

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025

**Enare**  
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - HEPATOLOGIA (ATHEPATOT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



### TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



### NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



### INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

**Boa sorte!**



## Clínica Médica

1

Uma mulher de 30 anos internou-se com perda ponderal de 20 kg (peso atual: 56 kg; peso usual: 76 kg), candidíase, diarreia crônica, baixo índice de Karnofsky, anemia e contagem de linfócitos totais iguais a 800 células/dl. O diagnóstico de tuberculose pulmonar cavitária, concomitante a padrão miliar, levou a residente de clínica médica a investigar a infecção pelo HIV. O diagnóstico firmado de infecção pelo HIV, no dia seguinte, foi seguido de orientação e condução clínica.

Considerando R – rifampicina, H – isoniazida, Z – pirazinamina, E – etambutol, a terapia recomendada para a coinfeção HIV - tuberculose, segundo o último PCDT HIV 2024, é:

- (A) iniciar terapia antirretroviral após 8 semanas do início do esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (B) aguardar contagem de linfócitos CD4 para iniciar a terapia antirretroviral e o esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (C) iniciar a terapia antirretroviral enquanto se investiga se há disseminação da micobactéria tuberculose, pois esse achado mudaria o tempo de tratamento para tuberculose;
- (D) iniciar prontamente o esquema com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e em até uma semana iniciar tratamento antirretroviral, independente da contagem de linfócitos CD4;
- (E) iniciar prontamente o esquema com 3 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e, caso a contagem de linfócitos CD4 esteja menor que 50 células/mm<sup>3</sup>, prosseguir com a terapia antirretroviral em torno da 6ª semana.

2

Um homem de meia-idade retornou ao ambulatório de clínica médica em cadeira de rodas, trazido pela esposa, relatando estar a maior parte do tempo acamado. O início das dores lombares foi há 4 meses. A dor situa-se principalmente na transição toracolombar, permanece durante a noite e já está refratária a uso de opioides fracos. A constipação piorou (última evacuação há 5 dias) e o paciente não urina com tanta frequência. Quando sente vontade de urinar, não consegue segurar completamente.

A esposa relata que o marido perdeu pelo menos uns 8 kg nos 4 meses desde o início do quadro, havendo febre vespertina ocasional não aferida. A esposa também atualiza o quadro dizendo que a dor parece já estar presente há mais tempo (uns 6 meses). Há aproximadamente 1 mês, ele havia sentido uma fraqueza mais proeminente nas pernas, que o levou a cair sentado. Desde então, não conseguiu se levantar.

Exame físico: paraplegia espástica e hiperreflexia de membros inferiores, com redução de sensibilidade para tato, temperatura e pressão e dor com nível sensitivo na altura dos mamilos. Havia redução da sensibilidade profunda caracterizada por perda completa da propriocepção e sensibilidade vibratória. O restante do exame físico revela paciente hipocorado, um pouco desidratado, com distensão abdominal e redução dos ruídos intestinais. Massa palpável em hipogástrio, indolor, sugerindo bexigoma.

Nos exames solicitados, revelaram-se anemia normocítica, normocrômica, VHS 88 mmHg, PCR: 95 (N: até 10 mg/L), creatinina: 1,6 mg/dl; outros exames estavam normais, incluindo hepatograma, Na, K, Ureia, PSA. Na radiografia de coluna lombar, não se evidenciou fratura, mas havia alterações degenerativas comuns para a idade em região sacroilíaca e acetabular. O radiologista sugeriu redução da densidade óssea, mas não havia lesões líticas ou blásticas. Havia achados de fecalitos em região retossigmoideana e provável bexigoma pela análise da radiografia. O médico decidiu interná-lo imediatamente para investigação e tratamento.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) a principal hipótese é de mielite transversa, e os exames complementares mais importantes a serem realizados nesse caso são ressonância de coluna lombar e punção lombar;
- (B) dado que a probabilidade de osteomielite e abscesso epidural é baixa, como é possível concluir pela radiografia de coluna, pode-se iniciar corticoide 1 mg/kg para síndrome de compressão medular;
- (C) como a fosfatase alcalina, gama glutamiltransferase (GGT) e transaminases estão normais, não é necessário investigar os níveis séricos de cálcio e fósforo;
- (D) as alterações degenerativas e provável osteopenia na radiografia de coluna lombar, somadas ao quadro de claudicação neurogênica, sugerem fratura osteoporótica compressiva. Nesse caso, o médico deve optar pela realização de tomografia de coluna lombar para visualização da fratura e rápido encaminhamento ao serviço de neurocirurgia ou ortopedia;
- (E) o paciente possui vários sinais de alarme: febre, perda ponderal inexplicada, dor noturna e refratária e manifestações neurológicas graves. Essas últimas motivam a realização de ressonância de coluna torácica e lombar de urgência para investigação de síndrome de compressão medular.

**3**

Um paciente sem doença hepática prévia, e em tratamento para tuberculose pulmonar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, inicia quadro de sintomas dispépticos e elevação de transaminases (TGO e TGP).

A conduta acertada em relação a esse caso clínico é:

- (A) suspender imediatamente todas as medicações e reintroduzi-las quando as transaminases estiverem normalizadas;
- (B) manter as medicações para tuberculose tolerando até 5 vezes o limite superior da normalidade;
- (C) trocar imediatamente para capreomicina, etambutol e levofloxacina (esquema para hepatotoxicidade) e prolongar a terapia por 12 meses;
- (D) suspender imediatamente todas as medicações quando as transaminases ultrapassarem 3 vezes o limite superior da normalidade e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias até a normalização;
- (E) suspender apenas a isoniazida e a pirazinamida, pois deve-se iniciar a recontagem a partir da rifampicina e etambutol, e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias para reintrodução ordenada dos outros dois medicamentos.

**4**

Na investigação de ascite, a paracentese diagnóstica foi realizada. O gradiente soro ascite de albumina foi calculado com valor de 1,5 g/dl. No entanto, o paciente apresentou proteína do líquido ascítico em valores baixos (1,8 g/dl), ou seja, menores que 2,5 g/dl.

Uma causa para essa ascite é:

- (A) cirrose hepática;
- (B) insuficiência cardíaca congestiva;
- (C) pancreatite aguda;
- (D) síndrome nefrótica;
- (E) trombose de veia porta.

**5**

Uma paciente de 58 anos foi internada por confusão mental e dor em ombro direito. É portadora de neoplasia de mama em estágio avançado com metástases ósseas. Havia relato, pela anamnese dirigida, de constipação e distensão abdominal. O marido confirmou que, nos últimos dias, ela já não conseguia levantar-se e tomar adequadamente seus medicamentos. Durante a internação confirmou-se a fratura patológica de cabeça do úmero e hipercalcemia da malignidade (PTH suprimido). Houve redução dos níveis séricos de cálcio (Ca: 15 mg/dl para 12 mg/dl em 2 dias), e a creatinina sérica, que na entrada era de 3,8 mg/dl, caiu para 2,0 mg/dl em 48 horas. Os medicamentos reintroduzidos com a melhora clínica da paciente após 3 dias de hidratação e pamidronato foram: metadona, amitriptilina, duloxetine e gabapentina – os últimos por dor radicular. Infelizmente, os sintomas de distensão abdominal, náuseas, vômitos e constipação se evidenciaram, levando à realização de exame tomográfico do abdômen e pelve. Observou-se distensão de ceco (9,0 cm em maior diâmetro), cólon ascendente, transverso e cólon descendente com presença de fecaloma em sigmoide.

Diante da principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta imediata é:

- (A) fazer extração manual do fecaloma associada a administração de clister em gravidade com lactulona e óleo mineral por via oral;
- (B) chamar a cirurgia geral para avaliação pelo risco de rotura de cólon e ceco;
- (C) realizar colonoscopia de urgência para retirada de fecaloma e decompressão gasosa;
- (D) prescrever eritromicina, ondansetrona, lactulona, óleo mineral e passar sonda nasogástrica em sifonagem;
- (E) suspender dieta, antidepressivos e opioides; continuar correção de cálcio sérico e avaliar administração de neostigmina.

6

O residente de clínica médica foi chamado para responder um pedido de parecer da equipe cirúrgica referente a uma senhora de 70 anos com novo episódio de diarreia há 7 dias. Ela foi internada com diverticulite aguda complicada por abscesso, o qual não respondeu ao primeiro ciclo de antibiótico (ciprofloxacina e metronidazol) e ao segundo ciclo (piperacilina com tazobactam), ambos por 14 dias. Apresentou nova infecção peritoneal com deiscência da anastomose primária, sendo necessária abordagem cirúrgica para drenagem do abscesso. A paciente apresentou o segundo episódio de diarreia na internação (60 dias) intervalado com 7 dias de constipação. A idosa se queixou de cólicas, distensão abdominal e tenesmo há pelo menos 2 semanas. Estava febril (38,0 °C), mas estável hemodinamicamente. As morbidades eram apenas uma doença renal crônica (Cr 1,5 mg/dl). Os episódios eram frequentes (em torno de 5 por dia) e mais aquosos. A calprotectina fecal era de 1500 mg/kg, mas os exames parasitológicos de fezes, colhidos dessa vez e no outro episódio, foram negativos. O residente pensou na possibilidade de infecção por *Clostridioides difficile*. Para confirmação do quadro em ambiente hospitalar e proposição de um tratamento ideal, o residente deve:

- iniciar um novo tratamento com metronidazol oral 500 mg de 8/8h por 14 dias, enquanto se aguarda o resultado da pesquisa nas fezes de toxinas A e B para clostridioides;
- iniciar o tratamento com fidaxomicina 200 mg duas vezes ao dia por 10 dias sem a necessidade de coleta de exames para diagnóstico, uma vez que as fezes são líquidas e reduzem o valor preditivo positivo dos testes;
- prescrever probióticos, rifaximina por 14 dias para *Clostridium*; não há necessidade de colocar a paciente em precaução de contato;
- realizar teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) em conjunto com a pesquisa das toxinas A e B para *Clostridium*, ambos nas fezes. Devido à gravidade e fatores de risco, pode ser iniciado tratamento com vancomicina oral;
- pesquisar no sangue, conforme disponibilidade, o teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) ou o teste de amplificação de ácido nuclêico (PCR), associado a pesquisa nas fezes das toxinas A e B de *Clostridium*. Devido ao quadro moderado a grave, realizar o tratamento com vancomicina oral 125 mg, 4 vezes por dia, por 10 dias.

7

Um paciente idoso atendido em consulta ambulatorial com perda ponderal significativa não intencional poderia ser classificado com síndrome consumptiva na dependência de outros sinais e sintomas.

As principais possibilidades para síndrome consumptiva em idosos ambulatoriais são:

- doença do refluxo gastroesofágico, úlcera péptica e tumores do estômago;
- transtorno depressivo, alterações benignas do trato digestivo e doenças malignas;
- tuberculose pulmonar, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica;
- anorexia nervosa, doenças degenerativas neurológicas e medicamentos;
- doença de Parkinson, doença de Alzheimer e efeitos medicamentosos adversos.

8

Um paciente de 35 anos, em estado de imunossupressão grave por não adesão medicamentosa contra o HIV (CD4: 85 células), apresentou quadro de diarreia crônica, síndrome consumptiva e odinofagia. Em avaliação endoscópica, havia a presença de exulcerações e ulcerações longitudinais em esôfago e reto, sugerindo invasão por citomegalovírus (CMV). O paciente estava com pancitopenia em investigação e com neutrófilos totais em 600 células/mm<sup>3</sup>.

A maneira custo-efetiva de tentar o diagnóstico e iniciar o tratamento é:

- dosagem de sorologias para CMV IgM e IgG, considerando a positividade ao menos da IgM;
- cultura viral convencional pareando os espécimes e unidades no sangue e nas fezes;
- antigenemia (pp65) em sangue total negativa, que excluiria a citomegalovirose;
- PCR qualitativo negativo no plasma, que excluiria doença invasiva por CMV;
- histopatologia com corpos de inclusão intranucleares basofílicos, que sugere doença ativa por CMV.

9

Uma senhora de 65 anos, após anos de acompanhamento na clínica médica por diabetes e hipertensão, retornou com queixa de distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há uma semana. Há histórico de constipação crônica por volta dos 30 anos, incluindo atendimentos de emergência para clister glicerinado e extração manual das fezes. Só consegue evacuar com medicações laxativas como polietilenoglicol e laxativos salinos de uso regular. O exame físico e ultrassom à beira leito evidenciaram muita distensão abdominal e dor à palpação profunda. Ao toque retal, há hemorroidas, dor e espasmo da ampola retal – apesar de toque gentil – e sangramento discreto em luva devido ao uso de clister glicerinado nos últimos 3 dias. Optou-se por internação para manuseio do quadro de obstipação intestinal. Com a tomografia de abdômen, pode-se perceber grande impactação fecal em reto e extensão para sigmoide baixo, com fezes em todo o cólon.

Sem outras alterações clínicas, laboratoriais e radiológicas, a equipe médica optou corretamente por:

- iniciar neostigmina, pois trata-se de pseudobstrução intestinal crônica;
- manter os laxativos, incluindo lactulose, enemas glicerinos e clister em gravidade, com perspectiva de colectomia distal, caso não haja melhora em 3 dias;
- suspender os laxativos e iniciar terapia com supositórios de glicerina seguidos de extração manual 3 vezes ao dia, pois, sem a retirada do fecaloma, não haverá trânsito intestinal normal;
- extração por retossigmoidoscopia rígida com infusão local de óleo mineral e associação de neostigmina mitigando dores abdominais após a liberação do fecaloma endurecido;
- suspender lactulose pela distensão, manter laxativos estimulantes como bisacodil (incluindo na forma de supositórios), estimular medidas comportamentais e associar prucaloprida, acompanhando o quadro clínico da paciente.

**10**

Uma mulher de 43 anos procurou atendimento médico com história de episódios recorrentes de vertigem. Esses episódios duravam várias horas e eram acompanhados por náuseas, vômitos e frequentemente associados à sensação de redução da acuidade auditiva unilateral. Além disso, vinha ocorrendo uma sensação de zumbido. Foram solicitados exames complementares, que sugeriram o diagnóstico de síndrome de Ménière.

A médica que acompanha essa paciente, além de solicitar a avaliação de um especialista (otorrinolaringologista), já adiantou, corretamente, a seguinte orientação:

- (A) aumento de alimentos ricos em ômega 3;
- (B) uso de dimenidrinato e piridoxina à noite;
- (C) dieta com alimentos de baixo índice glicêmico;
- (D) dieta com baixo teor de sódio e uso de diurético;
- (E) uso de dose baixa e diária de corticoide sistêmico.

**11**

Um paciente em pós-operatório iniciou um quadro de pseudo-obstrução colônica com distensão abdominal, vômitos e dor intensa em todo o abdômen. Após avaliação dos exames complementares e evolução clínica, a equipe médica decidiu iniciar tratamento com neostigmina venosa.

Nesse contexto, está recomendada a seguinte conduta durante a infusão venosa da neostigmina:

- (A) glicemia capilar, pelo risco de hipoglicemia grave e sintomática;
- (B) monitorização invasiva da pressão arterial, pelo risco de hipotensão;
- (C) monitorização cardíaca contínua, pelo risco de bradicardia acentuada;
- (D) dosagem de hemograma após a infusão, pela possibilidade de neutropenia grave;
- (E) monitorização clínica relacionada ao alto risco de síndrome de Stevens-Johnson.

**12**

Uma paciente de 59 anos procurou atendimento médico pois vinha apresentando insônia há pelo menos 6 meses, além de redução progressiva no apetite e perda de peso. Relatou ansiedade, tristeza, desânimo, fadiga, alteração da concentração, baixa autoestima e episódios de náuseas. Negou pensamentos de morte, mas alegou que o quadro estava causando significativo impacto social e profissional. Negou doenças prévias ou uso de medicações. Dentro do último mês, havia sido realizada uma investigação extensa para afastar doenças que pudessem causar esses sintomas. Como todos os exames vieram dentro da normalidade, a paciente procurou nova avaliação clínica. Não foram encontradas alterações ao exame clínico. O médico explicou para a paciente que ela estava com um quadro compatível com depressão.

Para essa paciente, a medicação que poderia trazer maior benefício, especialmente para os sintomas de insônia, ansiedade, redução do apetite, perda de peso e náuseas, é:

- (A) fluoxetina;
- (B) duloxetina;
- (C) mirtazapina;
- (D) topiramato;
- (E) bupropiona.

**13**

Uma paciente de 74 anos foi atendida no ambulatório com queixa de dispneia aos esforços, edema em tornozelos bilateralmente e episódios prévios sugestivos de dispneia paroxística noturna. O exame físico identificou ritmo cardíaco regular e presença da quarta bulha cardíaca, pressão arterial de 138 por 80 mmHg e frequência cardíaca de 72 batimentos por minuto. Tem 162 cm de altura e pesa 82 kg. O exame laboratorial realizado no último mês registrou creatinina de 1,2 mg/dL, glicose de 94 mg/dL e dosagem de peptídeo natriurético cerebral (BNP) de 480 pg/mL. A paciente levou ecocardiograma recente, em que a cavidade ventricular esquerda era de tamanho normal e a função sistólica global do ventrículo esquerdo estava dentro da normalidade (fração de ejeção preservada). Foi, então, elaborado um plano terapêutico.

Entre as medicações a serem prescritas para uma paciente como ela, com insuficiência cardíaca e fração de ejeção preservada, aquela que tem maior benefício de redução de morte cardiovascular e hospitalização por insuficiência cardíaca é:

- (A) ramipril 10 mg ao dia;
- (B) bisoprolol 5 mg ao dia;
- (C) irbesartana 150 mg ao dia;
- (D) dapaglifozina 10 mg ao dia;
- (E) espironolactona 25 mg ao dia.

**14**

Um médico foi avaliar uma mulher de 68 anos que havia sido internada para realização de colecistectomia eletiva. Essa paciente estava em uso de varfarina há 1 mês em decorrência de um diagnóstico de trombose venosa poplíteia e femoral no membro inferior esquerdo. Ao exame físico, havia discreto edema nesse membro, sem quaisquer outras alterações significativas detectáveis ao exame. Os sinais vitais estavam dentro da normalidade. O exame laboratorial do dia anterior havia registrado INR de 2,4, creatinina de 1,0 mg/dL e glicose de 88 mg/dL.

A conduta mais indicada nesse caso é:

- (A) suspender a varfarina 3 dias antes da cirurgia, sem fazer uso de enoxaparina até a cirurgia ser realizada. Reavaliar o INR no dia anterior à cirurgia;
- (B) suspender a varfarina 7 dias antes da cirurgia e iniciar clopidogrel, que poderá ser mantido durante o procedimento cirúrgico. Nesse caso, não há necessidade da nova avaliação do INR antes da cirurgia;
- (C) administrar vitamina K para reversão da anticoagulação da varfarina. Em seguida, liberar a cirurgia para o dia seguinte dessa intervenção, após reavaliação do INR;
- (D) suspender a varfarina 5 dias antes da cirurgia e, 2 dias após essa suspensão, iniciar enoxaparina em dose terapêutica. Em seguida, suspender a enoxaparina 24 horas antes da cirurgia. Reavaliar o INR no dia anterior à cirurgia;
- (E) suspender a varfarina 6 dias antes da cirurgia e, após 2 dias dessa suspensão, iniciar rivaroxabana 20 mg ao dia. Em seguida, suspender o rivaroxabana 2 dias antes da cirurgia, sem necessidade de reavaliar o INR no dia anterior à cirurgia.

**15**

Um homem de 42 anos, previamente hígido, foi levado por seu irmão ao pronto-socorro com um quadro de cefaleia intensa de início súbito, acompanhada de náuseas, vômitos, alterações da acuidade visual e dor nos olhos. Esses sintomas haviam se iniciado nas últimas 24 horas, com piora progressiva. Tinha história de possível sinusite recente, com o uso apenas de sintomáticos. Ao exame, a pressão arterial foi de 116 por 70 mmHg, frequência cardíaca de 108 batimentos por minutos e temperatura axilar de 38,6 °C. Estava sonolento, com edema periorbital e proptose do olho direito. Apresentava quemose conjuntival, dor acentuada à movimentação dos olhos e acometimento do III, IV e VI pares cranianos.

Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) abscessos cerebrais em lobos frontais;
- (B) neuropatia óptica isquêmica anterior;
- (C) trombose séptica do seio cavernoso;
- (D) hemorragia subaracnóidea;
- (E) meningite bacteriana.

**16**

Uma paciente de 39 anos procurou o ambulatório com queixas de sonolência diurna e fadiga. Durante a anamnese, ela comentou que vinha dormindo mal à noite. Ela acreditava que seu sono estivesse sendo prejudicado por uma sensação de "inquietação" e desconforto nas pernas quando deitava na cama à noite. Isso gerava uma forte necessidade de movimentá-las, o que provocava alívio parcial do desconforto. Negou fazer uso de medicações ou ter doenças prévias. O exame físico estava sem alterações. O médico que estava atendendo suspeitou de síndrome das pernas inquietas.

Entre as alternativas abaixo, a conduta mais indicada para essa paciente é:

- (A) realização de eletroneuromiografia para avaliação de um quadro inicial de polineuropatia desmielinizante;
- (B) solicitação de tomografia computadorizada de crânio para investigar uma causa central de síndrome das pernas inquietas;
- (C) orientação do uso de suplementos de proteínas, pois um maior aporte proteico pode auxiliar no desconforto noturno das pernas;
- (D) implementação ou intensificação de exercícios aeróbicos e musculares, visando a aliviar a sensação de desconforto nas pernas à noite;
- (E) avaliação da cinética do ferro, especialmente a dosagem de ferritina. Se a ferritina estiver baixa, a reposição de ferro poderá trazer benefícios aos sintomas dessa paciente.

**17**

Um paciente de 42 anos, em tratamento quimioterápico de leucemia mieloide aguda, foi levado para o pronto-socorro com dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e febre. Relatou que esses sintomas se iniciaram nas últimas 24 horas, com piora significativa. Ao exame, o abdômen se encontrava distendido e doloroso à palpação, principalmente no quadrante inferior direito, em que ocorria piora da dor à descompressão. A pressão arterial era de 94 por 58 mmHg; a frequência cardíaca de 109 batimentos por minuto; e a temperatura axilar, de 39 °C. O exame laboratorial registrou creatinina de 1,7 mg/dL e 410 neutrófilos/mm<sup>3</sup>. A tomografia de abdômen demonstrou espessamento da parede intestinal (especialmente do ceco) e imagem compatível com pneumatose intestinal.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de:

- (A) enterocolite neutropênica com isquemia intestinal;
- (B) diverticulite aguda complicada com abscesso;
- (C) apendicite aguda perfurada com peritonite;
- (D) colite pseudomembranosa;
- (E) colite ulcerativa.

**18**

Por solicitação de uma amiga, um médico compareceu à casa de uma paciente de 43 anos que apresentava perda do nível de consciência. Foi relatado que essa paciente tinha diabetes mellitus tipo 1 e fazia uso regular de insulina. Encontrava-se com sudorese profusa e com marcado rebaixamento do nível de consciência. Os sinais vitais estavam preservados. A glicemia capilar era de 30 mg/dL.

Nesse caso, a conduta mais adequada é:

- (A) inserir um alimento rico em carboidrato na cavidade oral para correção da hipoglicemia;
- (B) levar a paciente para um pronto-socorro para ser ministrada glicose hipertônica venosa;
- (C) administrar glucagon por via intramuscular para reversão rápida dos sintomas de hipoglicemia;
- (D) fazer nebulização de adrenalina diluída para resolução mais rápida dos sintomas neuroglicopênicos;
- (E) colocar um líquido com açúcar por via sublingual de forma lenta até o restabelecimento do nível de consciência.

**19**

Um paciente de 62 anos, hipertenso, compareceu a consulta ambulatorial regular. Apesar da implementação adequada de medidas de estilo de vida, relatou que seus níveis pressóricos se mantiveram elevados nas aferições de pressão em sua residência. Estava em uso de doses plenas de enalapril, indapamida e amlodipina. Em investigação recente, foram afastadas causas secundárias de hipertensão arterial. Ao exame, apresentava ritmo cardíaco regular e presença de quarta bulha cardíaca na ausculta cardíaca. A pressão arterial era de 155 por 96 mmHg e a frequência cardíaca era de 71 batimentos por minuto. Em exames laboratoriais recentes, a glicemia foi de 92 mg/dL, creatinina de 1,0 mg/dL, ureia de 32 mg/dL, sódio de 140 mg/dL e potássio de 3,9 mg/dL.

No caso desse paciente, a medicação que deve ser associada para um melhor controle pressórico é:

- (A) espironolactona;
- (B) hidralazina;
- (C) furosemida;
- (D) verapamil;
- (E) losartana.

**20**

Um homem de 61 anos, diabético, em uso de linezolida por grave infecção cutânea, iniciou um quadro de confusão mental, sudorese, agitação e tremor. Ao exame, apresentava mioclonia e rigidez muscular. A pressão arterial era de 178 por 104 mmHg, a frequência cardíaca era de 112 batimentos por minuto e a temperatura axilar era de 38,2 °C. Entre as medicações, estava fazendo uso de citalopram 40 mg ao dia. Após a realização de exames complementares para afastar outras doenças, foi levantada a hipótese de síndrome serotoninérgica. Foi suspensa a fluoxetina e foram implementadas medidas de suporte clínico. Na síndrome serotoninérgica, o tratamento dependerá da sua gravidade.

Entre as medicações que estão indicadas para uso pela equipe médica, é correto apontar:

- (A) buspirona e metadona;
- (B) ibuprofeno e tramadol;
- (C) naltrexona e flumazenil;
- (D) diazepam e ciproheptadina;
- (E) carbamazepina e naloxona.

**21**

Uma mulher de 50 anos, que vinha em acompanhamento oncológico por câncer de mama, é internada com dor óssea refratária às medicações orais. Foram detectadas metástases ósseas, hepáticas e pulmonares. A dor foi bem controlada e foram realizados todos os exames pertinentes ao quadro clínico apresentado. Além disso, a equipe médica discutiu sobre a importância da avaliação da espiritualidade da paciente.

Em relação à avaliação da espiritualidade em pacientes que estão em cuidados paliativos, é correto afirmar que:

- (A) o rastreio da espiritualidade não está recomendado para pacientes em cuidados paliativos;
- (B) a avaliação da espiritualidade deve ser realizada apenas nos pacientes que se consideram religiosos;
- (C) o rastreamento breve da espiritualidade deve ser realizado apenas pelo serviço de capelania ou líderes religiosos;
- (D) angústia ou sofrimento espiritual pode amplificar outros tipos de sofrimento dos pacientes, como a dor física ou emocional;
- (E) os pacientes e cuidadores geralmente não querem que sua espiritualidade seja abordada pelo profissional de saúde.

**22**

Um paciente de 31 anos tem história de tratamento antimicrobiano para "inflamação no testículo" há 3 semanas. Apesar de o desconforto ter melhorado, ele sentiu "algo estranho" no testículo esquerdo. Por tal motivo, procurou atendimento médico para nova avaliação. Ao exame, verifica-se uma massa testicular à esquerda, indolor à palpação. Não há outras alterações. O médico solicita, então, uma ultrassonografia da bolsa escrotal.

Diante da suspeita de câncer testicular, estão indicados os seguintes exames laboratoriais:

- (A) aspartato aminotransferase (TGO), calcitonina e CA 19-9;
- (B) antígeno carcinoembrionário (CEA), cromogranina A e CA 125;
- (C) alanina aminotransferase (TGP), CA 15-3 e fosfatase ácida total;
- (D) fosfatase alcalina, CA 72-4 e antígeno mucoide associado a carcinoma (MCA);
- (E) lactato desidrogenase (LDH), alfafetoproteína e beta gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG).

**23**

Uma paciente de 78 anos procurou o ambulatório de uma clínica médica pois vinha apresentando dispneia aos esforços. Estava em uso de olmesartana 40 mg ao dia e hidroclorotiazida 12,5 mg ao dia. Negava outros sintomas. Ela levou para consulta os exames laboratoriais realizados no último mês. Os resultados de glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina e hemograma estavam dentro da normalidade. O ecocardiograma recente estava sem alterações significativas. O exame físico constatou ritmo cardíaco regular e bulhas normofonéticas. O restante do exame não apresentava alterações. A pressão arterial era de 162 x 80 mmHg e a frequência cardíaca, de 41 batimentos por minuto. A paciente levou um eletrocardiograma realizado 4 semanas antes da consulta, em que foi evidenciado um bloqueio atrioventricular do 2º grau Mobitz II. Esse exame foi repetido no dia do atendimento, quando o bloqueio atrioventricular foi confirmado.

Nesse caso, a conduta mais indicada é:

- (A) associar clonidina visando a um melhor controle da pressão arterial sistólica;
- (B) solicitar Holter de 24 horas para investigar a presença de outras arritmias cardíacas;
- (C) indicar a realização de cintilografia miocárdica com dipiridamol para afastar isquemia miocárdica;
- (D) encaminhar a paciente para uma pronta avaliação por uma equipe especializada diante da indicação de implante de marcapasso definitivo;
- (E) administrar atropina venosa para reversão do bloqueio atrioventricular, visando a seguir monitorando ambulatorialmente a frequência cardíaca e a pressão arterial.

**24**

Um paciente de 46 anos é levado ao pronto-socorro por seus familiares por ter apresentado crise convulsiva em sua residência. Segundo o relato, ele iniciara, há 4 dias, um quadro de cefaleia de forte intensidade, com alterações comportamentais e febre alta. Ao exame, encontrava-se desorientado, sonolento e com hemiparesia à esquerda. A pressão arterial era de 110 x 88 mmHg e a frequência cardíaca, de 98 batimentos por minuto. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética, em que foram evidenciadas áreas de hiperintensidade nos lobos temporais bilateralmente. Em seguida, foi realizada uma punção líquórica. No líquido, foi encontrado um aumento de proteínas e leucócitos (com predomínio de linfócitos). Os demais exames solicitados no líquido ainda estavam pendentes.

Diante dessa apresentação clínica e da possibilidade de encefalite herpética, além da terapia de suporte clínico, a conduta mais adequada é:

- (A) aguardar todos os resultados do líquido para iniciar o tratamento;
- (B) coletar sorologia para herpes simplex no soro e aguardar o resultado para iniciar o tratamento;
- (C) programar biópsia cerebral com urgência visando a estabelecer o diagnóstico definitivo;
- (D) iniciar corticoide venoso em dose alta para evitar a formação de edema em torno das lesões cerebrais e prevenir sequelas de uma possível meningite;
- (E) iniciar aciclovir pela via venosa, enquanto se aguarda a confirmação do diagnóstico de encefalite herpética ou até que outro diagnóstico seja feito.

25

Um paciente com 63 anos de idade apresenta hepatite B crônica sem tratamento antiviral específico. Mantém valores anormais de AST e ALT, anti-HBs (-) e HBsAg (+), HBeAg (-).

Em relação às manifestações extra-hepáticas pela infecção crônica pelo HBV, a mais prevalente é:

- (A) lúpus eritematoso sistêmico;
- (B) amiloidose;
- (C) linfoma de Burkitt;
- (D) poliarterite nodosa;
- (E) histiocitose.

26

Um paciente, com diagnóstico de HIV/aids devido a quadro de diarreia crônica aos 42 anos de idade, apresentava dermatite seborreica facial grave e perda ponderal > 10%. A contagem de linfócitos TCD4+ era 75 células/mm<sup>3</sup>, e a carga viral do HIV era de 915.862 cópias/mm<sup>3</sup>. A terapia antirretroviral foi prontamente iniciada, além das profilaxias das infecções oportunistas com sulfametoxazol/trimetoprima e azitromicina.

Após 8 semanas do início do tratamento, o paciente apresentou herpes zóster torácico grave, além de três pequenas lesões violáceas em planta do pé direito.

A hipótese diagnóstica que explica o presente quadro é:

- (A) queda da contagem de linfócitos T CD4;
- (B) resistência viral à terapia;
- (C) síndrome inflamatória da reconstituição imune;
- (D) má adesão ao tratamento;
- (E) desnutrição proteico-calórica.

27

A oncocercose, também chamada de cegueira dos rios ou mal do garimpeiro, é uma doença parasitária crônica decorrente da infecção produzida por verme nematódeo que se localiza no tecido subcutâneo, classificado como da espécie *Onchocerca volvulus*.

A transmissão se dá pela picada do inseto conhecido como borrachudo ou pium, infectado com larvas do parasita.

Os vermes causadores da doença eliminam microfírias que, ao se desintegrarem na pele, causam manifestações cutâneas, que podem ser agudas e/ou crônicas.

A administração da ivermectina apresenta boa eficácia contra as microfírias, mas não é eficiente no combate às filárias adultas, que permanecem no organismo do indivíduo, em constante reprodução, por até 15 anos.

Para tratamento dos vermes adultos, está indicado(a):

- (A) albendazol por 7 dias;
- (B) sulfametoxazol + trimetoprima por 1 semana;
- (C) praziquantel em dose única;
- (D) doxiciclina por 6 semanas;
- (E) levamisole por 4 semanas.

## Gastroenterologia

28

Paciente de 25 anos, proveniente de Pernambuco, procura o gastroenterologista devido a hemorragia digestiva alta (HDA). Na EDA, verifica-se a presença de varizes de esôfago de médio e grosso calibres; no exame físico, constata-se a presença de esplenomegalia e plaquetopenia.

No caso de diagnóstico de hipertensão porta por esquistossomose mansônica, está será classificada como:

- (A) sinusoidal;
- (B) pós-sinusoidal;
- (C) pré-sinusoidal;
- (D) supra-hepática;
- (E) perissinusoidal.

29

Mulher de 30 anos apresenta quadro de dor em QSD, com sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose. A ultrassonografia mostrou a presença de litíase biliar e parede biliar espessada.

A litogênese biliar é favorecida pelas condições abaixo citadas, EXCETO:

- (A) uso de anticoncepcionais;
- (B) cirrose hepática;
- (C) microesferocitose;
- (D) policitemia vera;
- (E) obesidade.

30

Mulher obesa, de 30 anos, múltipara, procura a emergência com quadro de dor em QSD. Ultrassonografia de abdômen revela a presença de colelitíase e dilatação da via biliar extra-hepática com colédoco medindo 15 mm.

A melhor conduta terapêutica é:

- (A) colecistectomia laparoscópica;
- (B) ecoendoscopia;
- (C) colecistectomia por laparotomia;
- (D) ecoendoscopia seguida de CPER e papilotomia;
- (E) colangiressonância magnética.

31

Paciente jovem soropositivo para os vírus HBV (HBsAg reativo, HBeAg) e HIV apresenta manifestações extra-hepáticas do vírus da hepatite B.

NÃO é considerada manifestação extra-hepática do HBV a seguinte condição:

- (A) poliarterite nodosa;
- (B) síndrome do tipo soro-like;
- (C) glomerulonefrite membranosa;
- (D) artralguas e artrite;
- (E) gastrite crônica.

**32**

Mulher jovem em uso de anticoncepcional oral procura a ginecologista para a realização de exames periódicos. Na ultrassonografia de abdômen, percebe-se a presença de lesão hiperecogênica, de 2,5 cm em segmento VI. Na ressonância magnética de abdômen, verifica-se aspecto globuliforme e realce periférico de contraste. A alfafetoproteína é normal, assim como as enzimas hepáticas TGO e TGP.

A lesão nodular hepática descrita nesse caso é o(a):

- (A) hiperplasia nodular focal;
- (B) adenoma hepático;
- (C) carcinoma hepatocelular;
- (D) hemangioma hepático;
- (E) lipoma.

**33**

Mulher de 55 anos, com história de fadiga, prurido e elevação das enzimas canaliculares, apresenta hipotireoidismo e osteopenia.

O marcador laboratorial mais característico da colangite biliar primária é a presença de:

- (A) FAN (fator antinuclear);
- (B) antimúsculo liso;
- (C) antimicrosomial;
- (D) antiactina;
- (E) antimitocôndria.

**34**

Paciente jovem de 30 anos com histórico de uso de drogas ilícitas injetáveis procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido que revela positividade para o HBsAg. É encaminhado pelo Sisreg para serviço especializado em hepatologia.

O melhor marcador de replicação viral na infecção pelo vírus B da hepatite é:

- (A) HBsAg;
- (B) HBeAg;
- (C) Anti-HBc (total);
- (D) Anti-HBc (IGM);
- (E) Anti-HBe.

**35**

Jovem de 17 anos procura a unidade básica de saúde por causa de icterícia, colúria e fadiga. Apresenta transaminases superiores a 2000, bilirrubina total de 10 mg/dl e história epidemiológica de contato sexual não protegido recente, embora em uso de PREP com o emprego de lamivudina e emtricitabine.

O tipo de hepatite de que se suspeita e seu período de incubação são, respectivamente:

- (A) hepatite B, 2 a 4 semanas;
- (B) hepatite A, 2 a 4 semanas;
- (C) hepatite C, 12 a 15 semanas;
- (D) hepatite delta, 4 a 6 semanas;
- (E) hepatite E, 14 a 16 semanas.

**36**

Paciente com histórico de hemotransfusão no passado procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido para HBV e HCV, sendo o anti-HCV reativo. Encaminhado para serviço especializado em hepatologia, realiza pesquisa de carga viral para o HCV-RNA e genotipagem, com títulos elevados superiores a 1.000.000 UI/ml e genótipo 1. O estadiamento da doença confirma a presença de fibrose avançada com grau 3 (fibrose F3).

No tratamento atual da hepatite crônica pelo vírus C da hepatite, recomenda-se:

- (A) gamaglobulina hiperimune (HBIG);
- (B) lamivudina;
- (C) tenofovir + lamivudina;
- (D) interferon + ribavirina;
- (E) sofosbuvir + velpatasvir.

**37**

Paciente com quadro clínico sugestivo de pancreatite aguda grave necro-hemorrágica apresenta-se na emergência com presença de manchas equimóticas em região de flancos.

Esse sinal, indicativo de hemorragia retroperitoneal, é denominado:

- (A) Laffont;
- (B) Gray-Turner;
- (C) Fox;
- (D) Courvoisier-Terrier;
- (E) Blumberg.

**38**

Paciente de 40 anos, emagrecido, procura a unidade de gastroenterologia com queixa de aumento de volume abdominal, sugestiva de ascite.

Uma etiologia de ascite com GASA (Gradiente Albumina Soro-Ascite) aumentada (> 1.0 gr/dl) é:

- (A) ascite biliar;
- (B) ascite quilosa;
- (C) infarto intestinal;
- (D) síndrome Budd-Chiari;
- (E) peritonite tuberculosa.

**39**

Homem de 65 anos realizou revascularização do miocárdio há mais de 35 anos, com necessidade de hemotransfusão. Cerca de 20 anos depois, foi diagnosticado com hepatite C crônica, que evoluiu para cirrose hepática, com ascite discreta e albumina < 3.0 gr/dl, sendo classificado como Child-Pugh B8. Procura o hepatologista, desejoso de tratar a hepatite crônica C.

Considerando o estágio atual da sua doença hepática, a opção terapêutica mais adequada é:

- (A) pibrenstavir + glecaprevir por 12 semanas;
- (B) boceprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas;
- (C) telaprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas;
- (D) sofosbuvir + velpatasvir por 12 semanas;
- (E) faldaprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas.

**40**

Mulher de 65 anos procura o gastroenterologista com queixas de astenia, prurido palmar e plantar e elevação de fosfatase alcalina (1005 UI/ml) e Gama GT (1200 UI/ml). As enzimas hepáticas TGO e TGP estão elevadas (300 e 250 UI/ml, respectivamente) e a bilirrubina total é de 6,0 mg/dl, às custas da bilirrubina direta. Apresenta plaquetopenia de 85.000/mm<sup>3</sup>, e a ultrassonografia de abdômen aponta alterações compatíveis com doença parenquimatosa crônica do fígado, sem dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar anecoica.

A principal hipótese diagnóstica para o caso e o exame complementar a ser solicitado são, respectivamente:

- (A) hepatite colestática autoimune; FAN e antímúsculo liso;
- (B) colangite esclerosante primária; CPER e P-Anca;
- (C) colangite biliar primária; anti-LKM1;
- (D) colangite biliar primária; antimitocôndria;
- (E) hepatite medicamentosa; FAN e antímúsculo liso.

**41**

Paciente de 50 anos, sexo masculino, dá entrada na emergência do pronto-socorro com queixa de dor epigástrica de forte intensidade e melena há 24 horas. Submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou úlcera bulbar ativa com sangramento em babação, referia uso recente de anti-inflamatório não esteroide para tratamento de dor lombar.

Com relação ao aspecto endoscópico, a classificação da lesão segundo os critérios de Forrest e seu risco de sangramento são, respectivamente:

- (A) 1a e 20-30%;
- (B) 1b e 10-30%;
- (C) 1a e 100%;
- (D) 2a e 8-35%;
- (E) 3 e < 3%.

**42**

J.E., sexo feminino, 29 anos, comparece ao gastroenterologista com queixa de hematoquezia e dor abdominal há 4 meses. No exame físico, foi possível observar lesões pigmentadas na pele, principalmente na região perioral. Nos exames de endoscopia digestiva alta (EDA), enteroscopia e colonoscopia, foram visualizados múltiplos pólipos hamartomatosos em todo o trato gastrointestinal.

O diagnóstico provável para esse caso clínico é:

- (A) doença de Lynch;
- (B) doença de Crohn;
- (C) síndrome de Gardner;
- (D) síndrome de Mallory-Weiss;
- (E) síndrome de Peutz-Jegher.

**43**

Homem de 25 anos é encaminhado para investigação de hepatopatia crônica devido ao achado de fígado de contorno irregular na ultrassonografia de abdômen. Endoscopia digestiva alta (EDA) identificou varizes esofágicas de grosso calibre com "red spots", e o paciente foi submetido a ligadura elástica. Exame oftalmológico foi compatível com a presença de anéis de Kayser-Fleischer.

Com relação ao caso clínico, é correto afirmar que:

- (A) a doença tem caráter adquirido e não genético;
- (B) o cobre urinário nessa condição é geralmente elevado;
- (C) a dosagem da ceruloplasmina nessa condição é geralmente elevada;
- (D) a doença em questão é provocada por acúmulo de chumbo;
- (E) o tratamento da doença em questão é realizado com sangrias.

**44**

Mulher de 39 anos encontra-se icterícia e com dor abdominal em quadrante superior direito. No exame, identifica-se um sinal propepêutico em que o examinador consegue sentir, próximo à confluência entre o rebordo costal direito e a linha hemiclavicular direita, uma víscera palpável e indolor.

Com base nessa situação hipotética, é provável que o sinal mencionado e a correlação com esse caso clínico sejam:

- (A) sinal de Courvoisier-Terrier, neoplasia de vias biliares;
- (B) sinal de Murphy, colecistite aguda;
- (C) sinal de Murphy, colangite biliar primária;
- (D) sinal de Lemos-Torres, hérnia diaphragmática;
- (E) sinal de Joubert, pneumoperitônio.

**45**

Paciente com cirrose por hepatite C foi à consulta de rotina. Paciente e familiares negam confusão mental, relatam leve icterícia e levaram exame de ultrassonografia com sinais de hepatopatia crônica, ausência de nódulos hepáticos e líquido ascítico peri-hepático. Exames laboratoriais: bilirrubina sérica de 2,5 mg/dL, albumina sérica de 3,0 g/dL e INR de 1,31.

O escore de Child-Pugh desse paciente é:

- (A) A6;
- (B) B7;
- (C) B8;
- (D) B9;
- (E) C10.

**46**

Mulher de 35 anos se queixa de disfagia persistente para alimentos sólidos e frequentes impactações alimentares. Ela relata que evita consumir refeições sólidas, que tem alergia alimentar a frutos do mar e que melhora pouco com o uso inibidores de bomba de prótons (IBP). A endoscopia revela presença de anéis concêntricos no esôfago fixos, exsudato granular e sulcos verticais.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) divertículo de esôfago;
- (B) câncer escamoso de esôfago;
- (C) espasmo esofageano difuso;
- (D) esofagite eosinofílica;
- (E) refluxo gastroesofágico.

**47**

Paciente portador de retocolite ulcerativa vinha em uso de mesalazina 2,4 g/dia, quando foi internado com piora do quadro clínico. Apresentava mais de 15 evacuações/dia, cerca de 50% delas sanguinolentas, taquicardia e febre baixa. A radiografia panorâmica de abdômen não mostrou dilatação colônica.

A melhor conduta nesse momento é:

- (A) associar azatioprina;
- (B) iniciar vedolizumabe;
- (C) aumentar a dose da mesalazina para 4,8 gr/dia;
- (D) iniciar corticosteroides com metilprednisolona, 1 mg/kg dia;
- (E) iniciar infliximabe.

**48**

Homem de 65 anos apresenta quadro de alteração do nível de consciência, confusão mental e tremores de extremidades.

Essa síndrome neuropsiquiátrica, que pode ocorrer como complicação de doença hepática crônica, é denominada:

- (A) síndrome de portossistêmica aguda;
- (B) síndrome de Shuan;
- (C) encefalopatia mínima;
- (D) encefalopatia hepática portossistêmica;
- (E) transtorno de déficit atencional.

**49**

Em aproximadamente um terço dos pacientes com doença de Crohn, ocorrem fístulas intestinais.

A forma mais comum de fístula intestinal em pacientes com doença de Crohn é a fístula:

- (A) ileovesical;
- (B) ileossigmoidea;
- (C) enterocutânea;
- (D) enterovaginal;
- (E) perianal.

**50**

Paciente AJN, 53 anos, sexo feminino, procura atendimento médico relatando que, há cerca de 1 ano, vem apresentando episódios de diarreia muco-pio-sanguinolenta, associada a dor abdominal, inapetência e perda ponderal de 7 kg no período. A colonoscopia revela colite severa à esquerda, enterotomografia normal e dosagem da calprotectina fecal: 1000 (VR: < 50mcg/g fezes).

Em relação ao caso acima, o diagnóstico e a classificação correta são, respectivamente:

- (A) doença de Crohn de cólon esquerdo, classificação de Montreal E2;
- (B) retocolite ulcerativa inespecífica (RCU), classificação de Montreal E1;
- (C) colite microscópica, classificação E1;
- (D) retocolite ulcerativa inespecífica (RCU), classificação de Montreal E2;
- (E) retocolite ulcerativa inespecífica (RCU), classificação de Montreal E3.

**51**

Paciente do sexo feminino, 35 anos, comparece ao consultório com queixa de diarreia persistente, dor abdominal, febre, náuseas e perda de apetite.

O exame histológico evidenciou colite pseudomembranosa, o que pode ser indicativo de:

- (A) gastroenterite viral;
- (B) gastroenterite por rotavírus;
- (C) gastroenterite por *Clostridium difficile*;
- (D) síndrome do intestino irritável;
- (E) colite microscópica.

**52**

Homem de 45 anos apresenta diagnóstico de colangite esclerosante, com episódios de colangite de repetição. Apresenta também diarreia crônica com presença de muco e sangue, elevação de CA 19,9 superior a 1000 e RNM com imagem sugestiva de lesão infiltrante em segmento VI.

A provável condição médica desse paciente é:

- (A) retocolite ulcerativa;
- (B) pancreatite crônica;
- (C) neoplasia de cólon;
- (D) colangiocarcinoma;
- (E) hepatite crônica ativa.

**53**

Jovem com história de promiscuidade sexual procura a unidade básica de saúde com febre, tosse produtiva, queda do estado geral e icterícia. Apresenta teste rápido positivo para HIV, carga viral do HIV-RNA elevada e títulos de CD4 inferiores a 250 células/mm<sup>3</sup>. Apresenta transaminases elevadas, sendo a TGO maior que a TGP.

A causa mais frequente de lesão hepática nos pacientes com aids é:

- (A) álcool;
- (B) infecção por *Isospora belli*;
- (C) infecção por *Micobacterium tuberculosis*;
- (D) infecção por *Pneumocystis carinii*;
- (E) infiltração gordurosa do fígado.

**54**

A doença celíaca (DC) é uma enteropatia provocada pela exposição às proteínas do glúten em indivíduos geneticamente susceptíveis.

O antígeno leucocitário humano (HLA) presente em mais de 95% dos casos de pacientes com DC é o:

- (A) B8;
- (B) DQ2;
- (C) B27;
- (D) B1;
- (E) B2.

## Infectologia

55

Um homem de 34 anos encontra-se internado gravemente enfermo por doença infectocontagiosa sistêmica, de rápida evolução em poucos dias. Encontra-se toxêmico, hipoativo, queixando-se de dores disseminadas e com febre de 38,5 °C. A equipe clínica prescreveu tecovirimat parenteral.

A doença em questão é:

- (A) nocardiose;
- (B) torulose;
- (C) aspergilose;
- (D) tularemia;
- (E) mpox.

56

Hipertonias musculares mantidas, localizadas ou generalizadas, ausência de febre ou febre baixa, hiperreflexia profunda e contraturas paroxísticas que se manifestam à estimulação do paciente (estímulos táteis, sonoros, luminosos ou alta temperatura ambiente), são sintomas que, em geral, o paciente pode apresentar mantendo-se consciente e lúcido.

Os sintomas iniciais costumam ser relacionados com a dificuldade de abrir a boca e de deambular, devido à hipertonia muscular correspondente. Com a progressão da doença, outros grupos musculares são acometidos. Pode haver dificuldade de deglutição (disfagia), rigidez de nuca, rigidez paravertebral, hipertonia da musculatura torácica, de músculos abdominais e de membros inferiores. As contraturas paroxísticas ou os espasmos acontecem sob a forma de abalos tonicoclônicos, que variam em intensidade e intervalos, de acordo com a gravidade do quadro. A hipertonia torácica, a contração da glote e as crises espásticas podem determinar insuficiência respiratória, causa frequente de morte nesses enfermos. Nas formas mais graves, também pode ocorrer hiperatividade do sistema autônomo simpático (disautonomia), com taquicardia, sudorese profusa, hipertensão arterial, bexiga neurogênica e febre. Tais manifestações agravam o prognóstico da doença. Entretanto, devido às ações do Programa Nacional de Imunizações, essa doença, felizmente, não é mais tão comum como no passado.

A descrição acima se refere ao(à):

- (A) botulismo;
- (B) meningite bacteriana;
- (C) raiva;
- (D) doença de Creutzfeldt-Jakob;
- (E) tétano.

57

Um paciente de 22 anos apresentou quadro clínico com início abrupto de febre, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos. Foi avaliado na UPA e liberado com prescrição de sintomáticos. Vinte e quatro horas depois, apresentou diarreia, artralgia, dor ocular, fotofobia e hemorragia conjuntival, além de tosse. Foi internado, recebendo hidratação venosa e sintomáticos venosos. Foram solicitados exames complementares, com os seguintes resultados: leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda, plaquetopenia, aumento de ureia e creatinina, CPK elevada, baixa densidade urinária, proteinúria, hematúria microscópica e leucocitúria.

Foi então iniciada antibioticoterapia com sulfametoxazol + trimetoprima. Logo a seguir, o paciente apresentou exantema, eritema macular, papular purpúrico, distribuídos no tronco ou na região pré-tibial. USG exibiu hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia. Na ocasião, reclamou de intensa mialgia, principalmente em região lombar e nas panturrilhas.

Apesar do uso de antibiótico, não apresentou melhora, com evolução para tríade insuficiência renal, icterícia rubínica e hemorragia pulmonar discreta (síndrome de Weil). Foi intubado e no CTI iniciou penicilina G cristalina em dose plena e cuidados intensivos. Após 10 dias, apresentou melhora clínica, sendo transferido para enfermaria até concluir seu tratamento.

A doença descrita acima é:

- (A) febre maculosa;
- (B) endocardite bacteriana;
- (C) leptospirose;
- (D) dengue hemorrágica;
- (E) infecção urinária por pseudomonas aeruginosa.

58

Um paciente de 33 anos, praticante de artes marciais, sem histórico de doenças, compareceu ao pronto-socorro queixando-se de dor em região de trajeto do nervo ciático. A dor era constante e não modificava com o movimento. Observou-se, no local, exantema vesicular e pústulas muito dolorosas. Relatou também que vinha apresentando febre há cerca de um mês e perda ponderal de 2 Kg. O plantonista que o atendeu elaborou um diagnóstico clínico e solicitou alguns exames com hemograma, exames básicos de bioquímica do sangue e mais alguns para complementar seu raciocínio clínico e elaborar o melhor plano terapêutico para esse paciente.

Considerando o relato acima, a doença em questão e um exame que deveria ser solicitado adicionalmente são, respectivamente:

- (A) herpes simples e coloração pelo Giemsa do esfregaço da lesão;
- (B) herpes zóster e reação em cadeia da polimerase para varicela;
- (C) herpes zóster e sorologia para o HIV;
- (D) herpes zóster e cultura de células para varicela;
- (E) impetigo e cultura da secreção para caracterizar bactérias.

59

Um paciente de 45 anos, sem doenças prévias, desenvolveu enfermidade de instalação súbita e progressiva com quadro de náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal. Logo após, queixou-se de cefaleia, vertigem e tontura. Foi internado na emergência, onde foi iniciada hidratação venosa e administração de sintomáticos. Entretanto, 3 horas depois começou a apresentar visão turva, ptose palpebral, diplopia, disfagia, disartria, boca seca e fraqueza muscular simétrica, acometendo com maior intensidade os membros superiores, sem perda da sensibilidade. Notaram-se hipotensão sem taquicardia e retenção urinária. Cerca de 6 horas após a internação, evoluiu para paralisia flácida motora descendente, associada a comprometimento autonômico disseminado. Durante todo esse período, o paciente se manteve consciente. A fraqueza muscular descendente afetou os músculos do tronco e dos membros, levando a dispneia, insuficiência respiratória e tetraplegia flácida. Foi necessária a transferência do paciente para o CTI, com instalação de tubo orotraqueal e ventilação mecânica, além de rotinas terapêuticas para pacientes graves.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) meningite por *Haemophilus influenzae*;
- (B) síndrome de Guillain-Barré;
- (C) doença de Lyme;
- (D) infecção pelo *Clostridium botulinum*;
- (E) raiva.

60

Uma paciente de 35 anos apresentou exantema não pruriginoso e eritema conjuntival, febre, mialgia e mal-estar. O exame sorológico mostrou tratar-se de infecção pelo vírus Zika. Evoluiu com enfermidade neurológica.

Em relação a essa arbovirose, além da microcefalia congênita, a manifestação neurológica mais comumente encontrada é:

- (A) paralisia de Bell;
- (B) paraparesia espástica tropical;
- (C) síndrome de Guillain-Barré;
- (D) neuralgia do trigêmeo;
- (E) meningoencefalite.

61

Um homem diabético tipo II, com 47 anos de idade, vivendo com HIV, tem carga viral do HIV indetectável e contagem de linfócitos TCD4 normal, pois faz uso regular dos antirretrovirais. O esquema é composto por tenofovir + lamivudina + dolutegravir. O tratamento prescrito para o diabetes foi glimepirida e metformina. O médico assistente teve que fazer uma alteração no esquema dos hipoglicemiantes orais em função de possível interação medicamentosa.

Tal alteração consistiu em:

- (A) diminuição da dose da glimepirida;
- (B) acréscimo de um inibidor de dpp-4;
- (C) redução da dose da metformina;
- (D) troca por outra droga da classe das sulfonilureias;
- (E) suspensão da metformina.

62

Um homem de 73 anos, vivendo com HIV e em tratamento antirretroviral há 25 anos, após ter ficado internado por 45 dias, mantendo até a presente data a mesma combinação inicial, encontrava-se em bom estado de saúde com carga viral do HIV indetectável e contagem de linfócitos TCD4 742 células/mm<sup>3</sup>. O médico, ao examiná-lo, notou manchas arroxeadas na língua e listas verticais da mesma cor nas unhas das mãos.

A causa da presença desse sinal é:

- (A) histórico de infecção por micobacteriose não tuberculosa;
- (B) histórico de doença de Hodgkin;
- (C) deficiência de vitamina B6;
- (D) uso prolongado de zidovudina;
- (E) passado de intoxicação por metal pesado.

63

Um homem de 50 anos em tratamento para hepatite C, com cirrose hepática compensada CHILD PUGH A, tem histórico de falha terapêutica com uso prévio de antivirais de ação direta. O médico assistente do serviço de atenção especializada prescreveu um novo esquema terapêutico, recomendado pelo Ministério da Saúde.

O esquema prescrito foi:

- (A) sofosbuvir/velpastavir/ribavirina por 24 semanas;
- (B) sofosbuvir/daclatasvir por 12 semanas;
- (C) sofosbuvir/pibrentasvir + glecaprevir por 12 semanas;
- (D) sofosbuvir/velpastavir por 12 semanas;
- (E) sofosbuvir/ribavirina por 24 semanas.

64

Uma mulher de 56 anos apresenta diagnóstico de hepatite B em teste de rotina realizado há 9 meses. Não realizou tratamento e no momento encontra-se assintomática. Apresenta os seguintes marcadores virais:

- Anti-HBs negativo
- HBsAg positivo
- Anti-HBc total positivo
- AntiHBc IgM negativo
- HBe Ag positivo

A principal indicação para o início de tratamento antiviral específico é:

- (A) carga viral HBV-DNA igual ou maior que 2.000 UI/mL;
- (B) carga viral HBV-DNA igual ou maior que 10.000 UI/mL;
- (C) ALT maior ou igual a 100 U/mL;
- (D) presença de HBeAg;
- (E) imunodepressão.

65

Um jovem de 20 anos de idade, trabalhador rural no interior do estado de São Paulo, é admitido no hospital com quadro de dispnéia intensa, tosse seca e febre. Foi hospitalizado, evoluindo para edema agudo de pulmão não cardiogênico e choque, sendo necessária prótese respiratória. Após 5 dias de permanência na UTI, foi extubado e apresentou melhora clínica. Desenvolveu intenso aumento da diurese espontânea nessa fase (fase diurética da doença), que durou cerca de 1 semana. Recebeu alta hospitalar após 35 dias de internação, apesar de dispnéia leve e astenia moderada persistente.

O quadro infeccioso, que acometeu o paciente foi:

- (A) febre maculosa;
- (B) hantavírose;
- (C) blastomicose sul-americana;
- (D) febre tifoide;
- (E) tularemia.

66

A cólera é causada pela bactéria *Vibrio cholerae* toxigênica dos sorogrupos O1 ou O139. O *Vibrio cholerae* O1 pode ser classificado em dois biotipos: Clássico e El Tor, que apresentam diferenças em relação às propriedades fenotípicas e genotípicas, patogenicidade e padrões de infecção e sobrevivência nos hospedeiros humanos. O uso de antibióticos é complementar ao tratamento e não substitui a administração de líquidos e solução de sais de reidratação oral ou de fluidos endovenosos (a reidratação é a base da terapia).

Dessa maneira, o antibiótico de primeira escolha, indicado pelo Ministério da Saúde, para tratamento da cólera é:

- (A) doxiciclina 2 mg/kg a 4 mg/kg, em dose única, por via oral;
- (B) sulfametoxazol + trimetoprima 400/80 mg, 12/12h por 5 dias, por via oral;
- (C) amoxicilina + clavulanato 875/125 mg, 12/12h por 7 dias;
- (D) gentamicina 80 mg, por via oral, em dose única;
- (E) cefepime 2 g, por via endovenosa, 8/8h por 10 dias.

67

Durante um final de semana, uma família se reuniu para comemorar uma data religiosa, sendo adquiridos vários tipos de frutos do mar, congelados, para almoço.

Três indivíduos dessa família, idosos, evoluíram com febre alta prolongada, fadiga, cefaleia, tosse seca, náusea, perda de apetite, dor abdominal, constipação, dissociação pulsotemperatura, hepatoesplenomegalia e roséolas cutâneas.

Dois pacientes se recuperaram; entretanto, um deles, na segunda semana de doença, persistiu com febre, astenia intensa, alteração do nível de consciência com delírios e indiferença ao ambiente. Houve dissociação pulsotemperatura (frequência de pulso normal em presença de febre elevada), hepatoesplenomegalia, dor abdominal difusa com persistência da constipação intestinal. Foi observado surgimento de exantemas em ombros, tórax e abdômen caracterizados por máculas pápulo-eritematosas, com aproximadamente 1 mm a 5 mm de diâmetro, que desapareciam à vitropressão. Evoluiu com hipotensão, enterorragia e perfuração intestinal. Após tratamento cirúrgico, foi internado em CTI, onde recebeu tratamento adequado com antibióticos, e, após 25 dias, recebeu alta melhorado para enfermaria.

O diagnóstico clínico mais compatível com a descrição acima é:

- (A) infecção causada pelo *Bacillus cereus*;
- (B) infecção causada por *Escherichia coli* enterotoxigênica;
- (C) amebíase intestinal;
- (D) febre tifoide;
- (E) infecção causada por rotavírus.

68

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Sua distribuição geográfica é mundial, sendo uma das zoonoses mais difundidas. No Brasil, a infecção apresenta alta prevalência na população.

O principal modo de transmissão dessa doença acontece por:

- (A) contato com pombos;
- (B) via oral, através do consumo de alimentos e água contaminados com oocistos, ou carnes e derivados contendo cistos teciduais;
- (C) contato com cães e suas fezes;
- (D) contato com qualquer gato doméstico, já que todos os felídeos são potenciais transmissores dessa doença;
- (E) transplante de órgãos.

69

*Listeria monocytogenes* é um bacilo gram-positivo que causa gastroenterite na maioria dos indivíduos que o ingerem em quantidade suficiente. O germe pode causar infecção grave, de origem alimentar, em indivíduos vulneráveis, como idosos, gestantes e imunossuprimidos. *L. monocytogenes* é um patógeno intracelular facultativo.

Com relação a esse patógeno, é correto afirmar que:

- (A) macrófagos ativados por interferon-gama não conseguem eliminar as bactérias intracelulares;
- (B) pacientes com defeitos na imunidade mediada por células, como aqueles com níveis reduzidos de linfócitos T CD4+, apresentam risco diminuído para listeriose;
- (C) no interior dos macrófagos, as bactérias escapam do fagolisossomo usando as proteínas listeriolisina O e duas fosfolipases;
- (D) em infecções agudas, *L. monocytogenes* evoca um padrão granulomatoso de inflamação com numerosas células gigantes multinucleadas;
- (E) uma resposta eficaz do hospedeiro contra *L. monocytogenes* depende de células T TH1 E CD8+ no início da infecção e IFN- $\gamma$  produzido por células NK na infecção crônica.

70

Um indivíduo saudável apresentou, ao realizar exames laboratoriais de rotina, aumento das transaminases, sem outros achados ou sintomas. Para investigar esse aumento, foram solicitados os marcadores da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), com os seguintes resultados:

- HBsAg (+);
- Anti-HBs (-);
- HBeAg (+);
- Anti-HBe (+);
- Anti-HBc total (+);
- Anti-HBc IgM (+).

O médico assistente, ao relatar os resultados para o paciente, fez corretamente o seguinte comentário:

- (A) "o senhor tem hepatite B na fase crônica";
- (B) "o senhor tem hepatite B na fase de incubação";
- (C) "o senhor tem hepatite B na fase de aguda";
- (D) "o senhor tem hepatite B na fase final da infecção aguda";
- (E) "o senhor tem hepatite B na fase crônica".

71

Um paciente de 35 anos, com aids avançada e sem tratamento, apresentava contagem de linfócitos TCD4 de 12 cel/mm<sup>3</sup> e carga viral do HIV maior que 1 milhão de cópias/mm<sup>3</sup>. Deu entrada no hospital com quadro de cefaleia intensa, vômitos, fotofobia, febre e confusão mental de evolução progressiva de 10 dias. Após investigação clínica e laboratorial, que incluiu estudo do LCR, o diagnóstico de meningite criptocócica foi feito e o tratamento antifúngico intravenoso, iniciado.

Essa doença fúngica é também conhecida como:

- (A) tularemia e blastomicose americana;
- (B) torulose e blastomicose europeia;
- (C) meningite de Chicago e doença de Gilchrist;
- (D) doença das tumbas e doença de Darling;
- (E) doença da roseira e febre do deserto.

72

Um jardineiro de 61 anos procurou uma UBS com lesões vermelhas escuras que se iniciaram em dorso de mão direita e foram seguindo trajeto ascendente para antebraço e braço homolaterais. O diagnóstico clínico de esporotricose em sua forma linfocutânea foi feito, e o tratamento com itraconazol na dose de 200 mg/dia foi iniciado.

Em relação a esse tratamento, é correto afirmar que:

- (A) as doses devem ser fracionadas durante o dia;
- (B) o medicamento deve ser ingerido em momento distante das refeições;
- (C) o uso concomitante do itraconazol com inibidores da bomba de prótons aumenta a concentração do antifúngico;
- (D) a varfarina tem sua concentração aumentada com o uso do itraconazol;
- (E) os bloqueadores de canal de cálcio têm sua ação reduzida com o uso do itraconazol.

73

A vacinação contra febre amarela é a medida mais importante e eficaz para prevenção e controle dessa doença. No Brasil, utiliza-se a vacina contra a febre amarela atenuada, composta de vírus vivos atenuados derivados da linhagem 17 DD. É um imunobiológico seguro e altamente eficaz na proteção contra a doença, com imunogenicidade de 90% a 98% de proteção. Os anticorpos protetores aparecem entre o sétimo e o décimo dia após a aplicação da vacina, razão pela qual a vacinação deve ocorrer ao menos dez dias antes de se ingressar em área de risco da doença.

Com relação à vacina contra a febre amarela, o esquema vacinal indicado pelo Ministério da Saúde para crianças é o seguinte:

- (A) uma dose aos 9 meses de vida, uma dose aos 2 anos de idade e uma dose de reforço aos 4 anos de idade;
- (B) aplicação da vacina apenas após 5 anos de idade;
- (C) dose única a partir dos 9 meses de idade;
- (D) uma dose aos 9 meses de vida e uma dose de reforço aos 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade;
- (E) aplicação da vacina ao nascer e dose de reforço aos 3 anos.

74

A combinação dos medicamentos arteméter + lumefantrina é indicado para tratamento da seguinte doença:

- (A) leishmaniose;
- (B) filariose;
- (C) oncocercose;
- (D) doença de Chagas;
- (E) malária.

75

A vacinação para o HPV é uma importante medida em saúde pública. No Brasil, está disponível no SUS para crianças e adolescentes entre 9 e 14 anos, pacientes com HIV/aids, transplantados, pacientes oncológicos e pessoas em uso de PREP para HIV.

A vacina oferecida é ativa para os seguintes genótipos do HPV:

- (A) 16, 31, 33 e 51;
- (B) 6, 11, 16 e 18;
- (C) 16, 18, 45 e 51;
- (D) 31, 33, 35 e 68;
- (E) 16, 35, 39 e 52.

76

*Schistosoma*, um helminto pertencente à classe Trematoda, à família Schistosomatidae e ao gênero *Schistosoma*, são vermes digenéticos, delgados, de coloração branca e sexos separados. A fêmea adulta, mais alongada, encontra-se alojada em uma fenda do corpo do macho, denominada canal ginecóforo.

O ser humano é o principal hospedeiro definitivo do *S. mansoni*. É nele que o parasita desenvolve a forma adulta e se reproduz sexuadamente, gerando ovos que são disseminados no meio ambiente por meio das fezes, ocasionando a contaminação das coleções hídricas.

O ciclo biológico do *S. mansoni* depende da presença do hospedeiro intermediário no ambiente. Os caramujos gastrópodes aquáticos, pertencentes à família Planorbidae e ao gênero *Biomphalaria*, são os organismos que possibilitam a reprodução assexuada do helminto.

Com relação ao período de transmissibilidade dessa doença, é correto afirmar que:

- (A) a pessoa infectada pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 5 semanas após a infecção e por um período de 6 a 10 anos, podendo chegar a até mais de 20 anos;
- (B) os hospedeiros intermediários começam a eliminar miracídeos após 4 a 7 semanas da infecção pelas cercárias;
- (C) os caramujos infectados eliminam cercárias por toda a vida, que é aproximadamente de 3 anos;
- (D) a pessoa infectada pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 1 semana após a infecção e por um período de 6 meses a 1 ano;
- (E) os hospedeiros permissivos ou reservatórios, como os primatas, marsupiais (gambá), ruminantes, roedores e lagomorfos (lebres e coelhos), são considerados reservatórios que não eliminam ovos.

77

Em determinada doença, achados comuns nas autópsias em recém-nascidos incluem microcefalia, ventriculomegalia, lesões articulares congênitas e hipoplasia pulmonar, bem como forte depleção neuronal e adelgaçamento associado do parênquima cerebral, com microcalcificações e nódulos microgliais, também são relatados.

A descrição acima está associada à(ao):

- (A) zika;
- (B) dengue;
- (C) chicungunya;
- (D) poliomielite;
- (E) sarampo.

78

A esquistossomose é uma doença parasitária relacionada diretamente à vulnerabilidade social e a precárias condições de saneamento básico, sendo um importante problema de saúde pública no Brasil.

É uma doença que tende à cronificação e que gera uma resposta imune predominantemente tipo resposta:

- (A) Th1;
- (B) mediada por linfócitos B;
- (C) mediada por complemento;
- (D) citotóxica mediada por linfócito TCD8+;
- (E) Th2.

79

A poliquimioterapia (PQT-U), um esquema de primeira linha para o tratamento farmacológico da hanseníase, é recomendado pela OMS desde 1982 e adotado no Brasil como único esquema terapêutico desde o início da década de 1990. Consiste na associação de três antimicrobianos (rifampicina, dapsona e clofazimina), que leva à cura em até 98% dos casos tratados, com baixa taxa de recidiva, estimada internacionalmente em torno de 1% dos casos tratados em um período de 5 a 10 anos (Lockwood, 2019).

O esquema farmacológico para tratamento de primeira linha, na infecção pelo *M. leprae*, para um paciente adulto, com 37 anos, peso corporal de 70 kg, com infecção paucibacilar, é:

- (A) dose mensal supervisionada: rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 6 meses;
- (B) dose mensal supervisionada: rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 12 meses;
- (C) dose diária supervisionada: clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 12 meses;
- (D) dose diária supervisionada: rifampicina 10 mg/kg de peso + clofazimina 6 mg/kg de peso + dapsona 2 mg/kg de peso por 12 meses;
- (E) dose diária supervisionada: rifampicina 450 mg + clofazimina 150 mg + dapsona 50 mg por 6 meses.

80

A *Fasciola hepatica*, comumente conhecida como "barata do fígado", é um parasita trematódeo que causa a fasciolose, uma zoonose que afeta tanto humanos quanto animais de criação. Essa doença parasitária tem distribuição global, sendo particularmente prevalente em regiões com práticas de criação de gado extensivas.

Em relação à fasciola hepática, o hospedeiro intermediário são os:

- (A) caramujos aquáticos;
- (B) humanos;
- (C) cavalos;
- (D) bovinos;
- (E) ovinos.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

