

01. Um paciente de 37 anos, portador de infecção por HIV há 4 anos, em uso regular de antirretrovirais e com a infecção sob controle há mais de 3 anos, chega ao consultório médico com queixas de manchas vermelhas, não pruriginosas, levemente elevadas em tronco e membros, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, há cerca de 1 semana. Negou ter apresentado febre ou corrimento genital. Refere ter feito sexo oral com outro homem que desconhecia seu status sorológico semanas antes do surgimento das lesões. VDRL realizado há 3 meses foi negativo.

Considerando que o estado de Pernambuco vem apresentando elevação no número de casos de Monkeypox e de infecções sexualmente transmissíveis, podemos afirmar que a conduta neste caso seria:

- A) Solicitar VDRL, sorologia para hepatites virais e HTLV, contagem de CD4 e carga viral para HIV, PCR para Monkeypox e isolar o paciente por 21 dias.
- B) Solicitar biópsia de pele com PCR para Monkeypox e exame histopatológico. Isolar o paciente por 21 dias.
- C) Solicitar VDRL e sorologia para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e orientar proteção nas relações sexuais. Descartar a hipótese de Monkeypox. Reavaliar o paciente com exames para definir tratamento.
- D) Prescrever Benzetacyl em dose única de 2.400.00 UI e solicitar sorologia para outras IST e swab nasal com PCR para Monkeypox.
- E) Prescrever anti-histamínico por 5 dias, solicitar contagem de linfócitos CD4 e carga viral, suspender antirretrovirais e encaminhar o paciente à dermatologia.

02. Uma mulher, 61 anos, se apresenta ao serviço de urgência, com queixas de cefaleia, febre, náuseas e diarreia há 3 dias. Refere que seu filho apresentou sintomas semelhantes e foi internado em um serviço de neurologia com suspeita de meningite. Na investigação do caso de seu filho, foi observado eosinofilia importante no sangue periférico e no LCR e relato de exposição a caramujos gigantes (caramujo africano) em torno de sua residência.

O diagnóstico mais provável para este caso seria infecção aguda por

- A) *Strongyloides stercoralis*
- B) *Angiostrongylus cantonensis*
- C) *Schistosoma mansoni*
- D) *Trichinella spiralis*
- E) *Toxocara cati*

03. Sobre a leishmaniose tegumentar, observe as afirmativas abaixo:

- I.** O principal critério de cura para a leishmaniose cutânea é a ausência de parasitos na amostra tecidual da lesão e a presença de menos de 25% de infiltrado linfomonocitário.
- II.** A lesão ulcerada é precedida por uma mácula, que perdura de um a dois dias depois da picada infectante. A mácula evolui formando uma pápula que aumenta progressivamente produzindo, geralmente, uma úlcera. A linfadenomegalia satélite pode ocorrer antes, durante ou após o aparecimento da lesão.
- III.** A lesão cutânea pode se apresentar com úlcera indolor, arredondada ou ovalada, com fundo granuloso, base infiltrada e bordas elevadas. Outras formas de apresentação são lesões vegetantes de aspecto papilomatoso, úmido e de consistência mole, bem como lesões verrucosas com superfície seca, áspera, com presença de pequenas crostas e de descamação.
- IV.** Fazem diagnóstico diferencial com a leishmaniose mucosa: a granulomatose de Wegener, o rinofima, o carcinoma epidermoide, a sífilis terciária e a paracoccidiodomicose.

Está CORRETO o que se afirma em

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

04. Em 20 de maio de 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu alerta sobre o aumento de casos confirmados da doença causada pelo vírus monkeypox (MPX) em países não endêmicos. Em 23 de julho, a OMS declarou o surto, uma emergência de saúde pública de interesse internacional, elevando o status do surto para uma emergência de saúde global.

Sobre esta doença, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A doença geralmente evolui de forma benigna, com duração dos sinais e sintomas entre 2 e 4 semanas.
- B) A manifestação cutânea típica é do tipo pápulo-vesicular, podendo ser precedida ou não de febre, geralmente de início súbito e de linfadenopatia. As lesões de pele evoluem de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e, posteriormente, crostas.
- C) Os locais mais frequentes de aparecimento das lesões são: rosto, olhos, palmas das mãos, solas dos pés, região genital, região anal e mucosas (retal, oral e uretral).
- D) O diagnóstico diferencial inclui sífilis secundária, herpes simples, molusco contagioso e varicela zoster. Devem também ser diferenciadas das dermatoses da gravidez, varicela zoster ou infecções sexualmente transmissíveis (IST), com importância observar se não existe coinfeção com essas últimas.
- E) O tratamento dos casos de monkeypox se baseia em medidas de suporte voltadas ao manejo da dor e do prurido, além dos cuidados de higiene na área afetada. O uso de valaciclovir só é recomendado pelo Ministério da Saúde em casos com mais de 200 lesões de pele ou nos casos graves de encefalite, pneumonite e hepatite.

05. Sobre o diagnóstico e tratamento da Sífilis, analise as afirmativas abaixo:

- I. Os testes não treponêmico chegam a 98% de especificidade, com resultados falso-positivos associados à idade avançada, vacinação recente, doença autoimune e algumas infecções, como endocardite e infecção por *Rickettsia*.
- II. O PCR é atualmente o melhor exame para diagnóstico de neurosífilis e sífilis secundária.
- III. O esquema de tratamento da sífilis depende do estágio da infecção. A sífilis precoce (primária, secundária e latente precoce) pode ser tratada com dose única de 2,4 milhões de unidades, intramuscular, de penicilina benzatina, independente do estado sorológico para HIV.
- IV. A reação de Jarisch-Herxheimer é rara e mais observada nos estágios finais (latência tardia e sífilis terciária) de infecção, geralmente ocorrendo no final do tratamento.

Assinale a alternativa CORRETA.

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

06. A *Candida auris* é um fungo emergente, que representa uma grave ameaça à saúde global, pois pode causar infecções invasivas, que são associadas à alta mortalidade. Pode ser multirresistente e levar à ocorrência de surtos em serviços de saúde.

Em relação a este agente infeccioso, é CORRETO afirmar que

- A) a presença de levedura capsulada em exame microscópico após coloração com tinta nanquim deve servir de alerta para encaminhamento da amostra para laboratório de apoio e notificação do caso à vigilância epidemiológica.
- B) Numa vez suspeitado de infecção por *Candida auris*, deve-se coletar amostras de sangue, urina e swab retal do paciente e enviar essas amostras para laboratório de apoio capacitado para sua correta identificação. Uma vez confirmado em uma das amostras, a instituição de medidas de controle e prevenção devem ser adotadas e a unidade/setor onde o paciente está internado interditada(o) até a alta de todos os pacientes.
- C) o uso de meropenem e vancomicina, associados à equinocandina, deve ser iniciado até o isolamento do fungo, por criar um ambiente inóspito para o crescimento desse fungo em particular.
- D) os fatores de risco para infecções por *C. auris* não são diferentes dos associados a infecções por outras espécies de *Candida*, ou seja, internação em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), em unidades de terapia intensiva (UTI) por longos períodos, uso de cateter venoso central ou outros dispositivos médicos invasivos, além de cirurgia recente, diabetes e uso de antimicrobianos de amplo espectro.
- E) dado o seu alto grau de resistência aos antifúngicos e facilidade de transmissão, os pacientes infectados com esse fungo têm poucas chances de sobreviverem a infecções invasivas bem como seus contactantes.

07. Genitora leva seu único filho de 3 anos à emergência, pelo fato de ele apresentar febre há 4 dias e há 3 dias referir dor de cabeça que se intensificou nas últimas 24h, associada a vômitos. Ao questionar a mãe sobre vacinação, ela disse estar com várias vacinas em atraso, mas não lembra quais. Ao exame físico, apresentava rigidez de nuca 1+/4+, fácies de dor, desidratação e temperatura de 38,1°C. Hemograma mostrava 15.100 leucócitos (80% de segmentados, 12% de Linfócitos, 2% eosinófilos e 6% monócitos). Devido à suspeita de meningite, foi coletado um LCR que se mostrou opalescente, com 1780 células (90% polimorfonucleares), glicose de 33mg/dl, proteína de 236mg/dl e GRAM com raros cocobacilos GRAM negativos.

Qual o agente etiológico mais provável e qual a melhor conduta a ser tomada nesse caso?

- A) Pneumococo. Isolar a paciente em quarto privativo e iniciar ceftriaxone 100mg/kg ao dia e dexametasona 4mg de 6/6h.
- B) *Neisseria meningitidis*. Notificar o caso à vigilância epidemiológica municipal, isolar a paciente, recomendar profilaxia aos familiares e profissionais que a atenderam e iniciar apenas ceftriaxone.
- C) *Haemophilus influenzae*. Internar a criança, notificar o caso à vigilância epidemiológica local, iniciar ceftriaxone e coletar culturas antes da administração do antibiótico.
- D) *Listeria monocytogenes*. Isolar a paciente, notificar o caso à vigilância epidemiológica municipal, iniciar penicilina cristalina 12 milhões de unidades ao dia e realizar profilaxia apenas aos contactantes íntimos da paciente e profissionais com exposição a secreções da paciente.
- E) Enterovírus. Internar a criança para observação e uso de sintomáticos por 24h, notificar o caso à vigilância epidemiológica local e liberar após o período de observação, se apresentar melhora.

08. Paciente feminina, 32 anos, é admitida na emergência, com história de crise convulsiva tônico-clônica há 3 horas. Segundo o familiar, a paciente queixa-se de cefaleia há 3 dias e há 24h notou alteração do comportamento, com desorientação e dificuldade para andar porque estava com uma das pernas fraca. Além disso, referiu que perdeu muito peso após a morte do seu marido há 3 anos. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida, taquidispneica +/4+, hipocorada, gemente e inquieta na maca. Localizava estímulo doloroso e apresentava paresia em perna esquerda. O ritmo cardíaco era regular, pulsos cheios, PA 110 x 60 mmHg. A ausculta pulmonar era diminuída em base pulmonar direita, mas sem ruídos adventícios. A frequência respiratória era de 26 ipm, saturava 94% em ar ambiente. O hemograma mostrou 2.300 leucócitos (81% segmentados, 9% linfócitos, 2% eosinófilos e 8% monócitos), hemoglobina de 9,1g/dl e plaquetas de 130.000. A desidrogenase láctica (DHL) era de 620 U/L, e o HGT, de 134 mg%. A radiografia de tórax mostrava transparência normal. Chamava atenção a pele xerótica em membros inferiores e onicomiose em várias unhas das mãos e pés.

Diante deste caso, qual o provável diagnóstico e a melhor conduta a ser tomada?

- A) Infecção avançada pelo vírus HIV (AIDS) e neurotoxoplasmose. Solicitar teste rápido para HIV, tomografia de crânio e iniciar sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico associada a corticoide.
- B) Crise epiléptica. Solicitar ressonância magnética de encéfalo e eletroencefalograma, prescrever levetiracetam e encaminhar para acompanhamento da neurologia.
- C) Neurocisticercose. Solicitar tomografia de crânio com contraste e prescrever albendazol 400mg/dia por 14 dias. Se apresentar nova crise, iniciar anticonvulsivante.
- D) Meningite tuberculosa e acidente vascular cerebral devido à vasculite. Realizar coleta de líquido e iniciar tuberculostáticos com corticoide e anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.
- E) Acidente vascular encefálico. Solicitar tomografia de crânio, ecocardiograma e ultrassonografia de carótidas e iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.

09. Em relação aos antimicrobianos, estão corretas as afirmativas abaixo, EXCETO:

- A) Devem ser iniciados, sempre que possível, após a coleta de culturas nas infecções sistêmicas graves e invasivas.
- B) Moxifloxacino, uma quinolona de quarta geração, é uma das melhores opções para tratamento de infecção urinária devido a sua ótima biodisponibilidade oral, alta concentração e excreção renal e poucos efeitos colaterais, quando comparada a quinolonas mais antigas.
- C) A escolha do antimicrobiano é influenciada por fatores, como características do paciente (idade, função renal, local da infecção, uso prévio de antibiótico), do agente etiológico (perfil de resistência e suscetibilidade das bactérias aos antibióticos) e da propriedade do antibiótico (farmacocinética e farmacodinâmica).
- D) Para que o antimicrobiano exerça sua atividade, primeiramente deverá atingir concentração ideal no local da infecção, ser capaz de atravessar, de forma passiva ou ativa, a parede celular, apresentar afinidade pelo sítio de ligação no interior da bactéria e permanecer o tempo suficiente para exercer seu efeito inibitório.
- E) São exemplos de antibióticos tempo-dependente a vancomicina e os betalactâmicos.

10. Um paciente de 48 anos, sabidamente HIV positivo, abandonou o tratamento medicamentoso e seguimento médico há 8 anos. Há 3 meses, vem apresentando diarreia intermitente, perda de peso, queda do estado geral e astenia. Fez vários atendimentos em serviços de emergência, sendo medicado e liberado sem retornar ao médico infectologista. Há 10 dias, iniciou quadro de febre sem um padrão específico, piora da astenia e da diarreia, além de referir há 4 dias disfagia importante, sangramento nas fezes e turvação visual. Procurou atendimento médico, quando não conseguia mais deambular devido à fraqueza e dificuldade para se alimentar. Ao exame, apresentava-se caquético, desidratado 3+/4+, taquidispneico 2+/4+, hipocorado 3+/4+, taquicárdico, embora ainda consciente e orientado. O ritmo cardíaco era regular, com pulso finos e céleres, frequência cardíaca de 128 bpm, PA 70 x 45 mmHg. A ausculta pulmonar estava normal, com frequência respiratória de 32ipm e saturação de 97%. Exames laboratoriais mostravam 1.230 leucócitos (82% segmentados, 6% linfócitos, 1% eosinófilos e 11% de monócitos), hemoglobina de 6,7g/dl, plaquetas de 34.000. Ureia de 89 mg/dl, creatinina de 2,8 mg/dl, potássio de 2,3 mEq/l e a Gasometria arterial: pH: 7,27, PCO₂: 25 mmHg, PO₂: 89 mmHg, HCO₃: 13 mmol/L, lactato: 4,8 mg/dl.

Diante deste caso, a conduta a ser tomada é a seguinte:

- A) Hidratar o paciente, iniciar ciprofloxacina endovenoso, repor eletrólitos, fazer bicarbonato de sódio para corrigir a acidose e solicitar vaga em UTI.
- B) Solicitar contagem de CD4 e carga viral urgente, reintroduzir a terapia antirretroviral, hidratar o paciente, transfundir concentrado de hemácias e iniciar ceftriaxone associado a metronidazol.
- C) Expandir o paciente com soro fisiológico ou ringer lactado, repor eletrólitos, transfundir concentrado de hemácias, iniciar antibiótico de largo espectro (ciprofloxacina ou piperacilina/tazobactam) e tuberculostáticos.
- D) Se possível, internar na UTI. Iniciar expansão volêmica, reposição de eletrólitos, transfusão sanguínea, iniciar sulfametoxazol/trimetoprim em dose terapêutica para *Isospora belli* de 6/6 horas, iniciar ganciclovir 5mg/kg de 12/12h e solicitar avaliação da oftalmologia.
- E) Internar na UTI, realizar expansão volêmica, transfundir concentrado de hemácias, corrigir eletrólitos, iniciar anfotericina B 0,7mg/kg associada a sulfametoxazol/trimetoprim 25mg/kg e metronidazol, além de reintroduzir a terapia antirretroviral.

11. Com relação à hepatite C e coinfeções, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A eliminação viral espontânea (cura), após a infecção aguda pelo HCV, ocorre em 15% a 40% dos casos.
- B) A fase aguda da hepatite C pode durar até seis meses, sendo definida quando há soroconversão recente (menos de 6 meses; anti-HCV não reagente para Anti-HCV reagente) entre os sintomas ou data de exposição ao vírus.
- C) Em situações específicas, a exemplo de pacientes com doença aguda pelo HCV em fase inicial (até 30 dias) e pacientes imunodeprimidos e/ou dialíticos (que pode não haver presença de anticorpos anti-HCV), o diagnóstico da infecção pelo HCV deverá ser realizado pela presença do HCV-RNA, por método de biologia molecular.
- D) Uma vez diagnosticada a infecção pelo HCV, o indivíduo deve ser orientado a realizar testagem para HIV, sífilis e Hepatite; dosagem de beta-HCG (mulheres), hemograma, bioquímica hepática, função renal e tireoidiana, bem como endoscopia digestiva alta, sempre individualizando a necessidade de cada caso.
- E) O início do tratamento antiviral está indicado na infecção aguda ou crônica pelo HCV a partir do estadiamento de fibrose F3 ou na presença de cirrose. A exceção se faz nos casos de gestante com infecção pelo HCV que devem ter o início do tratamento estabelecido o mais precocemente possível para evitar transmissão vertical ao feto/criança.

12. Com base nas recomendações atuais de profilaxia antirrábica, é CORRETO afirmar que

- A) o soro e a imunoglobulina humana antirrábica continuam sendo fundamentais na profilaxia dos acidentes com animais domésticos e devem ser aplicados até a segunda semana da primeira dose da vacina.
- B) nos casos de agressões por morcegos e outros mamíferos silvestres (inclusive os domiciliados), o acidente é sempre classificado como grave. A conduta adequada é lavar o local com água e sabão abundantemente e iniciar imediatamente o esquema profilático com soro ou imunoglobulina humana e a administração de 4 (quatro) doses de vacina antirrábica nos dias 0, 3, 7 e 14.
- C) mamíferos domésticos de interesse econômicos (bovinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos) também são considerados animais de risco para transmissão da raiva, razão pela qual está indicada a profilaxia com soro e imunoglobulina humana nas exposições/acidentes leves ou graves.
- D) em indivíduos que já realizaram profilaxia com soro e vacina anteriormente, está indicada uma nova profilaxia com soro e/ou esquema vacinal com 4 (quatro) doses, independentemente do intervalo de tempo da primeira exposição.
- E) os pacientes que faltam ao esquema vacinal por mais de 7 dias entre uma dose e outra, devem ter seu esquema vacinal reiniciado e realizado sob supervisão do agente de saúde com o objetivo de garantir o sucesso da profilaxia.

13. A doença de Chagas continua sendo um grave problema de saúde pública e uma das principais doenças negligenciadas no Brasil.

Em relação a essa doença, é CORRETO afirmar que

- A) a transmissão sexual vem se tornando uma das principais formas de contágio da doença.
- B) na fase aguda, cursa com sintomatologia usualmente não específica (febre, mal-estar, astenia) ou é simplesmente assintomática ou oligossintomática. Ressalta-se que, no caso da transmissão oral, têm sido relatados quadros clínicos diferenciados e com maior letalidade: rash cutâneo, hemorragia digestiva, icterícia, aumento das aminotransferases e quadros mais frequentes e graves de insuficiência cardíaca.
- C) na fase aguda, a pesquisa molecular do parasita através de técnica de PCR tem sido considerada o padrão-ouro devido à alta carga parasitária dessa fase.
- D) na fase crônica, tem-se utilizado o teste rápido devido a sua praticidade e alta sensibilidade e especificidade. Com esses testes, um resultado negativo necessita de confirmação com outro exame sorológico e um positivo fecha o diagnóstico.
- E) o tratamento antiparasitário com benznidazol na fase aguda só está indicado para crianças e adolescentes e apenas nas formas graves da doença, dado o caráter autolimitado da parasitemia e evolução favorável na maioria dos casos.

14. Um paciente, sexo masculino, 32 anos, que mantém relação sexual com homens e mulheres sem proteção, comparece ao ambulatório de infectologia com queixa de ferimento em região genital há 4 dias. Relata ter notado o surgimento 5 dias após uma relação sexual desprotegida. Ao exame, observava-se a presença de três úlceras em região de frênulo e sulco balanoprepucial, dolorosas, rasas, de borda irregular, recobertas por exsudato necrótico e purulento em duas delas, exalando odor fétido e com hiperemia ao redor.

Com base na história clínica e exame físico, o diagnóstico e a conduta mais correta para o caso seria:

- A) Herpes genital com infecção secundária. Prescrever aciclovir, solicitar sorologia para HIV e sífilis e recomendar uso de preservativo.
- B) Linfogranuloma venéreo na fase de inoculação. Prescrever levofloxacina, solicitar rastreio para outras infecções sexualmente transmissíveis e orientar o uso de preservativo.
- C) Donovanose. Realizar raspagem da lesão ou biópsia para pesquisa de corpúsculos de Donovan. Prescrever Tiafenicol, solicitar rastreio para outras infecções sexualmente transmissíveis, recomendar uso de preservativo e orientar tratamento do(a) último(a) parceiro(a).
- D) Cancro mole (cancroide). Prescrever azitromicina, solicitar rastreio para outras infecções sexualmente transmissíveis, orientar tratamento de parceiros(as), orientar a importância do uso de preservativos e marcar retorno para reavaliação do tratamento e exames.
- E) Câncer de pênis com infecção secundária. Solicitar biópsia da lesão, tomografia de pelve com contraste, solicitar sorologia para infecções sexualmente transmissíveis (diagnóstico diferencial), prescrever antibiótico para infecção secundária e encaminhar ao urologista.

15. Estima-se que quase um quarto da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Embora nem todas as pessoas infectadas adoecerão com a forma ativa da TB, elas constituem reservatório do bacilo, que pode ser reativado sob condições nas quais a resposta imune encontra-se comprometida.

Considerando que o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILT) é uma das principais estratégias para a interrupção da cadeia de transmissão da doença, é CORRETO afirmar que

- A) é considerado um caso de ILT o indivíduo que apresente prova tuberculínica positiva (PPD > 10 mm) ou positividade acima do ponto de corte em ensaio de liberação de interferon gama (IGRA) e apresente infiltrado radiológico compatível com tuberculose, independente de outros sintomas.
- B) está indicado o tratamento de ILT em recém-nascidos coabitantes de caso fonte de tuberculose pulmonar ou laríngea confirmado por critério laboratorial e os indivíduos HIV positivos com contagem de células CD4 menor ou igual a 350 céls/ μ l, mesmo que não tenham PPD e IGRA e estejam assintomáticos.
- C) o tratamento supervisionado para ILT não se faz necessário, já que o tempo de tratamento e não as doses tomadas é o mais importante para o sucesso terapêutico.
- D) indivíduos que apresentam maior risco de exposição e infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (profissionais de saúde) devem realizar a investigação para ILT a cada 2 anos e realizar o tratamento desta infecção, se apresentarem PPD > 10 mm ou IGRA positivo, mesmo que já tenham se submetido a tratamento prévio.
- E) dentre as opções terapêuticas para a ILT recomendadas pelo Ministério da Saúde, estão: Rifampicina + Isoniazida por 4 meses ou Rifampicina isoladamente por 3 meses.

16. Adolescente, diabética e com história de infecção urinária de repetição, foi internada com quadro de febre, calafrios e mal-estar. Referia que este ano já havia apresentado três outros episódios de infecção e que nos dois últimos havia sido tratada com antibiótico injetável devido à ausência de resposta ao tratamento oral. Na última cultura realizada, havia crescido *Pseudomonas aeruginosa* mais de 1.000.000 ufc/ml resistente a cefepime, ciprofloxacina e gentamicina e com resistência intermediária a imipenem/cilastatina.

Ao exame físico, apresentava taquicardia, palidez cutânea, extremidades frias, temperatura de 39,3°C. Ausculta cardíaca era normal, com frequência cardíaca de 138 bpm e PA: 85 x 50 mmHg.

No aparelho respiratório, o murmúrio vesicular estava diminuído em bases. O abdome era doloroso em quadrantes superiores e apresentava sinal de Giordano positivo.

Realizou hemograma que mostrou 32.100 leucócitos (87% segmentados, 8% linfócitos, 5% monócitos); hemoglobina de 14,2g/dl; hematócrito de 42,1% e plaquetas 89.000. Sumário de Urina mostrava pH: 5,0; densidade: 1021; 32 leucócitos/campo, com várias bactérias e nitrito positivo.

Diante desse caso, qual das afirmativas abaixo apresenta melhor conduta a ser tomada?

- A) Internar a paciente em UTI, instituir protocolo de sepse coletando hemocultura e urocultura e iniciando ceftazidima/tazobactam dentro da primeira hora após o exame da paciente e realizando expansão volêmica. Descalonar o antibiótico após resultado das culturas ou ampliar esquema de acordo com a resposta nas primeiras 24 horas.
- B) Internar a paciente, coletar hemoculturas e urocultura e iniciar meropenem 1g de 8/8 horas, descalonando o esquema de acordo com o resultado de culturas.
- C) Instituir expansão volêmica rápida com solução salina 20ml/kg até 3 vezes, e, se não apresentar resposta, iniciar droga vasoativa, coletar culturas de sangue e urina, iniciar moxifloxacino e ampicilina.
- D) Realizar expansão volêmica, coletar hemocultura e urocultura, solicitar vaga em UTI e iniciar dentro da primeira hora, após a avaliação inicial, esquema com Tazocin/tazobactam por 7 dias.
- E) Internar a paciente, iniciar protocolo de sepse, solicitar vaga em UTI e iniciar Tigeciclina após coleta de culturas. Descalonar esquema de antibiótico após resultado de culturas.

17. O principal objetivo do profissional de saúde que atende o indivíduo idoso deve ser a promoção do envelhecimento bem-sucedido, ou seja, um envelhecimento associado ao baixo risco de doenças e/ou incapacidades funcionais a elas relacionadas.

Considerando que muitas doenças infecciosas podem ser prevenidas por meio de vacinação na população idosa, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa CORRETA.

- A) As alterações imunológicas associadas ao envelhecimento tornam a resposta as vacinas menos efetivas, principalmente as vacinas de vírus vivo, tornando a indicação de vacinas reduzida nesta faixa etária.
- B) Dado que a cobertura vacinal no Brasil para tétano atinge mais de 90% da população e que os idosos possivelmente já possuem imunidade devido à vacinação prévia, não há indicação de se manter a vacinação contra essa doença após os 70 anos.
- C) A vacina contra influenza deve ser aplicada nessa população, exceto aqueles indivíduos que, além da idade, apresentam imunossupressão grave ou fazem uso de imunossupressores devido à composição da vacina ser com vírus vivo atenuado.
- D) Devido ao seu alto custo, a vacina contra herpes zoster é disponibilizada pelo programa nacional de imunizações apenas para pessoas acima de 60 anos e que irão se submeter à quimioterapia, transplante de órgão sólido ou que estejam em uso de drogas imunossupressoras.
- E) As sociedades brasileiras de imunizações e a de geriatria e gerontologia recomendam que pacientes que tenham tomado a segunda dose de vacina antipneumocócica 23 (VPP23) antes dos 65 anos, tomem uma terceira dose após essa idade, com intervalo mínimo de 5 anos da última dose.

18. Analise as afirmativas abaixo sobre leptospirose, julgando-as como verdadeiras ou falsas:

- I. É uma doença infectocontagiosa, causada por protozoário do gênero *Leptospira* que contém espécies patogênicas, como a *L. interrogans* e espécies não-patogênicas, como a *L. biflexa*.
- II. A imunidade adquirida pós-infecção é sorovar-específica, podendo um mesmo indivíduo apresentar a doença mais de uma vez, se o agente causal de cada episódio pertencer a um sorovar diferente do anterior.
- III. Recomenda-se a confirmação do diagnóstico por método molecular (PCR) na fase aguda da doença, especialmente naqueles casos com evolução clínica mais grave.
- IV. Os casos com comprometimento pulmonar podem evoluir para insuficiência respiratória aguda, hemorragia maciça ou síndrome de angústia respiratória do adulto e, muitas vezes, esse quadro precede o quadro de icterícia e insuficiência renal. Nesses casos, pode ocorrer óbito nas primeiras 24 horas de internação.

V. A leptospirose é uma causa relativamente frequente de meningite asséptica. Embora menos frequentes, também podem-se observar encefalite, paralisias focais, espasticidade, nistagmo, convulsões, distúrbios visuais de origem central, neurite periférica, paralisia de nervos cranianos, radiculite, síndrome de Guillain-Barré e mielite.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas I, III, IV e V são falsas.
- B) Apenas II e III são falsas.
- C) Apenas I e III são falsas.
- D) Todas são verdadeiras.
- E) Apenas I, II, IV e V são verdadeiras.

19. As doenças tropicais negligenciadas são um grupo de doenças infecciosas, muitas delas parasitárias, que afetam, principalmente, as populações mais pobres e com acesso limitado aos serviços de saúde, especialmente aquelas que vivem em áreas rurais remotas e em favelas.

São doenças negligenciadas no Brasil as citadas abaixo, EXCETO

- A) Tétano.
- B) Doença de Chagas.
- C) Esquistossomose mansoni.
- D) Hanseníase.
- E) Leishmaniose tegumentar e visceral.

20. Uma empregada doméstica chega ao serviço de emergência, com queixas de cefaleia de forte intensidade que não melhora com o uso de analgésicos comuns, febre e calafrios associada a vômitos nas últimas 24h. Ao exame, nota-se a presença de petéquias em membros inferiores e tronco que haviam aparecido poucas horas antes do atendimento. Apresentava ainda nuca rígida +/4+ , PA 100 x 50 mmHg, frequência cardíaca de 128 bpm, saturando 96%.

Diante da suspeita de meningite, a paciente foi encaminhada para coleta de líquido. O exame do líquido mostrou: 3450 céls (97%polimorfonuclear), Glicose de 28mg/dl, Proteínas de 129mg/dl, reações de Pandy-Nonne 3+/4+ e no GRAM foram visualizados diplococos GRAM negativos.

Diante deste caso, qual a recomendação a ser feita?

- A) Tranquilizar a paciente informando que o exame realizado conseguiu diagnosticar a tempo a infecção e que ela ficará bem, podendo retornar ao trabalho com 8 dias. Prescrever penicilina benzatina 2.400.000 U em dose única associada a ciprofloxacino oral por 7 dias. Notificar o caso de imediato.
- B) Tranquilizar a paciente, mas informar da necessidade de internamento para início imediato do tratamento e da prescrição de profilaxia para os contactantes com rifampicina. Realizar coleta de hemocultura e iniciar, de imediato, ceftriaxone 2g de 12/12h. Notificar o caso de imediato.
- C) Tranquilizar a paciente, mas informar da necessidade de internamento para início imediato de penicilina cristalina 4 milhões de unidades IV de 4/4 horas e dexametasona 4mg de 6/6 horas.
- D) Orientar a paciente sobre a necessidade de vacinar os contactantes e da administração de ciprofloxacina a estes por 2 dias consecutivos. Internar a paciente para início de ceftriaxone 1g de 12/12h.
- E) Internar a paciente, coletar hemocultura e solicitar cultura do LCR, iniciar ceftriaxone 1g de 12/12h e dexametasona 4mg de 6/6 horas, manter analgesia fixa até melhora das dores. Comunicar os contactantes sobre a necessidade de serem vacinados.

21. Uma paciente de 42 anos procurou o médico com queixas de aumento do volume abdominal há quatro meses. Além disso, apresentava desconforto abdominal e saciedade precoce. Referia passado de seis gestações, a última há dois anos. Ao exame físico, evidenciava-se discreto eritema palmar, abdome globoso, com cicatriz umbilical plana. A manobra do piparote era positiva, e a percussão do abdome demonstrava som maciço em epigastro, mesogastro e hipogastro, com timpanismo em flancos.

Dentre os diagnósticos abaixo, qual a causa mais provável das queixas desta paciente?

- A) Cirrose hepática
- B) Pancreatite aguda
- C) Tuberculose peritoneal
- D) Cisto de ovário
- E) Ascite pancreática

22. Sobre as hepatites virais, é CORRETO afirmar que

- A) pacientes com antiHBc e antiHBs positivos não correm risco de reativação da hepatite B após imunossupressão.
- B) pacientes imunossuprimidos, como os transplantados, são um grupo de risco para cronificação da hepatite E.
- C) quanto mais jovem o indivíduo por ocasião da contaminação com o vírus da hepatite C, maior o risco de cronificação da infecção.
- D) as medidas de prevenção contra a transmissão materno-fetal do vírus B, como administração de vacina e imunoglobulina no recém-nascido, apresentam uma taxa de falha considerável, pois não evitam a contaminação intrauterina, que é uma via frequente de transmissão do vírus.
- E) não é recomendada a vacinação rotineira de adultos contra a hepatite A, pois a doença tem baixa morbidade nessa faixa etária, sendo a maioria dos casos assintomática.

23. Você está de plantão em uma UTI onde está internado, há 12 horas, um paciente de 22 anos que sofreu acidente de motocicleta. No plantão anterior, foi realizada tomografia de crânio que evidenciou extenso trauma encefálico com hematoma parenquimatoso, sem condições cirúrgicas. O paciente está em ventilação mecânica, irresponsivo a estímulos dolorosos, PA 80 x 60 mmHg, sat O₂ 95%.

Qual o procedimento indicado nesse momento?

- A) Consultar os familiares sobre a possibilidade de doação de órgãos
- B) Otimizar reposição de volume e iniciar drogas vasoativas
- C) Abrir protocolo de morte encefálica com o teste de apneia, desconectando o ventilador e observando se o paciente apresenta movimentos respiratórios até atingir PCO₂ de 55mmHg
- D) Solicitar eletroencefalograma
- E) Fazer a comunicação à central estadual de transplantes

24. Um paciente de 21 anos procura o ambulatório com queixas de pirose ocasional e episódios esporádicos de dificuldade para engolir. Nega disfagia no dia a dia, mas relata alguns episódios em que “o alimento fica preso” no esôfago, o que o obriga a forçar o vômito para obter alívio. Como antecedentes, referia, apenas, rinite alérgica e passado de apendicectomia.

Qual dos exames abaixo seria fundamental para o diagnóstico desse caso?

- A) Radiografia baritada do esôfago
- B) Videodeglutograma
- C) Endoscopia digestiva com biópsia do esôfago
- D) Manometria esofágica
- E) pHmetria esofágica de 24 horas

25. Um paciente de 50 anos, que perdeu o acompanhamento médico há 4 anos, após alcançar resposta virológica sustentada do vírus C, retorna com resultado de USG que mostrava nódulo hepático de 4,2 cm.

Sabendo que antes do tratamento antiviral a elastografia sugeria uma fibrose grau 4, assinale a alternativa CORRETA com relação ao caso descrito.

- A) Caso seja confirmado o diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC), é imprescindível repetir o HCV-RNA, pois é provável que tenha havido uma recidiva tardia da infecção.
- B) Este paciente deveria ter permanecido em acompanhamento rigoroso, repetindo o HCV-RNA a cada seis meses pelos dois primeiros anos após o final do tratamento, para monitorizar recidivas virais.
- C) É importante resgatar o resultado da genotipagem realizada antes do tratamento antiviral, pois o risco de desenvolver CHC é variável de acordo com o genótipo do vírus C.
- D) Resposta virológica sustentada é definida como persistência de HCV-RNA negativo 12 semanas após o fim do esquema antiviral e pode ser interpretada como cura da infecção.
- E) Este paciente deveria ter realizado rastreamento de CHC com USG e dosagem de alfa fetoproteína semestral por dois anos, após o fim do tratamento antiviral.

26. O paciente descrito na questão anterior volta para nova consulta com os seguintes exames: alfa fetoproteína normal, ressonância mostrando fígado atrófico, com nódulo de 4,2 cm em segmento IV, que apresentava intenso realce na fase arterial, ficando hipodenso na fase portal, além de trombo no tronco principal da veia porta que realçava pelo contraste.

Qual a melhor conduta nesse caso?

- A) Solicitar biópsia do nódulo para definição diagnóstica
- B) Indicar ressecção cirúrgica da lesão nodular
- C) Encaminhar o paciente para transplante hepático
- D) Indicar ablação por radiofrequência do nódulo
- E) Prescrever atezolizumab + bevacizumab após realização de endoscopia digestiva

27. Um paciente de 25 anos, assintomático, preocupado com sua saúde, realizou endoscopia digestiva alta que identificou uma lesão elevada na grande curvatura do antro, com umbilicação central, com aspecto semelhante a um vulcão, medindo cerca de 0,9 cm.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Pâncreas ectópico
- B) GIST
- C) Adenocarcinoma
- D) Adenoma
- E) Pólipo de glândulas fúndicas

28. Um paciente de 25 anos, portador de colite de Crohn, vinha em uso de infliximab na dose de 5mg/kg, a cada oito semanas, há dois anos. Em consulta rotineira, ele negava sintomas, a calprotectina era 520 mcg/g de fezes, e os demais exames laboratoriais estavam dentro da normalidade. Trazia uma colonoscopia que demonstrava melhora em relação à inicial, mas ainda com úlceras ativas no cólon transverso.

Com relação ao caso descrito, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A dosagem do nível sérico de infliximab trará informações essenciais para a correta definição de conduta.
- B) Já que o paciente está sem sintomas, não há necessidade de mudar o tratamento.
- C) O ideal é fazer um curso de prednisona por oito semanas e repetir a dosagem de calprotectina após esse período.
- D) Já que não houve resposta adequada ao tratamento, o paciente deve ser encaminhado para ressecção cirúrgica.
- E) A melhor opção, já que houve resposta parcial ao biológico, é a associação de mesalazina.

29. Um paciente etilista inveterado, agricultor da zona da Mata de Pernambuco, foi admitido na UTI, após apresentar episódio de hematêmese. Realizou endoscopia de urgência que evidenciou ausência de varizes esofágicas com um novo varicose pseudotumoral em fundo gástrico, onde havia um sinal de ruptura recente, embora não estivesse sangrando no momento do exame. Os exames laboratoriais mostravam 89.000 plaquetas/mm³, com demais exames de bioquímica hepática normais. O intensivista realizou um ultrassom beira-leito (POCUS) e concluiu que o parênquima hepático parecia normal, mas havia leve esplenomegalia.

Qual a melhor opção para controle do sangramento digestivo nesse caso?

- A) Ligadura elástica das varizes gástricas
- B) Injeção de cianoacrilato nas varizes de fórnix
- C) Implante de TIPS (shunt portossistêmico intra-hepático por via transjugular)
- D) Esplenectomia
- E) Betabloqueador não seletivo

30. Com relação ao caso descrito na questão anterior, após o controle do sangramento, qual dos exames abaixo relacionados seria mais útil para avaliação da causa da hipertensão porta?

- A) Biópsia hepática
- B) Elastografia hepática
- C) USG de abdome superior com Doppler dos vasos portais
- D) Sorologia para Esquistossomose
- E) Anti-HCV

31. Uma senhora de 78 anos chega ao seu consultório, com queixas de queimor em cavidade oral há anos, além de sensação de boca seca. Já fez extensa investigação com odontologista, gastroenterologista e reumatologista, além de inúmeras endoscopias, sem chegarem a nenhum diagnóstico. A paciente nega comorbidades, mas refere comprometimento da qualidade de vida por conta das queixas orais.

Qual a melhor conduta para alívio dos sintomas neste caso?

- A) Bochechos com clonazepam
 - B) Omeprazol 40 mg duas vezes ao dia
 - C) Omeprazol + domperidona
 - D) Amitriptilina
 - E) Saliva artificial
-

32. Uma paciente refere queixas de diarreia, distensão abdominal, borborigmas e flatulência fétida há anos. Como parte da investigação de anemia macrocítica, foram observados níveis muito baixos de vitamina B12 e níveis elevados de ácido fólico.

Qual dos exames abaixo relacionados seria mais útil para o diagnóstico deste caso?

- A) Pesquisa do anticorpo anticélula parietal
 - B) Teste de tolerância a lactose
 - C) Endoscopia com biópsia da segunda porção duodenal
 - D) Dosagem de elastase pancreática nas fezes
 - E) Teste respiratório para pesquisa de supercrescimento bacteriano
-

33. A comunidade médica internacional aceitou o desafio de erradicar a hepatite C até 2030. Para isso, é importante simplificar o processo de tratamento a fim de que mais pessoas possam ser tratadas. Um dos passos dessa simplificação é a utilização de esquemas pangenotípicos.

Qual dos esquemas abaixo descritos pode ser utilizado com segurança e eficácia no tratamento de qualquer genótipo do vírus C?

- A) Elbasvir-grazoprevir
 - B) Sofosbuvir-simeprevir
 - C) Sofosbuvir-velpatasvir
 - D) Sofosbuvir-ledipasvir
 - E) Sofosbuvir-telaprevir
-

34. Uma paciente de 25 anos vem com queixas dispépticas e diarreia ocasional há 30 dias. O primeiro médico que a atendeu solicitou a pesquisa do ASCA (Ac anti-*Saccharomyces cerevisiae*) que resultou positiva.

Com relação a este achado, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apesar de pouco sensível, é marcador muito específico, portanto a paciente deve ser portadora de doença de Crohn.
 - B) O primeiro médico tomou uma conduta correta, pois a pesquisa do ASCA permite o diagnóstico não invasivo da doença de Crohn.
 - C) O ASCA é um exame pouco específico, pois outras condições, como síndrome de Behçet e colite microscópica, podem apresentar ASCA positivo.
 - D) A dosagem do ASCA tem elevada acurácia na diferenciação entre retocolite ulcerativa e doença de Crohn.
 - E) Em pacientes com colonoscopia normal, a positividade do ASCA deve ser encarada como diagnóstico de ileíte de Crohn.
-

35. A isenção total do glúten da dieta é um processo, que traz vários desafios e limitações à vida prática diária dos pacientes e, por isso, deve ser prescrita com racionalidade.

Qual dos pacientes abaixo descritos não necessita de dieta isenta de glúten?

- A) Gestante com doença celíaca em remissão clínica
 - B) Adolescente com antitransglutaminase IgA positivo em títulos altos e biópsia intestinal normal
 - C) Homem de 40 anos assintomático, com antitransglutaminase IgA positivo e biópsia duodenal mostrando atrofia de vilosidades
 - D) Paciente com dermatite herpetiforme, antitransglutaminase IgA positivo e biópsia duodenal normal
 - E) Paciente com deficiência de IgA, antitransglutaminase IgA negativo, antigliadina deaminada IgG positivo e atrofia de vilosidades intestinais
-

36. Um paciente de 18 anos tem diagnóstico de retocolite ulcerativa pancolônica há três anos. Nos últimos seis meses, vem apresentando elevação de enzimas hepáticas, com predomínio de fosfatase alcalina. Realizou colângio-ressonância que evidenciou irregularidade das vias biliares, com áreas discretas de estenose em ductos hepáticos direito e esquerdo, com colédoco aparentemente normal. Sobre esse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Paciente tem indicação de realizar colangiografia endoscópica retrógrada para melhor visualização do colédoco.
- B) Paciente tem indicação de realizar biópsia hepática para confirmação do diagnóstico.
- C) A pesquisa do ANCA é essencial para o diagnóstico definitivo.
- D) O paciente tem indicação de realizar colonoscopia anualmente.
- E) O paciente tem indicação de tratamento com corticoide e azatioprina.

37. Em uma paciente com suspeita clínica de síndrome do intestino irritável, que sintoma/sinal tornaria esse diagnóstico menos provável?

- A) Eliminação de muco nas fezes
- B) Urgeincontinência fecal
- C) Cólicas abdominais
- D) Distensão abdominal
- E) Despertar noturno pela diarreia

38. Em um paciente com queixas de disfagia lentamente progressiva e endoscopia normal, que exame deve ser solicitado em sequência?

- A) pHmetria esofágica
- B) Manometria esofágica
- C) Esofagograma
- D) Tomografia de tórax
- E) Sorologia para Chagas

39. Qual dos pacientes abaixo descrito NÃO tem indicação de iniciar uso de antiviral contra o vírus B?

- A) Paciente de 18 anos com HBeAg positivo, transaminases normais e HBV-DNA 1.800.000 UI/ml
- B) Paciente de 45 anos, HBeAg negativo, transaminases normais, HBV-DNA 1200 UI/ml e elastografia mostrando fibrose grau 4
- C) Paciente de 42 anos, HBeAg positivo, transaminases normais, elastografia sem fibrose significativa
- D) Paciente de 21 anos, gestante no curso da 32ª semana, HBeAg positivo, HBV-DNA 12.000.000 UI/ml, transaminases normais
- E) Paciente de 32 anos, HBsAg negativo, antiHBc e antiHBs positivos, HBV-DNA indetectável que vai começar uso de rituximab para tratamento de artrite reumatoide

40. Homem de 35 anos procura o ambulatório muito preocupado por ter descoberto anormalidades nos exames hepáticos: bilirrubina total 3,2 mg/dl e bilirrubina direta 0,6 mg/dl. Hemograma, aminotransferases, fosfatase alcalina e gamaGT eram normais. Qual a melhor conduta neste caso?

- A) Solicitar colângio-ressonância
- B) Monitorizar os exames a cada seis meses
- C) Alta após esclarecer e tranquilizar o paciente
- D) Solicitar elastografia hepática
- E) Solicitar FAN e anticorpo antimúsculo liso

41. Paciente feminina, estudante de 22 anos, apresenta história de diarreia com quatro a cinco episódios diários e dor abdominal recorrente há seis meses. Tinha febre baixa durante esse período e emagreceu 5 Kg. Havia dor em articulações sacrilíacas, e o anti-HIV foi negativo. No exame físico, estava afebril, o abdômen estava algo distendido e doloroso à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal. Foi detectada a presença de pequena fístula perianal. O hemograma apresentou discreta leucocitose e a proteína C reativa estava aumentada. Assinale a alternativa que indica a melhor hipótese diagnóstica para esta paciente.

- A) Retocolite Ulcerativa Idiopática.
- B) Doença de Crohn.
- C) Colite Pseudomembranosa.
- D) Síndrome do Colón Irritável.
- E) Intolerância à lactose.

42. Em relação à Síndrome Hepatorrenal (SHR), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Caracteriza-se por vasoconstrição renal, redução da perfusão renal com baixa taxa de filtração glomerular (TFG) e intensa redução da capacidade renal de excretar sódio e água livre, na ausência de lesões histológicas renais significativas.
- B) A SHR do tipo 2 caracteriza-se por insuficiência renal rapidamente progressiva, definida como aumento de 100% nos valores basais da creatinina sérica, sempre que o valor final for superior a 2,5 mg/dl em um intervalo de tempo de até 2 semanas.
- C) Os pacientes com colangite biliar primária apresentam SHR com menor frequência, provavelmente devido às ações natriuréticas e vasodilatadoras renais dos sais biliares retidos.
- D) O tratamento medicamentoso, que consiste na combinação de terlipressina e albumina, é o de eleição e deve ser mantido por 5 a 15 dias ou até que a creatinina esteja menor que 1,5 mg/dL.
- E) Pacientes com peritonite bacteriana espontânea devem receber 1,5 g/kg de albumina (20%) no 1.º dia e 1 g/kg no 3.º dia para reduzir o risco de síndrome hepatorrenal.

43. Em relação à doença do Refluxo Gastresofágico (DRGE), é INCORRETO afirmar que

- A) os achados de erosões esofágicas ao exame endoscópico são menos comuns nas manifestações atípicas da doença.
- B) a gravidez aumenta o risco de DRGE devido à redução da pressão do esfíncter esofágico inferior por causa da atuação do estrogênio e da progesterona.
- C) o esôfago de Barrett é uma complicação da doença por refluxo gastroesofágico e representa uma condição na qual o epitélio escamoso do esôfago é substituído por epitélio colunar metaplásico.
- D) a monitorização do pH do esôfago pode documentar, mas não quantifica o refluxo.
- E) a presença dos sintomas pirose retroesternal e regurgitação em pacientes com menos de quarenta anos de idade permite o início do tratamento da DRGE, sem a necessidade de realização do exame de endoscopia digestiva alta.

44. Uma gestante de 27 anos com 16 semanas procurou o posto de saúde, relatando que há 3 dias vem apresentando febre, cefaleia periorbitária, astenia e mialgia intensa que prejudicaram suas atividades rotineiras. O médico que o atendeu suspeitou de dengue.**Em relação à dengue, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A gestante com dengue, mesmo sem sinal de alarme, deve ser tratada como uma paciente do grupo de risco C, pelas condições circulatórias especiais da gestação.
- B) A diarreia está presente em um percentual significativo dos casos; habitualmente não é volumosa, cursando apenas com fezes pastosas numa frequência de três a quatro evacuações por dia.
- C) Todos os quatro sorotipos podem levar ao dengue grave na primeira infecção, porém isso ocorre com maior frequência após a segunda ou terceira, sem haver diferença estatística comprovada se após a segunda ou a terceira infecção.
- D) O exantema está presente em 50% dos casos e não poupa as plantas das mãos e dos pés.
- E) O grupo B compõe os pacientes que não têm sinais de alarme, embora tenham um risco maior de gravidade. Esse risco é considerado se há comorbidades associadas ou se há sinais de sangramento espontâneo, como sangramento gengival, petéquias na pele ou sangramento induzido na prova do laço.

45. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial.**Sobre o diagnóstico e tratamento da HAS, de acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial de 2020, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A pressão arterial sistólica entre 130 e 139 mmHg e/ou pressão arterial diastólica entre 85 e 89 mmHg são definidas como pré-hipertensão.
- B) O tratamento medicamentoso monoterápico inicial de um paciente, se não houver indicação específica com hipertensão arterial estágio 1, deve ter como escolha o betabloqueador ou os inibidores da enzima de conversão da angiotensina.
- C) Hipertensão resistente é definida como pressão arterial que persiste acima da meta, apesar do uso maximizado de 3 anti-hipertensivos, sendo um deles um diurético.
- D) Os exames complementares, a serem solicitados de rotina para o paciente ao diagnóstico da HAS, são colesterol total, HDL-C e triglicérides; Ácido úrico plasmático; Glicemia de jejum e Hemoglobina glicada; Ritmo de filtração glomerular estimado; Creatinina plasmática; ECG; Potássio plasmático; sumário de urina.
- E) O edema maleolar costuma ser o efeito colateral mais registrado dos bloqueadores de canal de cálcio e resulta da própria ação vasodilatadora (mais arterial que venosa), promovendo a transudação capilar.

46. A leptospirose é uma zoonose de elevada incidência no país, com uma média de 13.000 casos notificados por ano, sendo 3500 confirmados e letalidade média de 10,8%. Atinge, em sua maioria, pessoas na faixa etária produtiva, dos 20 aos 49 anos.

Sobre essa doença infecciosa aguda, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A doença se manifesta com início súbito de febre, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos.
- B) O comprometimento renal grave é frequente, e as principais alterações evidenciadas na lesão renal aguda acontecem no compartimento glomerular.
- C) A presença de icterícia é frequentemente usada para auxiliar no diagnóstico da leptospirose, sendo um preditor de pior prognóstico devido à sua associação com a síndrome de Weil.
- D) O quadro de hemorragia pulmonar está relacionado com depósito de imunoglobulinas na membrana basal alveolar (IgM, IgG, IgA) e complemento C3.
- E) A letalidade de formas graves de leptospirose é de aproximadamente 10% e chega a 50%, quando ocorre a síndrome de hemorragia pulmonar.

47. As doenças associadas ao *Helicobacter pylori* são doenças infecciosas crônicas e devem ser tratadas, especialmente se houver sintomas ou complicações.

Em relação ao *Helicobacter pylori*, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Acredita-se que o *H. pylori* seja responsável por até 15% da carga total de neoplasias e até 89% de todos os cânceres gástricos. Dessa forma, a maioria das sociedades de Gastroenterologia recomenda, atualmente, a erradicação da bactéria, sempre que for documentada a infecção.
- B) A erradicação do *H. pylori* favorece o aparecimento de doença do refluxo gastroesofágico.
- C) A gastrite atrófica e a úlcera gástrica são indicações formais de tratamento do *H. pylori*.
- D) Apesar do aumento da duração do tratamento para 14 dias, é preocupante o aumento da resistência aos macrolídeos. A pandemia trouxe ainda mais banalização da prescrição de macrolídeos, o que pode agravar esse cenário.
- E) A infecção por *H. pylori* está associada ao desenvolvimento de diversas complicações, como gastrite, dispepsia, úlcera péptica e neoplasias gástricas, como o linfoma MALT e o adenocarcinoma.

48. A Insuficiência Renal Aguda (IRA), geralmente, é considerada uma doença do paciente hospitalizado. A incidência pode variar entre 2 a 5%. Em relação à IRA, é INCORRETO afirmar que

- A) na necrose tubular aguda, o sódio urinário é menor que 20 mEq/L, e a fração urinária de sódio é maior que 2%.
- B) na IRA pré-renal, há um aumento desproporcional de ureia em relação à creatinina e osmolaridade urinária elevada.
- C) a nefropatia ou IRA por contraste é definida como um aumento de, pelo menos, 0,5 mg/dL ou 25% da creatinina basal dentro de 2 a 5 dias de exposição ao contraste.
- D) o achado histopatológico mais comum nas biópsias renais dos pacientes com lesão renal aguda e COVID-19 foi a necrose tubular aguda.
- E) o mecanismo fisiopatológico pelo qual os AINE podem levar à insuficiência renal (IR) é a inibição na produção das prostaglandinas renais que normalmente mantêm a arteríola aferente dilatada.

49. Um paciente de 48 anos de idade, com diagnóstico prévio de cirrose hepática em uso de furosemida 40 mg diário, apresenta, há três dias, febre alta, dor abdominal e confusão mental. Familiares comentaram que ele vem apresentando inversão do ciclo sono-vigília e períodos de confusão mental há uns 5 dias. Ao exame físico, observa-se abdome globoso, ascítico e com dor à descompressão brusca e flapping e astérix nos membros superiores.

Qual a alternativa INCORRETA em relação a esse paciente?

- A) A presença de gradiente de proteína do líquido ascítico/plasmática (GASA) em 0,9 g/dL define ascite por hipertensão portal.
- B) Na suspeita de peritonite bacteriana espontânea (PBE), ajudaria bastante o estudo do líquido ascítico para avaliar celularidade.
- C) Na suspeita de encefalopatia hepática secundária à infecção, deve-se iniciar lactulona e procurar causa infecciosa para tratar.
- D) Se a punção do líquido mostrar celularidade e o número de polimorfonucleares for superior a 250 u/l, sendo superior a 50% das células, o que demonstra uma ascite neutrocítica que deve ser tratada como Peritonite Bacteriana Espontânea, mesmo se a cultura for negativa.
- E) Com a confirmação da PBE pode ser realizado o uso de albumina 1,5 g/kg no primeiro dia e 1 g/kg no terceiro dia. A albumina reduz a mortalidade e a Lesão Renal Aguda, principalmente nos grupos de alto risco (bilirrubina >4 mg/dl, BUN >30 mg/dl e/ou creatinina >1 mg/dl).

50. A anemia é uma condição patológica em que ocorre diminuição da massa de hemoglobina e da massa eritrocitária. Em relação às anemias, é INCORRETO afirmar que

- A) as queixas mais comumente observadas são: astenia, dispneia e palpitações, especialmente aos esforços, que se acentuam à medida que a anemia se intensifica.
 - B) na Anemia Ferropriva (AF), uma percentagem significativa (30%) dos pacientes apresenta plaquetose ou concentração de plaquetas próxima do limite superior da normalidade, especialmente quando a AF decorrer de sangramento.
 - C) para pacientes adultos com DRC que não estão em hemodiálise com concentração de Hb <12,0 g/dl, a terapia com agentes estimuladores de eritropoiese deve ser precocemente iniciada.
 - D) na anemia da doença crônica, observa-se hipoferremia, hipotransferrinemia (saturação da transferrina < 20%) e hiperferritinemia.
 - E) a principal causa da anemia da insuficiência renal crônica é a produção reduzida da eritropoetina-EPO (90% da EPO é sintetizada nos rins e 10%, no fígado), um hormônio que promove a sobrevivência dos progenitores eritropoéticos, assim como a sua diferenciação.
-

GRUPO 18
- HEPATOLOGIA -