Exame de Suficiência Para Obtenção do Certificado de Área de Atuação

HANSENOLOGIA

PROVA TEÓRICO PRÁTICA

CADERNO DE QUESTÕES

Aracaju, 17 de novembro de 2026

ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DESTA AVALIAÇÃO

- ✓ Esta avaliação contém 34 páginas a partir da primeira questão, totalizando 30 questões da Avaliação Teórico-Prática para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Hansenologia, exame 2026, numeradas sequencialmente e com 4 (quatro) alternativas, sendo somente uma a correta.

- ✓ A última página deste Caderno de Questões foi deixada intencionalmente em branco, os candidatos podem usá-la para rascunho e anotações.

- ✓ Confira este Caderno de Questões antes de iniciar a avaliação para certificar-se se o seu conteúdo corresponde a esta descrição.

- ✓ Caso detecte alguma inconsistência, avise **imediatamente** algum membro da Comissão que se encontrar no recinto.

- ✓ Assinale as alternativas no cartão de respostas com caneta esferográfica azul ou preta. Provas respondidas a lápis serão desconsideradas e o candidato será desclassificado.

- ✓ O uso de **equipamentos eletrônicos e/ou relógios de quaisquer modalidades de apresentação** está proibido durante a realização da prova.

- ✓ Todos os equipamentos eletrônicos, materiais didáticos e mochilas deverão ser acomodados em local apropriado na sala de realização deste exame e designado pela Comissão.

- ✓ O tempo de realização deste exame é de **4 (quatro) horas, incluindo o tempo para o preenchimento do cartão de respostas.** Os membros da comissão avisarão a cada hora transcorrida e aos 20 minutos restantes.

- ✓ É vedada a entrega da avaliação antes do **prazo mínimo de 1 (uma) hora** a partir do seu início.

- ✓ É vedada a comunicação entre os candidatos durante a realização deste exame, sob pena de desclassificação imediata em caso de desrespeito a essa orientação.

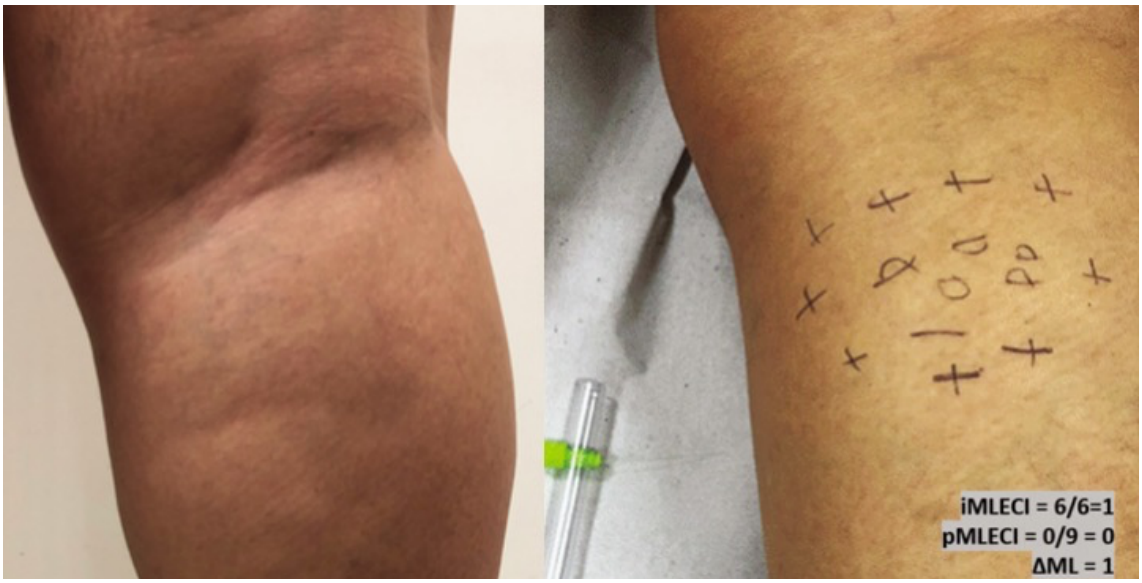
- ✓ Caso o candidato necessite se ausentar da sala por quaisquer motivos, deverá ser acompanhado por um dos membros da comissão, estando resguardadas todas as situações dispostas em Edital.

LISTA DAS PRINCIPAIS ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS NESTA AVALIAÇÃO

AAS	Ácido Acetil Salicílico
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
BB	Forma borderline-borderline ou dimorfa-dimorfa da hanseníase
BL	Forma borderline-lepromatosa ou dimorfa-virchowiana da hanseníase
BT	Forma borderline-tuberculoide ou dimorfa-tuberculoide da hanseníase
CSA	Área de secção transversa do nervo
Ct	*Cycle Threshold*
DNA	Ácido desoxirribonucleico
ELISA	Ensaio de Imunoabsorção Enzimática
ENH	Eritema nodoso hansênico
GIF	Grau de incapacidade física
IB	Índice Bacilar ou Índice Baciloscópico
IFN-γ	Interferon gamma
Ig	Imunoglobulina
IL	Interleucina
LL	Forma lepromatosa ou virchowiana da hanseníase
MB	Multibacilar
PB	Paucibacilar
PGL-I	Glicolipídeo Fenólico I
PQT-U	Poliquimioterapia Única
qPCR	Reação em Cadeia da Polimerase quantitativa em Tempo Real
QTc	Intervalo QT corrigido
RLEP	Elemento repetitivo do *Mycobacterium leprae*
RNA	Ácido ribonucleico
TGF-β	Fator de Crescimento Transformador Beta
Th	Linfócitos T *helper*
TNF-α	Fator de necrose tumoral alfa
TT	Forma tuberculoide da hanseníase
Tregs	Linfócitos T reguladores
US	Ultrassonografia ou Ultrassom

QUESTÃO 1

A primeira imagem demonstra lesão macular hipocrômica e a segunda apresenta o mapeamento da sensibilidade realizado com monofilamento de Semmes-Weinstein de 0,07g na mesma área e na pele adjacente.



Fonte: adaptado de FRADE, M. A. C. et al., 2021.

Considerando o padrão demonstrado, assinale a alternativa correta:

a) A distribuição homogênea das respostas dentro e fora da lesão reduz a utilidade do teste sensitivo para o diagnóstico de hanseníase.

b) A alteração sensitiva predominante na pele adjacente, com preservação no interior da lesão, constitui o padrão esperado na hanseníase.

c) A concentração de pontos de hipoestesia ou anestesia dentro da lesão, contrastando com a preservação na periferia, demonstra comprometimento sensitivo focal associado à hanseníase.

d) A alteração observada permite estabelecer isoladamente a classificação operacional da hanseníase.

QUESTÃO 2

Homem, 41 anos, procura atendimento por apresentar, há cerca de um ano, múltiplas lesões cutâneas assintomáticas no tronco. Ao exame dermatológico, observam-se as lesões apresentadas na imagem a seguir, com alteração de sensibilidade. Considerando a morfologia das lesões apresentadas por este paciente, assinale a alternativa correta:



a) São lesões com bordas internas de limites nítidos e bordas externas com limites imprecisos. Ocorrem especialmente nas formas dimorfas.

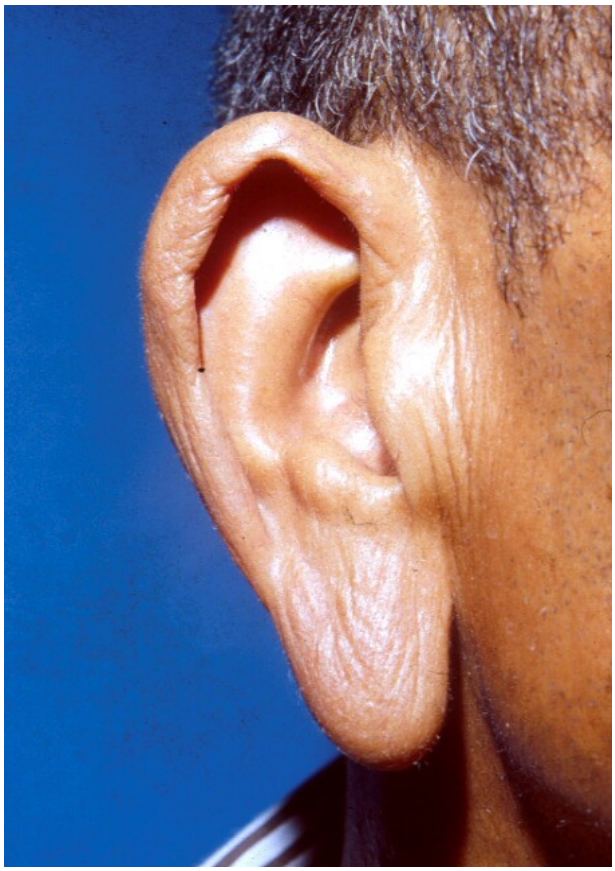
b) São lesões em forma de alvo com centro anestésico e bordas normoestésicas. Ocorrem especialmente nas formas virchowianas.

c) São lesões em formato anular com bordas edemaciadas e ferruginosas. Ocorrem especialmente nas formas tuberculoides.

d) São lesões com aspecto esclerodermiforme que ulceram com frequência. Ocorrem especialmente nas formas histoides.

QUESTÃO 3

A alteração apresentada na foto abaixo ocorreu em um paciente com hanseníase tratado previamente com PQT-U. Assinale a forma clínica em que este tipo de alteração se apresenta com maior frequência:



a) Dimorfa

b) Virchowiana

c) Tuberculoide

d) Indeterminada

QUESTÃO 4

Observe a imagem abaixo de um paciente com hanseníase. Considerando o achado dermatológico, e que esta é uma lesão única, assinale a alternativa que indica a forma clínica e as justificativas correspondentes para o diagnóstico e classificação:



a) Hanseníase tuberculoide / mácula hipocrômica única com bordas nítidas / estesiometria com pontos vermelhos (4 gf) em pé direito e um ponto violeta (2 gf) em calcâneo esquerdo

b) Hanseníase dimorfo-tuberculoide / mácula hipocrômica única com teste da histamina endógena completo / avaliação neurológica simplificada (ANS) sem alterações

c) Hanseníase indeterminada / mácula hipocrômica com sinais de disautonomia (redução de reflexo pilomotor) / ANS sem alterações

d) Hanseníase dimorfo-dimorfa / mácula hipocrômica única com bordas pouco nítidas / estesiometria com um único ponto alterado (violeta, 2 gf) em calcâneo esquerdo

QUESTÃO 5

Uma pessoa afetada pela hanseníase foi avaliada em sua sensibilidade para a região plantar, por mapeamento com os monofilamentos de Semmes-Weinstein. Foram realizadas duas avaliações, com intervalo de seis meses, ilustradas na figura abaixo. Assinale a resposta que representa os eventos relacionados com o resultado deste teste:

1º avaliação



2ª avaliação



a) Não houve alteração significativa da sensibilidade plantar entre a primeira e segunda avaliações.

b) Houve deterioração da sensibilidade na segunda avaliação, principalmente para o nervo plantar lateral do pé direito.

c) Houve deterioração da sensibilidade na segunda avaliação, principalmente para o nervo plantar medial do pé esquerdo.

d) Houve deterioração da sensibilidade na segunda avaliação, principalmente para o nervo plantar medial do pé direito.

QUESTÃO 6

Observe a imagem abaixo, que apresenta ulceração plantar em um paciente com hanseníase. Considerando o achado dermatológico observado, assinale a alternativa que indica o nervo cuja lesão corresponde ao quadro apresentado.



a) Nervo tibial

b) Nervo sural

c) Nervo fibular superficial

d) Nervo fibular profundo

QUESTÃO 7

Homem de 38 anos, contato domiciliar de pessoa com hanseníase, apresenta perda sensitiva assimétrica há 18 meses. O exame dermatológico não apresenta lesões; a baciloscopia de raspado intradérmico e a sorologia anti-PGL-I são negativas. A investigação habitual de neuropatias metabólicas e carenciais não demonstrou nenhuma alteração. A eletroneuromiografia demonstra mononeuropatia múltipla assimétrica. Após avaliação especializada, consentimento e ponderação do déficit adicional, foi indicada biópsia de um ramo exclusivamente sensitivo. A tabela abaixo resume os resultados neurofisiológicos dos nervos candidatos à biópsia. Qual ramo tem a melhor justificativa neurofisiológica para amostragem?

Condução sensitiva

Ramo sensitivo	Direita	Esquerda	Valores de referência de amplitude do potencial de ação do sensitivo
Cutâneo dorsal do ulnar	2 µV	18 µV	≥ 10 µV
Sural	16 µV	17 µV	≥ 6 µV

Legenda: Potenciais de ação dos nervos sensitivos obtidos com temperatura controlada e mesma técnica bilateral.

a) Nervo sural direito.

b) Nervo sural esquerdo.

c) Ramo cutâneo dorsal do ulnar esquerdo.

d) Ramo cutâneo dorsal do ulnar direito.

QUESTÃO 8

Mulher de 46 anos, em acompanhamento após poliquimioterapia para hanseníase, apresenta dificuldade recente para afastar o quinto dedo da mão direita. Na avaliação motora padronizada, a força muscular do abdutor do quinto dedo direito passou de grau 5 para grau 3 em três semanas. A paciente refere pouca dor e apresenta perda sensitiva recente no território ulnar, sem novas lesões cutâneas. A ultrassonografia (US) foi realizada no mesmo segmento e com parâmetros Doppler comparáveis, com exclusão de artefatos. A tabela abaixo apresenta a evolução, com intervalo de 4 semanas entre as avaliações.

Ultrassonografia do nervo ulnar direito

Parâmetro	Avaliação anterior	Avaliação atual
Área de secção transversa (CSA) na US	18 mm^2	16 mm^2
Sinal Doppler intraneural na US	Ausente	Presente

Legenda: Limite superior de CSA: 10 mm^2.

Qual interpretação melhor explica os achados atuais?

a) Processo neurítico ativo, apesar da discreta redução da CSA.

b) Recuperação neural, indicada pela redução da CSA.

c) Sequela neural estável, indicada pela pequena intensidade da dor.

d) Recidiva bacilar, demonstrada pelo surgimento de vascularização intraneural.

QUESTÃO 9

Mulher, 38 anos, em tratamento de hanseníase dimorfa com PQT-U há 4 meses, refere dor no cotovelo direito e parestesia no 4º e 5º dedos da mão homolateral. A ultrassonografia do nervo ulnar no plano transverso ao nível do cotovelo mostra, no modo B (figura A), área de secção transversa (CSA) de aproximadamente 9,1 mm^2 (limite superior de referência de CSA: 10 mm^2), com espessamento epineural e halo hiperecoico; no Doppler colorido (figura B) observam-se três focos de fluxo peri e intraneural (círculos amarelos).

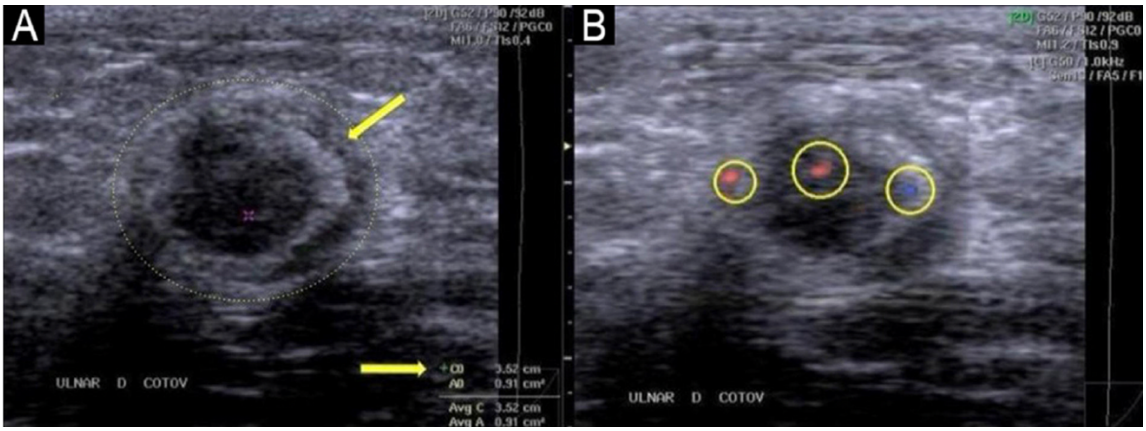


Figura: ultrassonografia do nervo ulnar (plano transverso na região do cotovelo). (A) Modo-B com medida de CSA do nervo ulnar de 9,1 mm^2. (B) Modo Doppler.
Fonte: Fróes et al., 2026.

Diante dos achados clínicos e da ultrassonografia, a interpretação adequada é:

a) Fibrose endoneural crônica estabelecida, correspondente a dano axonal irreversível, sem atividade inflamatória residual no nervo.

b) Aumento da vascularização intraneural, achado que se correlaciona com neurite inflamatória ativa e que pode preceder as manifestações clínicas.

c) Compressão extrínseca do nervo no túnel cubital, padrão típico das neuropatias compressivas restritas a um sítio anatômico.

d) Atrofia neural por desuso, com redução da área de secção transversa secundária à fraqueza muscular instalada.

QUESTÃO 10

Mulher de 36 anos, com hanseníase dimorfo-virchowiana, inicia PQT-U. No momento do diagnóstico inicial, apresenta sorologia anti-PGL-I fortemente positiva (índice ELISA = 4,2) e índice Baciloscópico de raspado cutâneo de 3,5+. O médico deseja orientar a paciente sobre o risco e a janela temporal esperada para a ocorrência de episódios reacionais ao longo do seguimento.

Com base nas curvas de sobrevida e análise de fatores prognósticos do estudo de Antunes et al. (2022), assinale a alternativa correta:

a) A soropositividade para anti-PGL-I é um fator de proteção contra neurites, reduzindo a incidência de reações nos primeiros 5 anos.

b) O tempo mediano para a ocorrência da primeira reação em pacientes soropositivos é de 13 anos após a alta medicamentosa.

c) A soropositividade inicial para anti-PGL-I associa-se a um risco relativo aumentado de reação hansênica, com tempo mediano para o surgimento do primeiro episódio reacional de cerca de 9 meses.

d) O Índice Baciloscópico positivo no diagnóstico reduz a probabilidade de reações do Tipo 1 ou Tipo 2 durante o tratamento.

QUESTÃO 11

Mulher, 27 anos. Está em tratamento com PQT-U multibacilar. Há cinco dias apresenta febre, mal-estar, artralgias e surgimento das lesões cutâneas observadas na imagem abaixo. Ao exame, observam-se espessamento de nervos periféricos e dor à palpação de alguns troncos nervosos.



Considerando esse caso clínico, assinale a alternativa correta:

a) A reação decorre predominantemente da exacerbação de uma resposta imune preenchendo critérios de uma reação tipo I de Gell e Coombs. Histologicamente caracteriza-se por granulomas epitelioides compactos, células gigantes de Langhans e ausência de bacilos.

b) A reação decorre de uma resposta inflamatória sistêmica, com participação da imunidade humoral, imunocomplexos, complemento e citocinas pró-inflamatórias. Histologicamente pode apresentar infiltrado neutrofílico sobreposto ao infiltrado macrofágico.

c) A reação decorre de uma resistência do *M. leprae* à rifampicina, sugerida pelo aparecimento de novas lesões durante a PQT-U. Histologicamente espera-se proliferação de histiócitos fusiformes em fascículos entrecruzados, sem infiltrado neutrofílico.

d) A reação decorre de uma recuperação abrupta da imunidade celular contra o bacilo. Histologicamente caracteriza-se por granulomas tuberculoides bem-organizados e bacilos no lúmen vascular.

QUESTÃO 12

Observe a imagem abaixo, que apresenta alterações cutâneas de início recente em um paciente com hanseníase. Considerando os achados dermatológicos observados, assinale a alternativa que identifica corretamente o fenômeno apresentado:



a) Eritema polimorfo, caracterizado predominantemente por lesões em alvo, com distribuição típica e evolução autolimitada.

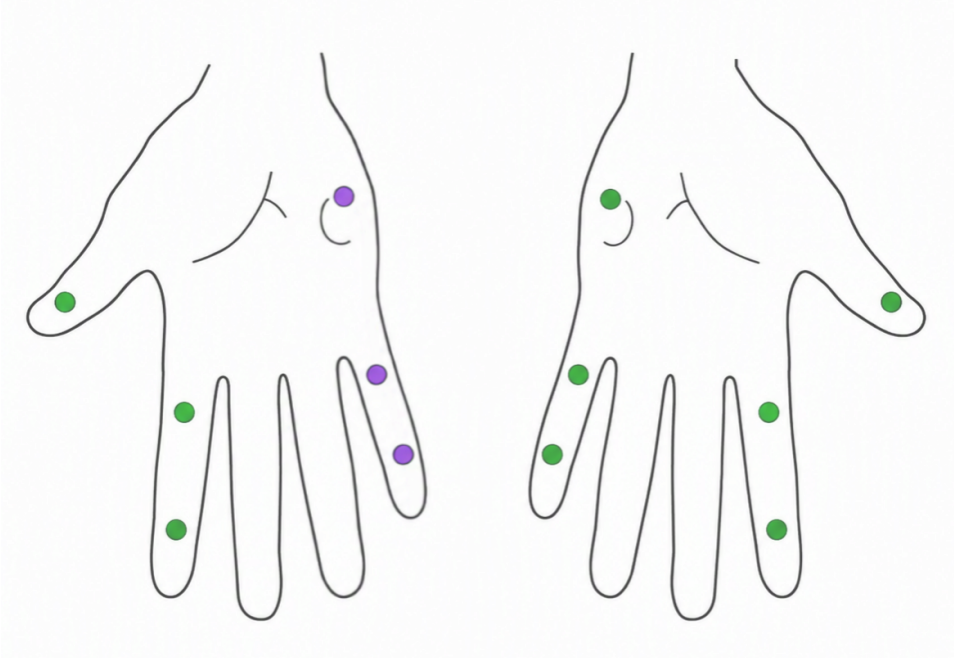
b) Reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico), caracterizada pelo aparecimento de nódulos eritematosos agudos sobre a pele previamente comprometida.

c) Progressão natural das lesões da hanseníase, caracterizada pelo aumento gradual da infiltração cutânea, sem relação com fenômeno reacional.

d) Reação hansênica tipo 1 (reação reversa), caracterizada por exacerbação inflamatória das lesões cutâneas, com aumento do eritema e da infiltração.

QUESTÃO 13

Menino de 8 anos, com hanseníase tuberculoide e lesão única no ombro direito, concluiu a PQT-U, mantendo avaliações neurológicas simplificadas sem nenhuma alteração durante todo o tratamento e no momento da alta por cura. Três meses após a alta, retorna sem dor ou outras queixas. A estesiometria está ilustrada abaixo.



Qual o diagnóstico e a conduta?

a) Neurite aguda do nervo ulnar direito, orientar proteção mecânica do membro e reintroduzir a PQT-U até a recuperação da função neural.

b) Sequela neurológica pós-tratamento, manter acompanhamento periódico da função neural, sem necessidade intervenção terapêutica.

c) Neurite silenciosa do nervo ulnar direito, instituir corticoterapia sistêmica, orientar proteção mecânica do membro e acompanhamento da função neural.

d) Recidiva da hanseníase, reiniciar novo ciclo de PQT-U.

QUESTÃO 14

Homem de 38 anos, em tratamento de hanseníase multibacilar, encontra-se na 8ª cartela de PQT-U. Procura a unidade de saúde com febre, mialgia, nódulos eritematosos dolorosos disseminados (figura abaixo) e dor testicular de início há 3 dias.



Considerando o quadro clínico, qual o diagnóstico e a conduta?

a) Reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico); iniciar talidomida e suspender temporariamente a PQT-U até melhora do quadro.

b) Reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico); iniciar talidomida isoladamente e manter a PQT-U.

c) Reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico); iniciar talidomida associada a corticosteroide e manter a PQT-U.

d) Reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico); iniciar talidomida, corticosteroide e AAS 100mg/dia e manter a PQT-U.

QUESTÃO 15

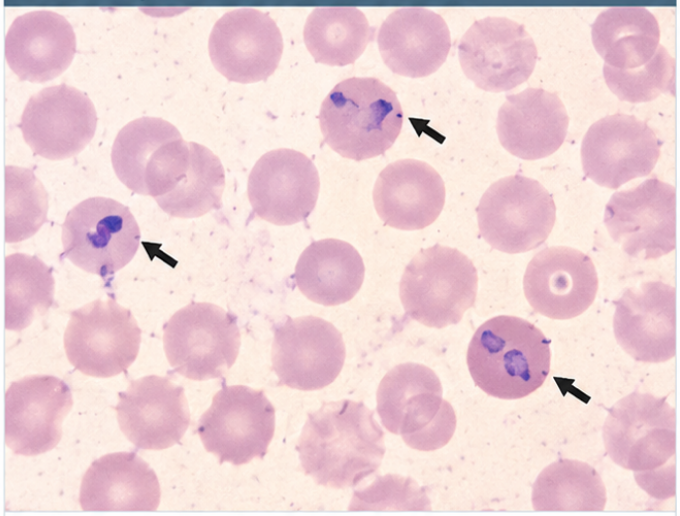
Paciente do sexo masculino, 56 anos, com diagnóstico de hanseníase virchowiana estabelecido em unidade sentinela, encontra-se no segundo mês de tratamento com PQT-U. Durante o acompanhamento, foram obtidos os exames laboratoriais apresentados nas figuras 1 e 2.

Figura 1: exames hematológicos e bioquímicos coletados após 2 meses de tratamento.

HEMOGRAMA COMPLETO

Parâmetro	Resultado	Valor de referência
Hemácias	2,45 milhões/µL	4,50 – 5,90
Hemoglobina	7,8 g/dL	13,5 – 17,5
Hematócrito	23,1 %	41,0 – 53,0
VCM	94 fL	80 – 100
HCM	31,8 pg	27 – 34
CHCM	33,8 g/dL	32 – 36
RDW	14,5 %	11,5 – 14,5
Reticulócitos	6,2 %	0,5 – 2,0
(contagem absoluta)	152.000/µL	25.000 – 100.000

ESFREGAÇO DE SANGUE PERIFÉRICO



Esfregaço de sangue periférico (coloração supravital).
Presença de corpos de Heinz (setas) em hemácias.

BIOQUÍMICA

Exame	Resultado	Valor de referência
Bilirrubina total	3,2 mg/dL	0,2 – 1,2
Bilirrubina direta	0,4 mg/dL	0,0 – 0,3
Bilirrubina indireta	2,8 mg/dL	0,0 – 0,9
LDH	624 U/L	135 – 225
Haptoglobina	< 10 mg/dL	30 – 200

IMUNO-HEMATOLOGIA

Exame	Resultado
Teste de Coombs direto	Negativo

LEUCOGRAMA

Parâmetro	Resultado	Valor de referência
Leucócitos totais	6.800 /µL	4.000 – 10.000
Neutrófilos	58 % (3.944 /µL)	1.800 – 7.000
Linfócitos	32 % (2.176 /µL)	1.000 – 4.000
Monócitos	7 % (476 /µL)	200 – 800
Eosinófilos	2 % (136 /µL)	50 – 500
Basófilos	1 % (68 /µL)	0 – 200

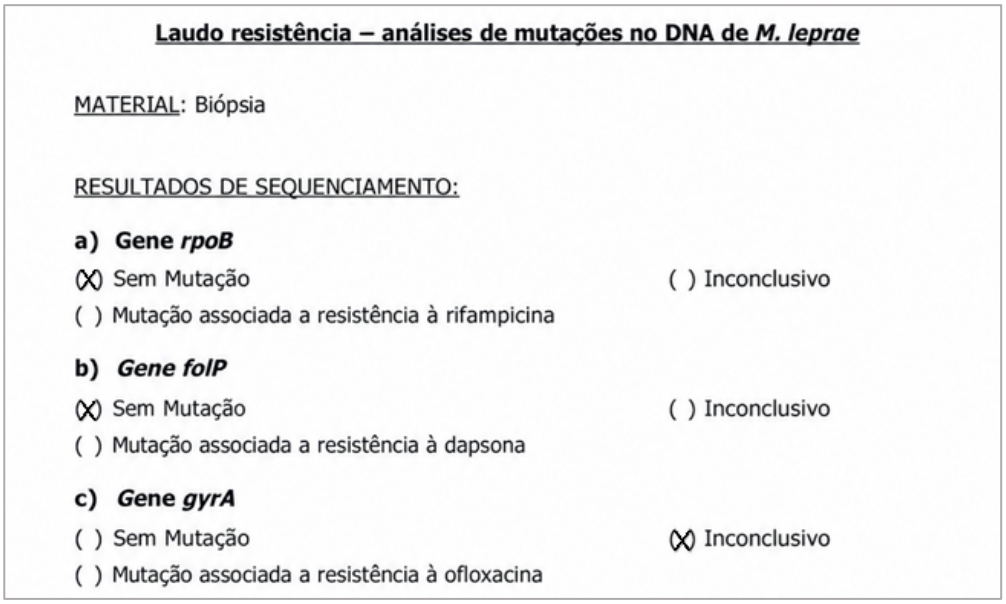
PLAQUETAS

Parâmetro	Resultado	Valor de referência
Plaquetas	268.000 /µL	150.000 – 450.000

Observação:
Série branca e plaquetas sem alterações morfológicas.

QUESTÃO 15 (continuação)

Figura 2: investigação molecular de resistência medicamentosa primária coletada antes do início do tratamento.



Laudo resistência – análises de mutações no DNA de *M. leprae*

MATERIAL: Biópsia

RESULTADOS DE SEQUENCIAMENTO:

a) Gene *rpoB*

(X) Sem Mutação ( ) Inconclusivo

( ) Mutação associada a resistência à rifampicina

b) *Gene folP*

(X) Sem Mutação ( ) Inconclusivo

( ) Mutação associada a resistência à dapsona

c) *Gene gyrA*

( ) Sem Mutação (X) Inconclusivo

( ) Mutação associada a resistência à ofloxacina

Considerando os resultados, assinale a alternativa que apresenta o mecanismo responsável pela anemia e a conduta terapêutica mais apropriada:

a) Metahemoglobinemia induzida pela dapsona, mediada por metabólitos hidroxilaminados, com formação de corpos de Heinz. Substituir a dapsona por ofloxacino, mantendo rifampicina e clofazimina, uma vez que o resultado inconclusivo de *gyrA* não demonstra resistência à fluoroquinolona.

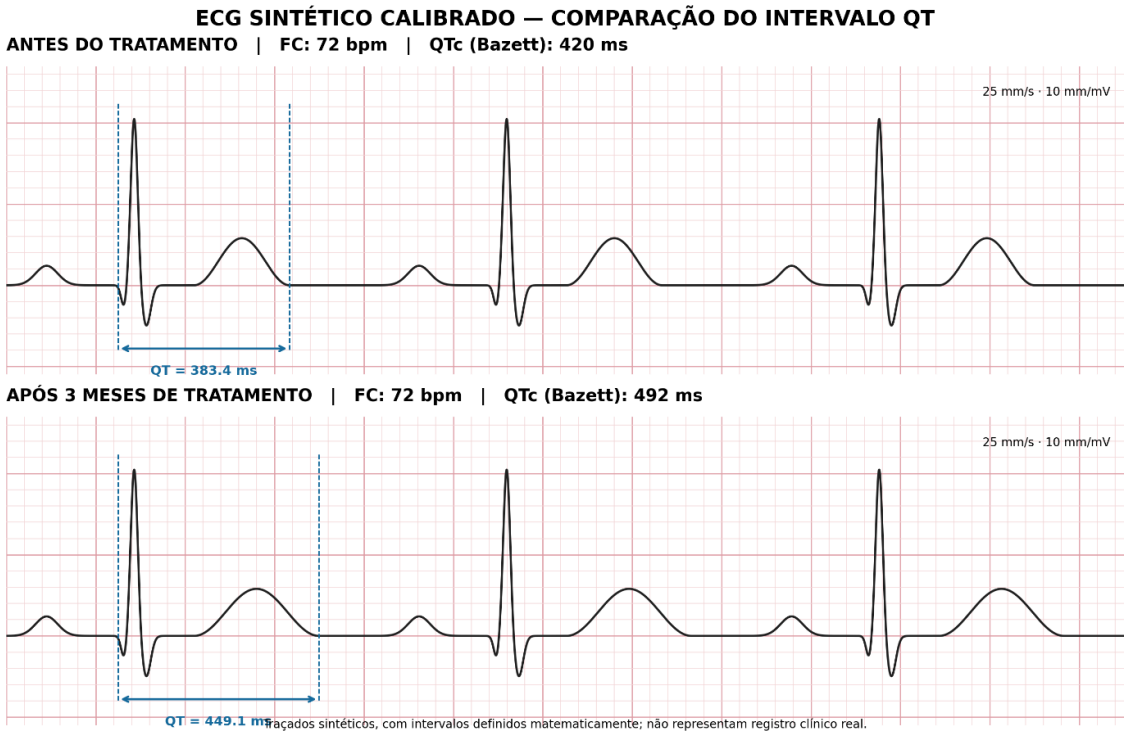
b) A presença de corpos de Heinz e a hiperbilirrubinemia indireta indicam toxicidade hematológica decorrente da rifampicina e da dapsona. A substituição por ofloxacino deve ser condicionada à repetição do sequenciamento de *gyrA*, pois o resultado inconclusivo não impede o uso desse antimicrobiano até a confirmação da suscetibilidade. A rifampicina deve ser substituída por claritromicina.

c) Hemólise oxidativa induzida pela dapsona por deficiência de G6PD e depósito de clofazimina nas hemácias com formação de corpos de Heinz. Substituir a dapsona por claritromicina, mantendo a rifampicina e substituindo a clofazimina por minociclina, considerando que o resultado inconclusivo para *gyrA* impede a escolha de ofloxacino.

d) A presença de corpos de Heinz, associada à reticulocitose e à redução da haptoglobina, indica hemólise oxidativa. A substituição da dapsona por minociclina é uma alternativa terapêutica, especialmente diante da impossibilidade de determinar a suscetibilidade à ofloxacina pelo sequenciamento realizado.

QUESTÃO 16

Paciente do sexo masculino, 58 anos, com hanseníase multibacilar e intolerância à dapsona e à clofazimina, encontra-se no terceiro mês de tratamento com RIMOXICLAMIN (rifampicina, moxifloxacino, claritromicina e minociclina). Apresenta episódios de palpitações e tontura, sem síncope. Não há alterações relevantes do hemograma, das transaminases ou dos eletrólitos séricos. O eletrocardiograma realizado antes do tratamento demonstrava intervalo QT corrigido (QTc) de 420 ms; na avaliação atual, o QTc é de 492 ms (imagem abaixo). O paciente não utiliza outros medicamentos.



Considerando os mecanismos de toxicidade dos antimicrobianos utilizados e a necessidade de preservar a eficácia do tratamento da hanseníase, assinale a alternativa que apresenta a interpretação mais adequada:

a) A moxifloxacina e a claritromicina podem produzir prolongamento do intervalo QT, pelo efeito de ambas sobre a repolarização ventricular. A alteração eletrocardiográfica, acompanhada de sintomas, exige reavaliação imediata da segurança do esquema e da necessidade de substituição escalonada dos medicamentos implicados.

b) O prolongamento do QTc durante o tratamento favorece toxicidade cardíaca associada à minociclina, particularmente quando administrada com rifampicina. A substituição da minociclina permite preservar a associação entre moxifloxacino e claritromicina, mantendo o perfil de segurança cardiovascular do esquema.

QUESTÃO 16 (continuação)

c) O prolongamento do QTc pode decorrer da associação entre moxifloxacino e claritromicina, mas a ausência de síncope e a manutenção de valores de QTc inferiores a 500 ms permitem conservar o esquema, desde que sejam realizados eletrocardiogramas seriados e mantida a vigilância dos eletrólitos.

d) A associação entre moxifloxacino e claritromicina pode interferir na repolarização ventricular, mas a rifampicina reduz a exposição sistêmica à claritromicina por indução enzimática, atenuando a relevância clínica da interação. A conduta preferencial é manter o esquema e investigar causas cardíacas não medicamentosas.

QUESTÃO 17

Homem de 46 anos, previamente tratado por hanseníase multibacilar, realizou regularmente as doses prescritas de PQT-U e recebeu alta por cura há 7 anos. Há cerca de 8 meses, apresenta surgimento progressivo de novas placas infiltradas e eritematosas no tronco e membros, algumas com redução da sensibilidade. Nega febre, mialgia, nódulos dolorosos ou piora aguda de lesões antigas. Na investigação atual, a baciloscopia é positiva, com índice baciloscópico superior ao registrado no momento da cura. Qual o diagnóstico e a conduta mais adequados?

a) Reação hansênica tipo 1 tardia; iniciar corticosteroide, introduzir PQT-U apenas se não tiver resposta adequada ao corticosteroide.

b) Recidiva da hanseníase; proceder pesquisa de resistência e instituir novo tratamento como PQT-U por 12 doses.

c) Persistência tardia de bacilos; manter acompanhamento clínico e repetir baciloscopia em 6 meses.

d) Sequela dermatológica pós-tratamento; manter acompanhamento clínico e ampliar a investigação com sorologia anti-PGL-I.

QUESTÃO 18

Homem de 52 anos, com hanseníase virchowiana e adesão documentada à PQT-U, mantém infiltração cutânea após completar o esquema. As lesões aumentam lentamente e surgem novas placas infiltradas durante os seis meses seguintes, sem episódios agudos de edema, dor ou nódulos dolorosos. A revisão clínica considera o padrão pouco sugestivo de reação. O paciente foi submetido à biópsia para pesquisa de resistência e o sequenciamento de rpoB, folP1 e gyrA tem qualidade adequada e não foram observadas mutações conhecidas nas regiões pesquisadas. A tabela abaixo reúne os exames deste paciente. Qual conclusão é mais sustentada pelo conjunto?

Exames ao término do esquema e no acompanhamento

Parâmetro	Término da PQT-U	Após seis meses
Índice baciloscópico histológico	4+	4+
Padrão do infiltrado	Granuloma espumoso	Granuloma espumoso
Anti-PGL-I / qPCR de DNA	Positivo / positiva	Positivo / positiva

Legenda: Índice histológico em escala de 0 a 6+; Sorologia anti-PGL-I conforme ponto de corte validado do ensaio; qPCR com controles válidos.

a) Reação inflamatória é a explicação principal, pois o painel molecular é sem mutações de resistência.

b) A persistência bacilar é comprovada pela qPCR, que estabelece viabilidade bacilar e falha terapêutica.

c) Há suspeita de falha terapêutica; a ausência de mutações pesquisadas não exclui essa possibilidade.

d) Há depuração antigênica habitual; ter completado o esquema define a natureza residual das lesões.

QUESTÃO 19

Em um serviço de referência, três pacientes com hanseníase multibacilar são submetidos à investigação molecular de resistência medicamentosa, após evolução clínica desfavorável. O sequenciamento das regiões determinantes de resistência de *Mycobacterium leprae* identifica os seguintes resultados:

- **Paciente I:** mutação *folP1* (Pro55Arg), sem mutações associadas à resistência em rpoB e gyrA.
- **Paciente II:** mutações *rpoB* (Ser456Leu) e *folP1* (Pro55Arg), sem mutação associada à resistência em *gyrA*.
- **Paciente III:** amplificação satisfatória de folP1 e *rpoB*, sem mutações associadas à resistência, ausência de amplificação da região investigada de *gyrA*.

Considerando os mecanismos de resistência e as limitações da investigação molecular, assinale a alternativa correta:

a) O paciente I apresenta resistência molecular à dapsona, enquanto o paciente II apresenta resistência simultânea à rifampicina e à dapsona. No paciente III, a ausência de mutações em *folP1* e *rpoB* não permite estabelecer suscetibilidade à ofloxacina, cuja região-alvo não foi adequadamente analisada.

b) O paciente I apresenta resistência molecular à dapsona, enquanto o paciente II apresenta resistência simultânea à rifampicina e à dapsona. No paciente III, a ausência de amplificação de *gyrA* deve ser interpretada como resultado negativo para resistência, desde que os demais genes tenham sido satisfatoriamente sequenciados.

c) Os pacientes I e II apresentam resistência molecular à dapsona, mas a classificação do paciente II como portador de resistência múltipla depende da identificação adicional de mutação em *gyrA*, considerando que a resistência simultânea a dois medicamentos não caracteriza multirresistência na hanseníase.

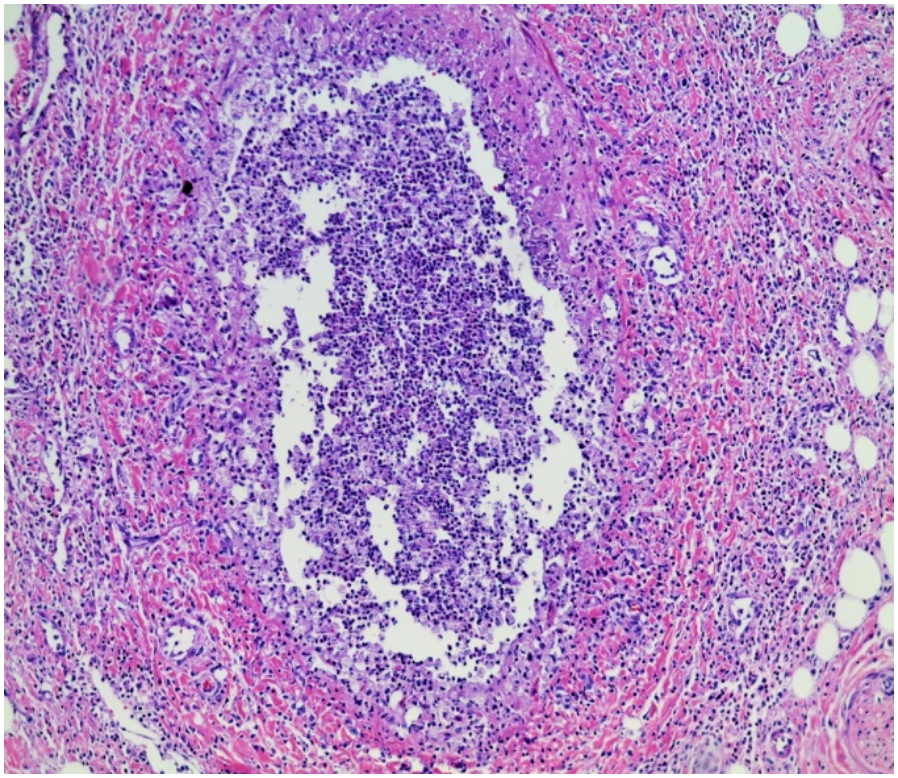
d) O paciente II apresenta resistência molecular à rifampicina e à dapsona, enquanto o paciente III permanece com suscetibilidade indeterminada à ofloxacina. A identificação de mutação isolada em *folP1* no paciente I permite concluir que a resistência foi adquirida durante o tratamento, independentemente do histórico terapêutico.

QUESTÃO 20

Paciente de 42 anos apresenta quadro de dor neuropática intensa, de início subagudo, inicialmente no membro inferior direito, acompanhada de parestesias e fraqueza para a dorsiflexão do pé. Nas semanas seguintes, evolui com dor em queimação na mão esquerda, associada à perda de sensibilidade no território do nervo ulnar e fraqueza muscular. Ao exame neurológico, apresenta déficits motores e sensitivos assimétricos, em territórios de diferentes nervos periféricos, configurando mononeuropatia múltipla. Não apresenta lesões cutâneas sugestivas de hanseníase nem espessamento neural palpável. A eletroneuromiografia evidencia mononeuropatia múltipla sensitivo-motora de padrão axonal, com redução acentuada e assimétrica das amplitudes dos potenciais motores e sensitivos. A ultrassonografia de nervos periféricos demonstra alterações multifocais e assimétricas da ecotextura, com áreas de hipoecogenicidade e discreto aumento da área de secção transversal de alguns nervos.

A investigação complementar inclui ELISA anti-PGL-I, baciloscopia de raspado dérmico e qPCR para *M. leprae* em raspado dérmico, todos com resultados negativos.

Foi realizada biópsia do nervo sural, que evidenciou infiltrado inflamatório mononuclear envolvendo a parede de vasos epineurais, com destruição segmentar da parede vascular, necrose fibrinoide e perda axonal multifocal de distribuição assimétrica entre fascículos nervosos (imagem abaixo).



Legenda: biópsia de nervo sural, coloração hematoxilina-eosina.

QUESTÃO 20 (continuação)

Considerando o conjunto dos achados clínicos, neurofisiológicos e histopatológicos, qual alternativa apresenta a interpretação diagnóstica mais adequada?

a) A hanseníase neural primária é a principal hipótese, considerando que a ausência de lesões cutâneas e a negatividade dos exames baciloscópicos e moleculares podem ocorrer nas formas neurais da doença.

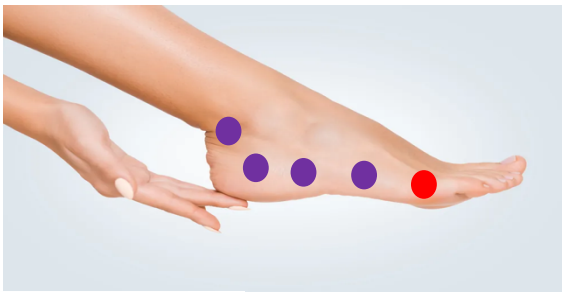
b) A neuropatia vasculítica é o diagnóstico mais provável, considerando a evolução subaguda, a dor neuropática intensa, a mononeuropatia múltipla axonal e a presença de vasculite necrosante na biópsia neural.

c) A presença de espessamento neural na ultrassonografia constitui o principal elemento para diferenciar neuropatia vasculítica de hanseníase neural, independentemente da apresentação clínica. A biópsia de nervo periférico neste caso é dispensável diante dos achados ultrassonográficos.

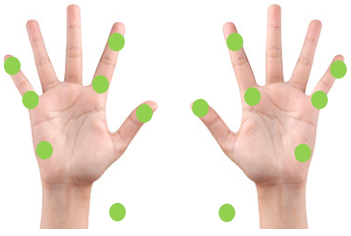
d) A mononeuropatia múltipla axonal, associada à assimetria ultrassonográfica, é suficiente para caracterizar hanseníase neural, mesmo diante de alterações vasculares inflamatórias na biópsia, que podem ser encontradas em todas as formas clínicas da hanseníase.

QUESTÃO 21

Mulher de 44 anos, obesa, sedentária, apresenta quadro de lombalgia há mais de 2 anos, com piora progressiva do quadro e surgimento de hipoestesia em face lateral do pé direito há 3 meses. Ao exame neurológico, observa-se hipoestesia tátil com monofilamentos de Semmes-Weinstein em face lateral do pé direito (imagem abaixo). A avaliação da sensibilidade térmica e dolorosa é normal em pés e mãos, assim como a avaliação por estesiometria em regiões palmares e plantares (imagem abaixo). Apresenta arreflexia apenas do reflexo aquileu direito. Força muscular com discreta fraqueza para a flexão plantar do pé direito. A eletroneuromiografia evidenciou normalidade no estudo da condução motora e sensitiva, com amplitudes normais em todos os potenciais de ação sensitivos avaliados (surais, fibulares superficiais, plantares mediais e plantares laterais em membros inferiores). A ultrassonografia de nervos periféricos também se encontra normal. Não há lesões cutâneas ou alterações térmico-dolorosas em placas. A investigação complementar inclui ELISA anti-PGL-I, baciloscopia de raspado dérmico e qPCR para *M. leprae* em raspado dérmico, todos com resultados negativos. A biópsia de pele em região do cotovelo também se encontra normal.







Considerando o conjunto clínico e os exames complementares, qual é o diagnóstico mais provável?

a) Hanseníase neural primária provável. Trata-se de uma mononeuropatia do nervo sural direito, sugerindo o diagnóstico de hanseníase, mesmo com todos os exames complementares normais. Neste caso, está indicada a biópsia do nervo sural direito.

QUESTÃO 21 (continuação)

b) Hanseníase neural primária definitiva. Trata-se de uma mononeuropatia do nervo sural direito, compatível com o diagnóstico de hanseníase, mesmo com todos os exames complementares normais. Neste caso, não é necessária a realização da biópsia do nervo sural.

c) Radiculopatia compressiva S1. A alteração sensitiva observada é compatível com o dermátomo S1 e deve-se fazer diagnóstico diferencial com uma mononeuropatia do nervo sural. Entretanto, a normalidade da eletroneuromiografia e da ultrassonografia, a presença de lombalgia, arreflexia do reflexo aquileu e a fraqueza da flexão plantar corroboram com a possibilidade de uma radiculopatia. Não está indicada a biópsia de nervo periférico.

d) Radiculopatia compressiva S1. A alteração sensitiva observada é compatível com o dermátomo S1 e deve-se fazer diagnóstico diferencial com uma mononeuropatia do nervo sural. Entretanto, a presença de alteração na estesiometria na face lateral do pé direito corrobora com a necessidade de biópsia de nervo periférico (sural direito).

QUESTÃO 22

Observe os gráficos ilustrados abaixo, que demonstram as taxas de detecção de casos novos de hanseníase (Gráfico 1 – Figura 10) e as taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, segundo unidades da Federação de residência (Gráfico 2 – Figura 37), ambos para o ano de 2024.

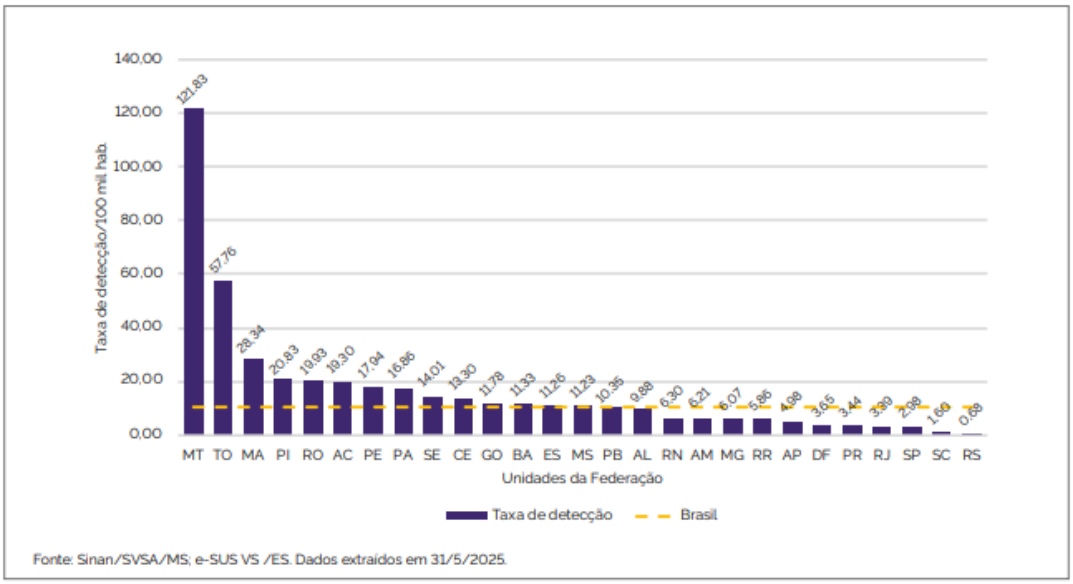


FIGURA 10 **Taxa de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.), segundo unidades da Federação de residência. Brasil, 2024**

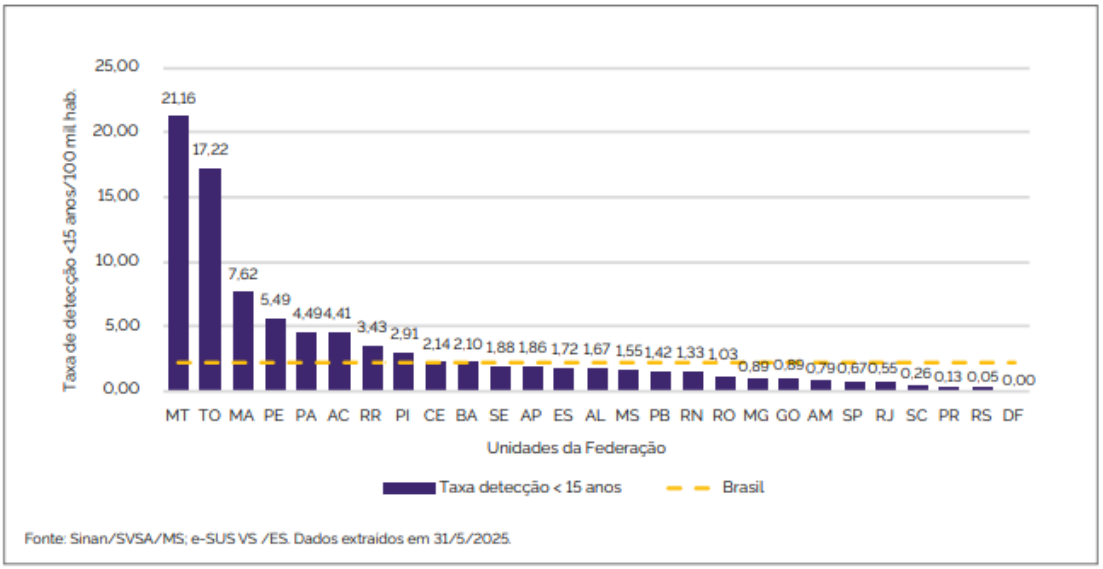


FIGURA 37 **Taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, segundo unidades da Federação de residência. Brasil, 2024**

Fonte: Boletim Epidemiológico - Hanseníase, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Jan. 2026

QUESTÃO 22 (continuação)

Assinale a alternativa correta quanto à análise dos gráficos:

a) Os estados de Mato Grosso e Tocantis apresentam elevadas taxas de detecção de casos novos na população geral e em menores de quize anos, indicando importante magnitude da doença e redução da transmissão nesses territórios.

b) O estado de Roraima tem taxas similares e muito altas de detecção de casos novos na população geral e em menores de quinze anos.

c) Pode-se afirmar que os dados indicam baixa transmissão da hanseníase no Distrito Federal.

d) Os estados da região sul apresentam taxas preocupantes de casos de hanseníase, constituindo-se em estados de alta endemia.

QUESTÃO 23

A avaliação e o acompanhamento dos contatos são ações cruciais para o controle da hanseníase, pois permitem a identificação precoce de casos novos e a interrupção da cadeia de transmissão. O gráfico a seguir apresenta a proporção de contatos examinados segundo a região de residência e o ano de avaliação. Examine o gráfico e assinale a alternativa correta:

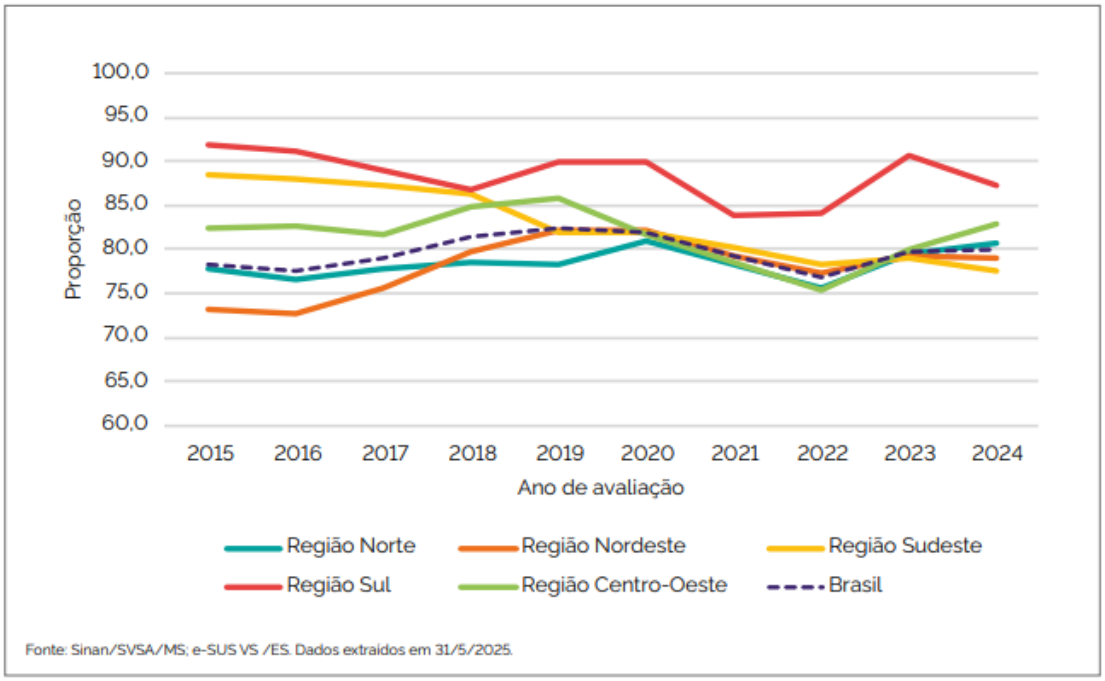


FIGURA 32 **Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, segundo região de residência e ano de avaliação. Brasil, 2015 a 2024**

Fonte: Boletim Epidemiológico - Hanseníase, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Jan. 2026

a) O Brasil, como um todo, apresenta um alta proporção de exame de contados de casos novos diagnosticados, superando 90%.

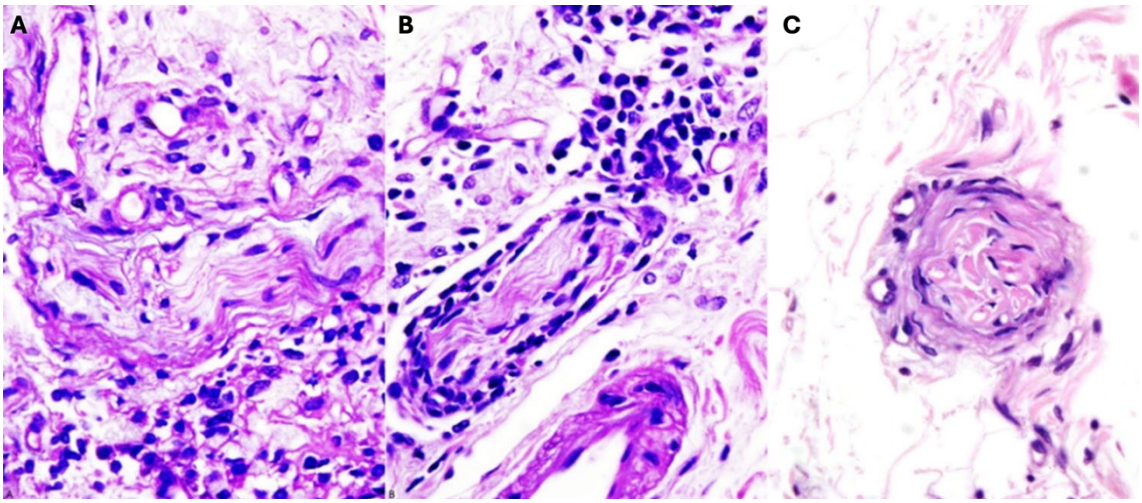
b) A região sul mantém com regularidade a maior proporção de exame de contatos de casos novos ao longo do período estudado.

c) A região nordeste apresenta a menor proporção de contatos examinados e mantem esse patamar ao longo do período estudado.

d) A região sudeste, similar à região sul, apresenta um incremento na proporção de exame de contados de casos novos diagnosticados ao longo do período estudado.

QUESTÃO 24

Mulher, 41 anos, com hanseníase dimorfa-virchowiana tratada com 24 doses de PQT-U. A biópsia de pele realizada ao final do tratamento (imagem abaixo) evidenciou agregados de pequenos linfócitos ao redor do perineuro, com áreas de delaminação linfocitária e fibrose hialina neural. Quatorze meses após a alta, esta paciente teve recorrência da hanseníase confirmada, com necessidade de novo tratamento antimicrobiano. Sobre as alterações no exame anatomopatológico ilustrado abaixo, o achado de infiltrado linfocitário neural/perineural se encaixa em qual alternativa?



Legenda: Fotomicrografias de biópsia de pele de caso de falha terapêutica em paciente dimorfa-virchowiana tratada com 24 doses (Hematoxilina-eosina): (A) infiltrado linfocitário perineural leve; (B) delaminação linfocitária do perineuro; (C) fibrose hialina do nervo. Fonte: Dornelas et al., 2024.

a) O achado constituiu um dos preditores independentes de falha terapêutica no exame histopatológico.

b) O achado supera o índice baciloscópico histológico para predição de falha terapêutica.

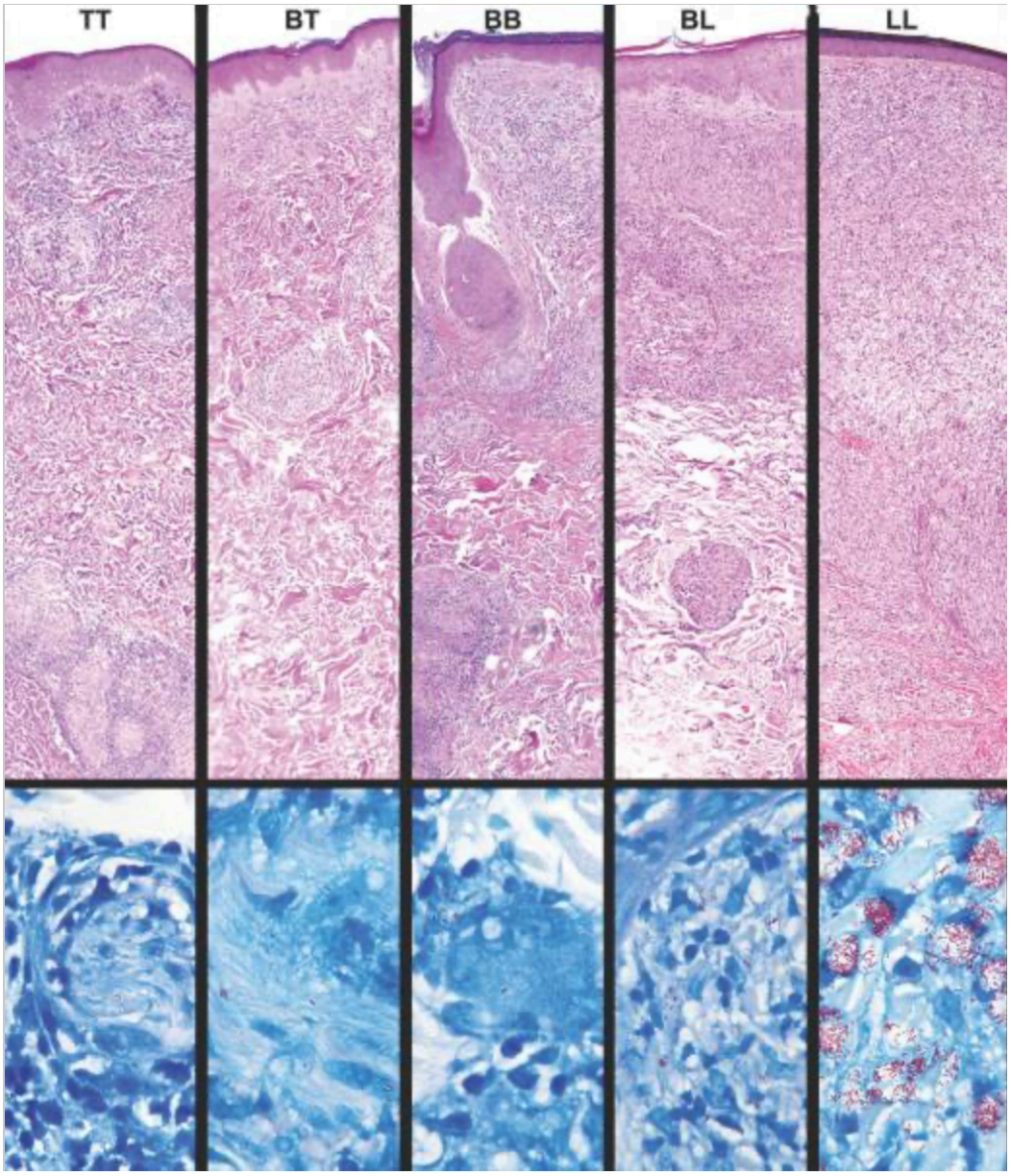
c) O achado associa-se à falha terapêutica somente quando é observado na forma clínica virchowiana.

d) O achado corresponde ao achado histopatológico mais prevalente no grupo falha terapêutica, presente em cerca de 90% dos casos.

QUESTÃO 25

Homem, 52 anos, apresenta lesões cutâneas infiltradas, simétricas e difusas, madarose e baciloscopia de raspado dérmico com índice baciloscópico de 4+. Foi realizada biópsia de pele. A figura abaixo mostra o espectro imunopatológico da hanseníase segundo a classificação de Ridley-Jopling, com cortes corados por hematoxilina-eosina no painel superior e pela técnica de Fite-Faraco no painel inferior, dispostos na sequência TT (tuberculoide), BT (borderline-tuberculoide), BB (borderline-borderline), BL (borderline-lepromatoso) e LL (lepromatoso ou virchowiano), da esquerda para a direita.

Observando a figura apresentada abaixo, assinale a alternativa que descreve o padrão histopatológico esperado na biópsia de lesão de pele do paciente descrito acima:



Fonte: Scollard et al, 2006. The Continuing Challenges of Leprosy.

QUESTÃO 25 (continuação)

a) Granulomas epitelioides bem formados, com denso manto linfocitário e bacilos álcool-ácido resistentes raros, pesquisados em múltiplos campos.

b) Infiltrado inflamatório inespecífico de predominância perineural, sem granulomas organizados e sem bacilos demonstráveis nas lâminas coradas.

c) Granulomas tuberculoides bem-organizados, com extensa necrose caseosa central e bacilos escassos no interior dos macrófagos.

d) Agregados desorganizados de histiócitos espumosos, com linfócitos ocasionais e bacilos abundantes, facilmente demonstrados pela coloração de Fite-Faraco.

QUESTÃO 26

Homem, 32 anos, apresenta há 8 meses uma lesão cutânea, de crescimento lento, localizada no braço direito. Ao exame dermatológico, observa-se a lesão mostrada na imagem a seguir. Há alteração da sensibilidade térmica e dolorosa na lesão e espessamento do nervo ulnar direito. Não há outros achados no exame físico. Considerando esse caso, assinale a alternativa que correlaciona os achados clínicos com os mecanismos imunológicos e histopatológicos esperados:



a) O quadro está associado à deficiência da imunidade celular específica contra o *M. leprae*, com predomínio de resposta Th2 e elevada produção de IL-4 e IL-10. Na histopatologia predominam macrófagos espumosos de aspecto fusiforme.

b) O quadro está associado à resposta imune celular vigorosa contra o *M. leprae*, com predomínio de resposta do tipo Th1, produção de citocinas como IFN-γ e IL-2. Na histopatologia são esperados granulomas epitelioides bem-organizados.

c) O quadro está associado à resposta imunológica celular e humoral, com grande produção de anticorpos específicos e altos níveis de IL-10 e IL-13. Na histopatologia os achados são células epitelioides, histiócitos, linfócitos focais e zona subepidérmica poupada.

d) O quadro está associado à ativação de linfócitos T reguladores e citocinas IL-5. Na histopatologia encontra-se edema pronunciado das células endoteliais e da parede vascular, além de infiltrado neutrofílico e plasmocitário.

QUESTÃO 27

Observe a imagem do pé direito de um paciente com hanseníase. Neste paciente, a presença de amiotrofia da musculatura intrínseca do pé, associada a deformidades dos artelhos em garra, é compatível, predominantemente, com comprometimento motor de qual nervo?



a) Nervo tibial, com comprometimento motor de seus ramos plantares medial e lateral.

b) Nervo fibular comum, com comprometimento predominante de seus ramos superficial e profundo.

c) Nervo fibular profundo, com comprometimento dos músculos extensores curtos dos dedos e do hálux.

d) Nervo sural, com comprometimento sensitivo da região lateral do pé e alterações musculares secundárias.

QUESTÃO 28

Analise a foto abaixo, de um caso de hanseníase com lesão troncular de nervos periféricos resultando em deformidade. Assinale o nome da alteração retratada e o nervo periférico acometido neste caso:



a) Garra ulnar – ramo cutâneo do nervo radial

b) Garra ulnar de segundo ao quinto dedos – nervo mediano

c) Atrofia hipotenar – nervo mediano

d) Atrofia do primeiro espaço interósseo – nervo ulnar

QUESTÃO 29

Os nervos da face podem ser acometidos na hanseníase. Examine a ilustração que segue e informe o nome da deformidade, o nervo acometido e o nome do sinal ou efeito protetor que está ocorrendo neste caso:



a) Paralisia facial – nervo trigêmeo – reversão ocular

b) Lagoftalmo – ramo zigomático do nervo facial – fenômeno de Bell

c) Entrópio – ramo temporal do nervo trigêmeo – sinal de Snellen

d) Lagoftalmo – nervo glossofaríngeo – efeito de Bichat

QUESTÃO 30

As imagens abaixo mostram duas apresentações de deformidade da mão relacionadas ao comprometimento neural na hanseníase. Considerando a progressão demonstrada nas fotografias, assinale a alternativa correta:



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

a) Na apresentação inicial predominam alterações do quarto e quintos dedos, podendo a evolução comprometer também o segundo e o terceiro dedos.

b) A progressão caracteriza-se inicialmente pelo acometimento do segundo e terceiro dedos, estendendo-se posteriormente ao quarto e quinto.

c) As duas fotografias representam graus diferentes de comprometimento sensitivo, sem relação com perda motora.

d) A progressão demonstrada decorre predominantemente da perda de sensibilidade protetora, independentemente da função muscular.

– PÁGINA INTENCIONALMENTE EM BRANCO –