



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



FACULDADE DE MEDICINA

## CONCURSO PÚBLICO – EDITAL COREME/FM Nº 05/2022

### Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20 questões** de múltipla escolha, compostas da raiz da questão e de quatro alternativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**.
6. Duração da prova: **01h00**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **00h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
7. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

### Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

## TABELA DE VALORES LABORATORIAIS NORMAIS

<p><b>LISTA DE ABREVIACÕES</b></p> <p>AA – ar ambiente      AAS – ácido acetilsalicílico      BCF – batimentos cardíacos fetais      bpm – batimentos por minuto      BRNF – bulhas rítmicas normofonéticas s/ sopros      Cr – creatinina      DUM – data da última menstruação      FC – frequência cardíaca      FR – frequência respiratória      Hb – hemoglobina      HCM – Hemoglobina Corpuscular Média      Ht – hematócrito      IMC – índice de massa corpórea      ipm – incursões por minuto      IC<sub>95%</sub> – intervalo de confiança de 95%      MV – murmúrios vesiculares      IRT – tripsina imunoreativa neonatal      mmHg – milímetros de mercúrio      MMII - membros inferiores      P – pulso      PA – pressão arterial      PEEP – Pressão expiratória final positiva      PSA - antígeno prostático específico      PO – Pós-operatório      pO<sub>2</sub> – pressão parcial de O<sub>2</sub>      pCO<sub>2</sub> – pressão parcial de CO<sub>2</sub>      PS – Pronto-Socorro      RHZE - R(rifampicina), H(isoniazida), Z(pirazinamida) e E(etambutol)      RN – Recém-nascido      Sat - saturação      Sat O<sub>2</sub> – saturação de oxigênio      TEC – tempo de enchimento capilar      Temp. – temperatura axilar      TPO – Tireoperoxidase      TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH      TSH – Hormônio tireo-estimulante      U – ureia      UTI – Unidade de Terapia Intensiva      TTGO – teste de tolerância a glicose oral      UBS – Unidade Básica de Saúde      USG – Ultrassonografia      VCM – Volume Corpuscular Médio      VHS – velocidade de Hemossedimentação</p> <p><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (HB) EM g/dL PARA CRIANÇAS</b></p> <p>Recém-nascido= 15 – 19      2 a 6 meses = 9,5 – 13,5      6 meses a 2 anos = 11 – 14      2 a 6 anos = 12 – 14      6 a 12 anos = 12 – 15</p> <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L      Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p><b>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</b></p> <p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b></p> <p>Albumina = 3,5 – 5,5 g/dl      Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dl      Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dl      Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dl      Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/l      Cloretos = 98 - 106 mEq/l      Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL      Desidrogenase Láctica &lt; 240 U/L      Ferritina: homens: 22-322 ng/mL      mulheres: 10-291 ng/mL      Ferro sérico: homens: 70-180 µg/dL      mulheres: 60-180 µg/dL      Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dl ou 0,81 a 1,55 mmol/l      Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dl      HDL: superior a 40 mg/dL para homens      superior a 50 mg/dL para mulheres      Lactato = 5 – 15 mg/dl      Magnésio = 1,8 – 3 mg/dl      Potássio = 3,5-5,0 mEq/L      Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dl      PSA &lt; 4 ng/mL      Sódio = 135-145 mEq/L      TSH = 0,4 a 4,0 mUI/mL      Ureia = 10 a 50 mg/dL</p> <p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b></p> <p>Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)= 31 a 36 g/dl      Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32pg      Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fl      RDW: 10 a 16%      Leucócitos = 5.000 a 10.000/ mm<sup>3</sup>      Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/ mm<sup>3</sup>      Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>      Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/ mm<sup>3</sup>      Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/ mm<sup>3</sup>      Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>      Reticulócitos = 0,5 a 2,0%      Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%      Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R - até 1,2      Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p> <p><b>Gasometria Arterial:</b></p> <p>pH = 7,35 a 7,45      pO<sub>2</sub> = 80 a 100mmHg      pCO<sub>2</sub> = 35 a 45mmHg      Base Excess (BE) = -2 a 2      HCO<sub>3</sub> = 22 a 28 mEq/L      SatO<sub>2</sub> &gt; 95%</p> <p><b>Líquor (punção lombar):</b></p> <p>Células até 4/mm<sup>3</sup>      Lactato até 20mg/dL      Proteína até</p>
--	--

## Medicina Tropical

### 01

Paciente com 78 anos de idade, internado na Unidade de Terapia Intensiva com DPOC exacerbado, necessitando de ventilação mecânica e de cateter venoso central. No 5º dia de ventilação, teve piora radiológica, febre de 38 °C e leucocitose de 15.800 células/mm<sup>3</sup>. A cultura da secreção traqueal e do sangue mostrou crescimento de cocobacilo Gram negativo não fermentador oxidase negativa. Assinale a alternativa que contenha o agente etiológico, a classificação da infecção e o tratamento adequado.

- (A) *Pseudomonas aeruginosa*, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção da corrente sanguínea primária, ceftazidima.
  - (B) *Acinetobacter calcoaceticus-baumannii*, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção da corrente sanguínea secundária, polimixina B.
  - (C) *Burkholderia cepacia*, infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central, sulfametoxazol-trimetoprim.
  - (D) *Stenotrophomonas maltophilia*, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção da corrente sanguínea secundária, levofloxacina.
- 

### 02

Candidemia é uma condição frequente em unidades de terapia intensiva e que possui alta morbimortalidade. Assinale a alternativa correta com relação às boas práticas de tratamento.

- (A) Fundo de olho deve ser realizado cerca de 5 a 7 dias após a hemocultura positiva quando o paciente referir perda da acuidade visual.
  - (B) Ecocardiograma deve ser realizado em todos os pacientes com candidemia, pois esta complicação infecciosa acomete cerca de 20 % dos pacientes.
  - (C) Equinocandina é o medicamento de escolha para o tratamento inicial das candidemias, pois diminui a mortalidade, independente da espécie isolada.
  - (D) Descalonamento para fluconazol deve ser realizado se a espécie possuir sensibilidade *in vitro* no 14º dia após a hemocultura de controle negativa.
- 

### 03

Você é o profissional de controle de infecção hospitalar de um hospital de 200 leitos que possui 50 leitos de unidade de terapia intensiva adulto geral. No mês de janeiro de 2022, a UTI A de 20 leitos teve densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea (DI ICS) de 22,4 ICS/1.000 cateteres-dia. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta:

- (A) A densidade de incidência é uma medida do número de casos presentes (novos e antigos) por unidade de pessoa-tempo (dias ou meses ou anos).
- (B) Há dificuldade de se determinar o envolvimento do cateter central na ocorrência da ICS. Com finalidade prática, as ICS serão associadas ao cateter, se este estiver presente ao diagnóstico por um período maior que dois dias de calendário.
- (C) Essa taxa é uma medida de frequência que descreve a ocorrência de eventos em uma população em risco, porém o correto seria calcular a taxa em porcentagem.
- (D) A DI ICS de 22,4 pode ser um aumento inesperado de infecção. Para saber tratar-se de um surto, é preciso verificar se a taxa é duas vezes maior que a média móvel esperada para o período.

## 04

Assinale a alternativa correta com relação as infecções por *Clostridium difficile* (ICD):

- (A) Existem cepas toxigênicas e não toxigênicas, mas somente as cepas toxigênicas causam doença em humanos. A patogenicidade depende da presença das toxinas relacionadas à diarreia, denominadas toxina A, toxina B, toxina C e glutamato desidrogenase (GDH).
  - (B) A vancomicina tem sido o tratamento mais utilizado para os casos de ICD. Entretanto, frente a casos graves, os guias americanos tem preconizado o tratamento com metronidazol como primeira opção.
  - (C) Existem abordagens não antimicrobianas estudadas principalmente nos casos de recorrência como o uso de prebióticos, anticorpo monoclonal anti-GDH, descontaminação do trato gastrointestinal com polimixina B e transplante fecal.
  - (D) Pacientes com suspeita de ICD ou doença confirmada devem ser colocados em precauções de contato e isolados em quartos privativos com instalações sanitárias separadas. As medidas de isolamento devem permanecer por pelo menos 48 horas após a cessação da diarreia e não é possível higienizar as mãos com álcool a 70%.
- 

## 05

Paciente, 43 anos, portador de febre reumática, apresenta febre há 12 dias, diária, temperatura máxima 38,5°C. Associado a este sintoma, queixa de perda de 2kg no período (peso atual 75kg). Refere procedimento dentário realizado há 15 dias. Não utilizou profilaxia antibiótica. No exame físico, observa-se paciente em bom estado geral, corado, hidratado, cianótico, afebril, anictérico e eupnéico. Bulhas rítmicas, normofonéticas, sopro diastólico mitral ++/6+, ausculta pulmonar normal, exame abdominal sem alterações. Membros inferiores e superiores sem particularidades. Sem alterações em dedos. Sem alterações em olhos. Foram coletados exames laboratoriais, com 2 hemoculturas positivas para *Streptococcus viridans*. Fator reumatóide positivo. Não foram vistas vegetações em Ecocardiograma transtorácico. Assinale a alternativa que descreve o diagnóstico mais preciso para o paciente e a melhor justificativa.

- (A) Endocardite definitiva: 2 critérios maiores de Duke.
  - (B) Endocardite definitiva: 1 critério maior e 1 critério menor de Duke.
  - (C) Endocardite definitiva: 1 critério maior e 3 critérios menores de Duke.
  - (D) Endocardite possível: 1 critério maior e 1 critério menor de Duke.
- 

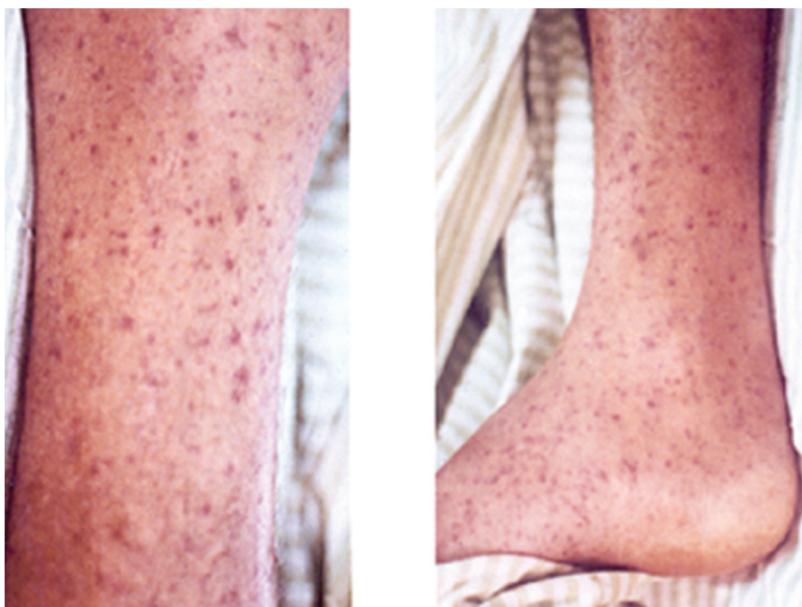
## 06

Paciente de 66 anos, sexo masculino, internado há 10 dias no hospital devido a quadro de pneumonia comunitária. Recebeu ceftriaxone por 10 dias. Há 2 dias iniciou com quadro diarreico, >5 evacuações líquidas por dia, sem presença de produtos patológicos. Paciente com febre >38 °C, PA 80x50, FC 120 bpm, extremidades frias e pegajosas, abdome tenso, doloroso, DB-. Exames complementares com Hb: 11,6 Leuco 16mil (sem desvio à esquerda), eosinófilos 0, plaquetas 165000. Creatinina 1,6. Lactato 20. Teste rápido para *Clostridiooides difficile* GDH positivo e toxina A/B positivo. Assinale a alternativa que descreve o diagnóstico mais preciso para o paciente e a melhor justificativa.

- (A) Diarreia por *C. difficile* grave: leuco > 12000, Creatinina > 1,5 e lactato >20.
  - (B) Diarreia por *C. difficile* grave: leuco > 12000, Creatinina > 1,5.
  - (C) Diarreia por *C. difficile* fulminante: leuco > 15000, Creatinina > 1,5 e hipotensão.
  - (D) Diarreia por *C. difficile* grave: leuco > 15000, Creatinina > 1,5.
- 

## 07

Paciente de 19 anos de idade, feminino, vem com queixa de febre de início súbito, dor de cabeça e dores no corpo há 7 dias, evoluindo com manchas vermelhas na pele, começando nos pés e mãos há 1 dia. Refere viagem para o interior de São Paulo há 10 dias, quando fez trilhas em um acampamento com amigos. Refere ter notado picadas pelo corpo. Exames com Hemograma: Hb 9,8 L 15500 (80% neutrófilos); Plq 103000; TGO 76; TGP 84. Imagens apresentadas:



Retirado de: <http://www.fiocruz.br/ioc/cqi/cqilua.exe/sys/start.htm?infoid=2149&sid=32>

Considerando os diagnósticos diferenciais, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável, o exame diagnóstico mais adequado e o melhor tratamento:

- (A) Febre maculosa, reação de imunofluorescência indireta para *Rickettsia rickettsii* coletada no 7º dia e 14º dia, doxiciclina 200mg/dia por 14 dias.
- (B) Febre maculosa, reação de imunofluorescência indireta para *Rickettsia rickettsii* coletada no 7º dia e 14º dia, doxiciclina 200mg/dia até 3 dias após defervescência dos sintomas.
- (C) Dengue, teste rápido NS1, terapia suporte com hidratação.
- (D) Salmonelose não-*typhi*, hemocultura e coprocultura, Azitromicina 500mg/dia por 7 dias.

---

## 08

Paciente 33 anos, masculino, queixa de diarreia, náuseas e vômitos há 3 dias após comer presunto estragado. Há 2 dias apresenta cefaleia e tontura. Hoje queixa de turvação visual, pálpebras caídas, visão dupla, dificuldade para falar, engasgos e dificuldade para movimentar os braços, sentindo que eles estão mais fracos. Nega febre. Refere ter se vacinado contra COVID-19 há 15 dias.

Ao EF: Consciente e orientado, Escala de Coma de Glasgow 15, sem sinais meníngeos, reflexos nervosos profundos em MMSS abolidos e preservados em MMII. Ptose bilateral, estrábico, dificuldade em focar objetos. Fala disártrica. Sem alterações de propedêutica cardíaca. Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Abdome com ruídos hidro-aéreos diminuídos, flácido, indolor, descompressão brusca negativa, sem visceromegalias. Membros inferiores sem edemas. Sem lesões de pele.

Com base na história e exame físico, qual das alternativas apresenta a melhor hipótese diagnóstica para o quadro?

- (A) Síndrome de Guillain-Barré.
- (B) Síndrome de Müller-Fischer.
- (C) Miastenia gravis.
- (D) Botulismo.

## 09

Paciente masculino, 34 anos, em tratamento de linfoma não Hodgkin, apresenta neutropenia febril após quimioterapia. Durante internação iniciou Cefepime (6,0 gramas/dia) após coletas de exames. Caso as hemoculturas permaneçam negativas e nenhum foco possa ser identificado, deve-se:

- (A) Manter a terapia antimicrobiana empírica até que o número total de neutrófilos fique acima de 1.000 células/mm<sup>3</sup>.
- (B) Manter terapia antimicrobiana empírica para evitar a translocação bacteriana, caso apresente mucosite.
- (C) Completar 07 dias de Cefepime, caso o paciente permaneça afebril após 72 horas.
- (D) Descontinuar o Cefepime caso o paciente encontre-se afebril e estável por 72 horas, mesmo que os neutrófilos permaneçam abaixo de 500 células/mm<sup>3</sup>.

### CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 10 E 11

Paciente do sexo masculino, 28 anos, morador de São Paulo/SP, estudante, sem comorbidades conhecidas, queixa de mialgia e febre há 4 dias, dor abdominal inespecífica e náusea há 2 dias. Refere ecoturismo em Blumenau/SC 7 dias antes do quadro, onde permaneceu por 5 dias. Durante a viagem, tomou água de bica, banhou-se nas cachoeiras e dormiu em acampamentos.

## 10

Considerando o risco epidemiológico do local de viagem, qual vacina era recomendada para esse paciente antes da viagem?

- (A) Febre amarela
- (B) Dengue
- (C) Hepatite A
- (D) Malária

## 11

Ao exame físico: regular estado geral, descorado +/4+, ictérico +/4+, acianótico, afebril. Sinais vitais normais. Exame físico normal, exceto leve dor à palpação do andar superior de abdome. Exame laboratorial complementar:

Hemograma: Hb – 11,5, Ht – 33, Leuco: 3100 (2000 Nt, 100 Eo, 900 Linf, 100Mn). Plaqueta 90.000. TGO – 2100 TGP 1800 BT – 1,8 CPK 1800. Função renal normal, sem alteração de eletrólitos.

Diante dos exames laboratoriais, quais hipóteses diagnósticas são cabíveis?

- (A) Dengue, hepatites virais, febre amarela.
- (B) Leptospirose, estafilococcia.
- (C) Dengue, leptospirose.
- (D) Febre maculosa e leishmaniose visceral aguda.

## 12

Paciente masculino, 47 anos, pedreiro, queixa de febre de 39°C, mialgia generalizada e tosse seca há 2 dias. Procura pronto socorro por tontura, piora da tosse com presença de escarro hemoptoico associada a dispneia e aparecimento de *rash* cutâneo. Ao exame físico: regular estado geral, descorado +/4+, hidratado, acianótico, ictérico +/4+ (imagem 1), febril (38 °C). Presença de leve exantema generalizado. Glasgow 15, hemodinamicamente estável, saturação de oxigênio 90% em ar ambiente. Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar com estertores finos difusos. Sem alteração no restante do exame físico.

Exames laboratoriais:

Hb – 9,8; Ht – 29,7; Leuco – 14.500 (12.800 Nt, 0 Eo, 950 Linf, 750Mn); plaquetas 26.000

Ureia 120; Cr 2,9; Na 138; K 4,2.

Aspecto ictérico +/4+ (imagem 1)



RX-tórax (imagem 2)



Qual o mecanismo fisiopatogênico **NÃO** está envolvido na hemorragia alveolar da doença presente no paciente?

- (A) Coagulação intravascular disseminada.
- (B) Aumento de consumo de plaquetas por adesão plaquetária.
- (C) Alteração de permeabilidade endotelial.
- (D) Alteração da função plaquetária.

---

## 13

Paciente feminina, 42 anos, natural de Amazonas, procedente de São Paulo/SP há 1 ano, com quadro de síndrome consumptiva há 2 meses, acompanhada de rebaixamento do nível de consciência com piora progressiva há 1 semana. Chega ao pronto socorro com Glasgow de 12, hemiparesia D e TC-crâneo com lesão única com efeito de massa. Realizada sorologia para HIV com resultado positivo, iniciando tratamento empírico para neurotoxoplasmose associada a dexametasona 16mg/d.

Após 10 dias, paciente apresenta quadro de tosse seca, acompanhada de broncoespasmo e queda de saturação, sendo admitido na UTI. Achados positivos ao exame físico, estertores subcrepitantes em todos os campos pulmonares e presença de lesões cutâneas (imagem apresentada). Paciente foi submetida à intubação orotraqueal por hipoxemia e, no momento da intubação, verificou-se presença de secreção sanguinolenta.

Hemograma: Hb 10,8; Ht 31; Plaquetas 120.000; Leuco 8250 (7520 Nt, 0 Eo, 540 linf, 200 mon).

Sem outras alterações laboratoriais.



Qual a principal hipótese diagnóstica e o tratamento específico?

- (A) Histoplasmose disseminada e anfotericina B.
- (B) Estrongiloidíase disseminada e ivermectina.
- (C) Histoplasmose disseminada e itraconazol.
- (D) Sífilis secundária e penicilina cristalina.

---

## 14

Paciente 73 anos, sexo masculino, com antecedente de adenocarcinoma de próstata e infecções urinárias de repetição, tendo realizado tratamentos com diversos esquemas antimicrobianos. Internou com quadro de disúria, polaciúria e febre há 4 dias, hoje com dor lombar direita. O paciente vem com urocultura coletada há dois dias com o seguinte resultado:

Urocultura de jato médio

Klebsiella pneumoniae 100.000UFC	Imipenem – Resistente
Amicacina – Resistente	Meropenem – Resistente
Ampicilina - Resistente	Ertapenem – Resistente
Cefoxitina - Resistente	Piperacilina Tazobactam – Resistente
Ceftriaxone – Resistente	Sulfametoxazol-trimetropirim – Resistente
Cefepime – Resistente	Polimixina – Resistente
Ciprofloxacino – Resistente	Teste de Hodge negativo
Gentamicina – Resistente	
Teste de EDTA positivo	

Após receber o resultado do antibiograma, você entra em contato com laboratório de microbiologia e pede para testar mais um antibiótico que pode ser sensível, mas ainda não foi testado. Qual antibiótico você deve pedir para ser testado, considerando quadro clínico e perfil de resistência descrito no exame trazido pelo paciente?

- (A) Aztreonam
- (B) Ceftazidima+Avibactam
- (C) Fosfomicina
- (D) Ceftarolina

---

## 15

A Leishmaniose Tegumentar é considerada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma das seis mais importantes doenças infecciosas negligenciadas, devido ao alto coeficiente de detecção e capacidade de produzir deformidades.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, as drogas de primeira e segunda escolha para tratamento da forma mucosa da Leishmaniose Tegumentar são, respectivamente:

- (A) Itraconazol e Anfotericina lipossomal.
- (B) Pentamidina e Anfotericina desoxicolato.
- (C) Antimoniato de N-metil glucamina e anfotericina lipossomal.
- (D) Paramomicina e Estilbogluconato de sódio.

## 16

Paciente feminina, 64 anos, em tratamento de artrite reumatóide em programação de uso de adalimumabe. Realizou screening para infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*, com IGRA reagente, PPD não reator e radiografia de tórax sem alterações. Nega epidemiologia para tuberculose.

A melhor conduta neste caso é:

- (A) Introduzir Rifampicina 600 mg por 04 meses.
  - (B) Tratamento de Infecção latente com Isoniazida 300 mg por 09 meses.
  - (C) Repetir IGRA e CT de tórax em 06 meses para decidir sobre tratamento de infecção latente.
  - (D) Rifapentina 900 mg+Isoniazida 900 mg semanalmente por 24 semanas.
- 

## 17

Com relação à imunização com vacina de Herpes Zoster, podemos afirmar:

- A) A vacina recombinante apresenta eficácia semelhante em indivíduos com antecedente de infecção prévia por Herpes Zoster.
  - B) Não se deve administrar a vacina recombinante em indivíduos imunodeprimidos com idade inferior a 50 anos.
  - C) A vacina de vírus atenuado está contemplada no calendário nacional oficial de indivíduos com mais de 50 anos de idade.
  - D) A vacina inativada pode ser administrada em indivíduos que apresentaram episódio de Herpes Zoster após intervalo de 06 meses.
- 

## 18

Com relação ao tratamento de tuberculose droga-resistente, podemos afirmar:

- A) O Ministério da Saúde nacional preconiza o uso de Amicacina por 06 meses como parte do esquema terapêutico.
  - B) A Linezolida deve ser utilizada na dose de 600 mg/dia, com especial atenção à neurite óptica.
  - C) A bedaquilina e a delamanide foram incorporadas, pelo Ministério da Saúde e estão disponíveis para o tratamento de tuberculose multi-droga resistente.
  - D) A bedaquilina deve ser usada de forma mais intensiva nos primeiros 2 meses de tratamento, passando a ser usada 3 vezes por semana até completar 12 meses de tratamento.
- 

## 19

Em relação à terapia dupla para tratamento de pacientes vivendo com HIV/AIDS é correto afirmar:

- A) A combinação de Darunavir 800mg/ritonavir 100 mg + Dolutegravir 50 mg pode ser utilizada como esquema inicial alternativo para pacientes com intolerância gastrointestinal.
- B) A combinação de Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg pode ser utilizada a partir do 3º mês do início de tratamento com Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir desde que tenha havido pelo menos um exame de carga viral com resultado indetectável.
- C) Pacientes com insuficiência renal e *clearance* <30 mL/min podem iniciar tratamento com Darunavir 600 mg 12/12 horas + ritonavir 100mg de 12/12 horas + Dolutegravir 50 mg/dia com genotipagem multissensível.
- D) A combinação de Lamivudina 300 mg +Dolutegravir 50 mg pode ser utilizada mesmo em pacientes experimentados com inibidores de protease e inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo, sem falha prévia.

**20**

Em relação ao manejo da COVID-19, podemos afirmar:

- A) A uso de Tocilizumab está contraindicado nos pacientes imunodeprimidos, especialmente naqueles já em uso de corticosteroides.
- B) O uso do Remdesivir, quando indicado em pacientes imunodeprimidos, deve ser feito preferencialmente por 10 dias.
- C) A combinação Casirivimab 600mg+Imdevimab 600 mg (REGEN-COV) pode ser utilizado como profilaxia pós exposição em pacientes não-vacinados ou parcialmente vacinados, incluindo as variantes BA-4/5.
- D) A combinação Tixagevimab 300mg+ Cilgavimab 300 mg (EVUSHELD) pode ser utilizada como profilaxia primária em pacientes de alto risco por 06 meses.

RASCUNHO

