

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# HEPATOLOGIA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



### 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 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 prova!**



## Clínica Médica

1

Paciente feminina, 28 anos, apresenta, há três meses, fadiga progressiva, febre baixa vespertina e perda ponderal de 8 kg. Refere ainda diplopia, associada a lesões cutâneas violáceas em membros inferiores.

Ao exame físico, microlinfadenopatia cervical bilateral indolor, lesões papulosas eritematosas em dorso das mãos e antebraços, proptose ocular esquerda com limitação da motilidade ocular extrínseca.

Exames complementares: tomografia de tórax evidenciou linfonodomegalia mediastinal bilateral simétrica (maiores linfonodos com 3,2 cm), infiltrado pulmonar micronodular bilateral de distribuição perilinfática, espessamento septal irregular. Hemograma: leucócitos  $12.800/\text{mm}^3$  com linfocitose relativa, VHS 68 mm/h, LDH elevada. Dosagem de enzima conversora de angiotensina (ECA) sérica: 180 U/L (VR: 8-65).

Considerando os três principais diagnósticos diferenciais (sarcoidose, linfoma e doença relacionada à IgG4), o método diagnóstico invasivo mais adequado para elucidação do caso é

- (A) mediastinoscopia cervical com biópsia de linfonodo paratraqueal direito.
- (B) biópsia de linfonodo cervical superficial com análise histopatológica e imunoistoquímica.
- (C) toracotomia exploradora com ressecção de linfonodo mediastinal anterior.
- (D) punção aspirativa por agulha fina de linfonodo mediastinal guiada por tomografia.
- (E) broncoscopia com criobiópsia transbronquial guiada por ultrassom endobronquial (EBUS).

2

Paciente feminina, 32 anos, procura atendimento dermatológico apresentando, há quatro meses, úlceras cutâneas em membros inferiores que não cicatrizam, apesar do uso de antibióticos sistêmicos (cefalexina e posteriormente clindamicina). Refere que as lesões iniciaram após pequenos traumas e evoluíram rapidamente. As culturas bacterianas das úlceras foram negativas em duas ocasiões.

Ao exame físico, apresenta múltiplas úlceras profundas e dolorosas em pernas, com bordas violáceas solapadas e base necrótica purulenta, medindo entre 3-8 cm de diâmetro. Observa-se também eritema perilesional. A paciente nega febre, perda ponderal ou sintomas sistêmicos. Exames laboratoriais: hemograma normal, VHS 45 mm/h, PCR 12 mg/L (discretamente elevados).

Considerando a hipótese diagnóstica de pioderma gangrenoso, são características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais compatíveis com essa condição

- (A) acometimento preferencial de idosos, presença de achados histopatológicos específicos com infiltrado eosinofílico, associação com *Diabetes Mellitus* na maioria dos casos.
- (B) início como pápulas ou pústulas estéreis, fenômeno de patergia em cerca de 25-30% dos casos, associação com doenças sistêmicas em mais de 50% dos pacientes.
- (C) cicatrização espontânea habitual, ausência de dor significativa, predileção por extremidades superiores na forma clássica.
- (D) presença de vasculite necrotizante como achado histopatológico característico e associação com malignidades hematológicas na maioria dos casos.
- (E) acometimento predominante de crianças e adolescentes, resposta rápida aos antibióticos, evolução benigna sem sequelas.

3

Um paciente de 65 anos, tabagista, procura o pronto-socorro com história de dispneia progressiva e dor torácica do tipo pleurítica no hemitórax direito, há 10 dias. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, eupneico em repouso, com frequência respiratória de 24 irpm. Na inspeção do tórax, observa-se abaulamento e redução da mobilidade do hemitórax direito, com retificação dos espaços intercostais. À palpação, identifica-se diminuição do frêmito toracovocal nas bases do hemitórax direito. A percussão revela macicez desde o 6º espaço intercostal até as bases pulmonares direitas. À ausculta, constata-se abolição do murmúrio vesicular na área de macicez, com presença de pectorilóquia fônica e egofonia no limite superior entre a macicez e o som claro pulmonar. A ressonância vocal encontra-se diminuída na mesma topografia da alteração do frêmito toracovocal.

O conjunto de achados semiológicos descritos no exame físico desse paciente é mais consistente com o diagnóstico de

- (A) pneumonia lobar com consolidação extensa.
- (B) pneumotórax hipertensivo do hemitórax direito.
- (C) atelectasia por obstrução brônquica.
- (D) derrame pleural de volume moderado.
- (E) fibrose pulmonar com retração parenquimatosa.

4

Um homem de 32 anos procurou o ambulatório de Infectologia com história de erupção cutânea há três semanas, associada à febre intermitente (37,8 °C), mal-estar geral, cefaleia e adenomegalia generalizada. Nega lesões genitais prévias ou atuais. Refere múltiplas parcerias sexuais nos últimos 12 meses, enquadrando-se como HSH (homem que faz sexo com homens), sem uso de preservativos de forma regular. Ao exame físico, apresenta erupção maculopapular eritematosa disseminada, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, sendo não pruriginosas.

Observam-se adenomegalias cervicais, axilares e inguinais, indolores, móveis, de consistência fibroelástica. Condilomas planos são evidenciados na região perianal. Exame neurológico sem alterações. Exames laboratoriais revelam: VDRL reagente 1:64, TPPA reagente, FTA-ABS IgM reagente, FTA-ABS IgG reagente, HIV negativo, sorologia para hepatite B e C não reagentes. Hemograma, função renal e hepática normais.

O diagnóstico e a conduta mais adequados para esse paciente incluem

- (A) diagnóstico de sífilis secundária precoce, tratamento com penicilina G benzatina 2.400.000 UI, dose única intramuscular, e seguimento sorológico com VDRL em 6 e 12 meses.
- (B) diagnóstico de sífilis secundária, realização de punção lombar para afastar neurosífilis, tratamento com penicilina G cristalina 18-24 milhões UI/dia EV por 10-14 dias, se houver acometimento neurológico.
- (C) diagnóstico de sífilis latente de duração indeterminada, tratamento com penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular, uma dose semanal por três semanas consecutivas, e monitorização sorológica.
- (D) diagnóstico de sífilis secundária precoce, tratamento com doxiciclina 100 mg VO 12/12h, por 14 dias, em caso de alergia à penicilina, e reteste sorológico em 3, 6 e 12 meses.
- (E) diagnóstico de sífilis secundária, investigação de neurosífilis com punção lombar apenas se houver sinais neurológicos, tratamento padrão com penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular em dose única, e rastreamento de parcerias sexuais dos últimos três meses.

5

Homem de 28 anos procurou atendimento em Unidade Básica de Saúde apresentando disúria intensa e corrimento uretral mucopurulento há quatro dias. Negou febre. Refere vida sexual ativa com múltiplas parcerias nos últimos seis meses, uso irregular de preservativo.

Ao exame físico, observa-se corrimento amarelado à expressão do meato uretral, sem outras alterações. A Unidade não dispõe de recursos laboratoriais para investigação etiológica.

De acordo com o fluxograma do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) brasileiro 2022 para manejo de corrimento uretral, a conduta mais adequada nesse caso é

- (A) prescrever azitromicina 1g via oral, em dose única, aguardando disponibilidade de exames para complementar o tratamento.
- (B) tratar empiricamente para clamídia e gonorreia simultaneamente, orientar sobre fatores de risco e agendar retorno em 7 dias.
- (C) solicitar transferência imediata para serviço com recursos laboratoriais, antes de iniciar qualquer tratamento.
- (D) prescrever ciprofloxacino 500 mg por 7 dias, considerando ser um antibiótico de amplo espectro.
- (E) realizar apenas orientações sobre uso de preservativo e agendar retorno em duas semanas para reavaliação.

6

Mulher de 34 anos foi trazida ao pronto-socorro após apresentar episódio convulsivo generalizado tônico-clônico, com duração de aproximadamente 2 minutos, seguido de período pós-ictal de 15 minutos. Familiares relataram que a paciente vinha apresentando cefaleia intensa há 3 dias, associada a náuseas e vômitos. Negaram uso de medicações, drogas ilícitas ou álcool. Não possui história familiar de epilepsia.

Ao exame físico, encontrava-se consciente, orientada, com sinais vitais estáveis. Exame neurológico revelou papiledema bilateral e discreta hemiparesia à esquerda. Tomografia computadorizada de crânio evidencia lesão expansiva temporal direita, com efeito de massa e edema perilesional.

Considerando o quadro clínico apresentado, a investigação e o tratamento mais apropriados são

- (A) ressonância magnética com gadolínio para caracterização da lesão e levetiracetam 500 mg, 12/12h, por 2 anos após resolução completa da lesão.
- (B) eletroencefalograma de 24 horas para estratificação de risco epiléptico e fenitoína 300 mg/dia, até normalização do exame neurológico.
- (C) ressonância magnética com gadolínio para melhor caracterização da lesão e levetiracetam 250 mg, 12/12h, com ajuste posterior conforme resposta clínica e manutenção até resolução completa da condição subjacente.
- (D) biópsia estereotáxica para diagnóstico histológico definitivo e carbamazepina 400 mg, 12/12h, como monoterapia por tempo indeterminado.
- (E) punção lombar para exclusão de processo inflamatório e ácido valproico 500 mg, 12/12h, por no mínimo 6 meses após estabilização clínica.

7

Mulher de 42 anos procura atendimento médico queixando-se de múltiplas lesões cutâneas na região abdominal há 3 semanas. Refere ter realizado procedimento de mesoterapia para redução de gordura localizada há aproximadamente 6 semanas. As lesões iniciaram como pequenos nódulos eritematosos que evoluíram para abscessos recorrentes com drenagem espontânea de secreção purulenta.

Ao exame físico, observam-se múltiplas lesões nodulares com coloração violácea, algumas com pontos de drenagem ativa, distribuídas ao longo dos locais de aplicação das injeções. Paciente nega febre, perda ponderal ou sintomas sistêmicos. Exames laboratoriais mostram leucocitose discreta com neutrofilia.

Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a conduta diagnóstica e terapêutica mais adequada.

- (A) Coleta de material para cultura para micobactérias com teste de sensibilidade convencional e início empírico de claritromicina 500 mg, 12/12h, associada à amicacina 15mg/kg/dia, por 4 meses.
- (B) Biópsia das lesões para análise histopatológica com pesquisa de BAAR e cultura bacteriana convencional, seguida de doxiciclina 100 mg, 12/12h, por 6 semanas.
- (C) Coleta de material para cultura convencional e hemoculturas, seguida de cefoxitina 4 g, 12/12h, associada à tobramicina 5 mg/kg/dia até resultado das culturas.
- (D) Drenagem cirúrgica das lesões com debridamento e trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg, 12/12h, associado a levofloxacino 750 mg/dia, por 4 semanas.
- (E) Coleta de secreção para pesquisa de BAAR, cultura para micobactérias com identificação de espécie e teste de atividade do gene *erm* para resistência induzível aos macrolídeos, seguida de tratamento baseado nos resultados.

8

Paciente masculino, 68 anos, portador de adenocarcinoma pulmonar metastático, é internado para controle de dor óssea refratária. Relata uso domiciliar de tramadol 100 mg de 6/6h sem alívio adequado da dor (escala visual analógica = 8/10). Ao exame físico, apresenta-se desidratado, com performance status ECOG 2.

Os exames laboratoriais mostram:

- cálcio total 12,8 mg/dL (VR: 8,5-10,5);
- cálcio ionizado 1,45 mmol/L (VR: 1,12-1,32);
- creatinina 1,4 mg/dL (VR: 0,7-1,2)
- ureia 52 mg/dL (VR: 15-45);
- *clearance* de creatinina estimado 55 mL/min/1,73m<sup>2</sup>;
- sódio 138 mEq/L;
- potássio 4,2 mEq/L;
- ALT 28 U/L;
- AST 32 U/L (função hepática normal).

Acerca da conduta terapêutica mais adequada para o controle da dor nesse paciente, é correto afirmar que

- (A) inclui rotação para morfina oral de liberação imediata 10 mg, de 4/4h, associada a pamidronato 90 mg EV e dexametasona 4 mg/dia.
- (B) consiste em manter tramadol na dose atual, adicionar gabapentina 300 mg, de 8/8h, e iniciar ácido zoledrônico 4 mg EV.
- (C) envolve substituição por fentanil transdérmico 25 mcg/h, hidratação vigorosa e pamidronato 90 mg EV, após correção da função renal.
- (D) compreende rotação para metadona 2,5 mg VO de 8/8h, dexametasona 8 mg/dia e pamidronato 90 mg EV, após hidratação adequada.
- (E) abrange substituição por fentanil transdérmico 12 mcg/h, dexametasona 4 mg/dia, ácido zoledrônico 4 mg EV concomitante à hidratação e morfina EV, para analgesia de resgate imediata.

9

Paciente de 58 anos internou-se em enfermaria de Clínica Médica para investigar linfonodomegalia generalizada, sendo a maior uma massa de aproximadamente 15 cm no maior diâmetro em região axilar direita com ulceração. Apresentava-se com perda ponderal de 20 kg ao longo de 3 meses, febre ocasional, síndrome dispéptica e diarreia crônica. Ao longo da internação, obteve-se dois diagnósticos: o de linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B e infecção pelo HIV com CD4+ de 180 células/μL. Também foram realizadas tomografias com contraste venoso evidenciando linfonodomegalias retroperitoneais, espessamento da parede do estômago e do íleo, nódulo suspeito em topografia de adrenal esquerda. O exame de medula óssea revelou infiltrado linfocítico em 45% com presença de células grandes atípicas, núcleos pleomórficos e múltiplos nucléolos proeminentes, compatível com infiltração por linfoma difuso de grandes células B.

Considerando que o paciente apresenta linfoma difuso de grandes células B, relacionado ao HIV com envolvimento de múltiplos sítios extranodais, a avaliação complementar obrigatória deve incluir

- (A) tomografia de tórax com contraste, colonoscopia, punção lombar com análise citológica e tomografia de crânio com contraste.
- (B) enterotomografia, endoscopia digestiva alta com biópsias, punção lombar para pesquisa de citologia oncológica, imunofenotipagem e citometria de fluxo e, ainda, ressonância magnética de crânio com contraste.
- (C) enterotomografia, retossigmoidoscopia, mielograma e tomografia de crânio com contraste.
- (D) tomografia de tórax, endoscopia digestiva alta com biópsias, punção lombar com PCR para EBV e angiorressonância de crânio.
- (E) enterotomografia, colonoscopia, punção lombar para pesquisa de citologia oncológica e ressonância magnética de crânio com contraste.

10

Uma mulher de 72 anos comparece a uma consulta com o clínico geral para avaliação de rotina. Está lúcida, orientada, com história de hipertensão bem controlada, sem outras comorbidades. Relata nunca ter recebido vacina após os 50 anos e desconhece seu calendário vacinal da infância. Nega viagens recentes, surtos na região ou exposição a doenças infecciosas. Durante a anamnese, menciona que convive diariamente com o neto de dois anos e pretende realizar uma viagem internacional para a África nos próximos meses.

Com base nas recomendações atualizadas da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), para o calendário vacinal do idoso em 2024/2025, as vacinas indicadas para essa consulta inicial são

- (A) influenza, esquema sequencial com VPC13 e VPP23, e tríplice bacteriana acelular (dTpa), além de vacina contra hepatite B em três doses.
- (B) influenza, VPC20 dose única, dTpa, vacina contra o vírus sincicial respiratório, hepatite B em três doses e herpes zoster inativada em duas doses.
- (C) influenza, VPC15 seguida de VPP23, hepatite A e B combinada, e febre amarela com dose única, independentemente do destino de viagem.
- (D) influenza, VPC13, herpes zoster atenuada em dose única, dTpa com intervalo de dez anos, e tríplice viral, considerando o convívio com criança não vacinada.
- (E) influenza, VPP23 e dTpa, já que as demais estão contraindicadas para idosos acima de 70 anos, exceto em situações de surtos ou internações.

11

Homem de 70 anos, tabagista, com diagnóstico prévio de DPOC moderado e *Diabetes Mellitus* tipo 2 controlado, procura atendimento por febre (38,4 °C), tosse produtiva com expectoração amarelada, prostração e dispneia progressiva há quatro dias. Ao exame físico, encontra-se lúcido e orientado, com frequência respiratória de 28 irpm, pressão arterial de 102/66 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm e saturação de oxigênio de 90% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base esquerda. A radiografia de tórax revela consolidação no lobo inferior esquerdo. Exames laboratoriais mostram leucocitose leve e PCR elevada.

Com base nesse caso clínico, a conduta mais apropriada é

- (A) prescrever amoxicilina-clavulanato com azitromicina via oral e liberar para tratamento ambulatorial, com retorno precoce.
- (B) prescrever levofloxacino oral em dose única diária, por 7 dias, e solicitar TC de tórax ambulatorial.
- (C) internar em enfermaria para antibioticoterapia venosa com ceftriaxona e azitromicina EV, iniciando coleta de hemoculturas.
- (D) internar em Unidade de Terapia Intensiva para vigilância e suporte respiratório com antibiótico de amplo espectro.
- (E) prescrever ceftriaxona intramuscular em dose única e reavaliar em 48 horas na Unidade Básica de Saúde.

12

Uma mulher de 28 anos, previamente saudável, procura atendimento médico com queixas de início súbito de disúria, polaciúria, urgência miccional e desconforto suprapúbico há 24 horas. Nega febre, dor lombar, náuseas ou corrimento. Relata ter tido dois episódios semelhantes no ano anterior, tratados com antibiótico oral, com boa resposta. Não faz uso de medicamentos contínuos, nega gestação atual e tem vida sexual ativa.

Considerando a hipótese clínica mais provável e as diretrizes terapêuticas atuais, a conduta inicial mais adequada é

- (A) solicitar urocultura e ultrassonografia das vias urinárias antes de iniciar o tratamento antibiótico.
- (B) iniciar tratamento empírico com nitrofurantoína 100 mg 12/12h por 5 dias, sem necessidade de exames complementares imediatos.
- (C) prescrever ciprofloxacino 500 mg 12/12h por 5 dias, por se tratar de recorrência em mulher sexualmente ativa.
- (D) utilizar antifúngico oral, considerando possível infecção por *Candida spp.*
- (E) iniciar sulfametoxazol-trimetoprim por 7 dias após confirmação por urocultura.

**13**

Uma mulher de 43 anos apresenta história de cefaleia diária há mais de seis meses, descrita como opressiva e difusa, piorando ao longo do dia. Relata episódios prévios de enxaqueca desde a adolescência, mas, nos últimos meses, passou a utilizar dipirona e ibuprofeno em pelo menos 20 dias do mês, sem melhora significativa. Ao exame neurológico, não há alterações.

Sobre o caso descrito, a hipótese diagnóstica mais provável e a melhor conduta inicial são

- (A) cefaleia tensional crônica primária sem sinais de alarme e manter uso de analgésicos conforme necessidade, iniciando técnicas de relaxamento muscular.
- (B) neuralgia do trigêmeo com irradiação difusa e prescrever carbamazepina, considerando a necessidade de descompressão microvascular.
- (C) enxaqueca crônica com refratariedade terapêutica e associar triptanos com antieméticos, encaminhando-a para bloqueio anestésico regional.
- (D) cefaleia em salvas com padrão atípico e iniciar oxigenoterapia de alto fluxo com verapamil oral.
- (E) cefaleia por uso excessivo de medicação sintomática e suspender gradualmente os analgésicos, iniciando tratamento preventivo com antidepressivos tricíclicos ou topiramato.

**14**

Paciente feminina, 38 anos, procura atendimento em Unidade de Saúde queixando-se de tosse produtiva há mais de um mês, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento de 15 kg, nos últimos 4 meses (peso atual 48 kg; peso habitual 63 kg). Relata que há 6 meses iniciou lesões brancas na boca que persistem, e há 2 meses apresenta episódios de diarreia aquosa intermitente, sem sangue.

Ao exame físico, apresenta-se com bom estado geral, porém visivelmente emagrecida, com candidíase oral extensa e adenomegalia cervical bilateral. A investigação para tuberculose revela baciloscopia de escarro positiva (3+). O teste rápido para HIV, realizado na mesma consulta, é reagente, confirmado posteriormente por exames complementares. A solicitação da contagem de linfócitos CD4 está pendente.

*Obs.: no que segue, considere: R – Rifampicina, H – Isoniazida, Z – Pirazinamida, E – Etambutol.*

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Módulo II – Ministério da Saúde 2024, a terapia combinada e a conduta de início do tratamento antirretroviral recomendadas para a coinfeção HIV-tuberculose são

- (A) iniciar prontamente o esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e adiar o início da terapia antirretroviral para após a conclusão da fase intensiva (2 meses) do tratamento da tuberculose.
- (B) iniciar prontamente o esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e em até uma semana iniciar o tratamento antirretroviral, com esquema otimizado para interações medicamentosas com rifampicina.
- (C) iniciar prontamente o esquema para tuberculose com 5 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e, em até duas semanas após o início da terapia para TB, iniciar o tratamento antirretroviral, independentemente da carga viral do HIV.
- (D) iniciar prontamente o esquema para tuberculose com 3 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e, no decorrer da primeira semana do tratamento da TB, iniciar a terapia antirretroviral com esquema otimizado para interações medicamentosas.
- (E) prescrever apenas o esquema para tuberculose com 3 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e aguardar o resultado do CD4 para definir o momento da terapia antirretroviral.

15

Maria, 52 anos, procurou atendimento com queixa de plenitude pós-prandial, saciedade precoce e náuseas há aproximadamente 6 meses. Relata que, nos últimos 10 anos, teve episódios recorrentes de anemia ferropriva sem sangramento gastrointestinal evidente, necessitando de suplementação oral. Há cerca de 3 anos, foi diagnosticada com hipotireoidismo autoimune, em uso de levotiroxina.

Ao exame físico, apresenta-se emagrecida, com palidez cutaneomucosa e dor leve à palpação epigástrica. Exames laboratoriais mostram hemoglobina de 10,5 g/dL com VCM de 102 fL. Uma endoscopia digestiva alta revelou mucosa gástrica do corpo e fundo com pregueado atenuado e vasos submucosos visíveis, sendo realizada biópsia mapeada.

Considerando o quadro clínico, as características clínicas ou laboratoriais que mais corroboram o diagnóstico de gastrite atrófica metaplásica autoimune são a presença de

- (A) hipersecreção de ácido gástrico e infecção ativa por *Helicobacter pylori*, com atrofia gástrica predominante no antro.
- (B) hipergastrinemia associada à hipocloridria e antecedente de anemia ferropriva sem sangramento há anos.
- (C) hipogastrinemia e atrofia glandular concentrada principalmente no antro e na curvatura menor.
- (D) níveis séricos normais de vitamina B12 e ausência de história de doenças autoimunes concomitantes.
- (E) histórico de dieta rica em sal e tabagismo, com atrofia gástrica difusa e baixa probabilidade de desenvolver neoplasias gástricas.

16

Paciente masculino, 68 anos, com histórico de câncer gástrico diagnosticado há 8 meses e em quimioterapia há 2 meses, foi internado com queixa de aumento progressivo do volume abdominal, dor abdominal difusa e dispneia aos pequenos esforços. Referia também perda ponderal não intencional de 8 kg nos últimos 3 meses, associada à hiporexia e astenia.

Ao exame físico, apresentava abdome globoso, tenso, com maciez à percussão em flancos e sinal de piparote positivo. Os membros inferiores exibiam edema 2+/4+. Ultrassonografia abdominal revelou ascite volumosa e múltiplas lesões hepáticas sugestivas de metástases. A paracentese diagnóstica foi realizada e o líquido ascítico era amarelo-citrino, levemente turvo.

A análise laboratorial do líquido ascítico e do soro revelou os seguintes dados: albumina sérica 3,2 g/dL, albumina do líquido ascítico 2,1 g/dL, proteína total do líquido ascítico 2,8 g/dL, LDH do líquido ascítico 350 U/L (LDH sérico 200 U/L) e contagem de células nucleadas de 800/mm<sup>3</sup> com predomínio de linfócitos e monócitos. A citopatologia do líquido ascítico estava pendente.

Considerando os achados clínicos e laboratoriais da paracentese, a causa mais provável da ascite nesse paciente seria

- (A) cirrose hepática descompensada.
- (B) síndrome de Budd-Chiari.
- (C) carcinomatose peritoneal.
- (D) tuberculose peritoneal.
- (E) insuficiência cardíaca congestiva.

17

Uma equipe de saúde da família está implementando um programa de rastreio para sarcopenia em idosos da comunidade. Durante as visitas domiciliares, uma senhora de 85 anos, que vive sozinha e apresenta dificuldades em atividades diárias, como subir escadas e carregar compras, foi selecionada para avaliação.

De acordo com as etapas iniciais de rastreio e avaliação da força muscular para o diagnóstico de sarcopenia, a sequência de conduta mais apropriada para essa paciente, no contexto da saúde da família, é

- (A) realizar imediatamente uma densitometria óssea (DEXA) para confirmar a perda de massa muscular e, em seguida, aplicar o teste de caminhada de 6 minutos para avaliar a reserva funcional e estimar o prognóstico.
- (B) realizar ultrassonografia do quadríceps para aferir a massa muscular e descartar a necessidade de testes funcionais.
- (C) avaliar diretamente a performance física global da paciente utilizando o teste SPPB (*Short Physical Performance Battery*), e o teste de caminhada de 400 metros, já que as queixas sugerem sarcopenia estabelecida.
- (D) solicitar uma ressonância nuclear magnética (RNM) do quadríceps para quantificar a massa muscular, pois é o exame mais preciso para esse fim.
- (E) aplicar o questionário SARC-F para identificar o risco de sarcopenia e, se o resultado indicar risco, realizar a avaliação da força de preensão manual ou o teste de levantar-se da cadeira por cinco vezes.

18

Paciente masculino, de 58 anos, procurou atendimento por quadro de 4 meses de evolução caracterizado por púrpura palpável em membros inferiores, fenômeno de Raynaud persistente e úlceras digitais recorrentes. Refere ainda artralgia em metacarpofalangeanas e joelhos, além de cefaleia intermitente e episódios de visão turva.

Ao exame físico, apresentava lesões purpúricas não pruriginosas em pernas, isquemia digital bilateral com necrose em polpa de 2º quirodáctilo direito, e livedo reticularis em extremidades. Nega febre, perda ponderal ou outros sintomas sistêmicos. Exames complementares revelaram: hemograma normal, função renal preservada (creatinina 1,0 mg/dL), cálcio sérico 9,8 mg/dL, eletroforese de proteínas com pico monoclonal na região gama, criocrito de 18%, complemento C4 diminuído. Radiografia de esqueleto axial não evidencia lesões líticas ou expansivas.

O exame que exprime o diagnóstico mais provável é

- (A) sorologia para hepatite C reagente com RNA-HCV detectável e crioglobulina mista tipo II.
- (B) sorologia para HIV reagente com carga viral elevada e crioglobulina mista tipo III.
- (C) FAN 1:640 padrão homogêneo, anti-DNA positivo e crioglobulina mista tipo II.
- (D) imunofixação sérica demonstrando componente monoclonal IgG kappa e crioglobulina tipo I.
- (E) imunofixação sérica demonstrando componente monoclonal IgM kappa com atividade de fator reumatoide e crioglobulina mista tipo II.

**19**

Um paciente de 73 anos apresentou uma subida muito acentuada dos níveis de PSA, a despeito de ausência de sinais e sintomas de prostatismo. Tal fato o levou a ser submetido à biópsia prostática.

Na histopatologia da próstata, utiliza-se a pontuação de Gleason modificada para estratificar o tumor, pontuação essa que varia de

- (A) 1 a 4.
- (B) 1 a 5.
- (C) 2 a 5.
- (D) 4 a 8.
- (E) 6 a 10.

**20**

Um jovem de 20 anos teve diagnóstico recente de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Em relação a essa condição clínica, é correto afirmar que

- (A) a presença de depressão associada é incomum.
- (B) a atomoxetina é uma droga antiga e que causa dependência rapidamente.
- (C) o metilfenidato é uma medicação não anfetamínica bastante eficiente.
- (D) o DSM 5 afirma que TDAH e transtornos do espectro autista (TEA) não podem coexistir no mesmo paciente.
- (E) o comprometimento cognitivo está relacionado principalmente a prejuízos nas funções executivas com o QI geralmente normal.

**21**

Uma mulher de 37 anos apresenta diarreia com episódios recorrentes, distensão abdominal constante e mialgia associada à fadiga, episódios que causam dificuldades em seu trabalho e em sua vida pessoal. O clínico assistente solicitou um exame laboratorial que mostrou níveis séricos aumentados de anticorpos antitransglutaminase IgA e IgG elevados.

A condição clínica presente é a

- (A) sarcoidose.
- (B) amiloidose.
- (C) doença celíaca.
- (D) amebíase atípica.
- (E) síndrome do intestino irritável.

**22**

Uma pessoa de 55 anos, que vive com HIV (PVHIV), faz uso de esquema antirretroviral com tenofovir-lamivudina-dolutegravir. A carga viral se mantém indetectável há mais de 8 anos e a contagem de linfócitos TCD4 é normal.

Uma medida atualmente utilizada no tratamento de pacientes estáveis é

- (A) retirar a lamivudina.
- (B) diminuir a dose do dolutegravir.
- (C) usar apenas o comprimido combinado de tenofovir/lamivudina.
- (D) trocar o esquema para medicação injetável bimestral.
- (E) usar apenas o comprimido combinado de dolutegravir/lamivudina.

**23**

Em relação à dislipidemia, drogas mais recentes, com mecanismos de ação variados, surgiram, além das já sacramentadas estatinas e fibratos.

Um exemplo de droga recentemente surgida é o(a)

- (A) otilônio.
- (B) maraviroc.
- (C) icatibanto.
- (D) pifenidona.
- (E) ácido bempedoico.

**24**

A característica mais marcante em relação à diferença entre as afasias de Broca e de Wernicke é a

- (A) repetição da sentença.
- (B) presença de agitação.
- (C) movimentação ocular.
- (D) compreensão auditiva.
- (E) nomeação da confrontação.

**25**

Uma mulher de 45 anos apresenta quadro de síndrome vertiginosa bastante acentuada. O médico assistente, após o diagnóstico do tipo de doença, prescreveu hidroclorotiazida.

A síndrome vertiginosa em questão é gerada por

- (A) neurite vestibular.
- (B) doença de Ménière.
- (C) vertigem paroxística benigna.
- (D) vertigem pós-trauma crânioencefálico.
- (E) vertigem por uso continuado de medicação.

**26**

Um paciente de 42 anos, em exames laboratoriais de rotina, foi diagnosticado com infecção assintomática pelo HTLV-1. Nunca havia sido testado antes para tal agente.

Em relação a esse vírus, é correto afirmar que

- (A) é um vírus DNA.
- (B) o HTLV-1 é menos agressivo que o HTLV-2.
- (C) a taxa de transmissão sexual é igual entre homens e mulheres no HTLV-1.
- (D) a transmissão via leite materno é mais eficiente do que a transplacentária.
- (E) as complicações mais comuns são a encefalite crônica assintomática e o linfoma de células B.

**27**

Um homem de 41 anos, lavrador, apresenta quadro de artrite inflamatória oligoarticular migratória intermitente de grandes articulações e coluna vertebral. Apresenta associadas diarreia crônica e alterações visuais.

A doença que mais provavelmente o paciente apresenta é a

- (A) doença de Fabry.
- (B) doença de Whipple.
- (C) artrite reumatoide.
- (D) cirrose biliar primária.
- (E) síndrome da artrite-pancreatite.

## Gastroenterologia

28

Assinale a opção que apresenta o principal marcador sorológico da doença de Cronh.

- (A) Anti-Jo-1(anticorpo anti-histidil-tRNA sintetase).
- (B) ASCA (anticorpos anti-Saccharomyces cerevisiae).
- (C) anticorpos anti-MPO (anticorpo anti-mieloperoxidase).
- (D) P-ANCA (anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos perinuclear).
- (E) C-ANCA (Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos com padrão citoplasmático).

29

No tratamento da síndrome de dependência alcoólica, a droga considerada antagonista opioide é o(a)

- (A) Dissulfiram.
- (B) Naltrexona.
- (C) Canabidiol.
- (D) Propranolol.
- (E) Acamprosato.

30

Homem, 37 anos, natural da Bahia (BA) é atendido no PS com volumosa hematêmese. Ele tem antecedente de etilismo de 10 gramas de álcool por semana nos últimos 7 anos, heterozigose para a mutação C282Y do gene HFE, ceruloplasmina 50 mg/dl. Ao exame, regular estado geral, descorado (palidez) +++/4+, icterício +/4+, hepatoesplenomegalia, baço aumentado de consistência endurecida, indolor à palpação, endoscopia digestiva alta revelando cordões varicosos de grosso calibre com “red signs”. Ultrassonografia abdominal focos altamente ecogênicos estendendo-se dos vasos portais para o parênquima (padrão em “garra de pássaro”).

Assinale a opção que revela o diagnóstico mais provável relacionado a hipertensão portal:

- (A) Hemocromatose.
- (B) Doença de Wilson.
- (C) Trombose da porta.
- (D) Hepatopatia alcoólica.
- (E) Esquistossomose mansônica.

31

O transplante de fezes, ou transplante de microbiota fecal (TMF), é um procedimento médico que transfere fezes de um doador saudável para um paciente com desequilíbrios na flora intestinal.

A principal indicação desse procedimento é

- (A) doença de Crohn.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) síndrome do intestino irritável.
- (D) retocolite ulcerativa idiopática.
- (E) infecção por *Clostridium difficile* recorrente.

32

Paciente, 51 anos, apresentando diarreia crônica e flatulência com evolução de 7 meses, dores articulares migratórias em joelhos e punhos sem febre ou trauma e perda ponderal de cerca de 8 kg nesse período. Nega viagens recentes.

Ao exame, hiperpigmentação em face e extremidades, abdome doloroso à palpação em hipogástrio, distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, sinovite leve bilateral. Hb 10,2, plaquetas 250000 mm<sup>3</sup>, leucócitos 4400 mm<sup>3</sup>, albumina 2,8, EPF negativo, EDA atrofia vilositária duodenal, biópsia infiltrado linfocítico, macrófagos espumosos na lâmina própria corados pelo ácido periódico de Schiff.

Baseado nesses dados, assinale a opção mais compatível com o agente etiológico.

- (A) Norovírus.
- (B) Rotavírus.
- (C) *Campylobacter jejuni*.
- (D) *Tropheryma whipplei*.
- (E) *Escherichia coli* enterotoxigênica (ETEC).

33

A elastografia hepática é um exame de imagem não invasivo que mede a rigidez (dureza) do fígado para identificar e avaliar a gravidade da fibrose e da cirrose. A progressão da fibrose é medida em quilo pascals (kPa) e é importante na avaliação da gravidade da doença hepática.

Nesse caso, um kPa considerado normal está na seguinte faixa:

- (A) 2 a 7 kPa.
- (B) 7,1 a 9 kPa.
- (C) 11 a 19 kPa.
- (D) 19,1 a 22 kPa.
- (E) acima de 22 kPa.

34

Homem, 21 anos, procura o pronto atendimento com dor em região periumbilical iniciada há cerca de 8 horas, intensidade moderada, evoluindo para o QID, tornando-se contínua e agravada pela tosse. O abdômen é doloroso à palpação no quadrante inferior direito e a `descompressão brusca extremamente dolorosa. *Temperatura retal superior à temperatura axilar em mais de 1 °C.*

Assinale a opção compatível com o sinal sublinhado no texto.

- (A) Sinal do Psoas.
- (B) Sinal de Rovsing.
- (C) Sinal de Lenander.
- (D) Sinal de Chaddock.
- (E) Sinal de Blumberg.

**35**

Homem, 30 anos, refere episódios intermitentes de dificuldade para deglutir alimentos sólidos nos últimos 8 meses com piora progressiva nos últimos 4 meses necessitando de manobras como beber água para aliviar e um episódio de impactação alimentar há 2 meses.

Endoscopia digestiva alta exhibe esôfago de aspecto “corrugado”, sulcos longitudinais e exsudato brancacento sem estenoses ou úlceras-biópsia esofágica micro abscessos, espessamento da camada basal e 35 eosinófilos por campo.

Assinale a opção mais compatível com o diagnóstico.

- (A) Esofagite péptica.
- (B) Esôfago de Barrett.
- (C) Esofagite eosinofílica.
- (D) Carcinoma epidermóide.
- (E) Esofagite por *Cândida sp.*

**36**

Assinale a opção que aponta o melhor método para detecção do *Strongyloides stercoralis* nas fezes.

- (A) Faust.
- (B) Hoffman.
- (C) Kato-Katz.
- (D) Pons e Janer.
- (E) Baermann-Moraes.

**37**

O carcinoma hepatocelular é o tumor hepático maligno mais comum.

A síndrome paraneoplásica mais frequente nessa malignidade, entre as opções a seguir, é

- (A) Cushing.
- (B) eritrocitose.
- (C) hipocalcemia.
- (D) hiperglicemia.
- (E) hipocolesterolemia.

**38**

Gastroparesia é um distúrbio da motilidade gástrica que se caracteriza pelo esvaziamento gástrico retardado na ausência de obstrução mecânica.

A propriedade procinética do seguinte fármaco ocorre por meio do estímulo dos receptores de motilina:

- (A) cisaprida.
- (B) eritromicina.
- (C) proclaprida.
- (D) domperidona.
- (E) metoclopramida.

**39**

A hepatite delta apresenta grande prevalência na região amazônica e pode se associar a formas graves de hepatite aguda em usuários de drogas injetáveis.

Assinale a melhor forma de profilaxia, entre as medidas a seguir.

- (A) Imunização contra hepatite B.
- (B) Imunização contra hepatite Delta.
- (C) Uso de preservativos (sexo seguro).
- (D) Controle sanitário de água e alimentos.
- (E) Controle da distribuição de seringas para os usuários de drogas.

**40**

Paciente do sexo masculino, 58 anos, tabagista e etilista, apresenta dor epigástrica persistente, inapetência e emagrecimento de 7 kg nos últimos 4 meses.

Foi realizada endoscopia digestiva alta, que evidenciou úlcera gástrica de 2,5 cm na pequena curvatura, com bordas irregulares e aspecto infiltrativo.

A conduta para esse caso é

- (A) iniciar imediatamente tratamento com Omeprazol em dose plena e repetir endoscopia em 8 semanas.
- (B) iniciar erradicação empírica para *Helicobacter pylori* e manter acompanhamento clínico.
- (C) encaminhar diretamente para gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) realizar múltiplas biópsias da borda e do fundo da úlcera para diagnóstico histológico.
- (E) solicitar seriografia esôfago-estômago-duodeno com bário para melhor avaliação.

**41**

Durante colonoscopia de rastreamento em paciente do sexo masculino com 63 anos, foi identificado um pólipó pediculado de 1,8 cm no cólon sigmoide. O pólipó foi ressecado endoscopicamente em peça única. O laudo anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma bem diferenciado restrito à porção cefálica do pólipó (Haggitt 1). Margens livres de neoplasia. Ausência de invasão linfovascular.

A conduta mais adequada para esse paciente é

- (A) colectomia segmentar com linfadenectomia regional.
- (B) nova colonoscopia imediata para ressecar margem adicional do pedículo.
- (C) quimioterapia adjuvante.
- (D) acompanhamento endoscópico seriado, sem necessidade de cirurgia complementar.
- (E) imunoterapia com quimioterapia pelo risco de metástase oculta.

**42**

Paciente de 27 anos, feminina, previamente hígida, procurou atendimento por quadro de diarreia crônica, distensão abdominal e perda ponderal de 5 kg nos últimos 3 meses.

Foram realizados os seguintes exames: sorologia para anticorpo anti-transglutaminase tecidual IgA positiva e biópsia do intestino delgado mostrando atrofia vilositária parcial e hiperplasia de criptas, compatível com doença celíaca.

A conduta mais adequada para essa paciente é

- (A) iniciar corticoterapia oral.
- (B) instituir dieta isenta de glúten por toda a vida.
- (C) iniciar terapia com probióticos.
- (D) reavaliar em 6 meses sem tratamento específico, pois pode haver regressão espontânea.
- (E) encaminhar para cirurgia e avaliar gastrectomia.

**43**

Paciente do sexo masculino, 29 anos, portador de doença de Crohn há 8 anos, com acometimento ileocecal. Evoluiu ao longo dos anos com múltiplas hospitalizações por obstrução intestinal.

Atualmente, apresenta dor crônica, emagrecimento de 10 kg, distensão abdominal e episódios recorrentes de suboclusão, mesmo após uso otimizado de imunobiológicos anti-TNF e azatioprina.

Colonoscopia realizada mostra estenose de 4 cm em íleo distal, não passível de dilatação endoscópica. Tomografia de abdome evidencia espessamento parietal no íleo distal, confirmado por êntero-ressonância magnética, com dilatação de alças a montante e sinais imagiológicos compatíveis com estenose cicatricial.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) manter tratamento clínico com associação de corticoide em altas doses.
- (B) trocar o biológico por outra classe, como os inibidores de interleucina.
- (C) realizar colectomia total com ileostomia terminal.
- (D) realizar suporte nutricional parenteral e trocar imunobiológico.
- (E) indicar ressecção cirúrgica da área estenosada.

**44**

Paciente do sexo masculino, 34 anos, portador de retocolite ulcerativa (RCU) pancolônica há 6 anos, apresenta quadro de dor abdominal difusa intensa, distensão abdominal progressiva, febre, diarreia mucossanguinolenta e dificuldades respiratórias com início há cerca de 72 horas.

Encontra-se com abdome distendido, doloroso difusamente, hipertimpânico, taquicárdico e com hipotensão, além de taquipneia. Exames laboratoriais mostram leucocitose e PCR elevada. Radiografia de abdome revela diâmetro de cólon transversal de 7,5 cm.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) Intensificar a corticoterapia endovenosa e aguardar resposta clínica.
- (B) iniciar antibióticos de amplo espectro e internar paciente em unidade de terapia intensiva.
- (C) realizar colonoscopia descompressiva de urgência.
- (D) encaminhar para colectomia total de urgência após ressuscitação hemodinâmica.
- (E) oferecer terapia biológica com anti-TNF.

**45**

Paciente do sexo masculino, 54 anos, etilista crônico, procura pronto-atendimento com dor epigástrica intensa irradiada para a região dorsal, náuseas e vômitos há 24 horas.

Ao exame, encontra-se com abdome doloroso difusamente, sem sinais de peritonite, PA 90/60 mmHg, FC 120 bpm e febre de 38,3 °C. Exames laboratoriais com amilase de 1200 U/L (valor de referência < 100), lipase 3500 U/L (valor de referência < 160) e leucocitose (18.000/mm<sup>3</sup>). Tomografia de abdome com contraste realizada 48 horas após o início dos sintomas mostra pancreatite aguda com áreas de necrose pancreática e líquido peripancreático.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) jejum absoluto prolongado e antibióticos profiláticos imediatamente.
- (B) reposição volêmica agressiva, monitoramento em UTI e analgesia.
- (C) cirurgia imediata (necrosectomia).
- (D) início imediato de dieta oral para reduzir complicações.
- (E) administração de inibidor de bomba de prótons por via intravenosa e iniciar octreotida.

**46**

Paciente do sexo feminino, 56 anos, com história de colelitíase conhecida, procura pronto atendimento com icterícia, colúria e dor no quadrante superior direito do abdome há 3 dias. Relata febre nos últimos 2 dias.

Exames laboratoriais mostram aumento de bilirrubinas com predomínio de fração direta, assim como da fosfatase alcalina e gama-glutamilttransferase. Transaminases hepáticas normais. Ultrassonografia abdominal evidencia cálculo impactado no infundíbulo vesicular, dilatação do colédoco proximal e ausência de litíase no colédoco. Colangiogramia magnética confirma compressão extrínseca do colédoco comum pelo cálculo, compatível com síndrome de Mirizzi tipo I de Csendes.

A conduta mais adequada é realizar

- (A) CPRE para extração do cálculo do colédoco.
- (B) colecistectomia laparoscópica cuidadosa respeitando os princípios da visão crítica de segurança.
- (C) colangiografia percutânea com drenagem biliar.
- (D) observação clínica, antibióticos venosos e controle laboratorial.
- (E) cirurgia para derivação biliar.

**47**

Paciente do sexo masculino, 60 anos, etilista crônico, apresenta aumento do volume abdominal, edema dos membros inferiores e sonolência nas últimas 24 horas. Encontra-se icterício (++/4+), com abdome globoso com ascite volumosa e circulação colateral. Edema em tornozelos. É realizada paracentese diagnóstica que mostra ascite turva, proteína total 1,0 g/dL e contagem de neutrófilos 320/mm<sup>3</sup>.

A conduta mais adequada para esse paciente é

- (A) adotar reposição volêmica e alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.
- (B) iniciar antibióticos empiricamente endovenosos para peritonite bacteriana espontânea (PBE).
- (C) iniciar diuréticos em dose plena, sem antibióticos.
- (D) encaminhar paciente para transplante hepático.
- (E) adotar restrição hídrica e sódica isoladamente.

**48**

Paciente do sexo masculino, 56 anos, natural do interior da Bahia, portador de hepatite B crônica desde a juventude, é acompanhado no ambulatório de hepatologia. Há 4 anos foi diagnosticado com cirrose hepática compensada (Child-Pugh A, MELD 9). No momento, o paciente está assintomático, em uso de tenofovir, sem sinais de descompensação. Nega alcoolismo. Exames recentes mostram uma alfafetoproteína de 8 ng/mL e ultrassonografia de abdome sem lesões focais.

Considerando o risco para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (CHC), a conduta adequada para rastreamento desse paciente é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste a cada 6 meses.
- (B) realizar dosagem sérica isolada de alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (C) solicitar ressonância magnética de abdome anualmente.
- (D) solicitar ultrassonografia de abdome associada a dosagem de alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (E) não realizar rastreamento, pois o paciente está em tratamento antiviral e sem sinais de descompensação.

**49**

Paciente do sexo feminino, 38 anos, previamente saudável, apresenta astenia, icterícia e elevação persistente de transaminases há 6 meses. Sorologias virais para hepatite A, B e C são negativas. Dosagem de autoanticorpos revela ANA positivo 1:320, anti-SMA positivo e IgG sérica elevada.

Foi iniciada Prednisona 40 mg/dia com resposta parcial: as transaminases reduziram, mas permanecem 2 a 3 vezes acima do normal após 12 semanas de tratamento. O exame histopatológico prévio de biópsia hepática confirma hepatite autoimune tipo 1.

A conduta mais adequada neste momento é

- (A) aumentar a dose de Prednisona para 60 mg/dia por mais 4 semanas.
- (B) suspender corticoides e iniciar apenas Azatioprina em monoterapia.
- (C) indicar transplante hepático diante da refratariedade do tratamento.
- (D) manter a dose atual de corticoide e aguardar mais 3 meses para reavaliação.
- (E) adicionar Azatioprina como terapia de combinação e ajustar conforme tolerância.

**50**

Paciente do sexo masculino de 52 anos, hipertenso e diabético tipo 2, procura ambulatório de gastroenterologia para avaliação de elevação discreta de ALT e AST detectada em exame de rotina. Ele nega consumo relevante de álcool, medicamentos hepatotóxicos ou história de hepatite viral. Apresenta IMC 31 kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal 105 cm, sem icterícia ou hepatomegalia palpável. Ultrassonografia abdominal demonstra fígado hiperecogênico difusamente, compatível com esteatose.

A melhor conduta para avaliar o estágio de fibrose hepática nesse paciente é

- (A) solicitar biópsia hepática imediata, para diagnóstico definitivo e estadiamento.
- (B) iniciar tratamento clínico sem avaliação adicional da fibrose, apenas com controle de comorbidades.
- (C) solicitar métodos não invasivos de estadiamento da fibrose, como elastografia hepática (FibroScan) ou escores séricos (FIB-4, NAFLD *Fibrosis Score*).
- (D) repetir ultrassonografia em 6 meses para monitoramento da esteatose, sem outros exames.
- (E) encaminhar direto para transplante hepático devido ao risco de progressão para cirrose.

**51**

Paciente do sexo masculino, 62 anos, etilista de longa data, apresenta dor epigástrica recorrente, perda de peso e esteatorreia há 6 meses. Tomografia de abdome mostra calcificações pancreáticas difusas. É solicitado teste de elastase fecal, cujo resultado é 75 mcg/g (valor de referência: > 200 mcg/g).

A interpretação mais adequada e a conduta inicial para o caso são:

- (A) valor dentro do aceitável; investigar outras causas de diarreia.
- (B) sugere insuficiência pancreática exócrina grave; indicar reposição enzimática.
- (C) valor inconclusivo; repetir teste após jejum prolongado.
- (D) diagnóstico sugestivo de pancreatite aguda; internar para hidratação e analgesia.
- (E) indicar cirurgia pancreática em decorrência da insuficiência exócrina grave.

**52**

Paciente do sexo masculino, 72 anos, foi submetido a colectomia segmentar por adenocarcinoma de cólon diagnosticado em colonoscopia de rastreamento.

O exame anatomopatológico mostrou tumor restrito à submucosa (T1), sem comprometimento linfonodal (0 de 18 linfonodos ressecados) e sem evidências de metástase à distância.

A conduta mais adequada após o procedimento cirúrgico é

- (A) indicar quimioterapia adjuvante com FOLFOX.
- (B) encaminhar para radioterapia adjuvante.
- (C) acompanhar clinicamente com vigilância endoscópica e oncológica.
- (D) reoperar o paciente e aumentar a margem de ressecção para linfadenectomia mais ampla.
- (E) indicar terapia alvo adjuvante com Bevacizumabe.

53

Paciente do sexo feminino, 42 anos, com histórico familiar de câncer colorretal em mãe (aos 45 anos) e tia materna (aos 48 anos), realiza colonoscopia que revela adenoma tubular com 0,8 cm. É levantada a suspeita de síndrome de Lynch.

Dos achados a seguir, assinale o que apoia o diagnóstico dessa síndrome e orienta o rastreamento familiar.

- (A) Presença de mais de 100 pólipos adenomatosos no cólon.
- (B) Mutação germinativa em genes de reparo de DNA (MLH1, MSH2, MSH6 ou PMS2).
- (C) Mutação no gene APC.
- (D) Início tardio do câncer colorretal, geralmente após os 70 anos.
- (E) Associação exclusiva com pólipos hipoplásicos do cólon distal.

54

Paciente de 60 anos, masculino, foi submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) por coledocolitíase. Nas horas seguintes, apresentou dor abdominal e elevação da amilase sérica.

A complicação mais comum relacionada a esse procedimento é

- (A) pancreatite aguda pós-CPRE.
- (B) perfuração duodenal.
- (C) colangite bacteriana.
- (D) hemorragia digestiva alta.
- (E) pneumoperitônio espontâneo.

## Infectologia

55

A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica endêmica na América Latina, classicamente associada com atividades de agricultura. Sua apresentação clínica se diferencia entre forma aguda (também chamada de juvenil) e forma crônica (também chamada de forma do adulto).

Assinale a opção que apresenta uma característica comum da forma aguda dessa doença.

- (A) Linfonomegalias disseminada fistulizante.
- (B) Coinfecção frequente com tuberculose pulmonar.
- (C) Leucocitose maciça com predomínio neutrofílico.
- (D) Insuficiência adrenal por lesão direta à glândula.
- (E) Infiltrado pulmonar intersticial bilateral em “asa de borboleta”.

56

Paciente de 55 anos, sexo masculino, em Unidade de Terapia Intensiva, em ventilação mecânica e com múltiplas invasões, apresentou febre há 4 dias, com instabilidade hemodinâmica.

Nesse contexto, foram coletados 2 sets de hemocultura (2 frascos para patógenos aeróbios e 2 frascos para anaeróbios) em veia antecubital, e iniciada antibioticoterapia empírica com meropenem e vancomicina. Em 12 horas após a coleta dos sets de hemocultura, 1 dos 4 frascos apresentou crescimento bacteriano, sendo identificada *Escherichia coli* multissensível.

Os outros 3 frascos seguem negativos após 72 horas. No momento, o paciente apresenta-se afebril e com melhora hemodinâmica.

Considerando o achado da hemocultura, a conduta mais adequada é

- (A) desconsiderar o resultado e manter a antibioticoterapia vigente, pois a hemocultura provavelmente representa contaminação de microbiota da pele.
- (B) considerar provável contaminação da hemocultura, com manutenção da antibioticoterapia vigente e coletar 3 sets de hemocultura adicionais para elucidação.
- (C) considerar o resultado da hemocultura como confiável, seguindo com ajuste de antibioticoterapia conforme teste de susceptibilidade a antimicrobianos.
- (D) considerar que o resultado da hemocultura será confiável caso pelo menos mais um frasco apresente crescimento bacteriano de *E. coli* nas próximas 48 horas.
- (E) considerar que o resultado da hemocultura será confiável caso uma urinocultura coletada subsequentemente apresente crescimento bacteriano de *E. coli*.

57

Paciente de 62 anos, sexo masculino, procura atendimento com quadro iniciado 48 horas antes de febre alta (39 °C), calafrios, vermelhidão e dor na perna direita, tendo evoluído com aparecimento de bolhas no local. Informa ter realizado revascularização miocárdica (duas pontes de safena e uma mamária) três anos antes e relata histórico de reação adversa à penicilina G Procaína, diagnosticada como Necrólise Epidérmica Tóxica (NET).

No exame clínico, apresenta uma área eritematosa com bordas nítidas e elevadas, medindo cerca de 30 cm, localizada na face medial da perna direita, com bolhas de conteúdo seroso e linfonomegalia inguinal ipsilateral. Apresenta cicatriz de safenectomia.

Com base nesse quadro clínico, a alternativa terapêutica mais adequada é

- (A) ceftriaxona IV + metronidazol IV, pela possibilidade de infecção mista com envolvimento de Gram-positivos e Gram-negativos, inclusive anaeróbios.
- (B) cefazolina IV, por se tratar de celulite grave, porém sem fatores de risco para *Staphylococcus aureus* comunitário resistente à meticilina (CA-MRSA).
- (C) sulfametoxazol-trimetoprim IV, por se tratar de erisipela bolhosa, cuja etiologia mais comum é *Staphylococcus aureus*, incluindo os resistentes à meticilina (MRSA).
- (D) vancomicina IV, pois trata-se de erisipela e o paciente tem antecedente de NET associada à penicilina G procaína, o que contraindica penicilinas e cefalosporinas.
- (E) penicilina G cristalina IV, pois o agente mais comum é *Streptococcus pyogenes* e a reação adversa descrita não é de natureza anafilática e foi com a penicilina G procaína.

58

Adolescente de 16 anos, sexo masculino, praticante de *jiu-jitsu*, uma semana antes do campeonato regional de que participará representando seu clube, procura o departamento médico devido ao aparecimento de um nódulo doloroso na face. Nega febre. Ao exame, está em bom estado geral, apirético, apresentando lesão nodular eritematosa, de aproximadamente 1,5 cm, localizada na região mentoniana, dolorosa à palpação, de consistência firme, sem indícios de flutuação e com presença de pequena pústula central. O médico aspira secreção da pústula e envia para cultura e antibiograma.

Considerando o cenário, a conduta terapêutica imediata mais adequada é

- (A) iniciar antibioticoterapia oral com sulfametoxazol-trimetoprim.
- (B) iniciar antibioticoterapia tópica com mupirocina e manter por 5 dias.
- (C) realizar incisão e drenagem, complementando com antibiótico tópico.
- (D) não iniciar antibiótico, aplicar compressas mornas no local diariamente.
- (E) internar o paciente, iniciar a cefazolina IV e manter por ao menos 5 dias.

59

*De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.616/19981, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, também denominadas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.*

(Adap. de NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2025)

Sobre as IRAS, é correto afirmar que

- (A) o uso de antibióticos de amplo espectro reduz o risco de IRAS por microrganismos multirresistentes em unidades de terapia intensiva.
- (B) a vigilância epidemiológica das IRAS tem como objetivo principal identificar os profissionais possivelmente responsáveis pela infecção do paciente.
- (C) a vigilância das IRAS tem como um de seus objetivos conhecer a realidade do serviço de saúde, propor medidas de prevenção e avaliar a efetividade das ações implementadas.
- (D) a higienização das mãos é uma prática usual nos ambientes hospitalares, porém seu impacto nas IRAS é limitado à prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter.
- (E) dentre as medidas de prevenção para pneumonia associada à ventilação mecânica, a higiene oral com clorexidina é comprovadamente eficaz para os pacientes neurocirúrgicos.

60

Paciente de 37 anos, sexo masculino, é internado com quadro iniciado três dias antes de trismo, rigidez muscular generalizada e episódios de espasmos dolorosos. Informava ferimento no pé uma semana antes do início do quadro, que foi tratado com curativos caseiros. Não sabe informar sobre sua história vacinal.

Ao exame clínico está orientado, com rigidez cervical, hiperextensão do dorso, hiperreflexia e, aos estímulos mínimos, apresenta espasmos. Diante da suspeita de tétano, foi iniciado tratamento com imunoglobulina antitetânica, metronidazol intravenoso, feita a revisão e limpeza do ferimento e suporte com benzodiazepínicos. No entanto, algumas horas após, o paciente evolui com intensificação dos espasmos musculares, exigindo doses progressivamente mais elevadas de diazepam.

A explicação mais plausível para o agravamento clínico observado é

- (A) a ferida precisa ser reaberta e reexplorada, por possível corpo estranho residual.
- (B) o diagnóstico de tétano está equivocado, cabendo considerar outras hipóteses.
- (C) a dose de imunoglobulina foi insuficiente e a administração deve ser repetida.
- (D) a via de administração de imunoglobulina está incorreta, sendo necessário injetar por via intrarraquidiana.
- (E) a piora é esperada, pois a toxina já fixada ao sistema nervoso central não é neutralizada pela imunoglobulina.

61

Paciente de 44 anos, sexo masculino, previamente hígido, procura um serviço de emergência com quadro iniciado há 72 horas, de febre alta, calafrios, dor torácica ventilatório-dependente à direita, tosse seca que evoluiu para produtiva com escarro amarelado e dispneia progressiva. Refere ter tomado todas as vacinas disponíveis no sistema público para a sua idade. Ao exame, encontra-se febril, taquipneico e sudorético, com estertores crepitantes, hipofonese e aumento do frêmito toracovocal em base direita. Satura 88% em ar ambiente, com frequência respiratória de 32 irpm, frequência cardíaca de 110 bpm e pressão arterial de 110/70 mmHg. Presença de pequenas vesículas agrupadas no lábio inferior.

O agente etiológico mais provável do quadro pulmonar é

- (A) SARS-CoV-2.
- (B) herpes simples.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Pseudomonas aeruginosa*.
- (E) *Streptococcus pneumoniae*.

62

Paciente de 21 anos, sexo feminino, previamente hígida, procura atendimento oftalmológico por quadro de dor ocular e queda progressiva da acuidade visual em ambos os olhos há cerca de uma semana. Nega febre, traumas oculares, viagens recentes, comorbidades ou uso de drogas ilícitas.

Ao exame oftalmológico: Olho direito: vitrite intensa, com visualização do fundo ocular dificultada. Olho esquerdo: foco ativo de coriorretinite com halo esbranquiçado e exsudato adjacente, e lesão antiga pigmentada compatível com cicatriz retiniana.

O seguinte resultado de teste diagnóstico corrobora com o diagnóstico presumido pelos dados da história clínica e dos achados oftalmológicos:

- (A) PPD reator 11mm compatível com tuberculose ocular ativa.
- (B) IGRA (*Interferon-Gamma Release Assay*) compatível com tuberculose ocular ativa.
- (C) IgM reagente para toxoplasmose, com IgG não reagente, compatível com infecção adquirida recentemente.
- (D) IgG reagente para toxoplasmose, com IgM não reagente, sugerindo reativação de toxoplasmose congênita.
- (E) VDRL reagente com título > 1/16, compatível com coriorretinite secundária a infecção pelo *Treponema pallidum*.

63

Criança de 8 anos, sexo feminino, é levada ao consultório do seu pediatra com quadro de dor de garganta, febre alta e mal-estar generalizado. Ao exame, está algo prostrada, febril (39,3 °C), FR: 22 irpm, FC: 110 bpm, PA: 100/60 mmHg. Mucosas normocoradas e normohidratadas. Orofaringe com exsudato purulento em ambas as amígdalas. Adenomegalia em região cervical anterior dolorosa bilateralmente.

Restante do exame clínico sem alterações dignas de nota. O pediatra colhe swab de orofaringe e faz uma lâmina com esse mesmo material, cora pelo método de Gram e visualiza cocos Gram positivos em cadeias curtas e longas.

Em relação ao diagnóstico etiológico, é correto afirmar que

- (A) com o resultado obtido pelo Gram, pode-se iniciar a terapia para faringoamigdalite por *Streptococcus pyogenes*.
- (B) o Gram da secreção de orofaringe não permite estabelecer o diagnóstico etiológico da faringoamigdalite estreptocócica.
- (C) o resultado do Gram sugere que a angina seja causada pelo *Staphylococcus aureus* permitindo o tratamento específico para esta bactéria.
- (D) o teste rápido para antígeno estreptocócico não tem utilidade para diagnóstico de faringoamigdalite nessa faixa etária.
- (E) somente se houver crescimento de *Staphylococcus aureus* na cultura desse material seria possível afirmar que se trata de uma angina estafilocócica.

64

Paciente de 34 anos, sexo feminino, portadora de lúpus eritematoso sistêmico em uso crônico de corticoide, com insuficiência renal crônica em hemodiálise por cateter tunelizado de longa permanência, comparece ao ambulatório de nefrologia com queixa de febre alta (até 39,2 °C) e calafrios há uma semana. Ao exame, encontra-se hipocorada, normohidratada, acianótica e anictérica, com temperatura de 38 °C, frequência respiratória de 24 irpm e pressão arterial de 140/90 mmHg. O cateter está pérvio e sem sinais de infecção local. À ausculta cardíaca nota-se ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas e sopro diastólico 2+/6+ paraesternal alto. O restante do exame físico não apresenta alterações.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico e o agente etiológico mais prováveis.

- (A) Infecção da corrente sanguínea por *Candida spp.*
- (B) Infecção da corrente sanguínea por *Acinetobacter baumannii*.
- (C) Endocardite infecciosa aguda de válvula tricúspide por *Enterococcus faecalis*.
- (D) Endocardite infecciosa aguda de válvula aórtica por *Staphylococcus aureus*.
- (E) Endocardite infecciosa aguda de válvula tricúspide por *Eikenella corrodens*.

65

Paciente de 18 anos, sexo masculino, apresenta febre, hiperemia conjuntival, tosse seca e coriza há 6 dias. No 4º dia, houve intensificação da febre, surgimento de exantema maculopapular na face e piora progressiva da tosse. No dia seguinte à consulta, o exantema disseminou-se para o tronco e membros superiores. Não sabe informar seu *status* vacinal. Relata que retornou há cerca de 10 dias de viagem ao Canadá.

Considerando o contexto clínico e epidemiológico, o diagnóstico mais provável é

- (A) dengue.
- (B) rubéola.
- (C) sarampo.
- (D) parvovirose.
- (E) mononucleose.

66

Paciente de 42 anos, sexo feminino, previamente saudável, em investigação ambulatorial por massa pulmonar identificada em radiografia realizada por tosse há 2 meses. Nas últimas 2 semanas, passou a apresentar cefaleia intensa de padrão progressivo, associada a episódios de vômitos em jato e queda da acuidade visual. Evoluiu com sonolência e dificuldade de concentração. Nega comorbidades, uso de medicamentos, viagens recentes, contato com aves, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico, encontrava-se hipoativa e sonolenta, mas ainda responsiva. Apresentava rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea e redução importante da acuidade visual bilateral. Não havia déficits motores.

Das possibilidades elencadas a seguir, o diagnóstico mais provável para o quadro neurológico da paciente, considerando o contexto clínico, é

- (A) neurotoxoplasmose.
- (B) meningite criptocócica.
- (C) meningite pneumocócica.
- (D) meningoencefalite por herpes simples.
- (E) meningoencefalite por varicela-zoster.

67

Paciente de 23 anos, sexo masculino, com febre, diarreia alternada com constipação e cefaleia há 12 dias. Retornou há 3 semanas de viagem a Bali, onde permaneceu por 20 dias.

Ao exame: Apático, febril (39 °C), hipocorado 2+/4, hipohidratado 2+/4, anictérico. À ausculta cardíaca, frequência de 64 batimentos/minuto, ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas e sopro sistólico 2+/6+ pancardiaco. Abdome flácido, doloroso à palpação da fossa ilíaca direita, com borborinho, fígado a 2 dedos do rebordo e ponta de baço palpável. Restante do exame físico sem alterações.

O diagnóstico mais provável é

- (A) febre Q.
- (B) amebíase.
- (C) febre tifoide.
- (D) esquistossomose.
- (E) tuberculose disseminada.

68

Analise o fragmento a seguir.

*Intuitivamente, a amostra biológica que melhor deverá se relacionar com um determinado processo infeccioso será aquela obtida diretamente do local predominantemente acometido, ou produzida a partir dele. Isso porque, é esperado que o material biológico proveniente do foco primário contenha o agente infectante em maior número, tornando mais fácil demonstrar sua presença. Contudo, ainda que correta para a maioria das situações, a correlação nem sempre se aplica. Na \_\_\_\_\_ causada por \_\_\_\_\_, por exemplo, o diagnóstico é mais facilmente confirmado por meio da detecção de \_\_\_\_\_.*

Assinale a opção que preenche adequadamente as lacunas do fragmento acima.

- (A) pneumonia / *Legionella* spp. / antígeno específico na urina.
- (B) meningite / *Listeria monocytogenes* / anticorpo específico na urina.
- (C) meningite / *Neisseria meningitidis* / antígeno específico na nasofaringe.
- (D) pneumonia / *Streptococcus pneumoniae* / anticorpo específico no soro.
- (E) osteomielite / *Staphylococcus aureus* / antígeno específico na nasofaringe.

69

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como Calazar, é uma zoonose sistêmica causada pela *Leishmania infantum*. Ela é transmitida pela picada de inseto que se adapta facilmente ao ambiente urbano, favorecendo a expansão geográfica da doença, especialmente onde há presença de animais domésticos infectados, que atuam como reservatórios. O período de incubação do Calazar é geralmente de 2 a 8 meses, mas pode ser mais curto, de 10 a 14 dias, quando a carga parasitária é elevada. A apresentação clínica varia de quadros assintomáticos e oligossintomáticos até formas graves e potencialmente fatais, se não tratadas oportunamente.

No Brasil, o principal vetor e o reservatório do Calazar urbano são, respectivamente,

- (A) *Culex nigripalpus* e *Felis catus*.
- (B) *Anopheles albitarsis* e *Felis catus*.
- (C) *Lutzomyia longipalpis* e *Felis catus*.
- (D) *Anopheles albitarsis* e *Canis familiaris*.
- (E) *Lutzomyia longipalpis* e *Canis familiaris*.

70

Em janeiro de 2025, o estado de Pernambuco confirmou um caso de raiva humana após oito anos sem registros da doença. A paciente, uma mulher de 56 anos, foi mordida por um sagui na mão esquerda, nas proximidades de sua moradia. Na ocasião, especulou-se que o animal teria se aproximado da área de ocupação humana devido às queimadas que ocorreram na região.

Em relação ao caso, é correto afirmar que

- (A) se trata de um equívoco diagnóstico, pois não há risco de transmissão de raiva em mordeduras ocasionadas por primatas não humanos.
- (B) o sagui deveria ter sido resgatado e mantido em observação por 10 dias, e a profilaxia pós exposição iniciada caso ele adoecesse ou morresse.
- (C) o desfecho dessa paciente poderia ter sido evitado com a profilaxia pós exposição adequada, que consiste na adequada limpeza do ferimento e 5 doses de vacina.
- (D) logo após o acidente, além da limpeza do ferimento e da administração da primeira dose de vacina, deveria ter sido aplicado soro ou imunoglobulina antirrábica ao redor do ferimento.
- (E) a utilização do Protocolo de Milwaukee, por ocasião do surgimento de parestesias próximas ao ferimento, teria assegurado a reversão do quadro neurológico e a sobrevivência da paciente.

71

A leptospirose é um importante problema de saúde pública no Brasil, e em outros países tropicais em desenvolvimento, devido à alta incidência nas populações que vivem em aglomerações urbanas sem a adequada infraestrutura sanitária e com altas infestações de roedores. Esses fatores, associados às estações chuvosas e às inundações, propiciam a disseminação e a persistência das leptospirosas no ambiente.

Em 2024, somente nos três primeiros meses que se seguiram à catástrofe climática, foram confirmados 958 casos de leptospirose no estado do Rio Grande do Sul, com 30 óbitos registrados.

Sobre a leptospirose, é correto afirmar que

- (A) a letalidade é maior nas formas anictéricas, devido à dificuldade de diagnóstico precoce e manejo clínico adequado.
- (B) a síndrome de Weil é a forma mais frequente de apresentação da doença e se inicia habitualmente após 10 dias de incubação.
- (C) durante períodos de enchentes, a ingestão de água contaminada pela urina de roedores infectados é o principal meio de transmissão da leptospirose.
- (D) a realização de hemodiálise deve ser evitada em pacientes com quadros graves de leptospirose, pois o procedimento pode retardar a recuperação espontânea da função renal.
- (E) *Rattus norvegicus*, é o principal reservatório urbano da *Leptospira interrogans*. A bactéria se aloja em seus túbulos renais, e é eliminada pela urina sem causar sintomas no animal.

72

Paciente de 44 anos, sexo feminino, diagnosticada com infecção pelo HIV há 5 anos, previamente em uso de tenofovir, lamivudina e efavirenz, comparece à consulta após um período prolongado de abandono do tratamento. Relata perda ponderal progressiva e fraqueza nos últimos meses. Ao exame físico, apresenta-se emagrecida, com candidose oral, mas sem evidências de infecções oportunistas mais graves.

A estratégia de cuidado mais adequada, segundo a orientação do Ministério da Saúde do Brasil, é

- (A) solicitar carga viral e genotipagem e aguardar os resultados para reiniciar o tratamento com base nos achados.
- (B) iniciar esquema com dolutegravir e lamivudina e monitorar carga viral mensalmente, para evitar resistência precoce.
- (C) iniciar o tratamento com dolutegravir, tenofovir e lamivudina e solicitar carga viral e genotipagem ao mesmo tempo, ajustando o esquema posteriormente.
- (D) reintroduzir o esquema anterior (tenofovir, lamivudina e efavirenz) e após 4 semanas realizar genotipagem, aumentando a chance de detectar resistência.
- (E) iniciar esquema empírico com dolutegravir, tenofovir e lamivudina e solicitar genotipagem se não houver resposta virológica após 6 meses de uso contínuo.

73

São parasitos de aproximadamente 1 cm de tamanho que habitam a região do duodeno. Possuem uma ampla cavidade bucal, provida de lâminas ou dentes, que lhes permitem aderir à parede do intestino do hospedeiro em busca de alimento (tecido e sangue), promovendo um acentuado quadro de anemia...

(Trecho adaptado do *Guia Prático para o Controle das Geo-helmintíases*. Ministério da Saúde, 2018.)

O provável agente etiológico e o principal modo de transmissão da helmintíase acima descrita, são, respectivamente,

- (A) *Necator americanus* e penetração cutânea de larvas filarioides.
- (B) *Trichuris trichiura* e ingestão de água e alimentos contaminados com ovos.
- (C) *Schistosoma mansoni* e penetração cutânea de cercárias em coleções de água.
- (D) *Strongyloides stercoralis* e penetração cutânea e ingestão de larvas rabditoides.
- (E) *Ascaris lumbricoides* e ingestão de alimentos contaminados com ovos e larvas filarioides.

74

A incidência da sífilis vem aumentando nos últimos anos, representando hoje um importante problema de saúde pública no Brasil. O tratamento da doença é uma importante ferramenta na quebra de cadeias de transmissão, e depende do seu diagnóstico correto e oportuno. Além de identificada por meio de testes de triagem, a sífilis deve ser considerada como hipótese diagnóstica e investigada em uma miríade de manifestações clínicas.

Quanto às diversas manifestações clínicas da sífilis e seus diferentes estágios, é correto afirmar que

- (A) a neurosífilis é uma manifestação exclusiva da fase tardia da doença, cursando com quadros demenciais e *tabes dorsalis*.
- (B) a sífilis secundária costuma cursar com manifestação cutâneo-mucosa disseminada, acometendo inclusive região palmo-plantar.
- (C) a sífilis primária é caracterizada por lesões genitais ulceradas múltiplas e dolorosas, associadas a poliadenopatia inguinal bilateral.
- (D) a sífilis latente tardia é comumente associada a sintomas constitucionais, como perda ponderal, e micropoliadenopatia disseminada.
- (E) a sífilis terciária é caracterizada por lesões cutâneas, neurológicas e cardiovasculares que geralmente revertem com tratamento adequado.

75

A terapêutica da malária visa atingir o parasito em pontos-chaves de seu ciclo evolutivo. De forma simplificada, destacam-se como metas: a interrupção da esquizogonia sanguínea, a destruição de formas latentes do parasito no ciclo tecidual (hipnozoítos) e a interrupção da transmissão do parasito, pelo uso de drogas que impedem o desenvolvimento de formas sexuadas dos parasitos (gametócitos).

Em relação ao uso da primaquina na terapêutica de diferentes espécies de *Plasmodium*, é correto afirmar que a droga

- (A) não é necessária na malária por *P. ovale*.
- (B) não é necessária na malária transfusional por *P. vivax*.
- (C) é fundamental para eliminar hipnozoítos do *P. vivax* e *P. malariae*.
- (D) é esquizonticida de escolha na malária por *P. simium* e *P. knowlesi*.
- (E) não pode ser usada em gestantes e idosos, independente da espécie.

76

Bebê de 8 meses é atendido em serviço de emergência com febre alta, vômitos e irritabilidade. Na anamnese inicial, os pais negaram doenças prévias, mas relataram “febre muito alta” por ocasião das doses de vacina do segundo mês de vida, razão pela qual decidiram interromper o esquema vacinal do filho. Foi realizada imediatamente a punção lombar para investigação diagnóstica. A bacterioscopia do líquido, pela técnica de Gram, evidenciou a presença de numerosos polimorfonucleares e cocobacilos Gram-negativos.

Com os dados disponíveis desse caso, a indicação adequada é

- (A) terapia com cefotaxima intravenosa, pois trata-se de *Escherichia coli*.
- (B) terapia com ceftriaxona intravenosa, pois trata-se de *Neisseria meningitidis*.
- (C) terapia com ampicilina intravenosa, pois trata-se de *Listeria monocytogenes*.
- (D) terapia com ceftriaxona intravenosa, pois trata-se de *Haemophilus influenzae*.
- (E) terapia com ceftriaxona e vancomicina intravenosas, até o resultado da cultura.

77

A Portaria GM/MS 5201, de 15 de agosto de 2024, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

Segundo essa Portaria, constituem doenças de notificação imediata às esferas municipal, estadual e federal:

- (A) botulismo, cólera e sífilis.
- (B) ebola, tuberculose e varicela.
- (C) febre amarela, raiva humana e sarampo.
- (D) calazar, rubéola congênita e poliomielite.
- (E) hantavirose, peste e toxoplasmose gestacional.

78

Durante uma trilha no Parque Nacional da Tijuca, no Rio de Janeiro, um homem de 43 anos, ao se afastar do caminho demarcado, foi picado no tornozelo esquerdo por animal que desapareceu na folhagem.

Evoluiu com dor intensa no local, acompanhada de edema, eritema e bolhas que se estendiam por toda a perna. Três horas após, ao exame clínico no serviço de emergência, apresentava equimoses em todo o membro inferior esquerdo, sangramento gengival e epistaxe.

Considerando o caso relatado, pode-se assumir que se trata de acidente por

- (A) *Bothrops* sp, dada a intensa proteólise e discrasia.
- (B) *Crotalus* sp, dado o aparecimento rápido de múltiplas equimoses.
- (C) *Micrurus* sp, dada a intensa dor local evoluindo em poucas horas.
- (D) *Tityus* sp, dada a ausência de manifestações neurológicas centrais.
- (E) *Latrodectus* sp, dada a presença de edema e bolhas no local da picada.

79

Paciente de 81 anos, sexo masculino, internado há dois dias em unidade de terapia intensiva por quadro de pielonefrite complicada com sepse. No momento, em suporte hemodinâmico com noradrenalina na dose de 0,1 mcg/kg/min, e em uso de meropenem. O laboratório de microbiologia entra em contato com o setor para informar os resultados de hemocultura (2 frascos aeróbios) e urina coletados na admissão do paciente, que evidenciaram crescimento da mesma bactéria em todas as amostras, conforme descrito a seguir:

Bactéria isolada: *Klebsiella pneumoniae*

Teste de Susceptibilidade a Antimicrobianos:

Antimicrobiano	MIC (mg/L)	Interpretação
Ampicilina	>8	Resistente
Ampicilina/sulbactam	>8	Resistente
Piperacilina/tazobactam	≤4	Sensível
Ceftriaxona	≤0,12	Sensível
Cefepima	≤0,12	Sensível
Meropenem	≤0,25	Sensível
Amicacina	≤1	Sensível
Gentamicina	≤1	Sensível
Ciprofloxacina	0,5	Intermediário (SAE*)

\*SAE = Sensível Aumentando Exposição

Considerando os dados acima e os princípios de uso racional de antibióticos, a opção mais adequada para seguimento terapêutico é:

- (A) cefepima.
- (B) amicacina.
- (C) ceftriaxona.
- (D) meropenem.
- (E) ciprofloxacina.

80

O principal mecanismo de resistência às quinolonas é a

- (A) mutação no gene *gyrA*, que codifica a subunidade A da DNA girase, reduzindo a afinidade do antibiótico pela enzima.
- (B) expressão do gene *mecA*, que altera a PBP2, mantendo a síntese de parede celular bacteriana a despeito do antibiótico.
- (C) indução da enzima AmpC com a exposição prolongada à medicação, o que resulta em inativação e degradação do antibiótico.
- (D) expressão de acetiltransferases, impedindo a ligação do antibiótico à subunidade 50S do ribossomo, impedindo a síntese proteica.
- (E) superexpressão de bombas de efluxo pela inativação da proteína TetR, que reduzem a concentração intracelular do antibiótico.

Realização

