





**01. Um paciente de 57 anos, portador de infecção por HIV há mais de 9 anos, em uso regular de antirretrovirais e com a infecção sob controle (carga viral indetectável e CD4 de 390 céls/mm<sup>3</sup>), chega ao serviço de emergência com queixas de tosse produtiva, febre alta e dor torácica há 2 semanas. Nos últimos 5 dias, piorou do quadro com dispneia aos pequenos esforços e astenia intensa. Exames realizados mostraram: radiografia de tórax com imagem hipotransparente em todo hemitórax esquerdo; leucograma de 16.800 (82% segmentados, 3% eosinófilos, 10% linfócitos e 5% monócitos); Ureia de 89 mg/dl; creatinina de 1.7 mg/dl; potássio de 4,8 mEq/l; AST: 92 U/L; ALT: 104 U/L.**

**Diante do quadro acima, qual a hipótese diagnóstica mais provável e quais os exames complementares a serem realizados?**

- A) Pneumonia atípica. Realizar PCR para *Mycoplasma* e *Ureaplasma* em escarro.
- B) Pneumocistose. Coletar escarro e realizar cultura para fungo e pesquisa direta.
- C) Pneumonia por Citomegalovírus. Realizar PCR para CMV em amostra de sangue.
- D) Tuberculose pleuropulmonar. Realizar Genexpert, baciloscopia e cultura para *Micobacterium tuberculosis* em escarro.
- E) Infecção por Coronavírus. Realizar PCR de escarro e teste rápido para Covid por swab nasal.

**02. Uma mulher, 49 anos, se apresenta ao serviço médico com queixas de que há 02 meses apareceu lesão papulonodular em sua face, próximo ao olho esquerdo que evoluiu para uma ulceração com secreção amarelada, indolor. Além dessa lesão, apareceu cerca de 2 semanas após, lesões em membro inferior esquerdo contíguas, ascendentes, algumas ulceradas e outras nodulares com base hiperemiada. Na investigação do caso, foi constatado que seu filho apresentava, também, lesão semelhante em mão e antebraço esquerdo há cerca de 3 semanas e que vinha sendo tratada como impetigo, mas sem resposta ao tratamento. Mãe e filho tinham hábitos de vida saudáveis, vacinação em dia, negavam uso de medicação ou viagem recente. Moravam em área urbana, em casa própria e criavam 2 gatos, um cachorro e um papagaio. Foi optado por realizar biópsia da lesão do membro inferior da mãe e a cultura com micromorfologia da secreção da lesão da face que mostraram respectivamente: granuloma supurativo e fungo em parasitismo; e hifas hialinas delicadas, septadas, ramificadas e conídios ovalados ou arredondados em arranjo de “margarida”, na extremidade de conidióforo.**

**O diagnóstico mais provável para esse caso seria infecção por**

- A) *Strongyloides stercoralis*.
- B) *Sporothrix sp.*
- C) *Leishmania sp.*
- D) *Paracoccidioides brasiliensis*.
- E) *Rhizopus sp.*

**03. Considerando as doenças oportunistas na população infectada pelo HIV, observe as afirmativas abaixo:**

- I.** Lesão cutânea ou mucosa com mais de 2 semanas de evolução, hepatomegalia ou esplenomegalia associada ou não à febre e citopenias indicam situações em que a infecção por *Leishmania* deve ser investigada.
- II.** Os exames sorológicos (imunocromatografia, Elisa e teste de aglutinação direta – DAT) devem ser priorizados para o diagnóstico na população infectada com HIV com contagem de células CD4 menores que 350 céls/mm<sup>3</sup>.
- III.** A reativação da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* na população HIV positiva tem sido descrita com acometimento do sistema nervoso central (SNC), sendo a neurotoxoplasmose e tumores do SNC os principais diagnósticos diferenciais.
- IV.** O principal parâmetro para orientar a introdução e a suspensão da profilaxia nas infecções oportunistas é a contagem de LT-CD4+ e a carga viral detectável.

**Estão CORRETAS**

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

**Leia o caso abaixo e responda as questões de 04, 05 e 06**

Uma paciente do sexo feminino, 27 anos, é admitida no serviço de emergência, com quadro de diarreia aquosa há mais de 30 dias, que piorou na última semana com maior número de evacuações e raios de sangue. Associada a esse quadro, teve perda de peso de mais de 20kg, febre intermitente e há uma semana quadro de tosse seca com dispneia progressiva. Ao exame, estava desidratada, hipocorada, taquipneica e com pulsos filiformes. Aparelho cardiovascular com ritmo regular, frequência cardíaca de 136 bpm, PA: 80 x 40 mmHg. Ausculta pulmonar não apresentava ruídos adventícios ou diminuição de murmúrio vesicular, mas tinha frequência respiratória de 32 ipm. O abdome estava escavado, doloroso difusamente, RHA hiperativos. A cavidade oral apresentava a mucosa oral e dorso de língua recobertos com placas esbranquiçadas e algumas exulcerações em palato duro.

Foram realizados alguns exames que mostraram: Leucograma com 1.230 leucócitos (87% neutrófilos, 11% de monócitos e 3% de linfócitos; Hb: 6,2 g/dl; plaquetas de 53.000; ureia de 98 mg/dl; creatinina de 2,3 mg/dl; AST: 158 U/L; ALT: 97 U/L; Fosfatase alcalina de 395 U/L; amilase: 310 U/L; pH: 7,12, pCO<sub>2</sub>: 27mmHg; pO<sub>2</sub>: 68mmHg; HCO<sub>3</sub>: 7,2 mEq/L; SatO<sub>2</sub>: 81%; lactato: 3,8 mmol/L. Teste rápido para COVID reagente. Teste rápido para HIV reagente. Radiografia de tórax mostrava infiltrado reticular difuso bilateralmente, mais pronunciado em região perihilar, com algumas confluências em terço médio de ambos os pulmões.

**04. Diante do quadro acima, considerando as recomendações de cuidados e precauções para pessoas com exame positivo para COVID-19, até 31 de agosto de 2023, é CORRETO afirmar que**

- A) a paciente deve ser internada, deve-se prescrever nirmatrelvir/ritonavir por 5 dias, isolar a paciente em quarto privativo por 7 dias.
- B) se deve internar a paciente em enfermaria comum, prescrever nirmatrelvir/ritonavir por 5 dias, repetir teste de COVID-19 no último dia de tratamento.
- C) se deve internar a paciente em quarto privativo, mantendo isolamento por 20 dias após o início dos sintomas, prescrever nirmatrelvir/ritonavir por 10 dias e coletar swab nasal para PCR de COVID-19 no último dia de tratamento.
- D) se deve prescrever nirmatrelvir/ritonavir por 5 dias, associada a corticoide, orientar tratamento domiciliar e retorno à emergência apenas em caso de insuficiência respiratória aguda.
- E) se deve internar a paciente em quarto privativo, manter isolamento por 20 dias após início de sintomas, realizar diagnóstico diferencial para o quadro clínico. O isolamento pode ser suspenso se um novo teste para COVID-19 for realizado no quinto dia após o primeiro, apresentar resultado negativo e houver outra causa para os sintomas da paciente.

**05. Os diagnósticos mais prováveis para a paciente em questão seriam:**

- A) Imunodeficiência pelo HIV, SRAG, Infecção por SARS-CoV-2, Pneumocistose, Colite infecciosa (citomegalovírus - CMV) e Sepses.
- B) Infecção pelo HIV sem imunodeficiência, SRAG, Pneumonia por COVID-19, Colite infecciosa de provável etiologia parasitária e Sepses.
- C) Infecção pelo HIV, SRAG, tuberculose pulmonar e intestinal, COVID-19 e Sepses.
- D) Imunodeficiência pelo HIV, SRAG, Histoplasmose, Pneumocistose e Sepses.
- E) Pessoa vivendo com HIV, SRAG, Pneumonia por COVI-19 e Bacteriana superposta, Diarreia Crônica e Sepses

**06. Considerando o quadro clínico apresentado pela paciente e os prováveis diagnósticos, qual a melhor conduta a ser tomada?**

- A) Iniciar terapia antirretroviral (TARV), indicar unidade de terapia intensiva (UTI), realizar intubação orotraqueal, sedação e ventilação mecânica, antibiótico de largo espectro, tuberculostáticos e loperamida.
- B) Realizar protocolo de sepses, transferir para UTI, iniciar TARV, tuberculostáticos e antibióticos, realizar tomografia de tórax e abdome com contraste após estabilização clínica.
- C) Solicitar vaga em UTI, iniciar protocolo de sepses imediatamente, fazer cobertura antimicrobiana para pneumonia comunitária e pneumocistose, solicitar PCR para CMV, carga viral e contagem de CD4, mas não iniciar, de imediato, a TARV.
- D) Solicitar vaga de UTI, iniciar protocolo para sepses, proceder intubação orotraqueal e assistência ventilatória mecânica, prescrever antibiótico de largo espectro, profilaxias para pneumocistose e neurotoxoplasmose.
- E) Internar na própria emergência, realizar expansão volêmica e iniciar droga vasoativa, prescrever TARV, nirmatrelvir/ritonavir e profilaxias para pneumocistose e neurotoxoplasmose. Solicitar carga viral e contagem de linfócitos CD4.

**07. Uma cidadã, 27 anos, diabética, em tratamento para leucemia, procura ajuda no posto de saúde de sua comunidade para realizar curativo de um ferimento em seu pé e perna direita após se submeter à cirurgia para fratura na perna. A paciente havia sofrido um acidente de moto há 3 dias, o que lhe provocou ferimentos profundos no pé direito e mãos, que necessitaram de sutura, e a fratura na perna direita. Ao avaliar as feridas, a enfermeira observa que as feridas não apresentam sinais de infecção e que haviam sido colocados pinos de fixação na perna direita. Questionada sobre o seu histórico vacinal, a paciente informa que tomou todas as vacinas até os 14 anos, não se lembrando de ser imunizada após essa data.**

**Com base neste caso, qual a melhor indicação em relação à profilaxia de tétano entre as alternativas abaixo?**

- A) Realizar limpeza das feridas com antisséptico e o curativo com gaze antimicrobiana e orientar a paciente a trocar a cada 48 horas, sem indicar vacinação, por já estar imunizada.
- B) Realizar limpeza das feridas e orientar a paciente a procurar o seu médico para retirada dos pontos e pinos o quanto antes devido ao risco de desenvolver o tétano, já que não realizou a vacinação anteriormente.
- C) Realizar a limpeza das feridas com antisséptico, seguida do curativo e indicar a paciente a vacinação completa para tétano (3 doses, com 60 dias de intervalo entre elas).
- D) Realizar a limpeza das feridas com antisséptico, seguida do curativo e indicar a aplicação de soro ou imunoglobulina humana antitetânica, intramuscular, além de uma dose de reforço da vacina de tétano naquele momento.
- E) Realizar a limpeza das feridas com antisséptico, seguida do curativo e indicar a aplicação de soro ou imunoglobulina antitetânica. Orientar a realizar o esquema completo de vacina para tétano após 3 semanas da aplicação do soro para melhor efeito protetor.

**08. Uma criança de 7 anos estava brincando de futebol com os coleguinhas quando um cachorro começou a brincar com a bola. Ao tentar afastar o cachorro e pegar a bola, a criança foi violentamente atacada pelo cachorro, sofrendo vários arranhões e mordidas no rosto, mãos e na perna direita. Os responsáveis pelas crianças partiram para cima do animal com pedaços de pau e pedras, infligindo vários golpes que resultaram na morte do cachorro. A criança foi levada ao serviço de emergência onde foi realizada a limpeza das lesões, aplicação de antibiótico e indicada a profilaxia para raiva. Neste caso, está indicado fazer:**

- A) Além da limpeza, a aplicação o soro antirrábico na criança e duas doses da vacina contra raiva, tranquilizando a família.
- B) Embora não haja indicação formal porque a agressão aconteceu por reação do cão após estímulo de retirada da bola, prescrever uma dose da vacina e tranquilizar a família.
- C) Reforçar a importância da limpeza da lesão, aplicar imediatamente uma dose da vacina antirrábica e manter a criança em quarentena por 10 dias. Surgindo algum sintoma da doença, aplicar imediatamente o soro e completar o esquema vacinal.
- D) Indicar a aplicação de soro e vacina imediatamente, completando o esquema vacinal com 4 doses no total.
- E) Indicar a aplicação de soro e vacina imediatamente, mantendo a criança em observação diária por 10 dias. Se até o quinto dia não houver desenvolvimento de sintomas, suspender o esquema vacinal e encerrar o caso (alta).

**09. A resistência bacteriana aos antibióticos tem-se tornado uma grande desafia para os médicos no controle e tratamento de infecções hospitalares e até comunitárias.**

**Para a prescrição de um antibiótico para tratamento de qualquer infecção, deve-se levar em consideração as alternativas abaixo, EXCETO:**

- A) Presença de febre e gravidade do quadro clínico
- B) Perfil microbiológico local (unidade hospitalar ou comunidade)
- C) Sítio de infecção e prováveis agentes envolvidos na infecção
- D) Alterações na função hepática e renal do paciente
- E) Distinção entre infecção e inflamação

**10. A partir da década de 1980, observamos um recrudescimento da tuberculose mundialmente. Parte desse ressurgimento deveu-se à emergência da infecção do vírus da imunodeficiência humana e ampliação da miséria no mundo.**

**Com relação a esse problema de saúde pública mundial, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, como o *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, dentre outros.
- B) A forma meningoencefálica da tuberculose se apresenta como uma meningite basal exsudativa de evolução subaguda ou crônica.
- C) O teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB, GeneXpert®) tem ajudado os municípios mais distantes da capital a realizarem o diagnóstico de tuberculose pulmonar, laríngea, meningoencefálica e renal mais rapidamente, gerando melhor controle da tuberculose no Estado.

- D) Conforme recomendação do Ministério da Saúde do Brasil, a cultura para micobactérias deverá ser realizada, independentemente dos resultados da baciloscopia e do teste rápido molecular para todos os casos com suspeita de tuberculose.
- E) Todo paciente com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV e todo paciente com infecção pelo HIV deve ser questionado sobre sinais e sintomas de tuberculose nas consultas médicas regulares.

### 11. Com relação à Malária no Brasil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) É uma doença infectocontagiosa, produzida por protozoários do gênero *Plasmodium*, com mais 7 espécies descritas como responsáveis pela malária humana.
- B) A malária é uma doença de notificação compulsória imediata (primeiras 24h) nas regiões extra-amazônicas, e todos os casos devem ser encaminhados para centros de referência no tratamento de malária no SUS, onde serão notificados.
- C) O diagnóstico precoce (nas primeiras 24 horas do início dos sintomas) é uma estratégia para o controle e a eliminação da doença e imprescindível para o tratamento adequado dos pacientes, dada a não especificidade dos sinais e sintomas da doença.
- D) A suscetibilidade dessa doença se restringe às pessoas domiciliadas em áreas com circulação dos protozoários, motivo de serem observados altos títulos de anticorpos neutralizantes (imunidade duradoura) em pessoas com histórico de infecção prévia nessas áreas.
- E) O diagnóstico definitivo é estabelecido pela dosagem dos níveis de anticorpos contra o *Plasmodium* (valores maiores que 1:320) ou pela pesquisa direta através do esfregaço delgado.

**12. Um paciente de 28 anos, previamente hígido, apresenta-se ao serviço de emergência com queixa de cefaleia, febre, mialgia e icterícia há cerca de 5 dias, evoluindo com redução do volume urinário, vômitos, hemoptóicos há 24 horas. Ao exame: Consciente e orientado, com bom padrão respiratório em ar ambiente, saturando 98%, normocorado, ictérico 2+/4+, acianótico, desidratado +/4+. Temperatura axilar de 37,9°C. Exames realizados de urgência mostravam um pH de 7,44; PCO<sub>2</sub>: 35 mmHg; PO<sub>2</sub>: 98 mmHg; Bic: 23,8 mEq/L; lactato: 0,9 mmol/L e BE: -0,4. ACV: RCR, 2T, BNF, FC: 110 bpm; PA: 100 x 70 mmHg. AR: Murmúrio vesicular diminuído em bases com crepitações finas, FR: 24 ipm. Abdome depressível, pouco doloroso à palpação profunda, mas sem VMG e com RHA presentes e normoativos. Leucograma com 10.500 leucócitos (68% seg, 2% eos, 25% linfócitos, 5% monócitos); Hb: 12,9; plaquetas 230.000; CPK: 822 U/L; Ureia: 165; Creatinina: 6,1 mg/dl; potássio: 4,2 mEq/L. Radiografia de tórax mostrava infiltrado alvéolo-intersticial difuso bilateralmente. Diante deste caso, qual a melhor conduta a ser tomada?**

- A) Realizar hidratação venosa com 30ml/kg de peso em 4 horas, prescrever Benzatacyl 2.400.000 intramuscular em dose única e liberar o paciente assim que apresentar diurese.
- B) Realizar sedação, intubação orotraqueal e ventilação mecânica protetora, administrar ceftriaxone e indicar hemodiálise precoce. Não realizar hidratação venosa pelo risco de piora do quadro respiratório.
- C) Solicitar internamento em UTI, iniciar hidratação venosa com vigilância da diurese e quadro respiratório, prescrever antieméticos e ceftriaxone 1g ao dia e acompanhamento com nefrologia.
- D) Internar em enfermaria, iniciar hidratação venosa vigorosa com 50 a 80 ml/kg em 4 a 6 horas, prescrever piperacilina/tazobactam 4,5g a cada 6 horas e monitorar diurese e evolução dos exames laboratoriais.
- E) Realizar sedação e intubação preventiva ainda na emergência, fazer hidratação vigorosa com 50ml/kg em 4 horas e, iniciar antibiótico de largo espectro com metilprednisolona 500mg ao dia por 5 dias.

### Leia o caso abaixo e responda as questões 13, 14 e 15

Um ex-presidiário, libertado há 2 semanas, com diagnóstico de infecção pelo HIV há 5 anos, com tratamento irregular desde então, foi levado a um serviço especializado, com queixa de febre intermitente, dor torácica à direita, perda de peso, astenia e tosse seca iniciadas há cerca de 30 dias. Uma semana após sua liberdade começou a apresentar febre mais constante, cefaleia, vômitos e fotofobia. Há dois dias, iniciou quadro de desorientação e crise convulsiva uma hora antes do atendimento atual. Ao exame se apresentava sonolento, com agitação quando estimulado a acordar, desorientado, desidratado, emagrecido, com onicomiose em dedos de mãos e pés, com xerose importante em pele e manchas hipercrômicas em membros inferiores. O exame do aparelho cardiovascular estava normal, o abdome apresentava discreta esplenomegalia e a ausculta respiratória tinha murmúrio vesicular diminuído em base de hemotórax direito. Foi submetido a uma tomografia de crânio com contraste que mostrou captação anômala de contraste na meninge da base do crânio e aumento dos ventrículos laterais. A tomografia de tórax nesse mesmo momento revelou derrame pleural direito e infiltrado nodular centrolobular em pulmão direito. Leucograma: 5.980 (79% segmentados, 2% eosinófilos, 10% linfócitos e 9% monócitos), Hb: 9.8 g/dl, plaquetas de 210.000. Ureia: 96 mg/dl; creatinina: 1,8 mg/dl; sódio: 128 mEq/L e potássio: 3,4 mEq/L.

**13. Diante do quadro acima, os diagnósticos mais prováveis seriam:**

- A) Infecção pelo HIV, pneumonia atípica e meningite bacteriana.
- B) Infecção pelo HIV em fase avançada, provável tuberculose pulmonar e meníngea.
- C) Pessoa vivendo com HIV, tromboembolismo pulmonar, vasculite de sistema nervoso central.
- D) Infecção pelo HIV, pneumonia por *Mycobacterium* do complexo avium (MAC) e meningite fúngica.
- E) AIDS, histoplasmoose pulmonar e do sistema nervoso central.

**14. Além dos exames já realizados, quais os melhores exames complementares a serem realizados para comprovar os diagnósticos?**

- A) Hemocultura, PCR para MAC no escarro e GeneXpert na urina.
- B) Teste de Mantoux (prova tuberculínica), videotoracoscopia com biópsia pulmonar e estudo do líquido com cultura para piogênicos.
- C) Cintilografia pulmonar e dosagem de D-dímero, ultrassonografia com doppler de membros inferiores e angioressonância do encéfalo.
- D) Contagem de linfócitos CD4, toracocentese (diagnóstica) guiada por ultrassonografia e coleta de líquido cefalorraquidiano para a realização de baciloscopia, cultura e PCR para *Mycobacterium tuberculosis* no líquido pleural e líquido.
- E) Contagem de linfócitos CD4 e carga viral, baciloscopia no escarro e biópsia de meninge.

**15. Qual a melhor conduta a ser tomada nesse caso?**

- A) Iniciar terapia antirretroviral e tratamento empírico para tuberculose disseminada, associando corticoide pelo provável comprometimento do sistema nervoso central e pleural, além de profilaxia para neurotoxoplasmose e pneumocistose.
- B) Iniciar dexametasona na dose de 0,15mg/kg/dose e ceftriaxone 2g de 12/12h com azitromicina.
- C) Iniciar tratamento para tuberculose disseminada com esquema clássico de 4 drogas associado a corticoide e postergar o início da terapia antirretroviral por, pelo menos, 2 semanas, instituir profilaxia para neurotoxoplasmose e pneumocistose.
- D) Iniciar anticoagulação plena com enoxaparina 1mg/kg/dose de 12/12h, seguida de rivaroxabana 30mg/dia.
- E) Iniciar Rifampicina, etambutol e levofloxacina associada a haloperidol 5mg de 12/12h

**16. Uma adolescente, 17 anos, previamente hígida, procurou um serviço de emergência relatando um quadro de febre, mialgia, cefaleia, vômitos, diarreia e artralguas há 5 dias. Refere que estava em uso de dipirona com melhora dos sintomas, mas com retorno dos mesmos poucas horas depois. Há 24 horas, as náuseas e os vômitos tornaram-se mais frequentes e iniciou quadro de dor abdominal de forte intensidade. Ao se levantar hoje pela manhã, apresentou desmaio e, ao retornar, observou que havia menstruado, embora não estivesse em período menstrual (faltava ainda 1 semana). Ao exame físico, apresentava taquicardia, palidez cutânea, extremidades frias, temperatura de 38,9°C, mancha vermelhas em tronco e porção superior de membros. Ausculta cardíaca era normal, com frequência cardíaca de 138 bpm e PA: 70 x 40 mmHg. No aparelho respiratório, o murmúrio vesicular estava diminuído em bases, mas com frequência respiratória de 32ipm e saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. O abdome era doloroso difusamente, com baço palpável a inspiração profunda, mas sem irritação peritoneal. Realizou hemograma que mostrou 2.100 leucócitos (41% segmentados, 56% linfócitos, 3% monócitos); hemoglobina de 16,2g/dl; hematócrito de 51,2% e plaquetas 30.000. AST de 234UI/L e ALT de 222 UI/L.**

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

- A) Coletar hemoculturas, iniciar imediatamente ceftriaxone e metronidazol e encaminhar para serviço com cirurgia geral para avaliação do quadro abdominal por suspeita de perfuração intestinal secundária à febre tifoide.
- B) Instituir expansão volêmica rápida com solução salina 20ml/kg em 20 minutos (repetir até 3 vezes), iniciar droga vasoativa ou expansor plasmático e se não apresentar resposta, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva (UTI), instalar oxigênio, seriar hematócrito e exame físico, solicitar sorologia e notificar o caso como dengue à vigilância epidemiológica.
- C) Realizar expansão volêmica, coletar hemoculturas e iniciar penicilina cristalina dentro da primeira hora do atendimento. Solicitar vaga em UTI e notificar o caso nas primeiras 24 horas como doença meningocócica à vigilância epidemiológica local e fazer profilaxia para contactantes.
- D) Internar a paciente, iniciar expansão volêmica 80ml/kg/dia, prescrever antieméticos e hidratação oral o quanto antes, transfundir plaquetas até melhora do sangramento ou da contagem de plaquetas, solicitar dosagem de albumina, ultrassonografia de abdome e radiografia de tórax, sorologia para dengue e notificar o caso em tempo oportuno sem urgência.
- E) Internar a paciente em UTI, iniciar antibiótico de amplo espectro, profilaxia para herpes e pneumocistose, prescrever plaquetas, solicitar sorologia para arbovírus, HIV e mielograma com imunofenotipagem e avaliação da hematologia.

17. Um paciente do sexo masculino, 26 anos, procura o serviço de emergência com queixa de cefaleia de forte intensidade, holocraniana, que não melhorava com o uso de analgésicos orais há 3 dias. Relatou que teve o diagnóstico de infecção pelo HIV há 1 mês durante investigação de um quadro de perda de peso e diarreia intermitente. Os linfócitos CD4 eram de 09 células/mm<sup>3</sup>, e a carga viral de 1.380.000 cópias. Desde então, foi prescrita a terapia antirretroviral (TARV) com lamivudina e tenofovir associado a dolutegravir e profilaxias para infecções oportunistas. Ao exame, estava consciente e orientado, hipocorado +/4+, eupneico e febril (37,9°C). O aparelho cardiovascular não apresentava alterações, exceto FC de 118bpm. O murmúrio vesicular estava presente em ambos os hemitórax e com roncocal em 1/3 superior de hemitórax direito. Saturava 97% em ar ambiente. O leucograma mostrava 5.150 leucócitos (80% segmentados, 10% de linfócitos, 9% monócitos e 1% eosinófilos); Hb: 9,2 g/dl; plaquetas de 111.000. Ureia: 27,8 mg/dl; creatinina: 0,7mg/dl; potássio: 3,5 mEq/L. PCR: 89,3mg/L. HGT: 161 mg/dl. Realizou uma tomografia que mostrou acentuação dos sulcos cerebrais para a idade e uma imagem hiperatenuante, em formato de halo, na porção posterior esquerda do mesencéfalo. Por não apresentar alterações que contraindicassem a coleta de líquido, foi realizada a punção lombar para estudo do líquido. A análise do líquido mostrou um líquido límpido e incolor, com presença de 06 células/mm<sup>3</sup> (80% linfomononuclear), zero hemácias, 131 mg/dl de proteína, 37 mg/dl de glicose, Pandy positivo +/4+, tinta da China com raras estruturas arredondadas, sem sinais de brotamento.

Podemos afirmar que, diante desse caso, a conduta mais assertiva a ser instituída é a seguinte:

- Suspender a TARV, iniciar corticoide e manter profilaxias para oportunistas pensando em uma provável restauração imunológica.
- Manter TARV, mas iniciar corticoide e ceftriaxone pensando em meningite bacteriana em paciente imunocomprometido com pobre resposta inflamatória no LCR.
- Manter TARV e profilaxias, iniciar Anfotericina B, solicitar complementação do estudo do líquido com cultura para fungo e *Mycobacterium*, látex para fungo (cripto-la-test), PCR para *M. tuberculosis*. Solicitar uma ressonância magnética de encéfalo com contraste e tomografia de tórax para avaliar melhor a possibilidade de neurotoxoplasmose e tuberculose (pulmonar e de sistema nervoso central).
- Suspender TARV e profilaxias, solicitar avaliação da neurocirurgia para biópsia da lesão e complementar a propedêutica diagnóstica antes de iniciar qualquer tratamento pelo risco de piora clínica fulminante por restauração imunológica.
- Suspender a TARV por considerar a cefaleia um efeito colateral do dolutegravir, realizar uma ressonância magnética de encéfalo com contraste e iniciar empiricamente o tratamento para neurotoxoplasmose, por ser a infecção oportunista mais frequente nessa população.

18. Analise as afirmativas abaixo sobre as geo-helminthíases (GHT):

- São causadas por parasitas do grupo dos nematódeos, que se desenvolvem no trato intestinal humano e completam seu ciclo evolutivo no solo, possuindo vetores como insetos como os principais responsáveis pela sua disseminação e contaminação dos humanos.
- São exemplos desses parasitas: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*.
- Possuem uma característica em comum que é o habitat no intestino grosso, motivo que justifica a facilidade de maior eliminação dos seus ovos no meio ambiente.
- Quadro clínico de abdome agudo por obstrução do apêndice cecal, do colédoco ou canal pancreático e obstrução intestinal, embora raro, podem ser causados por vermes adultos do *A. lumbricoides*.

Assinale a alternativa CORRETA.

- Apenas I, III e IV são verdadeiras.
- II e III são falsas.
- Apenas I é falsa.
- Todas são verdadeiras.
- Apenas II e IV são verdadeiras.

19. Diante de um caso suspeito de sarampo, qual a conduta a ser tomada?

- Avaliar se o paciente teve contato com outro caso semelhante e indicar o bloqueio vacinal dos contactantes dos dois casos e da população adstrita a eles.
- Isolar o paciente; notificar imediatamente o caso à secretaria de saúde do município; procurar identificar em que período evolutivo da infecção se encontra o paciente e avaliar se há presença de complicações ou risco para complicações orientando quanto aos cuidados necessários e medicações a serem administradas; coletar amostra de sangue, swab de naso e orofaringe, além da urina para investigação diagnóstica.
- Isolar imediatamente o paciente; prescrever vacinação dos contactantes e vitamina A para o paciente; encaminhar ao serviço de referência em doenças infecciosas onde o caso será avaliado e notificado, se preencher os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

- D) Isolar o paciente; prescrever vitamina A e antibiótico; notificar o caso imediatamente e referenciar para internação em serviço de referência.
- E) Isolar o paciente; notificar imediatamente o caso aos três níveis de vigilância (secretarias municipal, estadual e Ministério da Saúde), realizar atendimento clínico normal, avaliando o período evolutivo da infecção e prescrevendo profilaticamente vitamina A e antibióticos; orientar a vacinação dos contactantes em até 7 dias após o primeiro contato com o paciente.

**20. Uma empresária de 32 anos, previamente hígida e com estilo de vida saudável, realiza uma cirurgia cesariana na trigésima oitava semana de gestação por complicações gestacionais (hipertensão arterial). Todos os protocolos de prevenção de infecção e cuidados cirúrgicos são adotados pela equipe do hospital escolhido. O parto cesáreo ocorre normalmente, apesar da presença de mecônio, ao se abrir a cavidade uterina. No pós-operatório imediato (cerca de 40 horas após a cirurgia), a paciente apresenta dor no local da cirurgia. A enfermagem foi chamada, afere os sinais vitais e constata temperatura de 37,8°C. Ao avaliar a ferida operatória, observa pequena área amarelada na gaze e realiza a troca. Aplica-se uma dose de dipirona injetável prescrita pela médica assistente e relata o ocorrido no prontuário. Doze horas após esse evento, a paciente apresenta temperatura de 38,2°C, além de hiperemia ao redor da ferida operatória que se estendia até a virilha e dor local. Nesse momento, a equipe médica de plantão é chamada e prescreve levofloxacina 500mg oral, já que a paciente havia retirado o acesso venoso pela manhã. Vinte e quatro horas após, a paciente volta a referir dor no local da cirurgia, mas, dessa vez, acompanhada de falta de ar, taquicardia e endurecimento de toda a área hiperemiada ao redor da ferida. Neste momento é solicitado avaliação do infectologista do hospital.**

Diante deste caso, qual a recomendação a ser tomada pelo infectologista?

- A) Explicar à paciente que ela está com uma infecção grave no sítio de cirurgia e existe a necessidade de cuidados mais invasivos; solicitar coleta de hemocultura e intervenção cirúrgica na ferida operatória para limpeza, coleta de material para cultura e possível desbridamento; prescrever antibióticos injetáveis de amplo espectro e solicitar transferência da paciente para UTI com diagnóstico de sepse.
- B) Tranquilizar o paciente, informando que a reação apresentada é decorrente de processo inflamatório cicatricial e que não há necessidade de antibioticoterapia naquele momento e suspender o antibiótico oral.
- C) Acalmar a paciente informando sobre a possibilidade de pequena contaminação da ferida operatória por mecônio e que, por não conter bactérias, a reação apresentada é só uma inflamação, sem sinais de infecção e prescrever dexametasona por 3 dias.
- D) Solicitar hemoculturas, swab da ferida operatória e associar clindamicina oral à levofloxacina já em uso.
- E) Explicar à paciente que ela desenvolveu infecção hospitalar por provável falta de cuidados adequados da enfermagem no pós-operatório imediato e ausência de profilaxia no momento da cirurgia. Orientar procurar um hospital com melhores condições de assistência e com equipe médica e de enfermagem mais qualificada.

**21. Uma paciente de 65 anos, sabidamente portadora de esteatose hepática há muitos anos, mas sempre com enzimas hepáticas e elastografia dentro da normalidade procurou o médico com queixas de desconforto abdominal. USG mostrou uma lesão nodular em lobo direito do fígado, e a tomografia contrastada relatou uma lesão de 7,2 cm de diâmetro no lobo direito, com realce na fase arterial e clareamento na fase portal com formação de pseudocápsula. Não havia esplenomegalia nem sinais de hipertensão portal.**

**Sabendo que o valor da alfafetoproteína era 28 ng/ml, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para esse caso.**

- A) Encaminhar paciente para transplante hepático, pois a lesão é típica de carcinoma hepatocelular.
- B) Solicitar biópsia percutânea da lesão.
- C) Investigar uso de terapia de reposição hormonal e, caso faça uso, recomendar a suspensão, pois provavelmente se trata de adenoma hepático.
- D) Indicar quimioembolização para tentar reduzir tamanho do nódulo.
- E) Existe contra-indicação para ressecção da lesão, devido ao tamanho desta.

**22. Um paciente portador de retocolite ulcerativa vinha em uso de mesalazina 2,4 g/dia, quando foi internado com hospitalização do quadro clínico. Apresentava mais de 15 evacuações/dia, cerca de 50% delas sanguinolentas, taquicardia e febre baixa. Foi inicialmente tratado com hidrocortisona 100 mg IV de 6/6h. No quarto dia de internamento, persistia com cerca de 10 evacuações/dia.**

**Sabendo que o Rx de abdome não mostrava dilatação colônica, qual a melhor conduta nesse momento?**

- A) Associar azatioprina
- B) Iniciar vedolizumab
- C) Aumentar dose da mesalazina para 4,8 g/dia
- D) Pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia por 3 dias
- E) Iniciar infliximab

**23. Uma paciente em investigação de diarreia crônica realizou a dosagem de elastase nas fezes, que veio muito reduzida. Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Retocolite ulcerativa
- B) Doença celíaca
- C) Insuficiência pancreática exócrina
- D) Intolerância ao glúten não celíaca
- E) Síndrome do supercrescimento bacteriano

**24. Em um paciente com doença inflamatória intestinal, qual dos seguintes achados permitiria o diagnóstico de doença de Crohn, em contrapartida ao de retocolite ulcerativa?**

- A) Acometimento do intestino delgado
- B) Níveis elevados de calprotectina fecal
- C) Positividade do Panca
- D) Diarreia sanguinolenta
- E) Associação com colangite esclerosante primária

**25. Uma paciente foi encaminhada ao gastroenterologista para avaliar o diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) por causa de queixas de tosse e rouquidão há meses. Ela nega queixas dispépticas. Com relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Não há necessidade de investigação suplementar; é muito pouco provável que exista RGE, já que a paciente nega pirose e regurgitações.
- B) Há indicação de pHmetria para avaliar a presença de DRGE e sua relação com as queixas respiratórias.
- C) A melhor opção para determinar se a DRGE é a causa das queixas respiratórias é o teste terapêutico com inibidor da bomba de prótons.
- D) É essencial a realização de manometria esofágica.
- E) Caso a endoscopia digestiva seja normal, pode-se descartar o diagnóstico de DRGE.

**26. Um adolescente procurou o médico angustiado porque exames de rotina mostraram níveis elevados de bilirrubina (BT 2,9 mg/dl; BD 0,4 mg/dl). Sabendo que os outros exames laboratoriais eram inteiramente normais (hemograma, transaminases, GGT, fosfatase alcalina), assinale a alternativa que indica a melhor opção para definição do diagnóstico.**

- A) Ultrassonografia abdominal
- B) Sorologias para hepatites virais
- C) Dosagem de G6PD
- D) Repetir a dosagem de bilirrubina após 24 horas de dieta de restrição calórica intensa
- E) Biópsia hepática

**27. Qual dos pacientes abaixo tem indicação de terapia antiviral para profilaxia de reativação de hepatite B?**

- A) Paciente HBsAg positivo que usará metotrexate na dose de 10 mg/semana para tratamento de artrite reumatoide.
- B) Paciente HBsAg positivo que usará prednisona na dose de 20 mg/dia para tratamento de crise de artrite gotosa.
- C) Paciente HBsAg negativo, mas antiHBc e antiHBs positivos que usará rituximab para tratamento de artrite reumatoide.
- D) Paciente HBsAg negativo, mas antiHBc e antiHBs positivos que usará vedolizumab para tratamento de retocolite ulcerativa.
- E) Paciente HBsAg negativo, mas antiHBc e antiHBs positivos que usará sorafenib para tratamento de carcinoma hepatocelular.

**28. Mulher de 58 anos, com queixas de prurido cutâneo difuso há anos, apresenta os seguintes achados laboratoriais: transaminases cerca de 2 vezes o limite superior da normalidade (LSN), fosfatase alcalina cerca de 5 vezes o LSN, bilirrubinas normais e gamaGT cerca de 10 vezes o LSN. Qual dos exames abaixo seria mais indicado neste caso?**

- A) Anti mitocôndria
- B) FAN
- C) Anti músculo liso
- D) Ferritina
- E) Ceruloplasmina

29. Um paciente após doação de sangue recebeu a comunicação que apresentava anti-HCV positivo. Segundo as diretrizes atuais do Ministério da Saúde, que exame é essencial para o fornecimento da terapia antiviral?

- A) Biopsia hepática
- B) Elastografia hepática
- C) Genotipagem do HCV
- D) Carga viral do HCV
- E) Ultrassonografia de abdome

30. Em um paciente com cisto de pâncreas, alguns sinais indicam a necessidade de investigação adicional com punção guiada por ECO-endoscopia.

Assinale a alternativa em que NÃO há um sinal de alarme com relação à avaliação de uma IPMN.

- A) Atrofia pancreática distal à lesão
- B) Dilatação do ducto pancreático principal
- C) Mais de três lesões císticas
- D) Diâmetro do cisto maior que 3 cm
- E) Cisto de paredes espessadas

31. Sobre o tratamento de erradicação do *Helicobacter pylori*, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Não foi associado à redução do risco de desenvolvimento de adenocarcinoma gástrico.
- B) É capaz de induzir a regressão de linfomas MALT.
- C) Sempre deve incluir um macrolídeo no esquema.
- D) Não há diferença de eficácia entre esquemas de 7 e 14 dias de duração.
- E) O uso de inibidor de bomba de prótons só deve ser interrompido após a comprovação da erradicação.

32. Qual o tratamento de escolha para profilaxia primária de sangramento varicoso em cirrótico Child A com varizes esofágicas de grosso calibre que apresentam manchas de cor vermelha?

- A) Ligadura elástica de varizes esofágicas
- B) Betabloqueador não seletivo
- C) Terapia combinada: ligadura elástica + betabloqueador
- D) Transplante hepático
- E) TIPS

33. Um paciente de 40 anos procurou a emergência com queixas de dor em fossa ilíaca esquerda há 24 horas, quando a tomografia mostrou uma apendagite epiploica sem sinais de complicação.

Qual a melhor conduta neste caso?

- A) Amoxicilina-clavulonato por 7 dias
- B) Ciprofloxacina + metronidazol por 7 dias
- C) Nimesulida por 5 dias
- D) Ressecção laparoscópica
- E) Laparotomia exploradora

34. Um paciente de 50 anos chegou à emergência, com queixas de enterorragia, tendo apresentado dois episódios de grande volume nas últimas seis horas.

Qual a causa mais provável?

- A) Angiodisplasia de cólon
- B) Doença hemorroidária
- C) Câncer de cólon
- D) Retocolite ulcerativa
- E) Doença diverticular

35. Qual das drogas abaixo deve ser contraindicada em pacientes cirróticos?

- A) Paracetamol
- B) Nimesulida
- C) Ondansetrona
- D) Metoclopramida
- E) Quetiapina

**36. Durante a realização de uma endoscopia, foi identificada uma úlcera duodenal com cerca de 1,0 cm de diâmetro e fundo recoberto por fibrina.**

**Com relação à indicação de realizar biópsia neste caso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Devem ser colhidos 4 fragmentos das bordas da úlcera.
- B) Devem ser colhidos 4 fragmentos da região pré-pilórica para pesquisa do *H. pylori*.
- C) Devem ser colhidos fragmentos do antro para pesquisa do *H. pylori*.
- D) Se não havia menção à biópsia no pedido do exame, o endoscopista deve, apenas, descrever a lesão, sem biopsiar.
- E) O endoscopista não deve realizar a biópsia, pois não dispõe de exames de coagulação do paciente.

**37. Um paciente de 75 anos chegou à emergência após apresentar hematemese e melena. Tem antecedente de doença coronariana, tendo apresentado um episódio isquêmico há 30 dias, quando realizou angioplastia com implante de stent farmacológico.**

**Sabendo que a endoscopia revelou uma úlcera antral Forrest IIb, assinale a melhor opção com relação à terapia antiagregante.**

- A) Aspirina e clopidogrel devem ser suspensos de imediato e só reiniciados após a comprovação da cicatrização da úlcera.
- B) Os antiagregantes devem ser mantidos, em associação a inibidor de bomba de prótons (IBP) por via endovenosa. Após a fase aguda, deverá manter o IBP por 45 dias.
- C) Aspirina e clopidogrel devem ser suspensos de imediato e só reiniciados após 48 horas de cessação comprovada do sangramento.
- D) Os antiagregantes devem ser mantidos em associação a inibidor de bomba de prótons (IBP) por via endovenosa. Após a fase aguda, deverá manter o IBP por tempo indeterminado.
- E) Os antiagregantes devem ser mantidos em associação a inibidor de bomba de prótons (IBP) por via endovenosa. Após a fase aguda, o IBP deverá ser substituído por ranitidina, por esta não interagir com o clopidogrel.

**38. Uma paciente de 35 anos apresenta queixas de pirose refratárias ao tratamento com pantoprazol 40 mg duas vezes ao dia.**

**As opções abaixo apresentam causas para refratariedade ao tratamento da doença do refluxo, EXCETO:**

- A) Refluxo não ácido
- B) Pirose funcional
- C) Acalásia
- D) Esofagite eosinofílica
- E) Infecção pelo *Helicobacter pylori*

**39. Um portador de cirrose hepática, Child A, de etiologia alcoólica foi admitido com história de episódios recorrentes de melena, que exigiram várias hemotransfusões no último ano. A endoscopia revelou angiectasias em antro gástrico, que se distribuía em estrias lineares partindo do piloro.**

**Qual a opção terapêutica mais adequada para o caso?**

- A) Propranolol
- B) Antrectomia
- C) Coagulação com plasma de argônio
- D) Implante de shunt portossistêmico transjugular (TIPS)
- E) Transplante hepático

**40. Sobre a doença celíaca, é CORRETO afirmar que**

- A) a ausência dos HLA DQ2 e DQ8 tem elevado valor preditivo negativo, podendo excluir o diagnóstico de doença celíaca.
- B) a manutenção de níveis elevados de anticorpos após a prescrição de dieta isenta de glúten é indicação para uso de imunossupressor.
- C) a ausência de positividade para o anticorpo anti-transglutaminase IgA exclui o diagnóstico de doença celíaca.
- D) existe associação forte com Diabetes mellitus tipo 2; então, está recomendada a triagem com dosagens periódicas da glicemia.
- E) a presença de altos títulos de anti-transglutaminase IgA é suficiente para confirmar o diagnóstico de doença celíaca.

**41. Um paciente 56 anos com diagnóstico de carcinoma de células renais apresenta-se ao hospital, com fraqueza muscular, poliúria e constipação.**

**O médico solicita os seguintes exames:**

- PTH (Paratormônio): 20 pg/ml (Valor de Referência Normal: 10-65 pg/mL).
- Cálcio Sérico: 14 mg/dl (Valor de Referência Normal: 8,4-10,2 mg/dL).
- Fósforo: 3 mg/dl (Valor de Referência Normal: 2,5-4,5 mg/dL).
- Magnésio: 2,0 mg/dl (Valor de Referência Normal: 1,7-2,2 mg/dL).
- Potássio: 4,0 mEq/L (Valor de Referência Normal: 3,5-5,0 mEq/L).
- Vitamina D: 25 ng/ml

**Qual é o mecanismo subjacente mais provável da hipercalcemia nesse paciente?**

- A) Produção ectópica de PTH pelas células tumorais
- B) Síndrome de Lise Tumoral
- C) Produção excessiva de calcitriol pelas células tumorais
- D) Hiperparatireoidismo
- E) Hipercalcemia secundária à ingestão de cálcio na dieta

**42. O carcinoma hepatocelular (CHC) é responsável pela maioria das neoplasias malignas primárias que ocorrem no fígado.**

**Em relação ao carcinoma hepatocelular (CHC), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Os pacientes com cirrose hepática por hepatite C crônica, tratados com drogas antivirais de ação direta (DAAs), têm seu risco de CHC reduzido, mas não eliminado.
- B) A alfafetoproteína possui baixa sensibilidade e valor preditivo positivo limitado, por isso tem sido desencorajada como teste de rastreio.
- C) O risco de CHC não aumenta em pacientes obesos e naqueles com doença hepática gordurosa metabólica.
- D) Metade dos pacientes com CHC inicial tem alfafetoproteína em níveis normais ao diagnóstico.
- E) A cirrose está presente em 80% dos casos de CHC, e um terço dos cirróticos desenvolverá um CHC durante a vida.

**43. Um médico residente foi realizar uma paracentese de alívio em um paciente portador de cirrose hepática e acidentou-se com uma agulha. Então, o residente procurou a triagem da Infectologia e lá foram coletados exames pós-exposição de material perfuro-cortante com resultado negativo HIV e as seguintes sorologias para as Hepatites: HBsAg negativo; anticorpo anti-HBs positivo, anti-HBc IgG e IgM negativos, anti-HCV negativo e Anti-HAV IgG positivo.**

**Assinale a alternativa CORRETA com relação ao quadro laboratorial.**

- A) Hepatite B crônica
- B) Hepatite A aguda
- C) Hepatite C aguda
- D) Hepatite B aguda
- E) Imunizado para hepatite B através da vacina.

**44. Em relação aos derrames pleurais, é INCORRETO afirmar que**

- A) inicialmente deve-se diferenciar se o derrame pleural é exsudato ou transudato. O critério mais usado é o de Light.
- B) em geral, qualquer doença que evolua com ascite pode também cursar com derrame pleural.
- C) a presença de derrame pleural na embolia pulmonar não modifica o tempo de tratamento anticoagulante.
- D) para caracterizar um derrame pleural como exsudativo, deve-se preencher, no mínimo, 2 dos 3 critérios de Light tradicionais.
- E) um pH < 7,20 é um discriminador específico para infecção pleural complicada nos derrames parapneumônicos.

**45. Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é INCORRETO afirmar que**

- A) a associação de Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs) com Bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) deve ser considerada, pois atua de modo sinérgico e se mostrou bastante eficaz em vários estudos.
- B) nos hipertensos de risco cardiovascular baixo ou moderado, a meta de tratamento é alcançar valores inferiores a 140 x 90 mmHg.

- C) a hipertensão mascarada: PA normal no consultório e alterada fora dele. Diagnóstico podendo ser feito por meio da Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).
- D) todo paciente deve realizar exames laboratoriais de rotina. São eles: a dosagem sérica de potássio, ácido úrico e creatinina, além da glicemia e perfil lipídico, bem como o sumário de urina. E, ainda, é preciso realizar um eletrocardiograma para avaliar uma possível hipertrofia do ventrículo esquerdo.
- E) a indapamida parece ter um melhor perfil metabólico em comparação com a clortalidona.

**46. Uma mulher de 30 anos é encaminhada para um nefrologista devido a edema generalizado, hipertensão arterial e hematúria macroscópica persistente. Ela relata ter tido uma infecção estreptocócica da garganta cerca de seis semanas atrás. Na avaliação clínica, a paciente apresenta pressão arterial elevada (PA sistólica de 160 mm Hg) e edema significativo nas pernas e tornozelos. Exames laboratoriais revelam os seguintes resultados: Creatinina sérica: 1,6 mg/dL (valor de referência normal: 0,5-1,1 mg/dL), Taxa de filtração glomerular estimada (TFGe): 40 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, Hemoglobina: 12,5 g/dL (valor de referência normal: 12-15 g/dL), Hematócrito: 38% (valor de referência normal: 36-46%), Proteinúria de 24 horas: 2,5 g (valor de referência normal: <150 mg/24 horas), Anticorpos antinucleares (ANA): Negativo, Complemento C3: 60 mg/dL (valor de referência normal: 90-180 mg/dL), Complemento C4: dentro da faixa normal. A biópsia renal mostra deposição de IgG e C3 na membrana basal glomerular.**

**Qual é o diagnóstico mais provável com base nestes dados?**

- A) Nefropatia Lúpica  
 B) Nefropatia por IgA  
 C) Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica  
 D) Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva  
 E) Glomerulonefrite Membranoproliferativa Tipo I

**47. Uma mulher de 55 anos é admitida no pronto-socorro com febre alta, taquicardia, hipotensão e confusão mental. Ele relata dor lombar nas últimas 72 horas. No exame físico, tem Giordano positivo. Os exames de laboratório mostram leucocitose e lactato sérico elevado.**

**Qual é a conduta mais apropriada?**

- A) Administração de corticosteroides  
 B) Realização de uma tomografia computadorizada abdominal  
 C) Aguardar o resultado da cultura de sangue, antes de iniciar o tratamento  
 D) Prescrever analgésicos para alívio da dor lombar  
 E) Iniciar reposição agressiva com cristaloides e antibióticos de amplo espectro

**48. Um homem de 60 anos, aposentado, com histórico de diabetes mellitus há 8 anos e hipertensão arterial sistêmica em tratamento com losartana 50 mg e metformina 1500 mg por 4 anos, apresenta um quadro de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida há 2 anos. Ele está atualmente em tratamento com metformina, mas a sua hemoglobina glicada (HbA1c) ainda está acima da meta.**

**Qual das alternativas abaixo apresenta o hipoglicemiante oral mais adequado para ser associado nesse paciente, de acordo com o consenso mais recente da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)?**

- A) Glibenclamida      B) Dapaglifozina      C) Acarbose      D) Pioglitazona      E) Gliclazida

**49. Um paciente idoso é internado após uma cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio. Durante a internação, ele desenvolve insuficiência renal aguda. Seus exames de laboratório mostram uma queda na taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) em relação ao valor basal.**

**Qual critério de diagnóstico da lesão renal aguda, o KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), se utiliza para pacientes no pós-operatório?**

- A) Elevação da creatinina sérica em 0,2 mg/dL ou mais em 7 dias.  
 B) Elevação da creatinina sérica em 1,5 vezes ou mais em relação à linha de base.  
 C) Redução da taxa de filtração glomerular (eGFR) em 50% ou mais em 10 dias.  
 D) Presença de cilindros granulares na urina.  
 E) Hipertensão arterial.

**50. Uma mulher de 71 anos com história de diabetes insípido central está sendo tratada com desmopressina. Ela apresenta-se com confusão, sede intensa e poliúria. Seus exames de sangue mostram uma concentração de sódio sérico de 155 mEq/L (valor de referência: 135-145 mEq/L). Qual é a causa mais provável da hipernatremia nesta paciente?**

- A) Hipoparatiroidismo
  - B) Uso inadequado de desmopressina
  - C) Insuficiência renal aguda
  - D) Excesso de ingestão de água
  - E) Síndrome de secreção inapropriada de ADH
-

**GRUPO 21**  
**- HEPATOLOGIA -**