

01. Uma enfermeira, gestante, com 25 semanas de gestação trabalha em unidade de terapia intensiva. Chega ao consultório médico se queixando de febre, mialgia, odinofagia, tosse e sintomas congestivos de vias aéreas há 24 horas. Foi diagnosticada com gripe e orientada a fazer uso de analgésicos e a tomar mais líquidos ao longo do dia. Manteve suas atividades habituais, mas, 4 dias depois, retornou ao consultório, referindo que não apresentava mais febre, porém estava tossindo muito, com expectoração de secreção amarelada, cefaleia frontal, sem conseguir dormir. Relatou que, no seu trabalho, outros dois profissionais tiveram os seus mesmos sintomas nos últimos dois dias.

Em relação ao caso relatado, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Deve-se prescrever oseltamivir por 5 dias e orientar a limpeza nasal com soro fisiológico e o uso de corticoide nasal durante esse período.
- B) Afastar a enfermeira de suas atividades até, pelo menos, o sétimo dia do início dos sintomas; orientar uso de soro fisiológico para limpeza nasal, principalmente à noite e avaliar a necessidade de uso de corticoide e antibiótico, caso persistam os sintomas de cefaleia e tosse por mais de 7 dias ou retorno de febre.
- C) Orientar o afastamento da enfermeira de suas atividades; iniciar de imediato oseltamivir, corticoide sistêmico e antibiótico. Notificar o hospital onde trabalha para que os demais funcionários sintomáticos sejam avaliados e façam uso de oseltamivir e antibiótico profilaticamente.
- D) Vacinar contra a Influenza todos os funcionários da UTI onde trabalha e indicar o uso de oseltamivir de forma profilática para os funcionários do hospital. Os sintomáticos respiratórios devem ser afastados do trabalho por 3 dias.
- E) Acalmar a paciente e pedir que tenha paciência, pois se trata de um quadro viral benigno, em que os sintomas passam após poucos dias, e que mantenha o uso de analgésico, hidratação, orientando a necessidade de ser realizada a limpeza nasal com soro fisiológico, várias vezes ao dia.

02. Paciente masculino, 41 anos, etilista crônico e portador de infecção de HIV, sem tratamento há mais de 4 anos, dá entrada na urgência com quadro de mal-estar, astenia e anorexia há 2 semanas, associada à palidez cutânea, sudorese e prostração. Foi medicado com bromoprida, dexametasona e soro fisiológico, sendo liberado para casa. Cinco dias depois, procura outro serviço médico com inapetência, disartria, desorientação e dificuldade para deambular há 4 dias. Realiza tomografia de crânio que mostra hipodensidade em região frontal bilateral e topografia de núcleos de base. É internado e iniciado tratamento com ceftriaxone 2g de 12/12 horas, aciclovir 750mg de 8/8 horas e sulfametoxazol/trimetoprim 400/80 mg – 03 ampolas de 6/6 horas. Após dois dias, evoluiu com piora do quadro neurológico, rebaixamento do nível de consciência e necessidade de intubação orotraqueal. Sete dias depois, evoluiu com morte encefálica, e o óbito é constatado 12 horas após abertura de protocolo de morte encefálica.

Qual a causa mais provável da morte desse paciente?

- A) Hipertensão intracraniana determinada pela infecção cerebral por *Toxoplasma gondii*
- B) Herniação de tonsilas cerebelares secundária à meningite bacteriana aguda
- C) Hemorragia intraparenquimatosa cerebral decorrente de infecção por herpes simples
- D) Hipertensão intracraniana secundária a linfoma de Hodgkin do sistema nervoso central.
- E) Hipertensão intracraniana secundária à meningite tuberculosa.

03. Com relação à infecção pelo vírus linfotrópico de células T de humanos (HTLV), é CORRETO afirmar que

- A) por apresentarem mecanismo de transmissão semelhante (via sexual), estima-se que exista número semelhante de pacientes infectados pelo HTLV e o HIV.
- B) embora não possua tratamento específico para o HTLV, o prognóstico da infecção pelo HTLV, em termos de sobrevida e qualidade de vida, nos indivíduos com manifestação clínica, é muito bom.
- C) para o diagnóstico de infecção pelo HTLV-1, é necessária a determinação de anticorpos contra o vírus pelo método ELISA e a confirmação pelo método de reação em cadeia de polimerase devido à semelhança genética entre os vírus HTLV 1 e 2.
- D) outras alterações laboratoriais que podem ser encontradas na infecção pelo HTLV-1 são: a presença de linfócitos de morfologia alterada (núcleo lobulado) no esfregaço de sangue periférico, conhecidos como células em flor (flower cells), hipergamaglobulinemia, aumento do percentual de linfócitos CD4+, VDRL falso-positivo.
- E) o tratamento atual preconizado pelo Ministério da Saúde para portadores de mielopatia associada ao HTLV é o uso de lamivudina com zidovudina por tempo indeterminado, associada ao uso de vitamina C 1g ao dia e metilprednisolona 1,5g ao dia por 3 dias, seguida por 1mg/kg/dia de prednisona por 1 a 2 meses.

04. Qual das alternativas abaixo estabelece o diagnóstico de hepatite viral aguda sintomática?

- A) Paciente com dor abdominal, vômitos, febre, calafrios há 2 semanas e exames mostrando hemograma com 23.700 leucócitos (92% de neutrófilos), AST de 178 UI/L, ALT 102UI/L, bilirrubina 2,8 mg/dl, Anti-HAV IgG reagente, Anti-HBs reagente, Anti-HCV não reagente.
- B) Quadro de febre elevada, astenia mialgia, anorexia, artralgia, diarreia e vômitos com 4 dias de duração, associado a hemograma mostrando 2.100 leucócitos com presença de atipia linfocitária, plaquetas de 80.000, AST de 204 UI/L, ALT de 189 UI/L, Anti-HAV total reagente, Anti-HBs reagente, Anti-HBc não reagente, Anti-HCV Reagente.
- C) Paciente com quadro de mal-estar, náuseas, vômitos, febre, diarreia há 5 dias, com transaminases cujos valores são maiores que 1000 UI/L, bilirrubina de 2,5mg/dl, Anti-HAV IgM reagente, Anti-HBs reagente, Anti-HBc não reagente. Hemograma mostrando 2.400 leucócitos (40% de neutrófilos).
- D) Paciente com quadro de astenia, apresentando exames que mostram AST 177 UI/L, ALT 110 UI/L, Bilirrubina total 1,2 mg/dl, Hemograma com 9.100 leucócitos, plaquetas de 90.000, Anti-HAV total reagente, Anti-HBs não reagente, Anti-HCV reagente.
- E) Quadro de astenia, anorexia, perda de peso há mais de 5 meses, com dor abdominal, náuseas e vômitos nos últimos 2 dias, apresentando leucograma normal, mas plaquetas de 86.000, AST 166 UI/L, ALT 189UI/L, Alfafetoproteína de 1200 ng/ml. Anti-HAV total reagente, Anti-HCV reagente, HBsAg reagente.

05. Uma paciente hipertensa e diabética dá entrada na UPA, com quadro de cefaleia de forte intensidade, associada a vômitos, febre e rigidez de nuca há 7 dias. Relata que não faz uso adequado de medicações em casa e que há 2 semanas vinha com quadro de tosse produtiva após resfriado. Ao exame físico, tinha bom estado geral, eupneica, hidratada, porém com fácies de dor. Ausculta pulmonar com discretos roncoss, ACV: RCR, 2T, B2 hiperfonética, sem sopros; PA: 180 x 100 mmHg, HGT de 228 mg/dl, hemograma com 9.800 leucócitos (69% neutrófilos), PCR < 6mg/L. Diante desse quadro, foi solicitado um estudo do líquido que se mostrou turvo, eritro-xantocrômico, com 528 células (80% de polimorfonucleares), 10.240 hemácias, glicose de 45 mg/dl, Proteína de 96 mg/dl, reações de Pandy e Nonne3+/4+.

O diagnóstico mais provável para essa paciente seria

- A) meningite viral com acidente de punção líquórica.
- B) pneumonia bacteriana aguda em paciente diabética.
- C) pneumonia bacteriana comunitária complicada com meningite aguda em paciente diabética.
- D) quadro gripal que evoluiu com pneumonia bacteriana aguda e abscesso cerebral em paciente com diabetes.
- E) provável hemorragia subaracnoidea em paciente hipertensa não controlada após esforço de tosse.

06. Segundo o último Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, do Ministério da Saúde (2019), está recomendado o tratamento da tuberculose latente nas situações abaixo citadas, EXCETO:

- A) Todos os pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV, independente da contagem de CD4, que apresentem prova tuberculínica > 5mm, desde que se afaste a tuberculose ativa.
- B) Paciente com prova tuberculínica maior que 5mm e assintomáticos respiratórios que irão se submeter à terapia imunossupressora.
- C) Todos os indivíduos com cicatriz radiológica de tuberculose, independente de sua sintomatologia, do resultado da prova tuberculínica e de tratamento prévio para tuberculose latente.
- D) Gestantes contactantes de um caso de tuberculose ativa, com prova tuberculínica > 5mm e radiografia de tórax normal, após o parto ou após o terceiro mês de gravidez, se portadora de HIV.
- E) Menores de 10 anos contactantes de um caso de tuberculose ativa, assintomáticos respiratórios e que tenham incremento de 10 mm no resultado da prova tuberculínica, após 8 semanas do primeiro exame.

07. Com relação ao abscesso hepático, analise as afirmativas abaixo:

- I.** O abscesso hepático por *Klebsiella pneumoniae* tem demonstrado muita associação com câncer colorretal, principalmente no continente asiático.
- II.** Abscesso hepático por estafilococos e estreptococos devem levar à suspeita de disseminação hematogênica desses agentes e investigação de uma fonte adicional de infecção como endocardite.
- III.** O diagnóstico de abscesso hepático é baseado em critérios clínicos e radiológicos. Uma vez estabelecido o diagnóstico, a punção do abscesso deve ser realizada para fins de diagnóstico microbiológico e/ou terapêutico.
- IV.** Esquemas de tratamento com piperacilina/tazobactam, ampicilina/sulbactam ou meropenem só devem ter o metronidazol associado, se houver suspeita de infecção por Entamoeba (abscesso amebiano).

Estão CORRETO o que se afirma em

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

08. A doença de Chagas é uma antroponose de curso clínico bifásico (fase aguda e fase crônica), que pode se manifestar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva.

Sobre essa antroponose, pode-se afirmar, EXCETO:

- A) Várias espécies de mamíferos presentes em todos os biomas do Brasil podem ser consideradas reservatórios, como quatis, gambás, tatus e, até mesmo, algumas espécies de morcegos.
- B) As formas habituais de transmissão do *T. cruzi* para o homem são: vetorial, vertical, transmissão por via oral, transfusional, por transplantes de órgãos.
- C) Os métodos sorológicos para detecção de anticorpos IgM, como a reação de Machado-Guerreiro, são os mais indicados para diagnóstico da fase aguda.
- D) Não se recomenda, como rotina, a realização de sorologia para o monitoramento de cura em pessoas na fase crônica da doença de Chagas.
- E) O tratamento com o Benznidazol tem como objetivos curar a infecção, prevenir lesões orgânicas ou sua evolução e diminuir a possibilidade de transmissão de *T. cruzi*.

09. Um paciente masculino, 18 anos, chega à emergência com história de febre alta, calafrios, mialgia, cefaleia e vômitos há 4 dias. Há 24 horas, foi notada a presença de sufusões hemorrágicas em membros superiores e inferiores, plantas dos pés, dedos, tronco e face. No exame cardiovascular, observou-se uma frequência cardíaca de 132 bpm, ritmo cardíaco regular, sopro sistodiastólico em bordo esternal esquerdo, PA: 120 x 70 mmHg. Ausculta pulmonar com murmúrio diminuído em base de hemitórax direito, porém com frequência respiratória de 32 ipm e saturação de 94% em ar ambiente. Diante da suspeita de doença meningocócica com meningite, foi coletado o líquido para análise que se mostrou límpido, com 52 células (70% de PMN), 250 hemácias/campo, glicose de 48mg/dl, proteína de 56mg/dl e reações de Pandy e Nonne positivas +/4+. O hemograma mostrava 23.200 leucócitos (89% de neutrófilos), hemoglobina de 13,7 g/dl, plaquetas de 108.000, AST de 128 UI/L, ALT 98 UI/L, Bilirrubina de 1,9 mg/dl, Ureia de 112 mg/dl, creatinina de 1,9 mg/dl. A gasometria arterial mostrou pH: 7,31, PCO₂: 27 mmHg; PO₂: 89 mmHg, HCO₃: 14 mEq/L, lactato de 3,1 e saturação de oxigênio de 95%.

Entre as alternativas abaixo, qual apresenta melhor condução diagnóstica e terapêutica para o caso relatado?

- A) Realizar coleta de hemoculturas; solicitar PCR para Neisseria no sangue e no LCR; fazer expansão volêmica com soro fisiológico e iniciar ceftriaxone 2g de 12/12 horas.
- B) Realizar radiografia de tórax; coletar hemoculturas; restringir hidratação e iniciar furosemida e ceftriaxone 2g ao dia e azitromicina 500mg/dia.
- C) Realizar radiografia de tórax; coletar hemoculturas; solicitar ecocardiograma com doppler; restringir hidratação e iniciar penicilina cristalina 30 milhões de unidades ao dia, oxacilina 6g/dia e gentamicina 80mg de 8/8 horas.
- D) Coletar hemoculturas; realizar radiografia de tórax e ecocardiograma; realizar expansão volêmica e iniciar vancomicina 2g ao dia, com gentamicina 80mg de 8/8 horas.
- E) Coletar hemoculturas; realizar radiografia de tórax e ecocardiograma; realizar expansão volêmica e iniciar ceftriaxone 2g ao dia, oxacilina 12g ao dia e gentamicina 80mg de 8/8 horas.

10. No Brasil, a magnitude da malária está relacionada à elevada incidência da doença na região amazônica e à sua potencial gravidade clínica. Determina consideráveis perdas sociais e econômicas na população sob risco, principalmente naquela que vive em condições precárias de habitação e saneamento.

Com relação à Malária no Brasil, está INCORRETO afirmar que

- A) cinco espécies de protozoários do gênero *Plasmodium* podem causar a malária humana: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* e *P. knowlesi*. No Brasil, as três primeiras espécies estão associadas à malária em seres humanos.
- B) o diagnóstico precoce e o tratamento correto e oportuno são os meios mais adequados para se reduzir a gravidade e a letalidade por malária.
- C) em regiões endêmicas para a malária, o quadro clínico é suficiente para indicar o início de tratamento para a malária.
- D) o diagnóstico diferencial é feito com febre tifoide, febre amarela, leptospirose, hepatite infecciosa, leishmaniose visceral, doença de Chagas aguda.
- E) o objetivo do tratamento é interromper o ciclo das formas sanguíneas, destruir as formas latentes do parasito no ciclo tecidual (*P. ovale* e *P. vivax*) e interromper a transmissão do parasito.

11. Em qual das alternativas abaixo listadas está estabelecida a indicação do uso de Rifamicina para meningite bacteriana aguda, conforme recomendação do Ministério da Saúde do Brasil?

- A) Paciente com diagnóstico de meningite meningocócica após o tratamento com penicilina cristalina.
- B) Contactantes de pacientes com quadro clínico de meningite, quando o resultado da análise do líquido indicar presença de polimorfonucleares maiores que 80%.
- C) Indivíduos que residam no mesmo domicílio ou que compartilhem o mesmo dormitório de um paciente que tenha cefaleia, febre e rigidez de nuca e uma análise de líquido mostrando 580 células (80%PMN), glicose de 45mg/dl, proteína de 98mg/dl e GRAM, sem evidenciar bactérias.
- D) Profissionais de saúde que tenham realizado intubação orotraqueal de um paciente com quadro clínico de meningite bacteriana confirmado por LCR, mesmo que tenha utilizado equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica).
- E) Todos os contactantes adultos de casos de meningite por *Haemophilus*, independente do estado vacinal.

12. Com relação ao quadro clínico e laboratorial das arboviroses, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A febre costuma ser de menor intensidade e duração na ZIKA em relação à Chikungunya e Dengue.
- B) O exantema é mais frequente e precoce na ZIKA em relação a Chikungunya e Dengue.
- C) Hipertrofia ganglionar, artralgia de moderada a intensa e edema articular são manifestações frequentes na Dengue.
- D) Encefalite, Mielite, ADEM (Encefalomielite Desmielinizante Aguda), Neurite Óptica e Síndrome de Guillain-Barré podem fazer parte do espectro clínico das complicações neurológicas das arboviroses.
- E) Sarampo deve fazer diagnóstico diferencial nos casos que se apresentem com conjuntivite, hipertrofia ganglionar e febre com exantema.

13. Um paciente, procedente de Paulista, com diagnóstico de infecção pelo HIV há 4 anos, sem tratamento prévio, dá entrada em um serviço de emergência, com história de perda de peso há 4 semanas, febre, astenia, anorexia, tosse e diarreia há pouco mais de 8 dias. Ao exame físico, encontra-se pálido, emagrecido, taquicárdico e taquipneico, temperatura axilar de 38,1°C. Ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular, PA:100 x 70 mmHg, FC 104 bpm. Ausculta pulmonar com sibilos e crepitanes em bases, FR:28 ipm. Abdome plano, com hepatoesplenomegalia, indolor, RHA presentes. Hemograma mostrava 5.900 leucócitos (92% de neutrófilos), hemoglobina de 8,4g/dl, plaquetas de 96.000, Ureia de 98mg/dl, creatinina de 1,8 mg/dl, AST de 92 UI/L e ALT de 89 UI/L. A radiografia de tórax mostrava aumento da região hilar e discreta acentuação da trama em base pulmonar direita. O paciente foi internado e iniciado ceftriaxone e azitromicina, além de hidratação venosa e uso de sintomáticos. Evoluiu com melhora do estado geral, da taquicardia e da taquipneia, porém com persistência da febre ao longo dos 7 dias de uso dos antibióticos. O novo hemograma mostrou 2.900 leucócitos (30% neutrófilos, 60% linfócitos, 1% eosinófilo e 9% monócitos), hemoglobina de 8,8 g/dl, plaquetas de 92.000. Ureia: 50 mg/dl, creatinina: 0,9 mg/dl, AST: 86 UI/L e ALT: 82 UI/L.

Diante desse caso, qual a melhor conduta a ser tomada em relação a um possível diagnóstico e tratamento?

- A) Realizar a contagem da carga viral para o HIV e de linfócitos CD4 para o início de antirretrovirais.
- B) Coletar hemocultura, realizar nova radiografia de tórax e iniciar piperacilina/tazobactam (Tazocin®) de 6/6h.
- C) Solicitar ultrassonografia de abdome, coletar hemoculturas, pesquisar a presença de ovos de Schistosoma nas fezes e iniciar praziquantel 60mg/dia dose única associado à terapia antirretroviral.
- D) Solicitar hemocultura, nova radiografia de tórax, teste rápido rK39 e mielograma para pesquisa de formas amastigotas de Leishmania e iniciar anfotericina B, se o teste rápido ou o mielograma confirmarem o diagnóstico.
- E) Solicitar pesquisa de *Histoplasma* em sangue periférico, realizar mielograma para pesquisa de parasitas e mielocultura para *Histoplasma*, iniciando imediatamente o antimoniato de N-metil glucamina e o itraconazol 400mg/dia.

14. Com relação ao Tétano, analise as afirmativas abaixo:

- I.** A infecção ocorre pela introdução de esporos em solução de continuidade da pele e de mucosas.
- II.** A presença de tecidos desvitalizados, corpos estranhos, isquemia e infecção contribuem para diminuir o potencial de oxirredução e, assim, estabelecer as condições favoráveis ao desenvolvimento do bacilo e à produção de toxinas. Por esse motivo, é importante a exploração de feridas e seu desbridamento.
- III.** A infecção pelo *Clostridium tetani* confere imunidade duradoura, descartando a ocorrência de um novo diagnóstico de tétano num indivíduo com antecedentes dessa doença.
- IV.** O período de transmissão do tétano varia de 2 a 16 dias, sendo, em média, de 7 dias.

V. Portadores de HIV susceptíveis, com contagem de linfócitos CD4 menores que 200 células/mm³, podem receber a vacina contra o tétano.

Estão CORRETAS apenas

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

15. Sobre a Esquistossomose, é CORRETO afirmar que a(o)

- A) febre de Katayama é geralmente observada em indivíduos que não vivem em áreas endêmicas.
- B) dermatite cercariana é decorrente da penetração das larvas de *Schistosoma* na pele, acometendo os indivíduos no primeiro contato com essas larvas, e se localiza, preferencialmente, nas costas e nos membros superiores.
- C) acometimento renal na esquistossomose é mais frequente pelo *S. mansoni* e decorre da deposição de ovos e reação inflamatória nos túbulos renais.
- D) coinfeção com o vírus da hepatite B ou C não parece alterar a evolução do quadro clínico e o prognóstico da doença hepática nos pacientes com esquistossomose hepatoesplênica.
- E) tratamento com Praziquantel é mais eficaz quanto mais precoce for o uso da medicação após a exposição ao parasita.

16. A sífilis é um importante agravo em saúde pública e tem apresentado número crescente de casos no Brasil. Sobre esse assunto, analise as afirmativas abaixo:

- I. A disseminação do *Treponema* para órgãos, como o sistema nervoso central e o olho, nas fases iniciais da sífilis, é um fenômeno raro, justificando o tratamento com penicilina benzatina nessa fase.
- II. Se não tratada, a sífilis evoluiu ao longo dos anos, levando invariavelmente, para o óbito, por doença cardiovascular ou cerebral.
- III. O teste treponêmico sempre deve ser realizado quando o resultado de um teste não treponêmico for reagente, visando à confirmação diagnóstica e à exclusão de resultado falso-positivo.
- IV. Os testes treponêmicos são os primeiros a se tornarem reagentes na infecção pela sífilis, podendo ser utilizados como o primeiro teste (triagem) ou como teste confirmatório do diagnóstico.
- V. Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente assim como para as respectivas parcerias sexuais.

Estão CORRETAS apenas

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

17. Em relação à Coqueluche, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Indivíduos que desenvolvem a doença adquirem imunidade permanente, não necessitando da complementação da vacinação após o tratamento.
- B) O Homem é o único reservatório natural da *Bordetella*.
- C) O quadro clínico apresenta três fases sucessivas: fase catarral, fase paroxística e fase de convalescência.
- D) Seu diagnóstico é realizado mediante o isolamento da *B. pertussis* pela cultura de material colhido de nasofaringe ou pela técnica de reação em cadeia da polimerase.
- E) Administrada precocemente, de preferência no período catarral, a azitromicina pode reduzir a intensidade, a duração da doença e o período de transmissibilidade.

18. Uma mulher de 28 anos procura o ginecologista com queixa de corrimento genital, prurido e dor durante a relação sexual há 5 dias. Na anamnese, o ginecologista obtém a informação que o seu ciclo menstrual é normal, tendo a última menstruação acontecido há 18 dias, sem jamais ter apresentado ou tratado infecção ginecológica antes. Relatou ainda que seu parceiro sexual passou a se queixar de prurido e vermelhidão em região balanoprepucial há 2 dias. Relatou também que estava em tratamento dentário e em uso de amoxicilina com clavulonato. Ao exame ginecológico, não foi observada nenhuma úlcera genital ou linfonodomegalia inguinal. A parede da vagina estava hiperemiada com algumas áreas com grumos esbranquiçados e presença de secreção bolhosa, perolada, fluida próxima ao orifício do colo uterino e fundo de saco, embora o colo não apresentasse alterações macroscópicas. Havia odor intenso. Ao toque combinado, não havia dor à mobilização uterina.

Diante desse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Orientar a paciente a interromper a atividade sexual por 1 semana, prescrever nistatina creme vaginal e azitromicina 2g em dose única. Tratar o parceiro com azitromicina e fluconazol.
- B) Orientar a realização de testes para HIV, sífilis e hepatites, proibir a relação sexual por 10 dias e prescrever ceftriaxone 500mg em dose única e azitromicina 1g em dose única.
- C) Orientar sobre a benignidade do quadro, prescrever fluconazol 150mg de 12/12h, por 7 dias e ducha vaginal após a relação sexual. Oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatites.
- D) Orientar relações sexuais apenas com preservativo até a realização de exames no parceiro, prescrever fluconazol 150mg ao dia, por 7 dias e ceftriaxone 500mg e azitromicina 2g em doses únicas.
- E) Orientar a paciente sobre os fatores que podem ter ocasionado suas queixas, coletar amostra para análise e diagnóstico de possível infecção por *Chlamydia* ou *Trichomonas*, além da presença de *Gardnerella*. Tratar com miconazol creme vaginal e metronidazol 500mg de 12/12h por 7 dias.

19. O uso indiscriminado de antibióticos tem levado ao surgimento de bactérias multirresistentes e dificuldades em relação às terapêuticas do tratamento das infecções comunitárias e hospitalares.

Com relação à antibioticoterapia, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Diante de um paciente com febre, mesmo que não apresente foco de infecção aparente, deve-se coletar hemocultura e iniciar antibiótico. Se o resultado da cultura for negativo, suspende-se o antibiótico se mantém a investigação clínica da febre.
- B) Antes de prescrever um antibiótico, deve-se avaliar o foco de infecção, o possível agente etiológico (bactéria) implicado, se existem fatores de risco para a resistência bacteriana no paciente em questão e a melhor via de administração do antibiótico.
- C) Pacientes em tratamento de uma infecção bacteriana que mantêm febre após 72 horas de terapia antimicrobiana devem ter seu esquema ampliado ou trocado para outro de maior espectro antimicrobiano.
- D) Pacientes alérgicos à penicilina não podem utilizar outros beta-lactâmicos devido ao risco elevado de reação cruzada.
- E) A associação de antibióticos (terapia combina) visa reduzir o desenvolvimento de resistência antimicrobiana, o custo do tratamento e a utilização de antibióticos de maior espectro. Sempre que possível, deve ser utilizada a terapia combinada.

20. Uma paciente com história de infecção urinária de repetição realiza uma consulta médica, por apresentar sempre o resultado de urocultura positivo nos últimos 6 meses. Refere que teve um quadro de disúria, febre, calafrios e mal-estar há 6 meses, quando foi diagnosticada com pielonefrite. Na ocasião, a urocultura revelou crescimento de *E. coli* 2.000.000 ufc/ml com resistência à ampicilina, cloranfenicol, ciprofloxacina e nitrofurantoína. Foi medicada com ceftriaxone, apresentando boa resposta clínica e sendo liberada. Na consulta de egresso, estava sem queixas clínicas. Foi solicitada uma nova urocultura para confirmação do tratamento adequado. Esse novo exame mostrou a mesma bactéria com perfil de resistência semelhante. Foi prescrito cefuroxima 250mg de 12/12h, por 7 dias. Repetiu a urocultura após o término do antibiótico e novamente cresceu *E. coli*, mas com perfil de resistência maior.

Qual das alternativas abaixo apresenta a melhor conduta para esse caso?

- A) Deve-se investigar os possíveis fatores de risco para infecção urinária de repetição e orientar o uso de antibiótico profilático por 6 meses.
- B) Deve-se informar à paciente que ela é portadora de infecção urinária de repetição e deve proceder a um internamento para uso de antibiótico injetável e investigação com exame de imagem do trato urinário.
- C) A paciente deve ser investigada para infecção pelo HTLV e outros possíveis fatores que possam estar colaborando para a colonização da urina por *E. coli*. Não deve usar novos antibióticos, se estiver assintomática ou não for se submeter a procedimentos invasivos.
- D) Deve-se encaminhar a paciente para um imunologista ou infectologista a fim de investigar a possível imunodeficiência e resistência bacteriana sem causa definida.
- E) Orientar interrupção da atividade sexual por 1 semana, orientar como realizar a higiene genital adequadamente e prescrever macrodantina por 6 meses e uso de cramberry na dose de uma cápsula de 8/8 horas, por 3 meses. Só repetir a urocultura após 3 meses desse tratamento.

21. Paciente, 52 anos, do sexo masculino, procedente da Zona Rural de Limoeiro-PE, relata dificuldade de engolir alimentos sólidos com início há 15 anos. Este ano realizou uma Endoscopia Digestiva Alta que foi considerada normal. O paciente é hígido, sem uso de qualquer medicação. Exame Físico normal.

Na investigação desse paciente, qual exame deve ser solicitado para melhor elucidação do diagnóstico?

- A) pHmetria Esofágica (em uso de Inibidor de bomba de prótons)
- B) Cintilografia do Esvaziamento Gástrico
- C) Tomografia do Abdômen superior
- D) Manometria Esofágica
- E) pHmetria Esofágica (sem fazer uso de Inibidor de bomba de prótons)

22. Paciente, 53 anos, do sexo masculino, com história de Doença Hepática Crônica por Álcool. Há 2 anos, estava sem seguimento. Acompanhante relata que o paciente apresenta Sonolência/Fala lentificada e episódios de esquecimento há cerca de 6 meses. O paciente traz os seguintes exames:

Endoscopia Digestiva Alta – Varizes Esofágicas de Médio Calibre
Ultrassonografia Abdominal Total – Hepatopatia Crônica/Hipertensão Portal

Você decide encaminhar o paciente para um Hospital de Referência onde possa ser acompanhado com Hepatologista, todavia enquanto o paciente aguarda essa consulta com Especialista, você opta por iniciar uma Terapia medicamentosa.

Qual das condutas abaixo mencionadas é a mais adequada?

- A) Lactulose + Espironolactona
- B) Propanolol + Espironolactona
- C) Propanolol + Ligadura Elástica das Varizes de Esôfago
- D) Lactulose + Furosemida
- E) Lactulose + Propanolol

23. Um paciente de 32 anos dá entrada na Emergência, encaminhado de um Hospital de menor porte do interior, com história de dor em andar superior do abdômen, com início há 6 horas. Seus exames na admissão mostravam aumento de Lipase e Amilase, ambas cerca de 5 vezes o valor de referência. Realizou uma ultrassonografia de abdômen com o seguinte resultado:

1. USG = Colelitíase
2. USG = Coledocolitíase
3. USG = Normal

A Tomografia do Abdômen mostrava pâncreas edemaciado. Não apresentava alterações no exame físico.

De acordo com o resultado do ultrassom de abdômen, qual a melhor conduta em cada situação abaixo?

- A) 1- Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) após 24 horas / 2- Colectomia após alta hospitalar / 3- Ressonância Magnética Abdômen Total
- B) 1- Colectomia após alta hospitalar / 2- Ecoendoscopia / 3- Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) nas primeiras 24 horas
- C) 1- Colectomia no mesmo internamento / 2- Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) nas primeiras 24 horas / 3- Ecoendoscopia
- D) 1- Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) após 24 horas / 2- Colectomia no mesmo internamento / 3- Ecoendoscopia
- E) 1- Colectomia no mesmo internamento / 2- Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) nas primeiras 24 horas / 3- Ressonância Magnética Total do Abdômen

24. Paciente, com 43 anos, do sexo feminino, chega para consulta com história de dor abdominal + diarreia com início há 5 anos. A diarreia não tem sangue nem muco e não acorda à noite. Relata que costuma piorar em momentos de stress emocional e com alguns alimentos (fritura, carne vermelha), embora consiga ficar alguns períodos assintomático. Trazia uma colonoscopia realizada há 2 anos que era normal. Na consulta, foi aventada a possibilidade de _____ e optado por iniciar uma medicação _____ para o paciente fazer durante 2 meses. Foi solicitado na ocasião Curva da Tolerância à Lactose e Sorologia para Glúten.

Paciente retorna 2 meses depois totalmente assintomático e com a Curva da Lactose e do Glúten apresentando resultado dentro da normalidade.

Qual a principal hipótese diagnóstica e a provável medicação prescrita que preenchem, CORRETA e respectivamente, as lacunas acima?

- A) Síndrome do Intestino Irritável – Mesalazina
- B) Retocolite Ulcerativa – Mebeverina
- C) Síndrome do Intestino Irritável – Mebeverina
- D) Intolerância à Lactose – Lactase
- E) Diverticulose Colônica – Mesalazina

25. Paciente, 27 anos, com queixa de Dor e Queimação em Região Epigástrica, há cerca de 2 meses, pergunta durante a consulta se precisa fazer uma Endoscopia. O médico responde que, nessa idade, para se solicitar a Endoscopia precisa seguir a recomendação dos Guidelines, e o paciente deve apresentar algum sinal de alarme.

Qual dos sinais/sintomas abaixo pode ser considerado Sinal de Alarme?

- A) Dor em Região Epigástrica que irradia para a região dorsal
- B) Hematêmese
- C) Piora dos sintomas com jejum
- D) Tosse seca
- E) Piora dos sintomas quando se alimenta

26. Paciente de 25 anos com História de Dor + Queimação em Região Epigástrica + Regurgitação há cerca de 5 anos afirma que o sintoma é quase diário e fica assintomático quando em uso de Omeprazol. Traz na consulta uma Endoscopia feita há 2 meses cujo resultado foi Normal. (Na ocasião, houve suspensão do Omeprazol 10 dias antes do exame).

Sobre esse caso, é CORRETO afirmar que o diagnóstico de Doença do Refluxo

- A) é o mais provável, e o paciente deve repetir a Endoscopia a cada 2 anos.
- B) erosiva é o mais provável nesse caso.
- C) está descartado, porque esse diagnóstico só pode ser confirmado com a realização da Manometria.
- D) é o mais provável, e o referido paciente tem predomínio de sintomas atípicos.
- E) é o mais provável, e, na maioria das vezes, a Endoscopia é normal.

27. Qual dos sintomas abaixo NÃO pode ser considerado manifestação atípica da Doença do Refluxo Gastroesofágico?

- A) Tosse crônica
- B) Pigarro
- C) Febre vespertina
- D) Rouquidão
- E) Desgaste no esmalte dentário

28. Paciente de 52 anos, procedente de Ipojuca com história de Sangramento vivo nas fezes em grande quantidade em episódio único, foi encaminhada para a UPA e de lá para o Hospital da Restauração. Ao chegar lá, o sangramento já havia cessado, tendo, nos exames da admissão, apresentado Hemoglobina= 6,4. Foi avaliada pelo Proctologista que não encontrou alteração no exame proctológico. Foi submetida à Endoscopia Digestiva Alta que mostrava Pangastrite Enantematosa. Ficou internada na Emergência e, 2 dias depois, fez a Colonoscopia que mostrava inúmeros divertículos em Cólon Esquerdo e Sigmoide + leve Enantema em Reto (Provavelmente devido ao preparo da Colonoscopia) sem sinais de sangramento. Relata que o pai teve câncer de Cólon com a idade de 71 anos. Paciente recebeu alta após 4 dias de internamento e com Hemoglobina Normalizada após transfusão. Paciente vem para a consulta com você.

Qual a sua principal Hipótese Diagnóstica?

- A) Sangramento devido à Neoplasia de Cólon
- B) Sangramento devido a Divertículos Colônicos
- C) Sangramento devido a Enantema no Reto
- D) Sangramento devido à Úlcera Duodenal
- E) Sangramento devido à Pangastrite Enantematosa

29. Paciente de 53 encaminhado de Palmares, com história de Hemorragia Digestiva Alta, há cerca de 1 mês. Há relato de outros 3 episódios de Hemorragia Digestiva Alta previamente. Endoscopia mostrava varizes de esôfago de grosso calibre + Gastropatia da Hipertensão Porta. Ultrassom de Abdômen mostrava Fibrose Periportal + Esplenomegalia.

Qual sua hipótese principal e o que você faria para chegar ao seu diagnóstico?

- A) O Diagnóstico Presumível é de Esquistossomose Hepato-Esplênica, devendo se fazer a pesquisa dos ovos de *Schistosoma* nas fezes; se o resultado for negativo, descarta-se a possibilidade de Esquistossomose.
- B) O Diagnóstico Presumível é de Esquistossomose Hepato-Esplênica; descartar História de Alcoolismo e solicitar Sorologia para Hepatite B e C.
- C) É importante descartar história de alcoolismo; solicitar Sorologia Para Hepatite B e C, e o diagnóstico Esquistossomose Hepato-Esplênica será confirmado pela Sorologia para *Schistosoma*.
- D) Descartar História de Alcoolismo e solicitar Sorologia Para Hepatite B e C; descartar possibilidade de Doença de Wilson que é uma causa comum de Doença Hepática nessa região.
- E) O Diagnóstico Presumível provavelmente não é Esquistossomose Hepato-Esplênica, pois dificilmente os pacientes conseguem sobreviver após o segundo episódio de Hemorragia Digestiva Alta.

30. Paciente de 28 anos, estudante de Biologia, chega à emergência, com história de vômitos, tendo iniciado há cerca de 24 horas. Relata que, no dia anterior, passou o dia na praia de Itapuama, fazendo coleta de óleo como voluntário no desastre ambiental em nossa Costa. Paciente é saudável, não faz uso de medicação regularmente. Você fica na dúvida se o sintoma foi causado por alguma infecção intestinal ou decorrente de algum efeito colateral devido ao contato com o óleo. Você decide fazer sintomáticos na emergência, para depois liberar o paciente. Todavia, cerca de 10 minutos após receber o soro venoso com os sintomáticos, o paciente passa a apresentar agitação, sensação de morte, tremor muscular. Relata vontade de sair correndo do hospital.

Qual das medicações abaixo é a mais associada a esse efeito colateral?

- A) Inibidor de Bomba de Prótons (Omeprazol)
- B) Dipirona
- C) Metoclopramida (Plasil)
- D) Paracetamol (Tylenol).
- E) Ranitidina (Antak)

31. A Parasitose é um importante problema de saúde na nossa região. Qual das alternativas NÃO associa corretamente a medicação a parasita?

- A) Praziquantel – *Schistosoma mansoni*
- B) Metronidazol – *Giardia lamblia*
- C) Albendazol – *Ascaris lumbricoides*
- D) Oxamiquine – *Schistosoma mansoni*
- E) Secnidazol – *Ascaris Duodenale*

32. Paciente, 65 anos de idade, com história de diarreia há cerca de 5 anos, fezes líquidas, sem sangue ou muco. Em algumas ocasiões, apresenta fezes oleosas que boiam no vaso. Relata que, se ficar em jejum, os sintomas aliviam e que, ao se alimentar, apresenta dor e distensão abdominal. Há 2 anos, teve o diagnóstico de Diabetes Mellitus e já iniciou o tratamento com insulina. Paciente tem história de etilismo diário durante 40 anos.

Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A) Pancreatite Crônica
- B) Deficiência de Vitamina B12
- C) Doença de Crohn
- D) Deficiência de Vitamina B1
- E) Parasitose

33. Paciente, 51 anos, do sexo feminino, chega à consulta com história de Ascite há 1 ano. Previamente hígida, já trazia uma Ultrassonografia abdominal normal, exames de Hemograma e Bioquímica dentro da normalidade, Ecocardiograma normal. Paciente relatava perda de 5 kg nesse período. Você opta por fazer uma análise do líquido ascítico:

Aspecto: Amarelo-Citrino
Celularidade: Normal
Cultura: Negativa
Albumina (Líquido Ascítico) - 3,5g/dl
Albumina (Soro) - 4,0g/dl

Qual dos diagnósticos abaixo é mais compatível com a avaliação do líquido ascítico dessa paciente?

- A) Cirrose Hepática
- B) Carcinomatose Peritoneal
- C) Ascite Cardíaca
- D) Trombose de Veia Porta
- E) Mixedema

34. A Constipação Crônica é uma queixa frequente nos ambulatórios; em geral acomete o sexo feminino e, na maioria das vezes, o diagnóstico é dado como Constipação Crônica Funcional, por não haver uma causa para o sintoma. Todavia, em alguns casos, a constipação é secundária a algum outro fator identificável.

Qual alternativa abaixo NÃO é causa de Constipação Crônica Secundária?

- A) Uso de Morfina
- B) Doença de Chagas
- C) Hipertireoidismo
- D) Mal de Parkinson
- E) Amitriptilina

35. Paciente com Diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágico faz uso de Pantoprazol (Inibidor de Bomba de Próton- IBP) 20mg /dia há cerca de 5 anos e relata que não consegue ficar nem um dia sem a medicação. Ainda relata que veio para a consulta, pois assistiu na TV a uma reportagem sobre o risco de Câncer de Estômago em usuários de IBP, há longo prazo.

Sobre os Inibidores de Bomba de Prótons, é CORRETO afirmar que

- A) são drogas lançadas no mercado há menos de 10 anos, portanto ainda não sabemos os principais efeitos colaterais.
- B) devem ser tomados de preferência, de 12/12 horas nos casos em que é necessário o aumento da dose.
- C) o Pantoprazol é preferível ao Omeprazol em pacientes que fazem uso regular de várias medicações.
- D) o paciente deve ingerir o IBP após as refeições, pois assim é possível se obterem maiores níveis plasmáticos da droga.
- E) o modo mais adequado de se prescrever o IBP é em jejum, cerca de 2 horas antes do café da manhã.

36. Paciente de 46 anos com história de dor em Hipocôndrio Direito há cerca de 2 meses é sobrepeso e não faz uso de medicação regularmente. Na consulta, apresenta uma ultrassonografia que mostra Esteatose Hepática Leve.

Sobre esse quadro clínico, é CORRETO afirmar que

- A) exercício físico e dieta são fundamentais para o tratamento da Esteatose Hepática.
- B) estão relacionados com Esteatose Hepática: Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Hipertireoidismo, Obesidade, Hepatite B e C.
- C) a dor é provavelmente devido à Esteatose Hepática.
- D) a dor só pode ser relacionada à Esteatose Hepática nos casos de Esteatose moderada.
- E) a Metionina é a principal medicação a ser usada no tratamento da Esteatose Hepática.

37. Paciente de 27 anos, do sexo masculino, com história de Dor Abdominal + Diarreia sem sangue ou muco há 7 anos. Relata que já foi avaliado por vários clínicos. Os exames de Hemograma e Bioquímica geralmente mostravam Anemia Normocítica e Normocrômica. Relata, ainda, que já tratou parasitose pelo menos 3 vezes, sem melhora clínica. Ao exame físico, estava apenas levemente descorado e com dor à palpação superficial, com predomínio em FIE. Relata discreta perda de peso nesse período. Paciente não faz uso regular de medicação e considera-se um pouco ansioso. Foi orientado a retirar Glúten e Lactose da dieta, mas não teve melhora do quadro clínico. Informa que tem um primo legítimo por parte de pai que mora em São Paulo-SP com diagnóstico de Doença Celíaca. Colonoscopia mostrava estenose no íleo que não foi possível ser transposta pelo Colonoscópio com a mucosa normal em todo o trajeto transcorrido pelo aparelho. Tomografia de Abdômen mostrava estenose de 11,0 cm na região Ileal. Qual a sua principal hipótese diagnóstica para esse paciente?

- A) Doença Celíaca
- B) Síndrome do Intestino Irritável
- C) Retocolite Ulcerativa
- D) Doença de Crohn
- E) Câncer de Cólon

38. Paciente de 25 anos chega à Emergência, com história de dor abdominal + diarreia há cerca de 24 horas. Relata que estava na praia e ingeriu alimento suspeito (Cachorro Quente com Maionese) em uma barraca com poucas condições de higiene. Refere que, desde então, evacuou 15 vezes, fezes líquidas sem sangue ou muco. Relata mialgia intensa, mas nega febre.

Qual a conduta mais adequada para esse paciente?

- A) Iniciar Antibiótico (Ciprofloxacino), orientar hidratação e evitar leite e derivados.
- B) Coletar Coprocultura para avaliar o antibiótico adequado e evitar alimentos doces e gordurosos.
- C) Orientar hidratação, evitar alimentos gordurosos, leite e derivados.
- D) Orientar hidratação; deve evitar leite e derivados e alimentos com alto teor de sódio.
- E) Coletar urocultura para avaliar o antibiótico adequado; orientar hidratação, e o paciente deve evitar alimentos gordurosos, leite e derivados.

39. Um amigo seu relata que quer doar sangue voluntariamente, pois sabe do baixo estoque nos bancos de sangue em época de final de ano e mostra o resultado dos seus exames de sangue. Segue a sorologia para Hepatite B do seu amigo:

HBsAg	(Negativo)
Anti-Hbs	(Negativo)
Anti-HBc IgG	(Positivo)
Anti-HBc IgM	(Negativo)

Como deve ser interpretada e qual a conduta?

- A) Paciente é portador inativo de Hepatite B, podendo doar sangue sem problemas.
- B) Paciente foi vacinado para Hepatite B, não podendo doar sangue.
- C) Paciente tem Hepatite B crônica, não podendo doar sangue; ele não precisa de tratamento para o vírus da Hepatite B, exceto se for se submeter a alguma imunossupressão (Ex: Quimioterapia).
- D) Paciente está tendo uma Hepatite B aguda, por isso não pode doar sangue.
- E) Paciente já teve contato com o vírus da Hepatite B e, embora tenha se curado, não pode doar sangue.

40. Qual das situações abaixo NÃO é indicação formal para erradicação do H. Pylori?

- A) Gastrite Erosiva Moderada de Antro
- B) Úlcera Péptica
- C) Linfoma Malt
- D) Úlcera Gástrica
- E) Asma Grave

41. Em relação à dengue, é INCORRETO afirmar que

- A) indivíduos, por ocasião de reinfecção por outro sorotipo diferente do responsável pela primo-infecção e que nela tenham produzido anticorpos, são capazes de inativar os vírus.
 - B) as principais doenças a serem consideradas no diagnóstico diferencial da dengue são: gripe, rubéola, sarampo e outras infecções virais, bacterianas e exantemáticas.
 - C) todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves da doença.
 - D) sinais de alarme na dengue são aumento repentino do hematócrito e queda abrupta das plaquetas.
 - E) a prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo.
-

42. A respeito do tratamento cirúrgico da obesidade, é INCORRETO afirmar que

- A) alguns estudos têm demonstrado um aumento de aproximadamente 30 a 50% na incidência de suicídio no pós-operatório, cuja causa não foi elucidada.
 - B) em geral, a derivação biliopancreática (DBP) é a técnica cirúrgica, que apresenta a maior perda de peso, quando comparada à gastrectomia vertical (GV) e à derivação gástrica em Y-de-Roux (DGYR).
 - C) diante de um paciente com doença refluxo-gastroesofágico grave no pré-operatório, a melhor opção cirúrgica seria a DGYR.
 - D) a deficiência de ferro é um dos problemas nutricionais mais comuns no pós-operatório da cirurgia bariátrica, devido ao rearranjo anatômico do trato gastrointestinal, diminuindo a absorção do ferro alimentar.
 - E) a melhora dos níveis glicêmicos, que, habitualmente, ocorre após a cirurgia em paciente com DM2, demora alguns meses para acontecer, pois depende, exclusivamente, da perda de peso.
-

43. Paciente, 23 anos, sem fatores de risco para doença cardiovascular, apresenta febre e dor torácica há 5 dias, relacionada à respiração com irradiação para a região do trapézio que melhora com a inclinação do tórax para frente. No momento da consulta, estava sem queixas e com frequência cardíaca de 110 bpm. O eletrocardiograma evidencia difuso supra desnivelamento do segmento ST, exceto em VR e VI, com concavidade superior, além de depressão do segmento PR.

A partir do caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o melhor tratamento.

- A) Bisoprolol 5 mg dia uso contínuo
 - B) Ibuprofeno 400 mg de 8/8 horas por 14 dias
 - C) Rivaroxabana 20 mg dia uso contínuo
 - D) Ácido acetil Salicílico (AAS) 100 mg dia por 14 dias
 - E) Ateplase 100 mg em infusão intravenosa em 90 minutos
-

44. Mulher de 38 anos, portadora de asma grave, é admitida na urgência com crise asmática e desconforto respiratório intenso.

Sobre o tratamento da asma grave, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os pacientes atendidos na emergência devem receber corticosteroides sistêmicos precocemente, já na primeira hora de atendimento, pois reduzem a inflamação, aceleram a recuperação e diminuem o risco de crise fatal.
 - B) Doses adequadas e repetidas de beta-2 agonistas por via inalatória a cada 10 a 30 minutos, na primeira hora constituem a medida inicial de tratamento.
 - C) A administração intravenosa de sulfato de magnésio tem sido proposta como forma adjuvante de tratamento para as exacerbações mais graves, sendo a melhor indicação para os pacientes refratários a terapêutica inalatória com beta-2 agonista de curta duração.
 - D) São sinais de gravidade da asma: ausência de sibilos à ausculta respiratória e saturação de oxigênio em ar ambiente menor que 92%.
 - E) Na crise grave de asma, está contraindicada a utilização de brometo de ipratrópio.
-

45. Um homem de 68 anos no pós-operatório ortopédico (décimo dia pós-operatório de uma prótese de joelho direito) apresenta necrose da pele nos locais da injeção de heparina (profilaxia para paciente de alto risco para trombose) e queda na contagem de plaquetas (de 190.000/mm³ para 28.000/mm³).

Com base nessas informações, assinale o diagnóstico mais provável.

- A) Síndrome hemolítico urêmica
- B) Púrpura trombocitopênica imunológica idiopática
- C) Coagulação intravascular disseminada
- D) Trombocitopenia induzida por heparina
- E) Púrpura trombocitopênica trombótica

46. Um homem de 59 anos de idade é avaliado na UPA devido a uma confusão mental com 18 horas de duração. Ele tem histórico de cirrose devido à hepatite C crônica. Ele não mudou sua dieta recentemente nem apresenta sintomas sugestivos de sangramento gastrointestinal. Seu habito intestinal têm sido regular e inalterado. Seu único medicamento é o clonazepam iniciado há duas semanas devido a um quadro de ansiedade. No exame físico, o exame abdominal é normal; não há evidência de ascite. Apresenta ao exame físico asterix bilateralmente. Não há achados neurológicos focais. Os exames laboratoriais estão todos normais.

Além de iniciar a lactulose, qual das alternativas a seguir é a próxima etapa mais apropriada para esse paciente?

- A) Suspender o clonazepam.
- B) Solicitar uma tomografia de crânio com contraste.
- C) Iniciar uma dieta com restrição proteica.
- D) Associar tiamina 300 mg diário.
- E) Associar óleo mineral 15 ml de 12/12 horas por via oral

47. Paciente, 35 anos, sexo masculino, deu entrada no Hospital por febre e artrite de punho, joelho e tornozelo esquerdos de evolução há 4 semanas. Apresentava há 1 semana rash cutâneo maculopapular de cor rosa-salmão, evanescente que se exacerbava com os picos febris. Negava episódios anteriores de artralgia ou história familiar. Ao exame físico apresentava-se consciente e orientado, hipocorado e afebril. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Ausência de alterações ao exame do abdome e/ou de linfonodomegalias palpáveis. Destacava-se a dor articular intensa com edema, hiperemia e calor em punho, joelho e tornozelo esquerdos. Havia limitação importante à movimentação em punho esquerdo e parcial em joelho esquerdo. Laboratorialmente, apresentava função renal normal, sem distúrbios hidroeletrólíticos. Anemia (Hb: 9,4) normocítica e normocrômica, leucocitose (14900 e 75% segmentados) e plaquetas: 357.000. Ferritina aumentada (12.000, VR: 28 a 365). AST: 35 e ALT: 124. Fator antinuclear (FAN), fator reumatoide, Anti-CCP, anticorpos anti-SSA, anti-SSB, anti-Sm, anti-DNA e anti-RNP, ecocardiograma transtorácico, hemoculturas, urocultura e sorologias virais negativos. Sumário de urina normal. Foi iniciado antibioticoterapia adequada por 7 dias, pensando-se em artrite séptica sem nenhuma melhora do quadro clínico, e posteriormente, foram realizados exames que descartaram artrite séptica.

Qual a hipótese diagnóstica mais provável nesse caso?

- A) Lúpus eritematoso sistêmico
- B) Endocardite bacteriana subaguda
- C) Espondilite anquilosante
- D) Doença de Still do adulto
- E) Osteoartrite

48. Paciente de 50 anos realizando atividade física na academia teve uma parada cardiorrespiratória (PCR), sendo atendido pelo SAMU e conduzido ao Hospital.

Em relação ao suporte básico e ao avançado de vida, é INCORRETO afirmar que

- A) após análise do ritmo, se for constatada assistolia, deve-se imediatamente realizar a desfibrilação com choque único na potência máxima do aparelho (360 J).
- B) a capnografia evidenciando elevação dos níveis de PCO₂ durante a realização das manobras de ressuscitação cardiopulmonar sugere eficácia das manobras.
- C) as ventilações devem ser realizadas em uma proporção de 30 compressões para 2 ventilações para adultos.
- D) o ritmo de parada cardíaca mais comum no momento do colapso cardiocirculatório é a fibrilação ventricular (FV) ou a taquiarritmia ventricular (TV) sem pulso.
- E) a profundidade das compressões torácicas em adultos é de 2 polegadas (5 cm).

49. Um homem 42 anos, HIV positivo há três anos, em uso irregular de todas as suas medicações, com última contagem de CD4 = 60, assintomático, evolui com crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas associadas à hemiparesia dos membros superior e inferior esquerdo, com uma tomografia de crânio mostrando lesões nodulares em região parietal direita, com efeito de massa apresentando deslocamento de linha média.

Qual o provável diagnóstico desse paciente?

- A) Meningite bacteriana
 - B) Meningite Criptocócica
 - C) Toxoplasmose cerebral
 - D) Demência associada ao HIV
 - E) Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva
-

50. O residente traz para o seu preceptor de clínica médica um exame com um cálcio no valor de 11,5 mg/dl. Esse exame mais provavelmente pertence ao paciente com a seguinte situação clínica:

- A) Uso crônico de corticosteroides
 - B) Síndrome da lise tumoral
 - C) Pancreatite
 - D) Hiperparatirodismo
 - E) Hipomagnesemia
-

GRUPO 18
- HEPATOLOGIA -