





**01. O ano de 2020 foi marcado pela Pandemia do Coronavírus (SARS-CoV-2). Sobre essa infecção, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Sintomas de resfriado, como coriza, dor de garganta, febre baixa e sintomas de sinusite, são infrequentes e não requerem maiores cuidados ou orientações aos pacientes.
- B) A utilização de medidas, como isolamento respiratório, o uso de corticoide, azitromicina e ivermectina, nas primeiras 48 horas do início dos sintomas, modifica o curso da doença e reduz o risco de complicações e morte.
- C) O diagnóstico precoce da infecção (primeiros 5 dias de sintomas) pode ser realizado pelo método de RT-PCR ou sorologia específica para SARS-CoV-2 em mais de 60 % dos casos.
- D) As chamadas “regras de ouro” para prevenção da infecção e que devem ser praticadas diariamente incluem: uso de máscaras, distanciamento físico de, pelo menos, 1,5 metro, higienização das mãos, evitar aglomerações, isolar todos os sintomáticos respiratórios e manter ambientes ventilados.
- E) Pelo menos 3 vacinas contra o Coronavírus SARS-CoV-2 estão em fase final de desenvolvimento e devem garantir proteção efetiva e duradoura de 98 a 99% duas semanas após a primeira dose administrada.

**02. Um trabalhador de empresa de dragagem de esgoto, recém-admitido, 52 anos, é atendido em serviço de urgência com ferimentos corto-contusos em face e membro superior direito 2 horas após um acidente com material de trabalho. Apresentava-se extremamente sujo e com os ferimentos contaminados por restos de material do esgoto. Quando questionado sobre seu status vacinal, informou não tomar vacinas há mais de 30 anos. Dentre as principais medidas necessárias para a condução do caso, tem-se a**

- A) aplicação de vacina antitetânica e curativo dos ferimentos.
- B) limpeza dos ferimentos com soro fisiológico, sutura da pele, aplicação de vacina antitetânica e uso de doxiciclina profilática para leptospirose.
- C) aplicação de benzetacyl 2.400.000 UI, profilaticamente, limpeza dos ferimentos e sutura.
- D) limpeza exaustiva dos ferimentos com soro fisiológico, clorexidina, sutura das lesões e orientação para realizar a vacinação antitetânica ambulatorialmente.
- E) limpeza dos ferimentos com soro fisiológico, prescrição de benzetacyl 1.200.000 UI dose única e curativo simples devido ao tempo decorrido do acidente.

**03. Paciente de 17 anos, previamente hígido, é admitido na enfermaria de clínica médica, para investigação de quadro de febre, perda de peso, tosse esporádica e odinofagia há cerca de 2 meses. Nos antecedentes pessoais, relatava que a mãe havia tratado tuberculose há cerca de 13 meses, e os contactantes domiciliares não foram investigados na ocasião. Foi submetido a uma videolaringoscopia que evidenciou uma lesão vegetante em laringe e edema perilesional importante, tendo sido feito biópsia da lesão para estudo. Durante o internamento, foi prescrito ceftriaxone e azitromicina por 5 dias para suposta pneumonia bacteriana, mas sem melhora da febre. Cerca de 10 dias após o internamento, enquanto esperava o resultado da biópsia, evoluiu com desorientação, queda do estado geral e rebaixamento do nível de consciência.**

**Diante desse caso, a melhor conduta a ser estabelecida é a seguinte:**

- A) Instalar sonda nasogástrica e iniciar, de imediato, tratamento para tuberculose e corticoide injetável devido à possibilidade de tuberculose no SNC. Realizar tomografia de crânio e coleta de LCR para realização de Genexpert, caso não haja contraindicação na tomografia.
- B) Iniciar piperacilina/tazobactam e corticosteroide para tratamento de possível infecção hospitalar com sepse.
- C) Realizar tomografia de crânio e avaliação da neurologia pela possibilidade de evento isquêmico vascular.
- D) Iniciar Meropenem, corticosteroide e tuberculostáticos devido à suspeita clínica de sepse e tuberculose laríngea.
- E) Realizar tomografia de crânio, coletar culturas de sangue e urina e iniciar cefepime e vancomicina. Se a tomografia apresentar alteração, solicitar avaliação da neurologia.

**04. Um homem, 42 anos, previamente hígido, catador de latinhas, chega à emergência, em período de pandemia de Coronavírus, com história de febre, mialgia, cefaleia, mal-estar e vômitos há 4 dias. Há 24 horas, iniciou tosse seca e dispneia. Ao exame, apresenta-se desidratado, taquidispneico e com crepitações em bases pulmonares. Os exames laboratoriais mostram 23.000 leucócitos (79% de segmentados e 6% de bastões), hemoglobina de 16,8 g/dl, plaquetas de 105.000, Ureia de 189 mg/dl, creatinina de 2,7 mg/dl, potássio de 3,0 mEq/l, AST de 89 UI/L, ALT 94 UI/L, CPK de 478 UI/L e DHL de 709 UI/L.**

**Diante desse caso, o diagnóstico mais provável seria o seguinte:**

- A) Pneumonia bacteriana grave.
- B) Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus.
- C) Leptospirose.
- D) Estafilococcia aguda.
- E) Meningococcemia aguda.

**05. Dentre as patologias abaixo listadas, qual deve ser investigada em mulheres com infecção urinária de repetição?**

- A) Infecção pelo HTLV – 1
- B) Deficiência do fator V de Leiden
- C) Deficiência de alfa-1 antitripsina
- D) Estrongiloidíase
- E) Meningioma

**06. Qual das infecções abaixo pode levar um indivíduo a um quadro de sepse grave por Gram negativo?**

- A) Citomegalovirose
- B) Schistosomose
- C) Estrongiloidíase disseminada
- D) Esporotricose
- E) Infecção por Gardnerella

**07. Agricultor de 53 anos, diabético e hipertenso bem controlado, dá entrada em um serviço de emergência com queixa de otalgia, febre baixa e cefaleia há 4 dias. Negava quadro de resfriado recente ou traumas. Ao exame físico, tinha bom estado geral, eupneico, hidratado, dentes em péssimo estado de conservação, afebril, consciente e orientado, sem déficits motores, mas com uma rigidez de nuca importante. Não apresentava linfonomegalia cervical. A orofaringe estava normal, mas com a abertura da boca limitada. O hemograma mostrava 12.800 leucócitos (82% de segmentados), hemoglobina de 14,7 g/dl e plaquetas de 480.000. O PCR estava em 48 mg/L, com outros exames bioquímicos normais.**

**Diante desse quadro, qual a melhor conduta a ser tomada?**

- A) Realizar uma tomografia de crânio e solicitar avaliação da neurologia.
- B) Administrar uma dose de Penicilina Benzatina e solicitar avaliação da neurologia para descartar processo infeccioso meníngeo.
- C) Solicitar coleta de LCR e administrar, de imediato, Vancomicina 2g e Ceftriaxone 4g.
- D) Avaliar o estado vacinal do paciente e indicar transferência para centro de referência em tratamento de tétano.
- E) Realizar tomografia de crânio e pescoço e internar para tratamento com amoxicilina/clavulonato injetável por 14 dias.

**08. A melhor opção para o tratamento de infecção urinária por *Cândida albicans* em gestantes é a seguinte:**

- A) Caspofungina.
- B) Voriconazol.
- C) Flucitosina.
- D) Posaconazol.
- E) Fluconazol.

**09. Paciente de 22 anos, previamente hígido, é trazido a um hospital de referência para casos de meningite com quadro de febre, vômitos e cefaleia há 20 dias e alteração do nível de consciência há 48 horas. Negava história de otalgia, odinofagia ou de secreções em vias aéreas superiores e de contato com pessoas com quadro semelhante. Ao exame, o paciente se apresentava obnubilado, com lentificação do pensamento, sem déficits motores de membros, mas estrabismo convergente. Foi submetido a uma tomografia de crânio sem contraste que mostrava sinais de transudação epidurária e leve dilatação do sistema ventricular (hidrocefalia leve comunicante). O exame de fundo de olho mostrou leve edema papilar. Hemograma com 12.700 leucócitos (87% segmentados), hemoglobina de 13,8 g/dl e plaquetas de 398.000. PCR de 96 mg/L. Devido ao quadro clínico e exames de imagem, foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva. Diante desse paciente, qual a melhor conduta a ser tomada?**

- A) Realizar coleta de líquido e iniciar, de imediato, ceftriaxone 2g de 12/12h e aciclovir 10mg/kg/dia associados à dexametasona 0,15mg/kg/dose de 6/6h.
- B) Realizar coleta de líquido, aferir pressão líquórica e realizar estudo do líquido incluindo a tinta da china, Genexpert para *Mycobacterium tuberculosis* e cultura para fungos, piogênicos e *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciar tratamento empírico para fungo e tuberculose associado a corticoide até o resultado dos exames.
- C) Contraindicar a realização de punção líquórica, iniciar ceftriaxone 4g dose de ataque e depois 2g de 12/12h e solicitar a avaliação da neurocirurgia para realização de derivação ventrículo-peritoneal.
- D) Fazer bolus de 10mg de dexametasona, contraindicar a coleta de líquido e encaminhar à neurocirurgia para drenagem ventricular.
- E) Contraindicar a punção de líquido, administrar dexametasona 10mg em bolus, seguida da administração de ceftriaxone 2g e aciclovir 10mg/kg. Encaminhar, o mais rápido possível, à neurocirurgia para drenagem ventricular de urgência.

**10. Paciente de 47 anos, previamente hígido, contactante domiciliar de um caso de tuberculose bacilífera, é encaminhado ao ambulatório com exame de prova tuberculínica reativa, com leitura de nodulação de 7mm. O paciente não referia queixas respiratórias e demonstrava marca de vacinação BCG na infância.**

**Qual conduta deve ser tomada nesse caso?**

- A) Descartar a possibilidade de tuberculose ativa e indicar o uso de isoniazida 300 mg/dia por 6 a 9 meses e realizar seguimento para avaliar adesão ao tratamento e possibilidade de efeitos colaterais.
- B) Orientar seguimento clínico ambulatorial, por estar assintomático e não apresentar fatores de risco para desenvolvimento de tuberculose ativa.
- C) Acompanhar ambulatorialmente por 3 meses. Se após esse período, não desenvolver sintomas, repetir a prova tuberculínica e indicar a profilaxia, se houver incremento de 10 mm na prova tuberculínica.
- D) Avaliar o grau de exposição, a infectividade do caso índice e os fatores imunológicos desse paciente que poderiam aumentar seu risco de desenvolver tuberculose ativa. Observar por 6 meses e só indicar a profilaxia, se a prova tuberculínica se mantivesse maior ou igual a 5 mm após esse período.
- E) Descartar a possibilidade de tuberculose ativa indolente e indicar o uso de rifampicina e isoniazida por 6 meses.

**11. Adolescente do sexo masculino, 17 anos, natural e residente em Agrestina, é encaminhado ao serviço de hematologia em Recife com história de febre irregular, anorexia e perda ponderal de 8 kg nos últimos 4 meses. A genitora relata, ainda, diarreia intermitente, sangramento gengival frequente e um internamento por pneumonia, tratada com antibióticos há 40 dias. Ao exame, estava emagrecido, baixo para a idade, cabelos finos e quebradiços, hipocorado 2+/4, com edema 1+/4+ em membros inferiores, apresentando micropoliadenopatia cervical e axilar bilateral, sopro pancardíaco 2+/6, abdome distendido com fígado palpável a 5 cm do RCD e baço palpável a 8 cm do RCE, sem sinais de ascite ou circulação colateral. Temperatura axilar 37,9°C; PA 98 x 76 mm Hg; FC 112 bpm; FR 16 ipm. O hemograma da triagem mostrava pancitopenia.**

**O exame que permitiria o diagnóstico diferencial e autorizaria o início de tratamento desse caso é o seguinte:**

- A) biópsia de linfonodo com coloração por método Grocott.
- B) reação intradérmica de Montenegro.
- C) parasitológico de fezes e hemocultura.
- D) aspirado de medula óssea corado por Giemsa.
- E) sorologia por método Elisa.

**12. Paciente de 18 anos, do sexo masculino, procura serviço médico com quadro de febre, cefaleia, mialgia e diarreia aguda seguida de constipação intestinal há 6 dias. Relatou que o quadro surgiu cerca de 6 semanas após exposição a águas naturais num rio, na ilha de Itamaracá. Na ocasião, havia apresentado apenas lesões micropapulares e pruriginosas no corpo, no dia seguinte à exposição, que melhorou sem tratamento específico. Outros amigos também apresentaram sintomas semelhantes. O hemograma mostrou leucocitose com eosinofilia acentuada.**

**A suspeita diagnóstica pode ser comprovada por meio de**

- A) coprocultura.
- B) exame parasitológico de fezes.
- C) hemocultura.
- D) intradermorreação.
- E) aspirado de medula óssea.

**13. Professora de ensino médio, 30 anos, procura ambulatório de clínica médica, por apresentar perda de peso, astenia e odinofagia nas últimas semanas. Referia ter sido atendida em serviço de emergência onde foi diagnosticada com monilíase oral e tratada com nistatina com melhora da odinofagia, porém com recorrência. Trazia hemograma que mostrava 3.200 leucócitos (68% de segmentados, 12% linfócitos, 1% eosinófilos e 9% monócitos), hemoglobina de 9,8 g/dl e plaquetas de 102.000. Ao exame, estava emagrecida, com pele ressecada e apresentando onicomiose em algumas unhas dos pés. Abdome depressível, indolor e com baço palpável a 2cm abaixo do rebordo costal esquerdo. Também apresentava aumento de linfonodos em região cervical e inguinal.**

**Qual(ais) exame(s) deve(m) ser solicitado(s) e que conduta deve ser instituída para esse caso?**

- A) Mielograma, dosagem de DHL, cálcio e eletroforese de proteínas. Encaminhar ao hematologista.
- B) Mieograma e imunofenotipagem. Encaminhar ao hematologista.
- C) Tomografia de tórax e abdome, além de mielograma. Encaminhar ao hematologista.
- D) Sorologia para HIV e contagem de linfócitos CD4. Encaminhar ao infectologista.
- E) Dosagem de imunoglobulinas, complemento e linfócitos CD4. Encaminhar ao imunologista.

14. No final do mês de dezembro de 2019, uma série de casos de pneumonia de origem desconhecida foi identificada na província de Hubei, em Wuhan, na China continental. Muitos pacientes se dirigiram, de forma simultânea, a diversos hospitais da localidade, exibindo importante sintomatologia respiratória, que era semelhante a um quadro viral, com febre e tosse seca e imagens radiológicas incompatíveis com aquelas de uma pneumonia viral comum ou mesmo de uma pneumonia de origem bacteriana. Pouco tempo depois, identificou-se o Coronavírus SARS-CoV-2 como agente etiológico dessa doença.

Com relação à infecção pelo SARS-CoV-2, analise as afirmativas abaixo:

- I. As principais medidas de prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2 são: distanciamento social, higienização das mãos, uso de máscara, sem identificação precoce e isolamento dos casos infectados.
- II. Todo indivíduo que apresente pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos deve ser internado, testado para SARS-CoV-2 e seus contactantes, isolados.
- III. Indivíduos com infecção confirmada para SARS-CoV-2 devem ficar 10 dias em isolamento respiratório e de contato, sendo recomendável repetir o RT-PCR ou sorologia após esse período para indicar o retorno às atividades habituais.
- IV. O único tratamento com comprovação científica no combate à infecção pelo SARS-CoV-2 é o uso de corticoide na fase inicial da infecção (primeiros 5 dias de sintomas), para evitar a resposta inflamatória exacerbada.

Está **INCORRETO**, apenas, o que se afirma em

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

15. Paciente de 40 anos se apresenta na emergência, com história de febre, astenia, anorexia e dor abdominal há 3 semanas. Estava usando analgésicos em casa com melhora parcial dos sintomas. Há 3 dias, iniciou vômitos e piora da dor abdominal. Ao exame, estava febril, taquicárdico, com dor à palpação de abdome superior e murmúrio vesicular diminuído em base direita. Foram realizados exames que mostraram 23.800 leucócitos (80% de segmentados e 7 bastões), hemoglobina de 13,7 g/dl, plaquetas de 368.000; Ureia de 79 mg/dl; creatinina de 1,2 mg/dl; AST: 112 UI/L; ALT: 108 UI/L; DHL 876 UI/L. Radiografia de tórax mostrava leve aumento da cúpula diafragmática direita e apagamento do seio costofrênico direito.

Assinale a alternativa que indica o diagnóstico e a conduta mais adequada para esse caso.

- A) Pneumonia bacteriana. Internar, solicitar tomografia de tórax sem contraste e iniciar piperacilina/tazobactam.
- B) Pielonefrite. Prescrever ciprofloxacina oral para tratamento ambulatorial.
- C) Abscesso hepático. Internar, solicitar ultrassonografia ou tomografia de abdome e iniciar ceftriaxone e metronidazol.
- D) Tuberculose pleural. Solicitar tomografia de tórax sem contraste e iniciar tuberculostáticos e corticoide.
- E) Tumor de cólon em ângulo hepático. Solicitar tomografia de abdome com contraste e encaminhar ao ambulatório de cirurgia oncológica.

16. Com relação à Sífilis, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Os testes não treponêmicos são os primeiros a apresentar resultado reagente após a infecção, sendo comuns na sífilis primária resultados reagentes em um teste não treponêmico e não reagentes em um teste treponêmico.
- B) O VDRL pode ser falso-positivo em pacientes idosos, portadores de lúpus, hanseníase, hepatites virais crônicas e síndrome antifosfolípídicas.
- C) Testes específicos para detecção de anticorpos anti-T. pallidum do tipo IgM apresentam boa sensibilidade (>87%) e devem ser utilizados nos casos de suspeita de infecção aguda pelo Treponema.
- D) Para evitar a exposição desnecessária e o risco de resistência à penicilina na população vulnerável à sífilis, o Ministério da Saúde só recomenda o tratamento da sífilis na presença de VDRL positivo e com titulação de 1:16 ou maior.
- E) O seguimento após o tratamento da sífilis deve ser feito com titulação dos níveis de VDRL e do FTA-Abs até a sua negatificação.

**17. Sobre a infecção pelo HIV, seu diagnóstico e tratamento, analise as afirmativas abaixo:**

- I. A síndrome retroviral aguda pode se manifestar com febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia que desaparecem em 3 a 4 semanas.
- II. Oferecer a testagem para o HIV e outras IST durante avaliações de rotina, mesmo na ausência de sintomas, em especial à população jovem, não deve ser conduta praticada no SUS, por gerar medo e preconceito nos pacientes e contribuir para seu distanciamento do sistema de saúde.
- III. A tuberculose deve ser investigada em todas as consultas de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), uma vez que é considerada a principal causa de óbito por doença infecciosa nessa população.
- IV. O início imediato da TARV está recomendado para todas as PVHIV, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico.

**Está CORRETO o que se afirma em**

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

**18. Um adolescente, previamente hígido, se apresentou ao serviço de emergência, com quadro de febre, cefaleia de forte intensidade, náuseas e vômitos, associado à rigidez de nuca há 2 dias. Negava outros sintomas e dizia estar bem até o início destes. Ao exame, apresenta bom estado geral, eupneico, fácies de dor, desidratado 1+/4+, afebril, consciente e orientado. Exame clínico, incluindo o neurológico que é normal, exceto por rigidez de nuca. É realizado hemograma que mostra 12.700 leucócitos (53% de segmentados, 42% de linfócitos, 02 eosinófilos e 08 monócitos), hemoglobina de 13,9, plaquetas de 480.000. A hipótese diagnóstica de meningite é levantada.**

**Qual resultado de exame de líquor deve ser mais compatível com o quadro clínico e laboratorial desse paciente?**

- A) Celularidade: 1670 céls/mm<sup>3</sup> (95% polimorfonucleares/5% linfomononucleares); Glicorraquia 8 mg%; Proteinorraquia 130 mg%, bacterioscopia com diplococos Gram positivos.
- B) Celularidade: 720 céls/mm<sup>3</sup> (15% polimorfonucleares/85% linfomononucleares); Glicorraquia 10 mg%; Proteinorraquia 320 mg%, bacterioscopia e tinta da China negativos.
- C) Celularidade: 380 céls/mm<sup>3</sup> (3% polimorfonucleares/97% linfomononucleares); Glicorraquia 15 mg%; Proteinorraquia 250 mg%, bacterioscopia negativa e tinta da China positiva.
- D) Celularidade: 3 céls/mm<sup>3</sup> (100% linfomononucleares); Glicorraquia 60 mg%; Proteinorraquia 30 mg%, bacterioscopia com Ziehl Neelsen positivo e tinta da China negativa.
- E) Celularidade: 370 céls/mm<sup>3</sup> (02% polimorfonucleares/98% linfomononucleares); Glicorraquia 51 mg%; Proteinorraquia 78 mg%, bacterioscopia negativa, tinta da China negativa.

**19. Paciente de 57 anos, hipertenso e diabético, militar aposentado, procura um serviço médico com queixas de dores lombares cuja irradiação se estende para a face posterior da coxa direita. Realiza uma ressonância magnética de coluna toracolombar que mostra hérnia discal com compressão de raízes nervosas e uma espondilodiscite de T12 a L2. É submetido a tratamento cirúrgico com melhora do quadro algico. Dois meses depois, volta a apresentar dores lombares de moderada intensidade. É prescrito fisioterapia motora e analgésicos sem melhora. Uma nova Ressonância de coluna toracolombar mostra alteração de sinal em T2 na topografia da cirurgia e uma pequena coleção próxima aos corpos vertebrais de T12 e L1. É internado com hipótese de osteomielite e submetido a tratamento com ciprofloxacina e clindamicina injetável, não havendo indicação de abordagem cirúrgica pela equipe médica. Mantém quadro de dor importante, necessitando usar morfina em algumas ocasiões para controle da dor. Uma nova ressonância de coluna mostra as mesmas alterações da anterior, sem formação de novas coleções. O paciente começa a ter febre irregular, e decide-se trocar o esquema de antibiótico para cefepime e vancomicina. Dois dias após o novo esquema, o paciente apresenta rash cutâneo importante, e a suspensão dos antibióticos se faz necessária. Após o uso de corticoide e anti-histamínico, o paciente apresenta melhora da reação cutânea e da dor. É definido, em visita médica, o início de meropenem e linezolida por 4 semanas. O paciente aceita bem o novo tratamento, melhora das dores, porém mantém quadro febril irregular e alterações de provas inflamatórias de PCR e VSH. Diante desse caso, a melhor conduta a ser tomada é a seguinte:**

- A) Realizar limpeza cirúrgica e biópsia óssea, com coleta de material para cultura de bactérias, fungos, micobactérias e pesquisa molecular de *Micobacterium tuberculosis*.
- B) Manter esquema de antibióticos atuais por mais duas semanas e dar alta ao paciente.
- C) Submeter o paciente à punção biópsia do corpo vertebral para descartar doença neoplásica e associar ao esquema antimicrobiano o fluconazol e a ampicacina.
- D) Manter tratamento clínico e associar rifampicina ao esquema antibiótico. Após completar 6 semanas de linezolida e meropenem, manter rifampicina e sulfametoxazol/trimetoprim orais por mais 3 meses, ambulatorialmente.
- E) Manter o esquema de antibiótico atual e submeter o paciente, apenas, à limpeza cirúrgica com raspagem óssea do local operado.

20. Um homem de 47 anos, portador de cirrose por vírus B e álcool, apresenta aumento do volume abdominal há 5 dias, acompanhado de dor difusa, de moderada intensidade há 3 dias e sonolência há 1 dia. Ao exame, apresenta pulso = 102 bpm, PA = 90 × 50 mmHg, T = 37,9°C e abdome ascítico e doloroso difusamente. Está icterício e com flapping. É realizada uma paracentese que mostra a presença 320 células polimorfonucleares, coloração pelo Gram, sem evidenciar bactérias no líquido ascítico e uma relação entre albumina sérica e albumina no líquido ascítico de 1,7.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Trata-se de um caso de peritonite bacteriana secundária. Deve-se iniciar ceftriaxone e metronidazol após coleta de hemo e uroculturas e indicar laparoscopia de urgência.
- B) É um quadro típico de cirrose e peritonite bacteriana espontânea. Deve-se iniciar ceftriaxone e suporte intensivo ao paciente.
- C) Consiste em um quadro de peritonite tuberculosa. Deve-se estabilizar o quadro hepático e iniciar tuberculostáticos, assim que houver melhora do quadro de encefalopatia.
- D) Trata-se de um quadro de peritonite bacteriana espontânea. Deve-se iniciar ceftriaxone, diurético e uso de albumina para evitar insuficiência renal aguda.
- E) É um caso de peritonite carcinomatosa em paciente com cirrose. Deve-se estabilizar o paciente e submetê-lo à laparoscopia com biópsia de peritônio.

---

21. Uma paciente de 58 anos, obesa, porém assintomática, foi submetida à colonoscopia de rotina como *screening* de câncer de cólon, que demonstrou a presença de múltiplos divertículos em sigmoide.

Com relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A paciente, como tem doença diverticular dos cólons, deve ser orientada a perder peso e praticar atividades físicas regulares para reduzir o risco de desenvolver diverticulite.
- B) A paciente deve ser orientada a manter vigilância, pois apresenta cerca de 60% de chance de desenvolver um episódio de diverticulite aguda ao longo da vida.
- C) Deve-se evitar o consumo de grãos e frutas com sementes, pois esse hábito aumenta o risco de desenvolver episódios de diverticulite aguda.
- D) O consumo regular de fibras na dieta parece reduzir o risco de desenvolver episódios de diverticulite aguda.
- E) Os divertículos de sigmoide estão associados a elevado risco de sangramento.

---

22. Uma paciente de 58 anos procurou o ambulatório para investigar algumas alterações de enzimas hepáticas detectadas em exame de rotina: AST 55 U/L (VN até 40) – ALT 60 U/L (VN até 45) – FA 784 U/L (VN até 300) – GGT 387 U/L (VN até 31) – BT 0,8 mg/dL. Nega sintomas digestivos, mas refere prurido cutâneo há três anos.

Dentre os marcadores sorológicos abaixo relacionados, qual seria mais útil para elucidação diagnóstica nesse caso?

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

---

23. Um paciente de 30 anos procurou a emergência com história de melena há 48 horas. Foi submetido à endoscopia que revelou uma úlcera duodenal ativa recoberta por fibrina, sem estigmas de sangramento, medindo cerca de 1,5cm.

O que o endoscopista deve fazer?

- A) Não biopsiar a úlcera devido ao elevado risco de ressangramento.
- B) Biopsiar as bordas da úlcera para pesquisa do *Helicobacter pylori*.
- C) Biopsiar o antro para pesquisa do *Helicobacter pylori*.
- D) Biopsiar as bordas da úlcera e o antro.
- E) Infiltrar as bordas da úlcera com solução de adrenalina para reduzir os riscos de ressangramento.

**24. Um paciente de 42 anos procurou o ambulatório para investigação de diarreia líquida há oito meses, apresentando cerca de três evacuações ao dia, sem muco ou sangue, de consistência ora pastosa, ora líquida. Nega febre e perda de peso. Realizou colonoscopia com achado macroscópico normal, mas a biópsia mostrou infiltrado linfocitário da lâmina própria e espessamento da basal com depósito hialino. Tem histórico de depressão e dispepsia, para as quais usa escitalopram e pantoprazol.**

**Com relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Devido ao histórico de transtorno de humor e dispepsia crônica, provavelmente se trata de síndrome do intestino irritável.
- B) Paciente deve suspender o escitalopram e o inibidor de bomba de prótons, antes de iniciar qualquer medicação para o quadro diarreico.
- C) A melhor conduta é o início de prednisona na dose de 1mg/kg/dia.
- D) O paciente deve se submeter à dieta de exclusão, suspendendo vários alimentos associados a quadros alérgicos, a exemplo do leite, amendoim e trigo.
- E) Caso os sintomas não regridam com as medidas não farmacológicas, o paciente deve ser tratado com mesalazina.

**25. Cerca de seis meses após uma proctocolectomia total com bolsa ileal, um paciente de 19 anos, portador de retocolite ulcerativa, voltou a apresentar diarreia com raios de sangue. Exame endoscópico mostrou processo inflamatório na bolsa, com algumas erosões.**

**Sobre o caso descrito, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O risco de recorrência da retocolite na bolsa é muito elevado, sendo preferível que esses pacientes fiquem com ileostomia definitiva.
- B) A recorrência da doença no intestino delgado sugere que houve um equívoco diagnóstico e que o paciente, na verdade, era portador de doença de Crohn.
- C) O uso de probióticos, embora efetivo na profilaxia, não tem papel no tratamento desses casos.
- D) Os episódios agudos devem ser tratados agressivamente, pois a forma recorrente exigirá a ressecção da bolsa.
- E) A melhor opção terapêutica nesse momento é o uso de ciprofloxacina por 14 dias.

**26. São complicações relacionadas ao uso de biológicos anti-TNF no tratamento das doenças inflamatórias intestinais todas as citadas abaixo, EXCETO**

- A) Psoríase.
- B) Teratogenicidade.
- C) Reativação de hepatite B.
- D) Formas graves e atípicas de tuberculose.
- E) Lúpus induzido por droga.

**27. Uma paciente jovem assintomática realizou ultrassonografia abdominal como parte de avaliação antes de iniciar tratamento para esterilidade, que revelou nódulo hiperecoico no lobo direito do fígado, medindo 2,4 cm. Foi submetida à ressonância magnética, que revelou um nódulo marcadamente hiperintenso nas sequências ponderadas em T2, que sofria realce globuliforme periférico e descontínuo pelo contraste, com homogeneização tardia.**

**Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Hemangioma hepático
- B) Adenoma hepático
- C) Hiperplasia nodular focal
- D) Cisto hepático
- E) Carcinoma hepatocelular

**28. Com relação à questão 27, que orientação você enviaria para o colega obstetra?**

- A) Paciente com risco elevado de desenvolver complicações hepáticas durante a gestação deve evitá-la e manter vigilância rigorosa com exames ultrassonográficos mensais.
- B) Paciente deverá ser submetida à embolização transarterial da lesão, antes de realizar o tratamento da esterilidade.
- C) A paciente poderá engravidar, mantendo vigilância, mas devem-se evitar doses elevadas de estrogênio durante o tratamento da esterilidade.
- D) A paciente deverá ser encaminhada ao cirurgião, para avaliar a necessidade de ressecar a lesão antes do tratamento da esterilidade.
- E) Não há riscos especiais nesse caso, e o tratamento da esterilidade e a gestação não necessitarão de cuidados adicionais.

**29. Uma gestante no curso da 30ª semana passa a apresentar prurido generalizado, mais intenso em regiões palmo-plantares. Os exames laboratoriais revelaram: AST 58 U/L (VN até 35); ALT 64 U/L (VN até 40); FA 900 U/L (VN até 300); GGT 25 U/L (VN até 35) e BT 0,8 mg/dL.**

**Com relação a esse caso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A paciente deverá ser tratada com ácido ursodesoxicólico que levará à melhora do prurido e do prognóstico fetal.
- B) A paciente está em risco elevado de morbimortalidade, e a interrupção da gestação deve ser programada para os próximos dias.
- C) O prurido e as alterações laboratoriais deverão regredir nos primeiros dias pós-parto.
- D) Existe risco de 60 a 70% de recorrência da condição em gestações futuras, devendo, então, se recomendar a esterilização cirúrgica no pós-parto.
- E) Não existe aumento do risco de morbimortalidade fetal nesses casos.

**30. Qual deve ser o tratamento de escolha para um paciente cirrótico Child A, com hipertensão porta e um carcinoma hepatocelular de 3,0 cm no lobo direito que invade o tronco da veia porta?**

- A) Quimioembolização transarterial
- B) Transplante hepático
- C) Quimioterapia sistêmica com doxorubicina e cisplatina
- D) Terapia sistêmica com sorafenib ou atezolizumab/bevacizumab
- E) Ressecção cirúrgica

**31. Sobre a semiologia do diagnóstico diferencial de disfagia, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A disfagia secundária à dismotilidade esofágica costuma ser intermitente e acarretar dificuldade para deglutição de líquidos e sólidos desde o início do quadro.
- B) Disfagia que vem acompanhada de engasgos, tosse e regurgitação nasal geralmente é de origem orofaríngea e, na maioria das vezes, secundária a quadros neurológicos.
- C) Episódios recorrentes de impactação alimentar em pacientes jovens sugerem o diagnóstico de esofagite eosinofílica.
- D) Sensação de “entalo” sem dificuldade para deglutição, associada a pigarro, é sugestiva de globo faríngeo, comumente secundário à doença do refluxo gastroesofágico.
- E) Quadros obstrutivos por neoplasia de esôfago costumam se iniciar com dificuldade para deglutição de líquidos e sólidos e progredir rapidamente.

**32. Um paciente de 18 anos, portador de colite de Crohn foi admitido no hospital, com história de piora da diarreia e dor perianal. Vinha em uso de azatioprina 100mg/dia e prednisona 20 mg/dia. À inspeção da região perianal, observam-se vários orifícios fistulosos, alguns deles com drenagem de secreção purulenta.**

**Qual a conduta recomendada nesse momento?**

- A) Aumentar dose da prednisona para 1mg/kg/dia.
- B) Trocar o corticoide para endovenoso.
- C) Iniciar esquema de indução com infliximab, na dose de 5mg/kg/dose nas semanas 0, 2 e 6 e depois manter a cada oito semanas.
- D) Solicitar ressonância magnética de pelve com protocolo para fístulas.
- E) Aumentar dose da azatioprina para 150mg/dia.

**33. Um paciente de 80 anos refere queixas de crises recorrentes de dor abdominal alta nos últimos seis meses. Em algumas dessas crises, chegou a ter febre e calafrios, mas nega icterícia e colúria. Como antecedentes, relatava consumo alcoólico diário no passado, estando abstinente há 10 anos, hipertensão controlada com losartan e passado de colecistectomia laparoscópica há cinco anos. A tabela abaixo mostra a evolução dos exames bioquímicos nos últimos meses. A ultrassonografia mostrou um fígado de volume normal, com textura heterogênea e sem dilatação de vias biliares.**

	AST (VN até 35)	ALT (VN até 40)	GGT (VN até 35)	FA (VN até 300)	Amilase (VN até 100)
<b>Durante crise</b>	180	220	960	720	110
<b>Uma semana após</b>	70	95	680	496	80

<b>Nova crise</b>	160	208	1048	820	96
<b>Sem sintomas</b>	56	60	238	380	85

Com relação ao quadro descrito, que exame seria mais útil para elucidação do diagnóstico?

- A) Anti-HCV
- B) Colangiografia por ressonância magnética
- C) Tomografia computadorizada com contraste para visualização do pâncreas
- D) Endoscopia digestiva alta
- E) Duodenoscopia para visualização da papila

**34. Um paciente cirrótico por álcool chegou ao hospital, com hemorragia digestiva possivelmente varicosa. À admissão, apresentava ascite, discreta hipotensão postural, com nível de consciência preservado e Hb 9,2 g/dL. Com relação às medidas abaixo descritas, qual NÃO estaria indicada nesse momento?**

- A) Terlipressina
- B) Endoscopia digestiva alta nas primeiras 12 horas após a admissão
- C) Transfusão de duas unidades de concentrado de hemácias
- D) Expansão volêmica com soro fisiológico
- E) Ceftriaxone

**35. Um paciente que era portador do vírus C, genótipo 3, com fibrose já avançada (F3) obteve cura virológica após tratamento com sofosbuvir e daclatasvir. Que orientação deve ser dada a ele?**

- A) Repetir o HCV-RNA anualmente pelos próximos cinco anos, devido à elevada taxa de recidiva da infecção após a suspensão do tratamento.
- B) Alta do acompanhamento ambulatorial.
- C) Manter ribavirina por seis meses após o tratamento antiviral para prevenir a recidiva da infecção.
- D) Retornar ao hepatologista, caso vá precisar fazer algum tratamento imunossupressor devido ao risco de reativação da doença nessas situações.
- E) Manter *screening* semestral para carcinoma hepatocelular com ultrassonografia e dosagem de alfa fetoproteína por tempo indeterminado.

**36. Uma paciente de 40 anos procurou o ambulatório para avaliação de elevação de enzimas hepáticas. Trazia vários exames realizados nos últimos quatro meses que mostravam elevação persistente de aminotransferases, entre quatro e cinco vezes acima do limite superior da normalidade (LSN). Os níveis de fosfatase alcalina eram normais, e a gamaGT, discretamente tocada. Dentre os demais exames, trazia sorologias virais negativas, com IgG em torno de duas vezes o LSN e FAN positivo. Qual, dentre as drogas abaixo relacionadas, poderia causar um quadro como esse?**

- A) Nitrofurantóina
- B) Clorpromazina
- C) Isoniazida
- D) Halotano
- E) Anticoncepcional oral

**37. São complicações possíveis da pancreatite crônica todas as citadas abaixo, EXCETO**

- A) varizes gástricas.
- B) osteoporose.
- C) hemossuco pancreático.
- D) adenocarcinoma de pâncreas.
- E) neoplasia mucinosa intraductal papilar (IPMN).

**38. Um jovem de 18 anos foi diagnosticado como portador do vírus da hepatite B, de aquisição provavelmente via transmissão materno-fetal. Seus exames mostram HBsAg positivo, HBeAg positivo, enzimas hepáticas normais e carga viral de 2.000.000 UI/mL.**

**Assinale a alternativa CORRETA com relação a esse caso.**

- A) O paciente é portador de hepatite crônica B replicativa e, por ser jovem, deve ser tratado com interferon peguilado, já que é um tratamento com duração finita.
- B) O paciente é portador de hepatite crônica B replicativa e, por apresentar carga viral elevada, o que reduz a chance de resposta ao interferon, deve ser tratado com tenofovir até a negatificação da carga viral.
- C) O paciente está na fase de imunotolerância e não deve ser tratado no momento, devendo ser reavaliado periodicamente.
- D) O paciente é portador de hepatite crônica B replicativa e, por apresentar carga viral elevada, o que reduz a chance de resposta ao interferon, deve ser tratado com tenofovir até a soroconversão de HBeAg para anti-HBe.
- E) O paciente está na fase de imunotolerância e deve ser tratado com tenofovir para reduzir o risco de carcinoma hepatocelular.

**39. Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são uma das classes de drogas mais utilizadas no mundo.**

**São complicações comprovadas do uso de IBPs todas as citadas abaixo, EXCETO**

- A) tumor carcinoide gástrico.
- B) nefrite intersticial aguda.
- C) hipomagnesemia.
- D) deficiência de vitamina B12.
- E) diarreia por *Clostridium difficile*.

**40. O que define o carcinoma gástrico *in situ*?**

- A) Infiltração limitada à submucosa
- B) Ausência de acometimento linfonodal
- C) Ulceração menor que 1,0 cm
- D) Tumor intraepitelial sem invasão da lâmina própria
- E) Localização em lesão polipoide cuja base está livre de neoplasia

**41. Em relação aos agonistas do GLP-1(AGLP-1) e dos inibidores de SGLT2(ISGLT2), é INCORRETO afirmar que**

- A) os estudos EMPA-REG, CANVAS e DECLARE que avaliaram o risco cardiovascular dos inibidores do SGLT-2 demonstraram diminuição das internações hospitalares por insuficiência cardíaca.
- B) na presença de doença renal crônica com RFG 30–60 mL/min [1.73 m], os ISGLT2 devem ser priorizados.
- C) os AGLP-1 reduzem eventos cardiovasculares como efeito de classe.
- D) o estudo DAPA-HF mostrou redução de eventos cardiovasculares e internações hospitalares em pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFÉR), mesmo sem diabetes, com o uso da dapaglifozina.
- E) o estudo DAPA-CKD mostrou que a dapaglifozina melhorou a função renal, reduziu os eventos cardiovasculares e a mortalidade em diabéticos e não diabéticos.

**42. Em relação ao Hiperparatiroidismo Primário (HPP), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Os marcadores séricos e urinários de remodelação óssea são úteis para o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário.
- B) Queixas, como fraqueza, fadiga, apatia, problemas de concentração e alterações em testes neuropsiquiátricos, podem ser encontradas nas formas leve do hiperparatiroidismo primário.
- C) Níveis inapropriadamente normais de PTH na presença de hipercalcemia são fortemente sugestivos de HPP.
- D) Os achados anatomopatológicos, na maioria dos casos de HPP (80-85%), correspondem a adenoma único de paratireoide.
- E) Nos casos assintomáticos de HPP, há indicação cirúrgica, se taxa de filtração glomerular < 60 ml/min.

**43. Mulher, 32 anos, com forte suspeita clínica de Retocolite ulcerativa idiopática (RCUI). Assinale a alternativa que indica o exame que tem valor diagnóstico para o caso descrito.**

- A) P-Anca
- B) VHS
- C) Lactoferrina fecal
- D) Proteína C reativa
- E) Anticorpo anti-DNA

**44. Homem com 53 anos, etilista, com hepatopatia crônica, apresentando a saturação da transferrina de 52% e a ferritina 1300 ng/ml; suspeita-se de hemocromatose hereditária (HH).**

**Sobre isso, assinale a afirmativa INCORRETA.**

- A) Carcinoma hepatocelular primário do fígado é uma complicação comum em pacientes com hemocromatose e cirrose.
- B) Os primeiros exames a serem realizados após a suspeita clínica de HH são: ferritina sérica e saturação de transferrina.
- C) Hipogonadismo e artropatia desaparecem com o tratamento da hemocromatose.
- D) A flebotomia ou sangria terapêutica é um dos procedimentos mais eficazes e seguros para o tratamento da HH.
- E) As mutações associadas à hemocromatose são, principalmente, no gene HFE, como a homozigose C282Y e heterozigose C282Y/H63D.

---

**45. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Teoflina e os bloqueadores de canais de cálcio podem agravar os sintomas.
- B) A endoscopia digestiva alta pode ser normal, e isso não descarta a existência da DRGE.
- C) O sintoma mais proeminente de DRGE é a queimação retroesternal, com ou sem regurgitação do conteúdo gástrico para a boca.
- D) Pacientes com manifestações atípicas podem não apresentar sintomas típicos do refluxo.
- E) A erradicação do *Helicobacter pylori* é obrigatória.

---

**46. Um paciente cirrótico de 55 anos foi atendido em um hospital regional, após o primeiro episódio de hematêmese, que teve início há 3 horas. A pressão arterial e a frequência cardíaca registradas foram de 100 mmHg × 70 mmHg e 94 bpm, respectivamente.**

**Na suspeita de uma hemorragia digestiva alta varicosa nesse paciente, qual alternativa está INCORRETA?**

- A) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada, o mais breve possível, dentro de 12h após a admissão.
- B) A antibioticoprofilaxia deve ser iniciada após a alta hospitalar, sendo recomendado período de tratamento de 7 dias.
- C) Deve-se iniciar o emprego de vasoconstrictores esplâncnicos o mais precocemente possível em pacientes sob suspeita de hemorragia varicosa, antes mesmo da realização de exame endoscópico e deverá ser mantido por cinco dias.
- D) A ligadura elástica (LE) permanece como a melhor opção de terapêutica endoscópica para varizes esofágicas.
- E) A ressuscitação volêmica deve ser criteriosa, almejando manter a estabilidade hemodinâmica (evitando a hipervolemia).

---

**47. Em relação à hepatite alcoólica aguda (HAA), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A função discriminante de Madrey (FDM) considera o tempo de protrombina, a bilirrubina e creatinina.
- B) O quadro clínico típico da HAA caracteriza-se por icterícia de início súbito, febre, taquicardia, anorexia, náuseas, vômitos, ascite e hepatomegalia dolorosa.
- C) Há elevação nos níveis das transaminases inferiores a 300 a 500 U/L, com aspartato aminotransferase (AST) tipicamente maior que a alanina aminotransferase (ALT), resultando em uma proporção AST/ALT maior que 2.
- D) A abstinência alcoólica é óbvia e obrigatória; melhora o prognóstico, as lesões histológicas; diminui a pressão portal, a progressão para a cirrose e melhora a sobrevivência em todas as fases da HAA.
- E) O corticoide é indicado somente em casos de hepatite alcoólica grave, definida como função discriminante de Maddrey maior ou igual a 32 (ou MELD=21) e/ou encefalopatia hepática, na ausência de infecção ativa, síndrome hepatorenal, infecção crônica pelo vírus da hepatite B e hemorragia gastrointestinal.

---

**48. Em relação às úlceras pépticas, todas as alternativas estão corretas, EXCETO:**

- A) os principais fatores etiológicos das úlceras gástricas são a infecção pelo *Helicobacter pylori* e o uso de anti-inflamatórios não hormonais.
  - B) são fatores de risco para a complicação gastrointestinal por AINES: idade maior que sessenta anos, doença ulcerosa pregressa e uso de anticoagulantes.
  - C) as úlceras gástricas devem sempre ser investigadas para câncer por meio de biópsia.
  - D) a associação com o *Helicobacter pylori* é maior na úlcera gástrica que na úlcera duodenal.
  - E) a maioria das úlceras duodenais se localiza na parede anterior do bulbo duodenal.
-

**49. A sepse é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo, produzidas por uma infecção. A morbimortalidade associada à doença chega a 50% dos casos no Brasil, revelando a importância de reforçarmos as recomendações mais atuais de manejo da doença.**

**Em relação à sepse, é INCORRETO afirmar que**

- A) níveis elevados de lactato sérico ( $\geq 4\text{mmol/L}$ ) indicam hipoperfusão, mesmo em pacientes sem hipotensão.
  - B) oligúria aguda (débito urinário  $< 0,5\text{ml/Kg/h}$  por 2 horas, a despeito de reposição volêmica adequada), indica disfunção orgânica.
  - C) as recomendações para o tratamento do choque séptico incluem a realização, na primeira hora de diagnóstico, de antibioticoterapia de amplo espectro, preferencialmente dirigida para o foco e o agente infeccioso.
  - D) qSOFA (quick SOFA) consiste em critérios clínicos e laboratoriais mensuráveis à beira do leito (Glasgow  $\leq 15$ ; Pressão sistólica  $\leq 100\text{mmHg}$  e Frequência cardíaca  $\geq 100\text{ bpm}$ ).
  - E) a ressuscitação volêmica com solução cristalóide a  $30\text{mL/Kg}$  deve ser realizada, nas primeiras 3 horas, em pacientes com hipotensão.
- 

**50. Em relação à estratificação do risco cardiovascular de acordo com a Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2019, assinale a alternativa que indica qual paciente sem tratamento hipolipemiante apresenta risco muito alto.**

- A) Taxa de Filtração Glomerular  $< 60\text{ mL/min}$ , em fase não dialítica
  - B) Escore de cálcio arterial coronariano CAC  $> 100\text{ U Agatston}$
  - C) Indivíduo que apresente doença aterosclerótica significativa (obstrução  $\geq 50\%$ ) com ou sem eventos clínicos em território: (coronária, cerebrovascular, vascular periférica).
  - D) Aneurisma de aorta abdominal
  - E) Paciente com LDL-c  $\geq 160\text{ mg/dL}$
-



**GRUPO 19**  
**- HEPATOLOGIA -**