

01. Uma mulher de 49 anos, diabética e com história de infecção urinária de repetição chega à emergência com queixa de febre, calafrios, mialgia, cefaleia leve e vômitos, além de urina com odor desagradável há 2 dias. Relatava que o último episódio de infecção urinária tratada foi há cerca de 40 dias e que, na cultura de urina, cresceu *Eschechiria coli* 1.000.000 UFC, com perfil de produção de betalactamase de espectro estendido (ESBL). Ao exame, apresentava-se desidratada, taquipneica ++/4++, pálida, com fácies de dor, anictérica, febril (39,2°), consciente e orientada. Ausculta pulmonar normal, ritmo cardíaco regular, sem sopros, FC: 148 bpm e PA: 90 x 50 mmHg. O sumário de urina revelava urina turva, densidade de 1025, pH6,8; números piócitos, 45 hemácias por campo e nitrito positivo. Leucócitos: 23.900 com 3% de bastões, 82% de neutrófilos, 10% de linfócitos e 5% de monócitos; hemoglobina: 10,3 g/dl, plaquetas de 556.000. Sobre esse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A paciente apresenta quadro clínico típico de nefrolitíase com infecção urinária, além de sepse. Deve ser internada em unidade de terapia intensiva e iniciado antibiótico de largo espectro, como cefepime em dose máxima, 2g de 8/8h.
- B) O diagnóstico provável é de infecção urinária alta (pielonefrite), e o antibiótico de escolha para esse caso é o meropenem, 1g de 8/8h por 10 a 14 dias.
- C) A paciente deve ser internada para coleta de novas culturas (sangue e urina) e iniciado um antibiótico com boa penetração em vias urinárias, como amicacina na dose de 30mg/kg/dia por 3 dias.
- D) A conduta mais adequada para o caso é internar a paciente em unidade de terapia intensiva, realizar expansão volêmica, analgesia potente, coletar culturas e iniciar, o mais rapidamente possível, ceftazidima 2g de 8/8h.
- E) Deve-se internar a paciente, coletar novas culturas (urina e sangue), realizar expansão volêmica, analgesia potente e aguardar o resultado das culturas para início de antibiótico mais adequado a fim de evitar piora da resistência bacteriana.

02. Com relação à TOXOPLASMOSE, analise as afirmativas abaixo:

- I.** A toxoplasmose ocular é a manifestação da doença mais frequente em adultos jovens imunocompetentes.
- II.** Pacientes com infecção pelo HIV que apresentam lesões expansivas com captação de contraste e edema periférico na tomografia podem ter o diagnóstico de toxoplasmose cerebral descartado, se a sorologia para toxoplasma no líquido for negativa.
- III.** Toda gestante com sorologia IgG reagente/positiva para toxoplasmose no pré-natal deve receber espiramicina 1g de 8/8h durante os 3 últimos meses da gestação, devido ao maior risco de contaminação do feto nesse período.

Está INCORRETO o que se afirma em

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

03. Paciente de 52 anos, tabagista de longa data, diabética, hipertensa e com cirurgia de revascularização miocárdica há 4 anos procura a emergência clínica com queixa de tosse produtiva, dor torácica à direita e febre há 3 dias. O exame físico revela murmúrio vesicular diminuído no terço inferior de hemotórax direito, com crepitações inspiratórias, frequência respiratória de 28 ipm, saturação de 96% em ar ambiente, temperatura axilar de 38,9°, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 125 x 75, pulsos cheios e simétricos. O hemograma tinha 16.500 leucócitos (1% bastão, 82% segmentados, 11% linfócitos, 6% monócitos). Gasometria arterial mostrou pH: 7,36; pO₂: 98mmHg; pCO₂: 38mmHg, HCO₃: 19mEq/l e lactato de 1,9. Ureia: 69mg/dl; creatinina: 1,3mg/dl; sódio: 144 mEq/l; potássio: 4,1mEq/l; hemoglicoteste: 234mg/dl. A radiografia de tórax mostrou imagem hipotransparente na base de pulmão direito, com velamento de seio costofrênico homolateral e discreto infiltrado alveolar em 1/3 médio de pulmão esquerdo.

Com base nesse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Deve-se internar a paciente, coletar hemocultura e iniciar antibioticoterapia oral após coleta de sangue com ciprofloxacina 500mg de 12/12h por 10 dias e prednisona 60mg/dia por 3 dias.
- B) Iniciar azitromicina 500mg/dia por via oral e prednisona 60mg/dia e liberar a paciente para casa. Repetir exames com 48 horas e, se não houver melhora clínica e laboratorial, internar para início de ceftriaxone 1g ao dia por 7 dias.
- C) Internar a paciente, realizar hidratação venosa, coletar hemoculturas e iniciar ceftriaxone 2g ao dia e azitromicina 500mg/dia ainda na primeira hora do atendimento. Solicitar ultrassonografia de tórax e realizar estudo de líquido pleural.
- D) Internar a paciente em unidade de terapia intensiva, coletar hemocultura e iniciar piperacilina/tazobactam 4,5g de 4/4h associada à levofloxacina 500mg de 12/12h. Realizar tomografia de tórax com 72 horas para avaliar necessidade de decorticação pulmonar.
- E) Internar a paciente em Unidade de terapia intensiva, instituir medidas de sepse grave e iniciar meropenem 2g de 8/8h.

04. Paciente do sexo masculino, 32 anos, solteiro procura um serviço de saúde porque apresenta resultado de exame de VDRL reagente de 1/32, porém sem nenhuma queixa clínica. Na consulta, o paciente refere que há 8 meses realizou o mesmo exame cujo resultado foi não reagente. O seu exame físico é completamente normal e refere relações sexuais com uso de preservativo, exceto quando praticava sexo oral.

Diante desse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O paciente é portador de sífilis terciária, que geralmente se apresenta sem sinais ou sintomas da doença nessa faixa etária. Deve ser submetido a tratamento com penicilina benzatina no total 7,2 milhões de unidades.
- B) Como o paciente apresentava exame de VDRL prévio não reagente há apenas 8 meses, seu diagnóstico é de sífilis primária recente, devendo ser tratado com penicilina benzatina, na dose de 2,4 milhões por semana, por duas semanas.
- C) O paciente encontra-se assintomático e com exame de VDRL prévio há menos de 1 ano, traduzindo um quadro de sífilis latente precoce. Deve ser tratado com penicilina benzatina na dose de 2,4 milhões de unidade em dose única e realizar acompanhamento com titulação do VDRL após 3, 6, 9, 12 e 24 meses.
- D) O paciente não tem sífilis. Deve tratar-se de um erro laboratorial, e o paciente deve ser orientado a repetir o exame após 30 dias.
- E) Diante do caso acima descrito, não podemos firmar o diagnóstico do paciente. Ele deve realizar um exame de FTA-ABS sérico para confirmação diagnóstica da infecção e, só depois, ser submetido a tratamento com penicilina cristalina 24 milhões de unidades por 10 a 14 dias, seguido de 3 doses semanais de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina, totalizando 7,2 milhões de unidades.

05. Com relação à hepatite B, analise as afirmativas abaixo:

- I.** Na investigação inicial da possibilidade de infecção pelo vírus da hepatite B em locais de poucos recursos, devem-se solicitar, apenas, os marcadores HBsAg e Anti-HBs.
- II.** HBsAg e Anti-HBs negativos descartam infecção aguda pelo vírus da hepatite B.
- III.** HBsAg negativo e Anti-HBs positivo confirmam imunidade conferida por vacina e não, pela infecção devido ao vírus da hepatite B.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas I e III estão incorretas.
- B) Apenas II e III estão corretas.
- C) Apenas II está correta.
- D) I, II e III estão incorretas.
- E) Apenas I e II estão corretas.

06. Com relação à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), é INCORRETO afirmar que

- A) atualmente, qualquer indivíduo com diagnóstico de infecção pelo HIV deve ser estimulado a iniciar a terapia antirretroviral, independentemente do nível de CD4.
- B) o teste rápido para diagnóstico de infecção pelo HIV só deve ser realizado em situações de risco que exijam a tomada de conduta imediata, como em acidentes ocupacionais e parturientes sem exame anti-HIV, no pré-natal.
- C) a todo paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV deve ser oferecido exame para diagnóstico de infecção por sífilis e hepatites virais B e C.
- D) dentre as práticas sexuais conhecidas, a relação anal receptiva é a que gera maior risco de aquisição de infecção pelo vírus.
- E) se considera como caso de AIDS o paciente com sorologia reagente para HIV e contagem de linfócitos T CD4 menor que 350 células/mm³.

07. Com relação à Dengue, é INCORRETO afirmar que

- A) apresenta picos de incidência nos períodos de verão.
- B) atualmente, além do tratamento clínico de suporte com hidratação vigorosa, analgesia e repouso, dispomos de vacina com efetividade de 85% para bloqueio populacional nos casos de surto da doença e da medicação “ZANAMIVIR” para utilização nos casos mais graves da doença.
- C) seu quadro clínico pode ser confundido com várias outras doenças, como sarampo, rubéola, febre tifoide, hepatites virais e pielonefrite aguda.
- D) miocardite, insuficiência hepática, síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) e meningoencefalite são manifestações incomuns da dengue.
- E) fenômenos hemorrágicos, como epistaxe e prova do laço positiva, podem estar presentes na dengue clássica, e esse dado isoladamente não deve ser confundido com febre hemorrágica da dengue.

08. Paciente portador de espondilite anquilosante, 38 anos, morador da região metropolitana do Recife apresenta indicação para uso de anticorpo monoclonal (Infliximab). Seu reumatologista solicita exames de rotina para o início da medicação, dentre eles, a realização do teste tuberculínico cujo valor foi de 17 mm. No interrogatório sintomatológico, o paciente não apresentava alterações dignas de nota. Diante desse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O paciente não poderá realizar tratamento com a medicação proposta, porque apresenta tuberculose em atividade, correndo o risco de disseminação da doença e óbito, caso utilize a medicação.
- B) A medicação proposta poderá ser utilizada, desde que se realize o tratamento para tuberculose com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por, pelo menos, 2 meses antes do início do anticorpo monoclonal.
- C) O risco de reativação de tuberculose (tuberculose ativa) é elevado nesse caso. O uso de anticorpo monoclonal deverá ser postergado, e o paciente, submetido à terapia com isoniazida por 6 meses.
- D) O risco de o paciente desenvolver tuberculose ativa é igual ao da população geral (baixo), tendo em vista que ele mora em área endêmica de tuberculose. Nesse caso, o uso do anticorpo monoclonal pode ser considerado, desde que o benefício de seu uso supere os riscos de uma possível reativação da tuberculose.
- E) O paciente deve ser submetido ao tratamento de tuberculose ativa por 6 meses e realizar novo teste tuberculínico ao final do tratamento. Caso o valor seja menor que 5mm, poderá ser liberado para o uso da medicação proposta.

09. Mulher de 57 anos, tabagista e hipertensa, moradora de zona endêmica para leishmaniose cutânea chega ao posto de saúde com queixa de lesão ulcerada em membro inferior direito há 6 meses, pouco dolorosa à manipulação e com sinais de infecção secundária. Ao exame, observa-se uma lesão de 4,0 X 7,0 cm, localizada na região ântero-medial da perna direita, com fundo exsudativo e bordas rasas. Os membros inferiores apresentam varizes de pequeno e médio calibre até o 1/3 distal das coxas. A médica solicita exames de rotina e a Reação de Montenegro. Após 3 semanas, a paciente retorna com os exames de hemograma, função renal, transaminases e glicemia de jejum dentro da normalidade, porém com uma leitura da Reação de Montenegro positiva (10 mm). Com relação a esse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Trata-se de um caso de leishmaniose cutânea, confirmado por dados clínicos e imunológicos que deverá ser tratado com Glucantime intramuscular por 20 a 30 dias.
- B) A paciente é de área endêmica para leishmaniose cutânea e apresenta fatores de risco para doença vascular, não se podendo afirmar que se trata de leishmaniose cutânea. Deve-se realizar biópsia da lesão para estudo histopatológico ou pesquisa de material genético da *Leishmania* com reação em cadeia da polimerase (PCR), antes de indicar tratamento específico.
- C) Trata-se de um caso clássico de úlcera de estase (vascular). A positividade da Reação de Montenegro não confirma o diagnóstico de leishmaniose devido à prevalência local da doença. Deve-se encaminhar a paciente para um serviço especializado em cirurgia vascular para amputação do membro acometido.
- D) Pelo tempo prolongado da lesão, o diagnóstico mais provável é de doença vascular, e a paciente deve ser orientada a elevar o membro acometido e realizar curativos diários no posto de saúde bem como utilizar ciprofloxacina por 14 dias de tratamento da infecção secundária.
- E) Deve-se submeter a paciente a tratamento com amoxicilina/clavulanato de 8/8h por 10 dias, para tratar a infecção secundária e, posteriormente, submetê-la à biópsia da lesão. O diagnóstico mais provável para esse caso é o de lesão neoplásica devido às características e à cronicidade da lesão.

10. Com relação à profilaxia contra o tétano, analise as afirmativas abaixo e coloque V nas Verdadeiras e F nas Falsas.

- () Pacientes com esquema vacinal incerto ou incompleto que apresentem ferimento superficial, sem a presença de corpo estranho devem realizar, apenas, limpeza do ferimento e vacina para tétano.
- () Ferimentos puntiformes, profundos e com presença de corpo estranho merecem profilaxia com imunoglobulina antitetânica, mesmo em indivíduos com vacinação completa há menos de 5 anos.
- () Pacientes imunodeprimidos e desnutridos graves devem receber vacina e imunoglobulina antitetânica ou soro antitetânico nos casos de ferimentos graves, independente de seu histórico vacinal.
- () Indivíduos com vacinação há mais de 10 anos e que sofrem ferimentos superficiais, limpos, devem realizar, apenas, o esquema de vacina (reforço), não necessitando de imunoglobulina ou soro antitetânico.
- () Pacientes com indicação de uso concomitante da vacina e imunoglobulina ou soro antitetânico não devem fazê-lo em um mesmo momento. Primeiro, deve-se administrar o soro e, após 2 semanas, a vacina.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- A) V-F-F-V-F
- B) V-F-V-V-F
- C) F-F-V-F-F
- D) F-V-V-V-F
- E) V-V-V-F-F

11. Com relação ao tratamento da Leptospirose, é CORRETO afirmar que

- A) se deve realizar hidratação venosa, uso de sintomáticos e reposição de potássio em todos os pacientes, porém o uso de antibiótico só deve ser realizado nos casos de síndrome de Weil.
- B) deve ser realizado com o paciente internado devido à necessidade de hidratação venosa, monitorização diária da função renal e risco de hemorragia pulmonar, além do uso de antibiótico injetável.
- C) a droga de escolha para esse tratamento atualmente é a ceftriaxona devido ao menor risco de lesão renal e comodidade posológica.
- D) o internamento em unidade de terapia intensiva está indicado nos casos de oligúria sem resposta à hidratação inicial, níveis de creatinina elevados e infiltrado pulmonar bilateral.
- E) pacientes com poucos episódios de vômitos, níveis de creatinina menores que 2,0 mg/dl e infiltrado pulmonar discreto bilateral podem ser tratados, ambulatorialmente, com repouso relativo, hidratação oral e uso de sintomáticos.

12. Paciente de 58 anos é submetido à ressecção transuretral da próstata devido à hipertrofia prostática benigna sem resposta ao tratamento clínico. Cerca de 40 dias após o procedimento cirúrgico, o paciente retorna ao seu médico, queixando-se de fortes dores em região tóraco-lombar (dorso). O urologista solicita uma radiografia da coluna torácica e lombar que mostra alterações em duas vértebras torácicas baixas. O paciente é submetido à ressonância magnética da coluna torácica que evidencia comprometimento de todo o corpo vertebral da 11ª e 12ª vértebras além de pequeno abscesso paravertebral, sugerindo tratar-se de uma osteomielite.

Diante desse diagnóstico, é CORRETO afirmar que

- A) o paciente deve ser submetido à antibioticoterapia intravenosa por duas semanas, seguida de antibiótico oral por mais 4 semanas, não havendo necessidade de intervenção cirúrgica devido aos achados clínicos e radiológicos clássicos para osteomielite bacteriana.
- B) os achados radiológicos são bastante sugestivos de tuberculose óssea. O paciente deve ser submetido à punção do abscesso para pesquisa de bacilos e cultura para micobactéria e iniciado tuberculostáticos o mais rapidamente possível.
- C) embora a intervenção cirúrgica possa ter favorecido o surgimento de infecção óssea, não há como afirmar, baseado apenas nos dados clínicos e radiológicos, que se trata de uma osteomielite bacteriana clássica (não tuberculosa). O paciente deve ser submetido à intervenção cirúrgica para coleta de material (biópsia óssea) e realização de cultura para germes piogênicos, pesquisa direta (GRAM e baciloscopia) e reação em cadeia de polimerase para micobactérias.
- D) é mais provável que o diagnóstico inicial do paciente tenha sido adenocarcinoma de próstata, e os achados radiológicos sejam decorrentes de metástase para coluna torácica. Deve-se encaminhar o paciente para biópsia óssea e avaliação da oncologia.
- E) devido ao risco de complicações neurológicas, decorrente de uma abordagem cirúrgica, o paciente deve ser submetido à antibioticoterapia intravenosa de largo espectro por 6 semanas e ao uso de tuberculostáticos por 12 meses.

13. Adolescente de 15 anos, previamente hígido, chega à emergência com queixa de febre alta, cefaleia, náuseas, mialgia, astenia e dores em membros inferiores há cerca de 36 horas. Há 6 horas, percebeu o surgimento de lesões petequiais que evoluíram para lesões violáceas (vasculíticas) em dorso do pé, terço médio das pernas e tronco. Ao exame físico, apresenta-se febril, normocorado, consciente e orientado. Nuca livre, sem sinais focais. Ritmo cardíaco regular, sem sopros, frequência cardíaca de 124 bpm, PA= 100 x 70, frequência respiratória de 24 ipm. Panturrilhas livres. O hemograma mostra 23.700 leucócitos (4% bastões, 79% segmentados, 12% linfócitos, 5% monócitos), hg: 12,8 e plaquetas: 170.000.

Com base nesse caso, analise as afirmativas abaixo:

- I.** A coleta de sangue para a realização de hemocultura e exame de látex para *Neisseria*, hidratação venosa vigorosa e início de penicilina cristalina devem ser as medidas iniciais para esse caso.
- II.** A coleta de LCR não se faz necessária devido à ausência de rigidez de nuca e vômitos.
- III.** Faz diagnóstico diferencial com esse caso a vasculite leucocitoclástica aguda.
- IV.** Na presença de látex ou cultura positiva para *Neisseria*, o paciente necessita utilizar rifampicina ao término do tratamento com penicilina cristalina.

Estão CORRETAS

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

14. Na abordagem sindrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), devem ser tomada todas as medidas abaixo, EXCETO:

- A) Tratar herpes genital, realizar aconselhamento e investigar sífilis, HIV e hepatite B e C nos casos de evidência de lesão vesiculares.
- B) Realizar aconselhamento, mas não tratar nenhuma DST, se a queixa for de lesão ulcerada por mais de 4 semanas. Nesse caso, deve-se encaminhar o(a) paciente para realizar biópsia da lesão.
- C) História de úlcera genital, sem evidência de lesões vesiculares, deve-se tratar sífilis e cancro mole, além de realizar aconselhamento e investigação para HIV e hepatites B e C.
- D) Pacientes com história de corrimento genital grumoso, prurido ou eritema vulvar, com teste de KOH a 10% negativo, deve-se tratar candidíase.
- E) Oferecer exames de VDRL, Anti-HIV, hepatite B e C, convocar e tratar parceiros nos casos de tricomoníase e cervicites.

15. Todas abaixo são causas de hepatoesplenomegalia febril, EXCETO

- A) febre tifoide.
- B) histoplasmose.
- C) artrite reumatoide.
- D) dengue.
- E) mononucleose infecciosa.

16. Paciente do sexo masculino, 17 anos, universitário chega ao consultório médico com queixa de febre há 8 dias associada à astenia intensa, falta de apetite, odinofagia e nódulos no pescoço. No exame físico, apresenta hiperemia e hipertrofia amigdaliana, com presença de placas exudativas associada à linfonomegalia cervical e submandibular. Referia ter todas as vacinas atualizadas. O hemograma mostrava 16.400 leucócitos (50% segmentados, 2% eosinófilos, 29% linfócitos típicos, 15% linfócitos atípicos, 4% monócitos), hemoglobina: 12,9mg/dl e plaquetas 171.000.

A melhor conduta para esse caso é a indicada na alternativa

- A) Cultura de orofaringe e antibioticoterapia oral com amoxicilina/clavulonato por 10 a 14 dias associada à corticoterapia por 5 dias.
- B) Analgesia tópica e uso de aciclovir oral por 10 dias.
- C) Repouso e corticoterapia até melhora dos sintomas com desmame gradual, se utilizado por 2 ou mais semanas.
- D) Pesquisa de antígenos estreptocócicos na orofaringe e início de Penicilina Benzatina 1.200.000 U por 3 semanas
- E) Realização de VDRL e prescrição de Penicilina Benzatina 2.400.000 em dose única.

17. Uma paciente de 39 anos, portadora de HTLV I e infecção urinária de repetição chega à emergência com queixas de disúria, urgência miccional e urina com odor fétido. A urocultura realizada por conta própria mostrou crescimento de 1.000.000 UFC de *Pseudomonas aeruginosa* multi-sensível.

Todas abaixo são opções para o tratamento dessa infecção, EXCETO

- A) Ciprofloxacina.
- B) Amicacina.
- C) Cefalexina.
- D) Ceftazidima.
- E) Gentamicina.

18. Um paciente de 28 anos, previamente hígido, chega à emergência clínica com queixas de febre alta, calafrios, cefaleia, mialgia e dor do lado direito do quadril que o dificulta deambular. Relatava que há 4 dias tinha caído de um barranco com trauma fechado em perna direita. Ao exame, apresenta-se febril (39°C), taquicárdico, taquipneico, desidratado e icterico +/-+. Pressão arterial de 100 x 60 mmHg. O hemograma mostra 28.300 leucócitos (4% bastões, 82% seg, 8% linfócitos e 6% monócitos), plaquetas de 568.000 e PCR de 159 mg/l. Ureia: 98 mg/dl, creatinina 1,7 mg/dl, sódio: 140, potássio: 4,0. A radiografia de tórax mostrava um infiltrado alvéolo-intersticial bilateral; radiografia de articulação coxofemoral estava normal.

Diante desse caso, é CORRETO afirmar que

- A) o diagnóstico é de leptospirose com comprometimento pulmonar. Deve-se internar o paciente em unidade de terapia intensiva, coletar culturas, iniciar medidas para sepsis e ceftriaxone.
- B) se trata de um caso de pneumonia bacteriana comunitária com sepsis grave. Deve-se internar o paciente em unidade de terapia intensiva, coletar culturas e iniciar antibiótico injetável com Ceftriaxone e Levofloxacina.
- C) quadro clínico típico de sepsis por estafilococo com comprometimento pulmonar e da articulação coxofemoral. Devem-se coletar hemoculturas, iniciar antibiótico na primeira hora do atendimento médico na emergência e internar em unidade de terapia intensiva para cuidados de paciente com sepsis.
- D) Pielonefrite aguda é o diagnóstico mais provável devido à presença de calafrios, leucocitose e alteração da função renal. O paciente deve ser internado para a realização de hidratação venosa, coleta de urocultura e início de Moxifloxacina injetável.
- E) o diagnóstico de apendicite aguda é o mais provável. Deve-se internar o paciente, realizar hidratação venosa, tomografia de abdome e solicitar parecer da cirurgia geral.

19. Com relação à infecção pelo vírus EBOLA, analise as afirmativas abaixo e coloque V nas Verdadeiras e F nas Falsas.

- A mortalidade dessa infecção é de 25%, mesmo nos melhores centros de tratamento.
- Os pacientes com manifestações clínicas da doença podem ter relações sexuais com o uso de preservativo, sem risco de transmitir a doença para seu(sua) parceiro(a).
- O período de transmissão do vírus Ebola se dá 5 dias antes até 7 dias após o início dos sintomas.
- A principal forma de proteção contra a infecção nos profissionais de saúde é a utilização de medidas de precaução de contato.
- O tratamento consiste em hidratação venosa, uso de sintomáticos e manutenção da pressão arterial.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- A) V-V-F-F-V
- B) V-V-V-F-V
- C) F-F-V-F-V
- D) F-V-F-V-V
- E) F-F-F-V-V

20. Com relação à fase aguda da febre de Chicungunya, assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) Considera-se caso suspeito todo indivíduo que se apresente com febre por até 7 dias, acompanhada de artralgia intensa de início súbito, podendo existir, ainda, cefaleia, mialgia e exantema.
- B) Na fase aguda da doença, a febre pode ser contínua ou intermitente, porém a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa.
- C) Os achados hematológicos patognomônicos de infecção pelo vírus de Chicungunya são trombocitopenia intensa (plaquetas < 50.000), anemia hemolítica e discreta leucopenia.
- D) Os sintomas articulares são comumente simétricos e ocorrem frequentemente, nas mãos e nos pés, mas podem afetar articulações mais proximais.
- E) Exantemas normalmente ocorrem de dois a cinco dias após o início da febre, em aproximadamente metade dos pacientes.

21. Sobre a Doença diverticular dos cólons, é INCORRETO afirmar que

- A) em pacientes asiáticos, existe um predomínio dos divertículos em cólon direito.
- B) mais da metade dos divertículos que causam sangramento clinicamente significativo localizam-se no cólon direito.
- C) a frequência relativa de complicações da diverticulite costuma ser maior em pacientes mais jovens.
- D) após um episódio de diverticulite, a taxa de recorrência é elevada, principalmente no primeiro ano.
- E) cerca de 50% dos pacientes portadores de divertículos colônicos desenvolverão algum episódio de diverticulite ao longo da vida.

22. Um paciente portador de cirrose alcoólica, Child C, foi internado com episódio de hemorragia digestiva alta. Endoscopia revelou que o sangramento advinha de um grande novelo varicoso em fundo gástrico. Qual das condutas abaixo NÃO deve ser empregada nesse caso?

- A) Terlipressina
- B) Ligadura elástica da variz de fórnix
- C) Ceftriaxone
- D) TIPS
- E) Esclerose da variz com cianoacrilato

23. São consideradas indicações inequívocas para a terapia de erradicação do *Helicobacter pylori*, EXCETO

- A) Dispepsia não ulcerosa.
- B) Linfoma MALT.
- C) Após gastrectomia parcial por adenocarcinoma gástrico.
- D) Úlcera gástrica.
- E) Uso prolongado de anti-inflamatório em paciente com antecedente de úlcera péptica.

24. Sobre a associação entre Retocolite Ulcerativa (RCUI) e Colangite Esclerosante Primária (CEP), é CORRETO afirmar que

- A) a colite costuma ter curso mais agressivo nesses casos, com indicação mais frequente de colectomia total.
- B) a colectomia total costuma melhorar a evolução do quadro hepato-biliar.
- C) pacientes submetidos a transplante hepático apresentam cura clínica e endoscópica da inflamação intestinal.
- D) a associação RCUI-CEP eleva o risco de desenvolvimento de câncer colorretal, principalmente em cólon direito.
- E) após a definição diagnóstica da CEP, deve-se encaminhar o paciente para transplante hepático como medida preventiva contra o desenvolvimento de colangiocarcinoma.

- 25. A pseudo-obstrução aguda dos cólons (Síndrome de Ogilvie) é uma condição com considerável taxa de mortalidade e, por vezes, de difícil condução. Com respeito a essa síndrome, é CORRETO afirmar que**
- A) tem prevalência discretamente mais elevada em mulheres, entre a sexta e a sétima década de vida.
 B) a descompressão endoscópica é um procedimento seguro e eficaz, com baixo índice de recorrência.
 C) dilatação com duração maior do que 3 a 4 dias e distensão cecal maior do que 10cm são indicações para tratamento cirúrgico.
 D) a administração intravenosa de neostigmina é um recurso útil para os casos em que não houve resposta às medidas de suporte.
 E) medidas de suporte devem incluir: dieta zero; sonda naso-gástrica e retal; venóclise e administração intravenosa de opioides.
- 26. Qual é o melhor exame diagnóstico para um indivíduo com sangue oculto nas fezes positivo e anemia, clinicamente estável e com endoscopias digestivas alta e baixa normais?**
- A) Cintilografia com hemácias marcadas
 B) Enteróclise
 C) Angiotomografia
 D) Angioressonância
 E) Cápsula endoscópica
- 27. Na pancreatite aguda biliar, o tratamento endoscópico de urgência**
- A) tem benefício comprovado para os casos leves e moderados.
 B) deve ser realizado dentro das primeiras 24 horas da admissão.
 C) tem sua melhor indicação nos casos graves, com sinais de colestase e colangite.
 D) está contraindicado, se há suspeita ou comprovação de falência de algum órgão.
 E) não envolve, necessariamente, esfínterectomia, se não forem observados cálculos.
- 28. Aproximadamente 50% dos pacientes portadores de HIV apresentam sintomas digestivos. Sobre as afecções do tubo digestivo nesses pacientes, é INCORRETO afirmar que**
- A) grande parte das lesões é causada pelo próprio HIV.
 B) o *Mycobacterium avium* é o agente mais frequentemente encontrado em todos os segmentos.
 C) o sarcoma de Kaposi gástrico, nas fases iniciais, é assintomático, mas pode causar quadros obstrutivos.
 D) os achados endoscópicos podem ser atípicos, portanto é recomendável biopsiar qualquer alteração, mesmo que mínima.
 E) esofagite por *Candida albicans* é um dos achados mais frequentes e, por vezes, é a primeira manifestação da doença.
- 29. A condução sistematizada dos casos de hemorragia digestiva alta (HDA) é fundamental para otimizar os resultados do tratamento. Com relação ao manejo dessa condição, é CORRETO afirmar que**
- A) não é aconselhável manter o uso de aspirina em baixas doses (100mg/dia), mesmo que a hemostasia inicial tenha obtido sucesso.
 B) em caso de ressangramento após um tratamento endoscópico, o paciente deve ser referenciado para consulta com o cirurgião.
 C) uma nova endoscopia no mesmo internamento justifica-se em caso de dúvida do sucesso da primeira ou se o índice de Rockall final foi alto.
 D) nos casos de hemorragia não varicosa, a adrenalina pode ser usada como agente hemostático único, sem aumento no risco de ressangramento.
 E) nos quadros com instabilidade hemodinâmica, mesmo em hepatopatas, é seguro aguardar até 24 horas da admissão para realizar endoscopia digestiva.
- 30. Sobre a epidemiologia e história natural das hepatites virais, é CORRETO afirmar que**
- A) a hepatite E determina elevada mortalidade em gestantes, mas não determina evolução para cronicidade.
 B) usuários de drogas injetáveis apresentam alto risco de aquisição de hepatite C, devido ao compartilhamento de seringas. Por outro lado, os usuários de drogas inalatórias têm taxas de prevalência de hepatite C semelhantes à da população geral.
 C) a co-infecção com o vírus delta costuma reduzir a replicação do vírus B, retardando a progressão da fibrose em portadores de hepatite B crônica.
 D) crianças de áreas hiperendêmicas para hepatite B podem adquirir a infecção por contato próximo pessoa a pessoa, sem exposição parenteral ou sexual evidentes.
 E) para prevenir a transmissão intradomiciliar da hepatite A, é necessário manter o isolamento sanitário do caso-índice até o desaparecimento da icterícia.

- 31. Com respeito aos tratamentos atualmente disponíveis para a hepatite C crônica, à base de interferon, todos abaixo citados são considerados fatores preditores de má resposta ao tratamento, EXCETO**
- A) Genótipo 1.
 B) Polimorfismo da IL28B TT.
 C) Sexo feminino.
 D) Resistência insulínica.
 E) Raça negra.
- 32. O uso de certos medicamentos deve ser evitado em pacientes cirróticos descompensados, dentre eles, podem ser citados, EXCETO**
- A) Anti-inflamatórios não hormonais.
 B) Diazepínicos.
 C) Metformina.
 D) Aminoglicosídeos.
 E) Paracetamol.
- 33. Dentre os tratamentos disponíveis para o carcinoma hepatocelular, qual é a melhor opção para um paciente de 70 anos, portador de cirrose por hepatite C, com história prévia de sangramento varicoso, mas sem outras comorbidades, que apresenta nódulo em segmento IV com 4,5cm de diâmetro e imagem típica na ressonância magnética?**
- A) Alcoolização
 B) Ablação por radiofrequência
 C) Ressecção
 D) Sorafenib
 E) Transplante hepático
- 34. A indicação de transplante de fígado no tratamento da insuficiência hepática aguda deve ser criteriosa, considerando, principalmente, a chance de recuperação espontânea. Qual dentre os abaixo citados é critério de indicação de transplante em pacientes com insuficiência hepática aguda por causa diferente da intoxicação por paracetamol, de acordo com os critérios do “King’s College”?**
- A) Creatinina acima de 3,0mg/dl
 B) Albumina abaixo de 2,5mg/dl
 C) Queda da transaminase maior que 50% em 24 horas
 D) Bilirrubina acima de 17,5mg/dl
 E) Fibrinogênio menor que 100 mg/dl
- 35. A esteatohepatite não alcoólica corresponde a um subgrupo de pacientes com doença hepática gordurosa, que apresenta um risco significativamente maior de evolução para cirrose. Qual o método mais efetivo para o diagnóstico de esteatohepatite?**
- A) Elastografia hepática
 B) Ressonância magnética
 C) Biópsia hepática
 D) Nível de transaminases
 E) Ferritina sérica
- 36. Com relação à Cirrose Biliar Primária (CBP), é CORRETO afirmar que**
- A) a fadiga é sintoma observado, apenas, nas fases avançadas da hepatopatia, sendo proporcional ao nível de icterícia.
 B) a biópsia hepática é mandatória, apenas, nos casos em que o anticorpo antimitocôndria está ausente, o que ocorre em cerca de 30% dos casos.
 C) o transplante hepático deve ser reservado para o tratamento de casos de insuficiência hepática avançada devido ao elevado risco de recorrência com perda do enxerto.
 D) redução maior que 40% dos níveis de fosfatase alcalina após um ano de tratamento com ácido ursodeoxicólico é indicador de bom prognóstico, com aumento de sobrevida.
 E) o uso do ácido ursodeoxicólico é a melhor opção para tratamento do prurido associado à CBP.
- 37. Com relação ao tratamento de um paciente com hepatite alcoólica aguda, assinale a alternativa INCORRETA.**
- A) O uso de prednisolona mostrou-se capaz de reduzir a mortalidade em pacientes com função discriminante de Maddrey acima de 32.
 B) O uso de pentoxifilina reduz a incidência de síndrome hepatorenal, e conseqüentemente a mortalidade, em pacientes com formas graves da doença.
 C) O transplante hepático é modalidade terapêutica de indicação controversa nesses casos, pois não obedece ao período mínimo de seis meses de abstinência alcoólica, usualmente exigido.
 D) Caso não ocorra resposta significativa após uma semana de terapia com prednisolona, seu uso deve ser interrompido.
 E) A N-acetilcisteína tem-se mostrado superior à terapia-padrão com corticoides na redução da mortalidade, por desencadear, menos frequentemente, complicações infecciosas.

38. Todas abaixo citadas são características da doença de Wilson, quando se apresenta sob a forma de insuficiência hepática aguda, EXCETO

- A) anemia hemolítica.
- B) níveis elevados de fosfatase alcalina.
- C) insuficiência renal rapidamente progressiva.
- D) aminotransferases pouco elevadas, com razão AST/ALT maior que 2.
- E) níveis elevados de cobre urinário.

39. Um paciente de 40 anos, procedente de Palmares, foi admitido com quadro de hemorragia digestiva alta. Endoscopia revelou varizes de esôfago de grosso calibre e envolado varicoso em fundo gástrico. Os exames laboratoriais mostravam, apenas, pancitopenia, com bioquímica hepática normal, e a ultrassonografia revelou hepatoesplenomegalia com intensa fibrose periportal.

Qual é a conduta mais apropriada para a prevenção de novos episódios de sangramento digestivo?

- A) Betabloqueadores não seletivos
- B) Ligadura elástica das varizes por endoscopia
- C) Cirurgia para confecção de shunt espleno-renal distal
- D) Esplenectomia + ligadura da veia gástrica esquerda
- E) Esplenectomia + rafia intraoperatória das varizes.

40. Que marcador sorológico é associado à hepatite autoimune do tipo 2?

- A) FAN
- B) Ac anti-músculo liso
- C) Ac anti-mitocôndria
- D) Ac anti-LKM1
- E) ANCAp

41. Um paciente portador de cirrose alcoólica, Child C, foi internado com episódio de hemorragia digestiva alta. Endoscopia revelou que o sangramento advinha de um grande novelo varicoso em fundo gástrico. Qual das condutas abaixo NÃO deve ser empregada nesse caso?

- A) Terlipressina.
- B) Ligadura elástica da variz de fórnix.
- C) Ceftriaxone.
- D) TIPS.
- E) Esclerose da variz com cianoacrilato.

42. Com relação ao tratamento de um paciente com hepatite alcoólica aguda, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O uso de prednisolona mostrou-se capaz de reduzir a mortalidade em pacientes com função discriminante de Maddrey acima de 32.
- B) O uso de pentoxifilina reduz a incidência de síndrome hepatorenal, e, conseqüentemente, a mortalidade, em pacientes com formas graves da doença.
- C) O transplante hepático é modalidade terapêutica de indicação controversa nesses casos, pois não obedece ao período mínimo de seis meses de abstinência alcoólica usualmente exigido.
- D) Caso não ocorra resposta significativa após uma semana de terapia com prednisolona, seu uso deve ser interrompido.
- E) A N-acetilcisteína tem-se mostrado superior à terapia padrão com corticoides na redução da mortalidade, por desencadear menos frequentemente complicações infecciosas.

43. Qual dos métodos abaixo listados apresenta isoladamente o melhor perfil de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de Doença celíaca?

- A) Biópsia duodenal
- B) Pesquisa dos antígenos HLA DQ2 e DQ8
- C) Anticorpo antigliadina
- D) Anticorpo antitransglutaminase tecidual
- E) Enterografia por tomografia

44. É critério diagnóstico da síndrome hepato-renal a

- A) ausência de infecção associada.
- B) ausência de melhora da creatinina após dois dias de suspensão dos diuréticos e reposição de albumina.
- C) presença de proteinúria.
- D) sódio urinário abaixo de 40mEq/24 horas.
- E) sódio sérico abaixo de 120mEq/l.

45. São consideradas indicações inequívocas para a terapia de erradicação do *Helicobacter pylori*, EXCETO

- A) Dispepsia não ulcerosa.
- B) Linfoma MALT.
- C) Após gastrectomia parcial por adenocarcinoma gástrico.
- D) Úlcera gástrica.
- E) Uso prolongado de anti-inflamatório em paciente com antecedente de úlcera péptica.

46. Os corticoides são drogas amplamente utilizadas para o tratamento de diversas condições clínicas e de extrema importância para a prática médica. No entanto, seu uso em doses elevadas pode trazer sérios efeitos colaterais. Sobre os cuidados necessários em pacientes usuários de corticoides, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Pacientes que fizeram uso de doses maiores que 20mg/dia de prednisona por mais de três semanas devem ter seu tratamento reduzido gradualmente (desmame), pelo risco de precipitar insuficiência adrenal secundária.
- B) No nosso meio, costuma-se recomendar terapia empírica contra *Strongyloides stercoralis* antes do início da corticoterapia, para prevenção da síndrome de hiperinfestação por esse parasita.
- C) Todo paciente que vai ser submetido à terapia imunossupressora com corticoide deve realizar previamente PPD e radiografia de tórax para pesquisa de tuberculose latente.
- D) Como a osteoporose induzida por corticoide é evento tardio, sua prevenção só se torna necessária após dois anos de uso da medicação.
- E) Leucocitose é comumente observada em usuários de corticoides, mas a presença de desvio à esquerda significativo ou granulações tóxicas levanta a suspeita de infecção associada.

47. Uma paciente recebeu o diagnóstico de anemia baseado no seguinte hemograma:

Hb = 8,8g/dl; Ht 25%; VCM 75 fL; CHCM 30g/dL.

Qual dos diagnósticos abaixo é MENOS provável nesse caso?

- A) Hipermenorreia
- B) Câncer de cólon direito
- C) Artrite reumatoide
- D) Insuficiência renal crônica
- E) Talassemia

48. Em períodos chuvosos com inundações, são comuns os casos de Leptospirose em nosso meio. Características clínico-laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico presuntivo dessa condição, antes que o diagnóstico sorológico seja disponível.

Qual das características abaixo NÃO costuma ser observada em casos graves de Leptospirose?

- A) Insuficiência renal aguda com hipocalcemia.
- B) Anemia hemolítica Coombs positivo.
- C) Hemorragia pulmonar.
- D) Meningite linfomonocitária.
- E) Miocardite.

49. Qual dos antidiabéticos abaixo relacionados estimula a secreção pancreática de insulina?

- A) Metformina
- B) Glimpirida
- C) Pioglitazona
- D) Acarbose
- E) Saxagliptina

50 Um paciente em vigência de tratamento quimioterápico para linfoma desenvolveu celulite extensa no antebraço, febre e queda do estado geral. A avaliação complementar evidenciou 480 neutrófilos/mm³, plaquetas 32.000/mm³, creatinina de 3,0 mg/dl e condensação pulmonar.

Qual das drogas abaixo seria a melhor opção para cobertura antiestafilocócica nesse caso?

- A) Vancomicina
- B) Linezolida
- C) Daptomicina
- D) Teicoplanina
- E) Ciprofloxacina



ATENÇÃO

- *Abra este Caderno, quando o Fiscal de Sala autorizar o início da Prova.*
- *Observe se o Caderno está completo. Ele deverá conter 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada, versando sobre os conhecimentos exigidos para a especialidade.*
- *Se o Caderno estiver incompleto ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal.*
- *Ao receber o Caderno de Prova, preencha, nos espaços apropriados, o seu Nome completo, o Número do seu Documento de Identidade, a Unidade da Federação e o Número de Inscrição.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões da Prova, você receberá um Cartão-Resposta com seu Número de Inscrição impresso.*
- *As bolhas do Cartão-Resposta devem ser preenchidas totalmente, com caneta esferográfica azul ou preta.*
- *O tempo destinado à Prova está dosado, de modo a permitir fazê-la com tranquilidade.*
- *Preenchido o Cartão-Resposta, entregue-o ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*



BOA SORTE!

