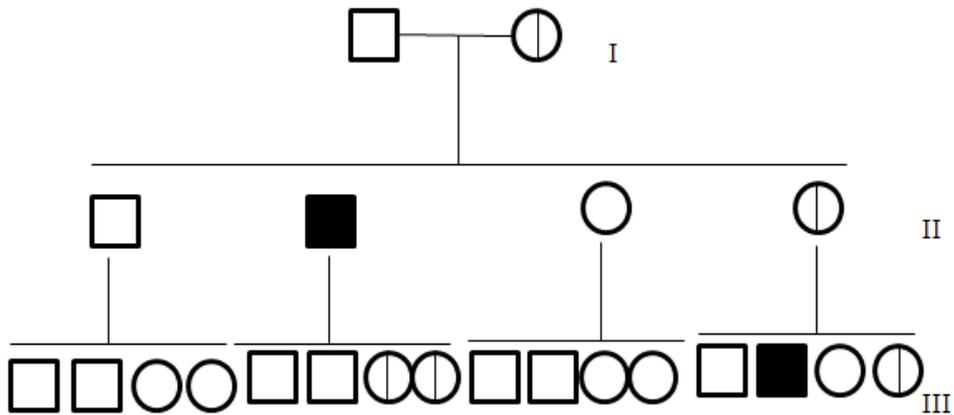


1. Homem, 76 anos, hipertenso, fibrilação atrial e hipertrofia ventricular esquerda. Ecocardiograma transtorácico: septo = 15mm e parede posterior = 15mm). Não há relato de doença coronariana. Em caso de reversão para ritmo sinusal, o fármaco melhor indicado para manutenção do ritmo, neste caso, é:
  - a) sotalol
  - b) propafenona
  - c) amiodarona
  - d) bisoprolol
  
2. Homem, 55 anos, hipertenso, diabético com angina estável é submetido à colectomia aberta sob anestesia geral. No intraoperatório desenvolve infradesnívelamento do segmento ST em derivação V4 e V5, com pressão arterial (PA) = 150 X 80mmHg e frequência cardíaca (FC) = 110bpm, em ritmo sinusal. A conduta terapêutica mais adequada para o paciente, nesse momento, é:
  - a) heparina
  - b) esmolol
  - c) aspirina
  - d) sinvastatina
  
3. A fenilefrina é um simpaticomimético de ação:
  - a) mista indireta em receptores alfa
  - b) mista indireta em receptores alfa e beta
  - c) direta em receptores beta
  - d) direta em receptores alfa
  
4. A condição associada à hiponatremia e supressão de níveis séricos de hormônio antidiurético é:
  - a) diabetes insipidus
  - b) polidipsia psicogênica
  - c) cirrose hepática
  - d) insuficiência cardíaca
  
5. Homem, 42 anos, em uso de alopurinol há quatro semanas, apresenta erupção eritemato-purpúrica generalizada associada a febre, edema de face e linfadenomegalia em cadeia cervical. Exames laboratoriais: leucocitose; elevação de transaminases e aumento de escórias nitrogenadas. Pode-se afirmar que este paciente apresenta síndrome de:
  - a) Sweet
  - b) Stevens-Johnson
  - c) pustulose exantemática aguda generalizada
  - d) hipersensibilidade induzida por droga
  
6. A demência que cursa com mioclonias é a:
  - a) demência com corpos de Lewy
  - b) demência vascular
  - c) doença de Huntington
  - d) doença de Creutzfeldt- Jacob
  
7. Homem, 65 anos, diabético e hipertenso em uso de enalapril 20mg/dia e metformina 2g/dia, há cinco meses com cansaço aos médios esforços e edema de membros inferiores (MMII) de evolução progressiva. Exame físico: PA = 138 X 74mmHg; FC = 100bpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos, turgência jugular bilateral e murmúrio vesicular (MV) diminuído em base direita. Presença de refluxo hepatojugular e edema de MMII +++/4+ até os joelhos. Foi acrescentado ao tratamento usual, furosemida 40mg, VO de 12/12h. Quinze dias após o início do diurético, apresenta melhora dos sintomas, mas persiste com refluxo hepatojugular e edema +/4+ em MMII. A conduta indicada, neste momento, é:
  - a) aumentar a dose da furosemida
  - b) acrescentar beta-bloqueador
  - c) associar hidroclorotiazida
  - d) trocar a furosemida por losartana

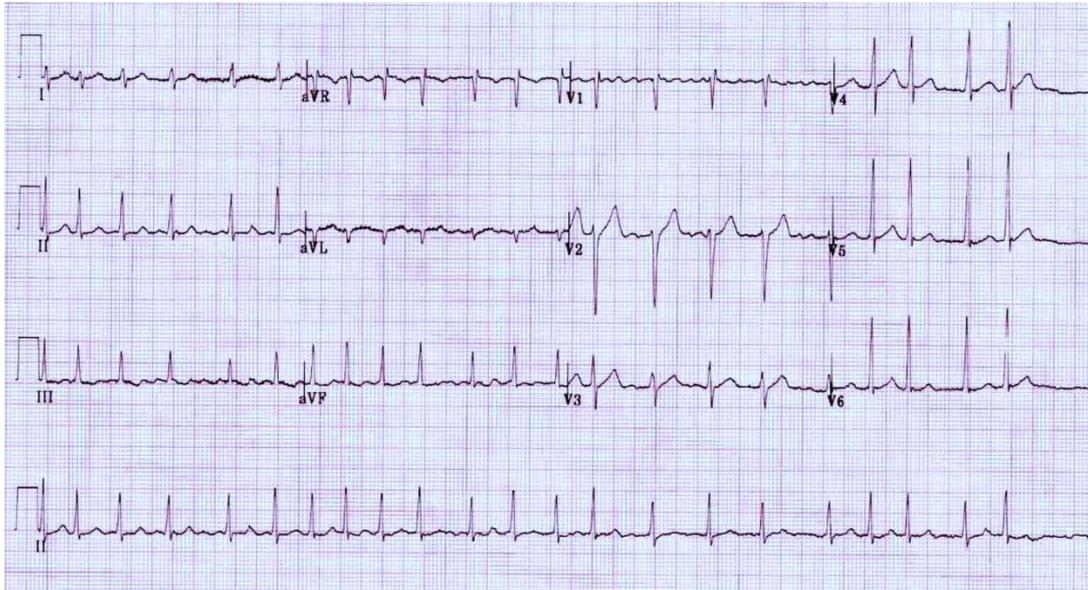
8. O heredograma a seguir representa na primeira linha (I) o casamento de um homem (representado por um quadrado) e uma mulher (representada por um círculo). As “figuras vazias” representam indivíduos saudáveis e as totalmente preenchidas as pessoas afetadas por doença. As figuras partidas com uma linha vertical representam um indivíduo carreador assintomático. Na terceira linha (III) prováveis combinações após casamentos com parceiros saudáveis estão representadas. A doença hematológica que pode ser representada por este heredograma é a:



- a) anemia falciforme
- b) talassemia  $\beta$
- c) hemofilia A
- d) policitemia vera

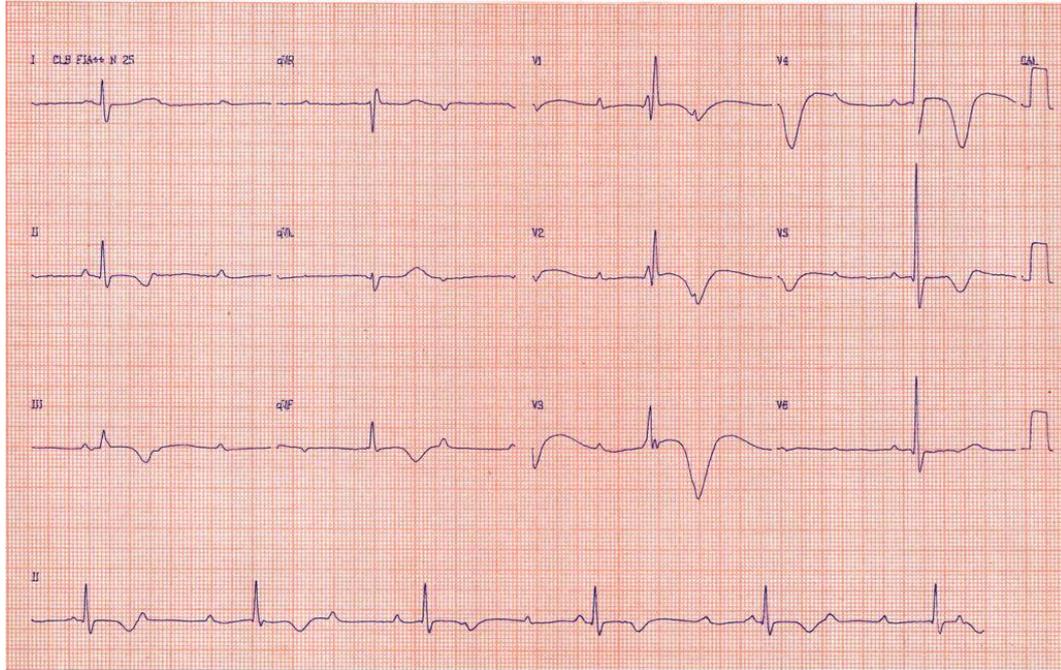
9. Homem, 68 anos, é submetido à coronariografia para avaliação de dor precordial aos pequenos esforços. Relata hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus. Dez dias após o exame surgem lesões purpúricas e livedo reticular em membros inferiores. Três dias após novas lesões de igual aspecto aparecem, além de aguda, dor abdominal e hematoquezia. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente é:
- glomerulonefrite rapidamente progressiva
  - crioglobulinemia mista essencial
  - ateroembolia
  - poliangiite microscópica
10. Mulher, 69 anos, queixa-se de indisposição, dispneia aos grandes esforços, perda de equilíbrio, fraqueza e dormência nas pernas e nos pés. Exame físico: afebril, discretamente ictérica, hipocorada ++/4+, RCR 2T, ausculta pulmonar normal, abdome indolor, sem vísceras palpáveis. Exame neurológico: marcha atáxica, hipoestesia simétrica e paresia distal de MMII com arreflexia profunda. Exames laboratoriais: hematócrito = 28%, hemoglobina = 9,6g%, VGM = 112; plaquetas = 98.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos = 4.000/mm<sup>3</sup>; bilirrubina total = 3,2mg/L, bilirrubina indireta = 2,6mg/L. A hipótese diagnóstica mais provável para esta paciente é:
- leucemia linfofocítica crônica
  - deficiência de vitamina B12
  - mielofibrose
  - síndrome *POEMS*
11. Homem, 78 anos, hipertenso e com osteoartrose, apresenta dificuldade crescente de lembrar telefones, dados bancários e o nome dos netos. Está mais apático e já se perdeu na vizinhança de sua própria casa. Exame físico: PA = 136 X 82mmHg; FC = 78bpm; conversa com relativa coerência, mas não sabe informar a data com precisão e erra o nome do filho que o acompanha. Apresenta reflexo de sucção e palmo-mentoniano bilateral e não tem sinais focais. *Mini-Mental*: 20. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a alteração que pode ser observada na ressonância magnética (RM) de crânio é:
- atrofia cortical e de hipocampo
  - aumento bilateral da intensidade do sinal em substância branca periventricular
  - atrofia fronto temporal
  - múltiplos infartos
12. Mulher, 75 anos, branca, refere febre, fadiga, anorexia, emagrecimento, sudorese noturna há 15 dias. Exames laboratoriais: anemia de doença crônica e velocidade de hemossedimentação (VHS) aumentada. Evolui com dores na musculatura das cinturas escapular e pélvica, de forte intensidade, acompanhada de rigidez matinal sem redução da força muscular. Considerando o provável diagnóstico, a melhor opção para iniciar o tratamento é:
- anti-inflamatórios não hormonais
  - metilprednisolona 1000mg por três dias
  - prednisona 1mg/kilo por dia
  - prednisona 10 a 20mg por dia
13. Homem, 45 anos, com dor precordial por suposta síndrome coronariana aguda. As enzimas cardíacas estão normais e desconfia-se de pericardite. Momento antes da internação fica hipotenso e com dilatação das veias do pescoço. Exame físico: Ausculta pulmonar normal; extremidades frias; pulso braquial só é palpável durante a expiração. O diagnóstico mais provável é:
- dissecção de aorta torácica
  - tamponamento cardíaco
  - oclusão da coronária descendente anterior
  - ruptura da cordoalha mitral

14. Mulher, 78 anos, com diabetes mellitus e insuficiência cardíaca. Fração de ejeção preservada, adequadamente tratada em classe funcional II. É admitida na emergência com história de dispnéia súbita e dor torácica em repouso, iniciadas há 6 horas. Considerando o seu eletrocardiograma (ECG) pode-se afirmar que:



- a) a paciente deve ser internada em unidade fechada para administração de amiodarona venosa, com dose de ataque e manutenção
- b) a paciente tem instabilidade clínica e portanto tem indicação de cardioversão elétrica sincronizada, imediata, como tratamento
- c) deve ser realizada manobra vagal para avaliar mais adequadamente a atividade elétrica atrial antes de qualquer intervenção
- d) deve ser realizado ecocardiograma transesofágico de urgência antes de qualquer tentativa de reversão elétrica ou química, para excluir a presença de trombos no átrio esquerdo

15. Homem, 54 anos, com apendicite aguda há 24 horas. Queixa-se de tontei­ras e sensação vaga de mal estar. O eletrocardiograma realizado neste momento é sugestivo de:



- a) Ritmo juncional  
b) Flutter atrial  
c) BAV 2º grau  
d) BAV total
16. Mulher, 55 anos, com diagnóstico de depressão em uso de fluoxetina 60mg/dia. Por achar que está acima do peso, uma amiga sugere a associação de sibutramina 15mg/dia. Após alguns dias de uso concomitante das duas medicações, começa a apresentar dores abdominais, agitação, febre e aumento da pressão arterial. O diagnóstico mais provável para esta paciente é:
- a) síndrome neuroléptica maligna  
b) síndrome serotoninérgica  
c) colecistite aguda  
d) apendicite ulcerada
17. Homem, 33 anos, história prévia de etilismo, apresenta hemorragia digestiva alta. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostra varizes esofagianas de pequeno calibre e grande quantidade de sangue no estômago, refluindo pelo piloro. O diagnóstico mais provável é:
- a) gastrite de estresse  
b) úlcera gástrica  
c) gastropatia hipertensiva  
d) úlcera duodenal

18. Homem, 65 anos, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia, em uso de enalapril e atorvastatina é internado com quadro de abdome agudo, hipotensão arterial e anemia. Laparotomia exploradora: úlcera duodenal perfurada com peritonite e hemoperitônio. São feitas vagotomia e anastomose tipo *Billroth* I. Evolui favoravelmente, progredindo alimentação oral e andando com facilidade. Na segunda semana de internação, 3 horas após o almoço, subitamente apresenta tonteados, confusão mental, palpitações e sudorese profusa. PA = 120 X 70mmHg; FC = 110bpm SatO<sub>2</sub> = 95% em ar ambiente. O diagnóstico provável é:
- hemorragia digestiva aguda
  - embolia pulmonar
  - infarto do miocárdio em parede inferior
  - síndrome de *dumping*
19. Homem, 51 anos, alcoólatra apresenta hematêmese. Exame físico: alcoolizado, sangramento gengival significativo e fadiga. Observa-se erupção hemorrágica em volta dos folículos pilosos, difusamente, em ambas as pernas. Endoscopia digestiva alta: sem sinais de sangramento. Exames laboratoriais: plaquetas = 250.000/mm<sup>3</sup>; INR = 0,9. A conduta mais adequada é administrar:
- vitamina K
  - niacina
  - vitamina C
  - folato
20. Médico, 30 anos, saudável deseja viajar para realizar mutirão de atendimento humanitário na Nigéria. Para a profilaxia da diarreia do viajante este médico deverá utilizar:
- hidróxido de magnésio
  - subsalicilato de bismuto
  - isopropil-nitrito de amila
  - ácido urso desoxicólico
21. Homem, 65 anos, com dor abdominal inespecífica, há três meses e diarreia aquosa com restos alimentares. Há dois meses começou artropatia migratória de médias e grandes articulações, adinamia e febre ao final do dia. Emagrecimento de 5 kg no período. Exames laboratoriais: hematócrito = 35%; hemoglobina = 11,0g%; TGO = 45U/L, TGP = 55U/L; albumina = 3,5g%. VHS e PCR levemente aumentados. O exame complementar que pode auxiliar no provável diagnóstico, para este paciente, é:
- enteroressonância magnética
  - colonoscopia com biópsias seriadas do colon
  - endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais
  - dosagem de p-ANCA e ASCA
22. Mulher, 46 anos, com esclerodermia na forma cutânea limitada, apresenta disfagia para sólidos e líquidos progressiva nos últimos três meses. EDA: redução concêntrica da luz do esôfago distal, cerca de 5cm de diâmetro. Tendo em vista as alterações induzidas pela esclerodermia, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- estenose péptica
  - carcinoma escamoso
  - anel de *Schatzki*
  - esofagite eosinofílica
23. Jovem, 23 anos, é admitido na emergência devido à impactação alimentar com pedaço de carne. Apresenta hipersalivação e ao tentar deglutir água, apresenta regurgitação de todo o conteúdo. A medicação que pode ser administrada enquanto aguarda a EDA é:
- escopolamina
  - glucagon
  - nitroglicerina
  - neostigmina

24. Homem, 65 anos, diarreia crônica e esteatorreia é submetido à EDA com biópsias do bulbo e segunda porção duodenais. Exame histopatológico: atrofia vilositária e linfocitose intraepitelial acentuada. Estudo imuno-histoquímico: ausência de plasmócitos na lâmina própria. Não houve resposta significativa à dieta isenta de glúten, e os anticorpos anti-endomísio e anti-transglutaminase tecidual IgA e IgG são negativos. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- abetalipoproteinemia
  - agammaglobulinemia
  - linfoma t associado à enteropatia
  - linfangectasia intestinal
25. Homem, 74 anos, com colangiocarcinoma proximal, é submetido à drenagem da via biliar por via endoscópica. Evolui com ascite nos dias subsequentes. A paracentese revela líquido acastanhado com albumina = 1,8g/dL (sérica = 2,5g/dL), células = 330/mm<sup>3</sup> com 70% de polimorfonucleares, proteínas totais = 3,2g/dL (sérica de 5,5g/dL); bilirrubina total = 7,8mg/dL (sérica = 6,2mg/dL); triglicérides = 50 mg/dL (sérica de 150mg/dL); glicose = 50 mg/dL, LDH = 80 UI/dL. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- ascite quilosa
  - coleperitônio
  - carcinomatose peritoneal
  - pseudomixoma peritoneal
26. É considerada manifestação precoce na doença de Parkinson:
- diplopia
  - demência
  - sintomas motores assimétricos
  - ataxia cerebelar
27. A gastrite crônica atrófica está associada ao tumor neuroendócrino (TNE) do tipo:
- I
  - carcinoide gástrico II
  - esporádico II
  - carcinoide gástrico associado à síndrome de Zollinger Ellison
28. Homem, 30 anos, queixa-se, há seis meses, de cólicas abdominais infra umbilicais que aliviam com a evacuação, geralmente diarreica. Não perdeu peso e os sintomas se acentuam durante o dia, melhorando à noite. O diagnóstico mais provável é:
- síndrome de intestino irritável
  - tumor de colon-sigmóide
  - deficiência de lactose
  - doença diverticular do colon descendente
29. Mulher, 55 anos, HAS, diabetes mellitus e osteopenia, apresenta de disfagia e odinofagia há 72 horas. EDA: pequenas úlceras em sacabocado no terço médio e distal. Histopatologia: núcleos em vídeo fosco, corpúsculos de inclusão eosinofílica do tipo A de Cowdry e células gigantes. O diagnóstico mais provável para esta paciente é esofagite:
- herpética
  - medicamentosa
  - eosinofílica
  - citomegalovírus
30. Em relação à deficiência de ferro, pode-se afirmar que:
- nos homens e nas mulheres após a menopausa, a deficiência de ferro geralmente está relacionada à perda gastrointestinal
  - atualmente é considerada uma causa rara de anemia
  - na gravidez há mínima necessidade de ferro pois os ciclos menstruais estão interrompidos
  - o tratamento moderno da deficiência de ferro deve ser feito por via parenteral uma vez que a reposição por via oral não é mais utilizada

31. **Empresário, 50 anos, tem o hábito de beber de quatro a seis doses de uísque diariamente ao chegar em casa, interrompido ao viajar com a família. No terceiro dia de viagem, apresenta ansiedade, tremor nos membros superiores, taquicardia e insônia. O medicamento mais adequado para o tratamento destes sintomas é:**
- diazepam
  - clorpromazina
  - paroxetina
  - clozapina
32. **Homem, 42 anos, assintomático, tem história familiar de pai com adenocarcinoma de colon ascendente aos 62 anos. Mãe com história de dois pólipos hiperplásicos aos 58 anos. Em relação ao rastreio do câncer de colon nesse paciente, a melhor conduta é:**
- colonoscopia aos 45 anos
  - retossigmoidoscopia e pesquisa de sangue oculto aos 55 anos.
  - pesquisa de sangue oculto seguida de colonoscopia aos 50 anos
  - pesquisa de sangue oculto e retossigmoidoscopia aos 40 anos
33. **Nos procedimentos endoscópicos, deve-se realizar a profilaxia antibiótica em:**
- ultra som endoscópico com punção em lesão sólida do pâncreas
  - gastrostomia
  - colangiopancreatografia endoscópica retrograda (cpre) em coledocolitíase
  - colonoscopia com polipectomia em paciente cardiopata
34. **Para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica deve-se:**
- extubar o mais precoce possível
  - manter o paciente em horizontal
  - manter antibióticos até a extubação
  - trocar diariamente do filtro de ar
35. **Mulher, 45 anos, com prótese mitral metálica há cinco anos, devido à sequela de febre reumática, será submetida à extração dentária. Relata alergia à penicilina. Para a profilaxia da endocardite infecciosa, o antibiótico, a dose, a via de administração e o momento mais adequado neste caso, são:**
- ciprofloxacina, 400mg, VO duas horas do procedimento
  - ceftriaxone, 250mg, IM uma hora antes do procedimento
  - clindamicina, 600mg, VO uma hora antes do procedimento
  - amoxicilina, 2g, VO uma hora antes do procedimento
36. **Mulher, 84 anos, diabética com insuficiência renal crônica apresenta há 4 dias confusão mental e cefaléia. Nega fotofobia, mas tem discreta rigidez de nuca. Tomografia computadorizada (TC) de crânio: abscesso focal, 1cm, no lobo temporal direito. Líquor = 800 leucócitos/ $\mu$ L (75% de neutrófilos) e glicose normal. Bacteriologia: bastonetes gram +. O antibiótico melhor indicado para esta paciente é:**
- cefazolina
  - azitromicina
  - ampicilina
  - moxifloxacino
37. **Mulher, 38 anos, guia turística com múltiplas viagens à Tailândia. Nega ser adicta, uso de álcool e transfusões. Refere episódio passageiro de icterícia, há oito anos, não investigado. O exame físico é normal. Exames laboratoriais: AST= 346 UI/L, ALT = 412 UI/L, fosfatase alcalina e bilirrubina normais. Sorologia viral: IgG anti HAV  $\blackleftarrow$  +; HBsAg  $\blackleftarrow$  +; HBeAg  $\blackleftarrow$  +; anti HB C  $\blackleftarrow$  -; IgG  $\blackleftarrow$  +; anti HCV  $\blackleftarrow$  -; HBV  $\blackleftarrow$  -; DNA  $4.8 \times 10^4$  UI/mL. A terapêutica melhor indicada para esta paciente é:**
- aciclovir
  - ritonavir
  - sineprevis
  - entecavir

38. Homem, 34 anos, transplantado renal há três meses, queixa-se de febre, poliartralgia, mialgia, tosse seca e dispneia há uma semana. Exames complementares: hematócrito = 33%, hemoglobina = 10.1g/dL; leucócitos = 4.000/mm<sup>3</sup>, com presença de linfócitos atípicos; plaquetas = 100.000/mm<sup>3</sup>. Radiografia de tórax: infiltrado intersticial em bases de ambos os pulmões. O agente etiológico mais provável para a sintomatologia desse paciente é:
- aspergillus*
  - pneumocystis jirovecii*
  - cytomegalovírus*
  - mycobacterium tuberculosis*
39. A tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT), no contexto de investigação diagnóstica da febre de origem indeterminada, apresenta vantagens em relação à cintilografia convencional. Entre elas:
- alta especificidade na marcação da medula óssea e da bexiga
  - acurácia para diferenciar processos infecciosos de neoplásicos
  - melhor resolução da anatomia dos focos infecciosos crônicos
  - independência do metabolismo da glicose para gerar resultados
40. Mulher, 26 anos, caminha descalça na praia quando pisa em objeto metálico que causou ferimento corto-contuso, raso, no pé esquerdo. Procura emergência e afirma ter tomado três doses da vacina dT durante a gestação, há 2 anos. Além da limpeza da ferida, o número de doses de reforço da vacina dT que deve ser aconselhada a tomar é:
- três
  - duas
  - uma
  - nenhuma
41. Mulher, 35 anos, tabagista 10 maços-ano, apresenta febre e dor na garganta, tendo recebido a prescrição de penicilina benzatina. Retorna dois dias após com piora e surgimento de otalgia à esquerda. Exame físico: orofaringe hiperemiada com lesão pultácea e exudato acinzentado em tonsila esquerda, deslocamento da úvula para a direita, adenomegalia dolorosa e endurecida do mesmo lado, temperatura axilar = 38,5°C. TC do pescoço: presença de coleção peritonsilar e importante edema de estruturas cervicais à esquerda, sem sinais de envolvimento de estruturas vasculares ou de vias aéreas. A conduta mais adequada, para esta paciente, é:
- drenagem cirúrgica e início de clindamicina intravenosa
  - compressa quente cervical e alta com amoxicilina via oral por 5 dias.
  - prescrição de gargarejo com antissépticos e alta com sintomáticos.
  - prescrição de tenoxicam via oral e reavaliação ambulatorial em 2 dias
42. Médica recém-formada, 25 anos, iniciará programa de Residência Médica em março de 2019. Em sua caderneta vacinal constam duas doses da vacina tríplice viral: aos nove meses e aos 17 anos de idade. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, para ser considerada protegida, ela deverá completar seu esquema vacinal contra o sarampo com pelo menos:
- duas doses da vacina tríplice viral no esquema 0-1 mês
  - uma dose da vacina tetra viral em qualquer momento
  - uma dose da vacina tríplice viral em qualquer momento
  - duas doses da vacina tetra viral no esquema 0-1 mês

43. Homem, 51 anos, carcinoma de esôfago em tratamento com cisplatina e 5-fluorouracil. Três semanas após, apresenta febre, dispneia e fraqueza. Exame físico: Temperatura axilar = 39,5°C; PA = 120 x 70mmHg; FR = 32irpm; FC = 120bpm. Restante do exame físico normal, exceto pela presença de murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitórax direito com crepitações difusas sobrejacentes. Iniciado piperacilina-tazobactam intravenoso, sem melhora da febre após 48 horas. Hemoculturas negativas. TC de tórax: nódulo em lobo superior direito, com sinal do halo e área de pavimentação em mosaico circunjacente. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, o tratamento de escolha deverá ser iniciado com:
- voriconazol
  - itraconazol
  - cetoconazol
  - clotrimazol
44. Em indivíduos esplenectomizados, o risco de morte por sepse pneumocócica pode ser reduzido através da:
- infusão semanal de imunoglobulina padrão
  - profilaxia com penicilina benzatina mensal
  - nebulização semanal com vancomicina
  - administração de vacinas pneumocócicas
45. A conduta com maior efetividade para reduzir a incidência da cefaleia pós-punção lombar é:
- repouso no leito por 8 horas após o procedimento
  - uso de agulhas de punção com desenho atraumático
  - hidratação venosa vigorosa antes do procedimento
  - retirada da agulha sem reinserção anterior do guia
46. Homem, 35 anos, procura a emergência após ter recebido mordedura dilacerante de sua esposa em antebraço direito. Afirma ter sido vacinado corretamente na infância e ter tomado vacina dT há 2 anos. A associação adequada a ser utilizada para a profilaxia de infecção decorrente desse trauma é:
- amoxicilina + clavulanato
  - vancomicina + oxacilina
  - cefalexina + clindamicina
  - gentamicina + aztreonam
47. Mulher, 58 anos, está internada há sete dias após realizar craniotomia para tratar hemorragia subaracnoidea. Evoluiu nas últimas 24 horas com febre alta, rebaixamento do nível de consciência e rigidez de nuca. TC de crânio: sem alterações, em comparação ao exame realizado no pós-operatório imediato. Exame do líquido: aspecto turvo, hipoglicorraquia, hiperproteínoorraquia e presença de bacilos Gram -. O laboratório informa que a identificação dessa bactéria e seu perfil de sensibilidade estarão disponíveis em 48 horas. Enquanto aguarda o resultado definitivo, a terapia empírica para esta paciente deverá ser iniciada com:
- vancomicina
  - levofloxacina
  - cefuroxima
  - meropenem
48. O transplante de microbiota fecal é uma medida aprovada para o tratamento de:
- diverticulite complicada não perfurada
  - pancreatite aguda necro-hemorrágica
  - colite pseudomembranosa recorrente
  - tiflíte pós quimioterapia para leucemia

49. Jovem, 19 anos, assintomático, realiza, em Centro de Testagem, testes rápidos para HIV e para sífilis, com resultados não reagente e reagente, respectivamente. Exame físico: normal. É referenciado para unidade básica de saúde (UBS). A conduta mais adequada, nesse momento, é realizar:

- a) penicilina benzatina 72.000.000 U, divididas em 3 doses/semana
- b) FTA-ABS ou TPPA e tratar sífilis caso o resultado seja reagente.
- c) teste VDRL ou RPR e tratar sífilis caso o resultado seja reagente
- d) punção lombar e tratar sífilis se a sorologia for reagente no líquido

50. Recentemente o Programa Nacional de HIV/aids realizou uma mudança na recomendação do esquema antirretroviral preferencial para início de terapia de indivíduos que vivem com o HIV no país. Para a maioria das pessoas, está recomendado um esquema que inclui o inibidor de integrase **Dolutegravir**. Seus efeitos adversos mais comuns são:

- a) nefro e ototoxicidade
- b) psicose e diarreia
- c) anafilaxia e febre
- d) cefaleia e insônia