.
- b) Aguardar resultado do exame parasitológico antes de tratar.
- c) Iniciar tratamento empírico com Ivermectina.
- d) Prescrever Albendazol em dose única, sem necessidade de repetição.

12. Uma mulher de 34 anos procura atendimento por desconforto epigástrico recorrente há 4 meses, descrito como sensação de plenitude pós-prandial e saciedade precoce. Nega pirose ou regurgitação. Sem perda ponderal, anemia, vômitos persistentes ou disfagia. Não faz uso de anti-inflamatórios. Exame físico sem alterações. Considerando-se a melhor abordagem inicial para esse quadro, qual é a conduta mais adequada?

- a) Prescrever Procinético como Monoterapia inicial.
- b) Iniciar tratamento empírico com antibióticos para erradicação de *Helicobacter pylori*, sem confirmação diagnóstica.
- c) Realizar teste não invasivo para *Helicobacter pylori* e tratar se positivo.
- d) Solicitar endoscopia digestiva alta como exame inicial.

13. Um homem de 58 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 há 10 anos, em uso de metformina 2.000 mg/dia e glibenclamida, procura atendimento por controle glicêmico inadequado. Apresenta HbA1c de 9,2%. Refere ganho ponderal recente e episódios ocasionais de hipoglicemia leve. Tem história de infarto prévio há 3 anos e doença renal crônica estágio 3, (TFG estimada: 48 mL/min/1,73m²). PA controlada. Levando-se em conta as diretrizes mais recentes, qual é a melhor estratégia terapêutica para intensificação do tratamento?

- a) Manter o esquema atual e reforçar apenas mudanças no estilo de vida por mais 6 meses.
- b) Aumentar a dose da Sulfonilureia até o máximo tolerado, antes de considerar outras classes.
- c) Substituir Metformina por Insulina Basal como primeira medida de intensificação.
- d) Introduzir um Inibidor de SGLT2 ou Agonista do receptor de GLP-1, independentemente da HbA1c-alvo, visando benefício cardiovascular e renal.

14. Um homem de 31 anos procura atendimento por lesão genital há cerca de 10 dias. Refere que iniciou como pequena pápula indolor, evoluindo para úlcera única. Nega dor local significativa. Nas últimas 48 horas, passou a apresentar aumento doloroso em região inguinal direita. Ao exame: úlcera genital única, de bordas bem delimitadas, base limpa e endurecida. Presença de linfonodo inguinal aumentado, doloroso, com sinais inflamatórios locais. Nega febre. A partir do diagnóstico mais provável, qual é a hipótese principal?

- a) Sífilis primária com linfadenite reacional.
- b) Herpes genital.
- c) Linfocitoma venéreo.
- d) Cancro mole.

15. Uma mulher de 42 anos procura atendimento por dor articular há 4 meses, acometendo mãos e punhos de forma bilateral, associada a rigidez matinal com duração aproximada de 90 minutos. Refere melhora parcial ao longo do dia. Nega febre. Ao exame, apresenta sinovite em articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Exames laboratoriais mostram fator reumatoide negativo, PCR discretamente elevada e hemograma sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Artrite reumatoide soronegativa.
- b) Osteoartrite.
- c) Artrite psoriásica.
- d) Lúpus eritematoso sistêmico.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - MÉDICO OFTALMOLOGISTA.

16. Mulher de 72 anos apresenta redução importante da acuidade visual e dor ocular intensa associada à hiperemia. Ao exame, observa-se cristalino volumoso e sinais de fechamento angular. Qual é o mecanismo fisiopatológico mais provável para esse quadro associado à catarata?

- a) Deslocamento anterior do diafragma íris-cristalino reduzindo a profundidade da câmara anterior sem bloqueio pupilar.
- b) Extravasamento de proteínas do cristalino induzindo obstrução da malha trabecular.
- c) Intumescimento do cristalino promovendo bloqueio pupilar e fechamento angular.
- d) Reação autoimune às proteínas do cristalino com obstrução trabecular.

17. Homem de 68 anos refere piora progressiva da visão para longe, dificuldade para dirigir à noite e melhora para leitura sem correção. Exame mostra esclerose nuclear. O mecanismo óptico mais relacionado a esse achado é:

- a) Redução da amplitude acomodativa por rigidez do cristalino.
- b) Aumento do índice de refração nuclear induzindo deslocamento miópico.
- c) Alteração astigmática induzida por mudanças na curvatura corneana.
- d) Aumento da profundidade de foco por miose senil.

18. Sobre o manejo pré-operatório do paciente candidato à cirurgia de catarata, assinale a alternativa correta.

- a) Pacientes com doença coronariana devem manter os medicamentos antianginosos como Mononitrato de Isossorbida ou Hidralazina e a suspensão rotineira do Ácido Acetilsalicílico não é recomendada.
- b) Todos os anti-hipertensivos, incluindo betabloqueadores, devem ser suspensos rotineiramente na manhã da cirurgia para evitar hipotensão durante a cirurgia.
- c) Pacientes diabéticos tipo I agendados para o final da manhã devem suspender integralmente a dose matinal de Insulina.
- d) Pacientes coronariopatas devem suspender rotineiramente Ácido Acetilsalicílico antes da facectomia.

19. Paciente de 81 anos com Glaucoma Primário de ângulo aberto recém-diagnosticado apresenta pressão intraocular de 27 mmHg em ambos os olhos. É portador de doença pulmonar obstrutiva crônica moderada e bloqueio atrioventricular de primeiro grau. Relata dificuldade de adesão a esquemas com múltiplas instilações diárias. Considerando-se eficácia hipotensora, perfil de segurança sistêmica, adesão e evidências comparativas entre classes farmacológicas, assinale a alternativa correta.

- a) Combinações fixas, como Latanoprostá-timolol, devem ser empregadas rotineiramente como tratamento inicial para maximizar redução pressórica e aumentar a adesão pela praticidade posológica.
- b) Betabloqueadores tópicos seletivos, como Betaxolol, constituem primeira escolha preferencial nesse cenário por apresentarem maior segurança cardiorrespiratória e redução pressórica comparável à dos análogos de prostaglandinas.
- c) Análogos de prostaglandinas constituem escolha inicial preferencial, com posologia favorável e superioridade média na redução da pressão intraocular em relação a betabloqueadores, devendo-se considerar que bimatoprostá tende a maior eficácia hipotensora, porém, com maior frequência de hiperemia do que latanoprostá.
- d) Inibidores tópicos da anidrase carbônica são preferíveis como monoterapia inicial, pois apresentam maior redução média da pressão intraocular do que agonistas alfa-adrenérgicos e prostaglandinas, com melhor tolerabilidade ocular.

20. Sobre o tratamento de Glaucoma, assinale a alternativa correta sobre agentes antiglaucomatosos.

- a) A Travoprostá deve ser usada com cautela em pacientes com doença cerebrovascular ou arterial coronariana, fenômeno de Raynaud e hipotensão ortostática.
- b) A Brimonidina reduz a produção do humor aquoso e aumenta o fluxo uveoescleral, apresentando perfil de segurança adequado para pacientes com doença renal ou hepática.
- c) A Brinzolamida reduz a produção do humor aquoso e pode causar disgeusia, sendo formalmente indicada de forma preferencial em pacientes com antecedente de alergia a Sulfonamidas.
- d) A Pilocarpina está relacionada à hiperemia ocular e irritação, edema epitelial da córnea causando diminuição da acuidade visual e dor, porém, reversível com a interrupção do tratamento.

21. Paciente de 61 anos com glaucoma primário de ângulo aberto em uso de Latanoprostá apresenta progressão documentada do dano estrutural em tomografia de coerência óptica, apesar de pressão intraocular aparentemente estável em consultas semestrais. Simultaneamente, iniciou Corticosteroide inalatório contínuo para doença respiratória e utiliza

descongestionante oral com pseudoefedrina. Sobre seguimento e uso de medicamentos com advertências em pacientes com glaucoma, indique a alternativa verdadeira.

- a) Diante de progressão documentada, o alvo pressórico deve ser reavaliado com redução adicional da pressão intraocular, pacientes em uso de Glicocorticoides por mais de duas semanas devem ser acompanhados pelo oftalmologista em poucas semanas após início da terapia.
- b) Pseudoefedrina e anticolinérgicos sistêmicos estão formalmente contraindicados em glaucoma primário de ângulo aberto por risco consistente de fechamento angular medicamentoso.
- c) Em pacientes estáveis com pressão intraocular dentro da faixa-alvo, progressão estrutural isolada por tomografia de coerência óptica deve ser apenas observada, sem redefinição terapêutica, até surgimento de defeito campimétrico correspondente.
- d) Cursos de glicocorticoides com duração inferior a duas semanas exigem reavaliação oftalmológica imediata em todos os pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto devido ao risco universal de resposta esteroideal.

22. Paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 é submetido à fundoscopia e apresenta mais de 20 hemorragias intrarretinianas em cada um dos quatro quadrantes, rosário venoso em dois quadrantes e anormalidades microvasculares intrarretinianas proeminentes em um quadrante, sem neovascularização ou hemorragia vítrea. Há espessamento retiniano no polo posterior. Com base na classificação da retinopatia diabética, marque a alternativa correta.

- a) O quadro é compatível com retinopatia diabética não proliferativa moderada com edema macular diabético, pois a ausência de neovascularização exclui doença grave.
- b) O quadro é compatível com retinopatia diabética proliferativa inicial, pois anormalidades microvasculares intrarretinianas equivalem a neovascularização subclínica.
- c) O quadro é compatível com retinopatia diabética não proliferativa grave sem edema macular diabético, pois exsudatos duros ou espessamento retiniano isolados no polo posterior não definem edema macular.
- d) O quadro é compatível com retinopatia diabética não proliferativa grave associada a edema macular diabético, pois preenche critérios “4-2-1”, sem critérios para forma proliferativa.

23. Assinale a alternativa incorreta sobre conjuntivite infecciosa.

- a) Em adultos com conjuntivite bacteriana, *Staphylococcus aureus* é a bactéria mais comumente identificada, (26%), seguida por outras espécies de *Staphylococcus*. Espécies de coliformes, bem como *H. influenzae*, *M. catarrhalis* e *S. pneumoniae* também são identificadas). A prevalência de *Pseudomonas* também aumenta em níveis de atenção primária e terciária.
- b) Em adultos, a flora conjuntival normal inclui estafilococos coagulase-negativos, (predominantemente *S. epidermidis*), *S. aureus*, *Propionibacterium*, *Corynebacterium*, e *Haemophilus influenzae*.
- c) Espécies de *Neisseria*, particularmente *N. gonorrhoeae*, podem causar conjuntivite bacteriana hiperaguda, grave e com risco de perda da visão em adulto e requer encaminhamento oftalmológico imediato. Em adultos, o organismo geralmente é transmitido dos genitais para as mãos e, em seguida, para os olhos.
- d) O uso de antibióticos, particularmente Fluoroquinolonas, não apresenta risco de resistência a antibióticos entre os patógenos oculares visto que os efeitos sistêmicos são de baixa relevância clínica.

24. Sobre infecções oculares, assinale a alternativa correta.

- a) O teste de amplificação de ácidos nucleicos, (TAAN), a partir de amostras coletadas por swab da conjuntiva tarsal inferior é usado no diagnóstico da conjuntivite de inclusão, dada a sua alta sensibilidade e especificidade. Outros exames correspondem aos anticorpos fluorescentes diretos, (DFA), ou testes de imunoensaio enzimático, (EIA). A cultura e a coloração de Giemsa são usadas, mas têm sensibilidade consideravelmente menor.
- b) O Tracoma é uma doença infecciosa crônica causada pelos sorotipos A, B, Ba e C da *Chlamydia*

trachomatis e é a principal causa infecciosa de cegueira evitável no mundo. A conjuntivite é a principal manifestação clínica do tracoma ativo, uma ceratoconjuntivite crônica causada por infecções recorrentes por *C. trachomatis* que raramente acomete os folículos tarsais. Essa doença ocorre, em sua maioria, em países em desenvolvimento.

c) A conjuntivite de inclusão é uma infecção ocular crônica causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, (sorotipos D-K), frequentemente associada a infecções sexualmente transmissíveis, (ISTs), contudo a infecção urogenital concomitante é rara.

d) A conjuntivite bacteriana hiperaguda, (gonocócica), é caracterizada por uma secreção purulenta abundante, que pode se manifestar a partir de 12-48 horas após a inoculação em adultos. Os sintomas são rapidamente progressivos e incluem vermelhidão intensa, irritação e sensibilidade à palpação. A perfuração corneana é frequente, apesar do tratamento precoce e adequado.

25. Sobre Uveíte, assinale a alternativa incorreta.

a) Os sintomas da Uveíte dependem da porção do trato uveal afetada. Os achados também variam de acordo com a localização do acometimento, a perda visual pode ocorrer com envolvimento anterior, intermediário ou posterior. A Uveíte posterior é notadamente mais comum que a Uveíte anterior.

b) A presença de leucócitos na câmara anterior do olho, observada ao exame com lâmpada de fenda, é característica da Uveíte anterior, mas não exclusiva. Os leucócitos não são encontrados regularmente no humor aquoso que preenche o espaço entre a córnea e o cristalino. Uma opalescência do humor aquoso também pode ser observada ao exame com lâmpada de fenda e reflete o acúmulo de proteínas no humor aquoso secundário à ruptura da barreira hemato-aquosa.

c) A Uveíte posterior ou intermediária tem maior probabilidade de ser indolor, mas pode resultar em alterações visuais inespecíficas como redução da acuidade visual. A vermelhidão ocular não é uma característica proeminente da inflamação posterior, a menos que haja uma Uveíte anterior concomitante.

d) A Uveíte anterior pode causar dor e vermelhidão, embora esses sintomas sejam mínimos se a inflamação começar de forma insidiosa, (por exemplo, na artrite idiopática juvenil). Na Uveíte anterior, (irite), a vermelhidão, quando presente, é observada principalmente no limbo, (a junção entre a córnea e a esclera); esses pacientes frequentemente apresentam miose e dor ocular. O grau de perda visual associado à Uveíte anterior é variável.

26. Sobre causas infecciosas de Uveítes assinale a alternativa incorreta.

a) A Doença da Arranhadura do Gato é cada vez mais reconhecida como uma causa de Uveíte tipicamente unilateral. Embora possa ter manifestações variáveis, uma estrela macular e edema do nervo óptico são especialmente característicos.

b) A Tuberculose deve ser considerada no diagnóstico diferencial quando a Uveíte piora apesar da corticoterapia; outras suspeitas incluem Tuberculose ativa em outros sítios, exposição prévia à Tuberculose, histórico de encarceramento, vulnerabilidade social, inflamação ocular granulomatosa ou imunossupressão.

c) Tanto o Herpes Simplex quanto o Herpes Zoster podem causar Cratouveíte geralmente unilateral. A Ceratouveíte é uma inflamação da córnea acompanhada de Uveíte, principalmente posterior.

d) A presença de vesículas cutâneas, alterações corneanas características, redução da sensibilidade corneana, aumento da pressão intraocular e atrofia da íris podem indicar a presença do Herpes, (Simplex e/ou Zoster), que podem causar necrose retiniana aguda.

27. Assinale a alternativa em que os agentes etiológicos apresentados não estão relacionados à ocorrência de Uveíte.

a) HIV-1; *Toxocara canis*.

b) *Trichomonas vaginalis*; *Enterobius vermicularis*.

c) *Toxoplasma gondii*; *Borrelia burgdorferi*.

d) *Onchocerca volvulus*; *Taenia solium*.

28. Assinale a alternativa correta sobre o manejo medicamentoso da Uveíte anterior não infecciosa.

- a) A posologia do ciclopentolato é fixa, devendo ser administrado em ambos os olhos quatro vezes ao dia.
- b) O uso de Ciclopentolato é seguro em pacientes com Glaucoma de Ângulo Fechado.
- c) O Ciclopentolato constitui opção terapêutica adjuvante como analgésico e antiinflamatório direto, porém, pode causar efeitos adversos no sistema nervoso central, especialmente em crianças e idosos.
- d) A Corticoterapia tópica é a base do tratamento da Uveíte anterior não infecciosa, podendo ser associada a Midriáticos/Cicloplégicos.

29. Paciente de 42 anos, sexo masculino, fototipo claro, refere fotopsias intermitentes e discreta metamorfopsia há quatro meses no olho esquerdo. Ao exame, acuidade visual é 20/20 em ambos os olhos. Fundoscopia do olho esquerdo revela lesão coroideana pigmentada elevada em polo posterior, medindo 3,4 mm de espessura à ultrassonografia, associada a fluido sub-retiniano seroso e depósitos de pigmento alaranjado sobre a lesão. A margem tumoral localiza-se a 2 mm do disco óptico. Ultrassonografia demonstra baixa refletividade interna. Não há drusas, alterações atróficas do epitélio pigmentar da retina ou fibrose sobre a lesão. Diante desse quadro, assinale a alternativa correta.

- a) A idade jovem do paciente reduz significativamente a probabilidade diagnóstica de melanoma uveal, sendo mais provável hemangioma coroideano.
- b) O conjunto de achados favorece diagnóstico de melanoma uveal, sendo o diagnóstico baseado principalmente em achados clínicos e exames de imagem, sem necessidade obrigatória de biópsia para confirmação diagnóstica.
- c) Em lesões melanocíticas coroideanas suspeitas, a angiografia fluoresceínica possui maior acurácia diagnóstica que a ultrassonografia para distinguir nevo coroideano de melanoma inicial.
- d) O diagnóstico provável é nevo coroideano de baixo risco, a presença de drusas e atrofia do epitélio pigmentar reforça a necessidade apenas de seguimento anual.

30. Paciente de 43 anos refere piora progressiva da visão para perto há dois anos, especialmente para leitura em celular e documentos, associada a cefaleia ao final do expediente. Relata também borramento visual para longe desde a juventude, previamente corrigido com óculos. Refração manifesta mostra -2,00 DE esférico em ambos os olhos e adição de +1,50 para perto. Ceratometria regular, sem astigmatismo. Biomicroscopia e fundoscopia sem alterações. Sobre o caso e os princípios da ametropia, qual é a alternativa correta?

- a) A miopia do paciente decorre de focalização anterior à retina, geralmente relacionada a aumento do comprimento axial ou excesso de poder dióptrico, a presbiopia coexistente decorre de redução fisiológica da acomodação.
- b) A dificuldade para perto é explicada, prioritariamente, por hipermetropia latente, apesar da refração míope observada.
- c) Em pacientes míopes acima de 40 anos, a perda acomodativa é compensada pelo erro refracional e a adição para perto raramente é necessária.
- d) A presença simultânea de miopia e dificuldade para perto caracteriza astigmatismo irregular, cuja correção ideal é feita com lentes cilíndricas.

RASCUNHO.