

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025

Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA (ATALIMPET01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

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

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

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



NÃO SERÁ PERMITIDO

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



INFORMAÇÕES GERAIS

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

Boa sorte!

Alergia e Imunologia

1

Uma mulher, após conviver durante 20 anos com um homem HIV positivo, e com o qual mantinha relações sexuais regulares sem o uso de preservativos, sempre se mostrou soronegativa, apesar da exposição permanente ao vírus.

Das moléculas abaixo, assinale aquela cuja mutação pode explicar a resistência da mulher à infecção pelo HIV:

- (A) CCR2;
- (B) CCR4;
- (C) CCR5;
- (D) CXCR1;
- (E) CXCR19.

2

Um menino de 14 anos, morador do Rio de Janeiro, foi levado pelos pais à consulta com oftalmologista com a queixa de coceira, ardência, lacrimejamento e vermelhidão em ambos os olhos. Na anamnese, os pais informaram que, além dos sintomas oculares, o adolescente também apresentava história de crises diárias de espirros, prurido nasal, pele seca e pruriginosa. O exame oftalmológico evidenciou, em ambos os olhos, a presença de hiperemia conjuntival, edema palpebral e secreção não purulenta.

Um exame sorológico, realizado no paciente meses antes da consulta, revelou a presença de níveis elevados de IgE total, com IgE específicas também aumentadas para antígenos de ácaros, fungos do ar e epitélio de gato.

Com relação ao caso apresentado acima, além das medidas gerais, como o controle do ambiente e compressas d'água gelada nos olhos, a melhor forma de iniciar o tratamento desse paciente é com a prescrição de:

- (A) colírio de cetotifeno;
- (B) colírio de dexametasona;
- (C) corticosteroide oral e colírio de cetotifeno;
- (D) anti-histamínico oral e colírio de dexametasona;
- (E) anti-histamínico oral, corticosteroide oral e colírio de cetotifeno.

3

Uma mulher de 45 anos procurou atendimento médico relatando que, há mais ou menos 3 semanas, passou a apresentar, de forma irregular, placas e pápulas eritematosas evanescentes disseminadas por todo o corpo. Na anamnese, a paciente informou que as lesões eram muito pruriginosas e que surgiam principalmente no final do dia, desaparecendo ora espontaneamente, ora com o uso de anti-histamínicos ou corticosteroide oral. Informou, ainda, que, nos últimos dias, por recomendação médica, não fez uso de qualquer tipo de medicamento além dos antialérgicos recomendados e que iniciou dieta de exclusão alimentar rigorosa, sem, contudo, obter qualquer melhora significativa. Em sua história, não havia relato de asma, rinosinusite, doenças infecciosas relevantes ou outras manifestações ligadas à atopia.

Os exames solicitados foram: hemograma completo, bioquímica do sangue, provas reumatológicas, fezes, urina (EAS e urinocultura) e provas de função tiroídiana, todos com resultados normais.

Com base nesse relato, a hipótese diagnóstica mais provável e o melhor tratamento para essa etapa inicial da doença são, respectivamente:

- (A) urticária aguda / anti-histamínicos;
- (B) urticária crônica espontânea / anti-histamínicos;
- (C) urticária crônica espontânea / corticosteroide sistêmico;
- (D) urticária aguda / corticosteroide sistêmico e tópico;
- (E) urticária aguda / associação de anti-histamínico oral e corticosteroide.

4

Um adolescente de 17 anos, cujos exames são mostrados abaixo, foi levado a um serviço de alergia apresentando pele universalmente seca, liquenificada e muito escoriada, sobretudo nas pregas anticubitais, poplíteas e regiões glúteas, onde era possível observar focos de contaminação secundária. Os pais informaram que o menor já havia feito diversos tratamentos desde muito jovem, inclusive com corticosteroides tópicos e sistêmicos, anti-histamínicos e drogas imunossupressoras, como ciclosporina A, methotrexate e azatioprina, sem, contudo, obter uma melhora significativa. Perguntados, os familiares relataram que, no momento da consulta, o rapaz estava fazendo uso apenas de anti-histamínico (fexofenadina) e cremes hidratantes, visto que, dois meses antes da consulta, precisou ser internado em uma UTI para o tratamento de pneumonia bacteriana complicada com derrame pleural.

Assim, diante dos exames mostrados abaixo, da gravidade do quadro dermatológico e da impossibilidade de se continuar com tratamentos baseados em medicamentos imunossupressores convencionais, a droga indicada dentre aquelas relacionadas para iniciar um novo esquema terapêutico é:

- Leucócitos: 13.000 células/mm³
 - Basófilo: 0%
 - Eosinófilo: 10%
 - mielócitos e metamielócitos: 0%
 - bastões: 4%
 - neutrófilos: 50%
 - linfócitos: 28%
 - monócitos: 8%.
 - IgE total: 1.250 KU/mL
 - IgE específica para *Dermatophagoides farinae* e *pteronissinus*: maior que 100 KU/L (< 0.1 KU/L)
 - *Blomia tropicalis*: 65 KU/L (< 0,1 KU/L)
 - caspa de gato: 4,5 KU/L (< 0,1 KU/L)
 - camarão: 8 KU/L (< 0,1 KU/L)
 - clara de ovo: 13 KU/L (< 0,1 KU/L)
 - gema de ovo: 6 KU/L (< 0,1 KU/L)
 - caseína: 8 KU/L (< 0,1KU/L)
 - alfa-lactoalbumina: 15 KU/L (< 0,1 KU/L)
 - beta-lactoglobulina: 6 KU/L (< 0,1 KU/L)
- (A) infliximabe;
 (B) natalizumabe;
 (C) rituximabe;
 (D) dupilumabe;
 (E) secuquinumabe

5

Um lactente com 2 meses e meio de vida, em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento, foi levado por seus pais a um serviço de emergência pediátrica com o relato de que, há aproximadamente 15 dias, a criança passou a apresentar quadro de cólicas, vômitos e irritabilidade logo após as mamadas. A mãe informou que na última semana, logo após alimentar o bebê, houve o aparecimento de hiperemia perioral, que desaparecia em alguns minutos após a lavar a boca da criança com água corrente. Há cerca de 12 horas, assim que começou a amamentar o bebê, surgiram placas avermelhadas em todo corpo da criança, com edema em ambos os olhos e nos lábios.

Os sinais vitais da criança, ao chegar à emergência, estavam normais, havendo apenas poucas placas eritematosas no corpo.

Questionada pelo médico, a mãe informou que, no momento, não estava fazendo uso de qualquer tipo de medicamento.

Com base nesse relato, a melhor hipótese diagnóstica e a conduta a ser adotada são, respectivamente:

- (A) urticária subaguda e angioedema / interromper o leite materno e iniciar a alimentação com leite de soja hidrolisado;
 (B) urticária aguda e angioedema / interromper o leite materno e iniciar a alimentação com fórmula à base de aminoácidos;
 (C) urticária crônica espontânea e angioedema / interromper imediatamente o aleitamento materno e iniciar a alimentação com leite à base de soja;
 (D) urticária crônica espontânea e angioedema / interromper o leite materno e iniciar a alimentação com fórmula à base de leite de cabra;
 (E) urticária aguda e angioedema / manter o leite materno e orientar a mãe a iniciar dieta de exclusão rigorosa, afastando os alimentos que frequentemente causam alergias alimentares.

6

O segundo filho de uma mulher de grupo sanguíneo A e fator Rh negativo com um homem A positivo apresentou, ao nascer, anemia, hepatoesplenomegalia, edema generalizado, insuficiência cardíaca e icterícia grave, com aumento importante de bilirrubina indireta.

Com base no relato acima, um exame prático que deve ser solicitado no sangue da criança a fim de comprovar a principal hipótese diagnóstica é o(a):

- (A) determinação, pelo método ELISA, da presença de anticorpos (IgA) maternos antideterminantes polissacarídicos do sistema Rh das hemácias da criança;
 (B) teste de Coombs indireto, para a detecção de anticorpos (IgM) maternos ligados a antígenos polissacarídicos do sistema Rh das hemácias da criança;
 (C) determinação, pelo método ELISA, de anticorpos (IgG) maternos antideterminantes polissacarídicos do sistema Rh das hemácias da criança;
 (D) determinação, pelo método ELISA, de anticorpos (IgA) maternos antideterminantes proteicos do sistema Rh das hemácias da criança;
 (E) teste de Coombs direto, para a detecção de anticorpos (IgG) maternos ligados a antígenos proteicos do sistema Rh das hemácias da criança.

7

Uma proteína cuja mutação tem sido fortemente associada a quebra da barreira protetora da pele em pacientes com dermatite atópica é a:

- (A) selectina;
- (B) filagrina;
- (C) caderina;
- (D) integrina;
- (E) defensina.

8

Uma criança de 7 anos com história de dermatite atópica grave, apresentando a pele de diversas regiões do corpo eczematizada e com secreção purulenta, foi internada em uma UTI com pneumonia grave bilateral.

Dos microrganismos abaixo relacionados, aquele que se destaca como possível agente responsável pela infecção pulmonar da criança, tendo em vista ser um contaminante frequente das piодermites dos pacientes com dermatite atópica, é o(a):

- (A) *Staphylococcus aureus*;
- (B) *Streptococcus epidermidis*;
- (C) *Streptococcus pneumoniae*;
- (D) *Enterococcus fecalis*;
- (E) *Pseudomonas aeruginosa*.

9

Das medidas profiláticas abaixo, aquela que deve ser adotada para um paciente que necessita fazer uso de um anticorpo anti-IL5, como o mepolizumab, para tratamento de rinossinusite eosinofílica, é:

- (A) vacina tetra viral;
- (B) anticoagulantes;
- (C) antileucotrienos;
- (D) anti-helmínticos;
- (E) vacina pneumocócica-23.

10

Um paciente de 38 anos, sabidamente alérgico a crustáceos, após ingerir por engano um “salgadinho” contendo esse camarão, foi levado por parentes a um serviço de emergência apresentando prurido intenso nos olhos, congestão nasal, placas e pápulas eritematosas disseminadas por todo o corpo, hipotensão arterial, dificuldade para respirar, sibilos, tiragem intercostal e perda da consciência.

Das drogas abaixo relacionadas, a que deve ser utilizada de imediato a fim reverter o quadro alérgico acima é:

- (A) dopamina IM;
- (B) adrenalina IM;
- (C) prometazina IM;
- (D) escopolamina EV;
- (E) hidrocortisona EV.

11

Das enfermidades abaixo, aquela cuja profilaxia é feita com base na imunidade cruzada com um microrganismo pertencente ao mesmo gênero do agente etiológico responsável pela doença é:

- (A) difteria;
- (B) varicela;
- (C) coqueluche;
- (D) tuberculose;
- (E) sarampo.

12

No curso natural da infecção pelo HIV, é possível observar a depleção lenta e gradual das células TCD4+, o que ocorre principalmente pela ação de:

- (A) células T CD8+;
- (B) células T reguladoras;
- (C) macrófagos;
- (D) células TH9;
- (E) células TH22.

13

A emergência da resposta imune celular em pacientes portadores de lepra multibacilar pode fazer surgir infiltrados inflamatórios nas lesões preexistentes, acompanhadas de febre, edema, dor e de novas lesões na forma de placas eritematosas ou vesicobolhosas, com o espessamento de um ou mais nervos periféricos, associado a distúrbios secundários da sensibilidade; completam um quadro conhecido como:

- (A) reação de Jarisch-Herxheimer;
- (B) eritema nodoso hansênico;
- (C) reação de Schwartzman;
- (D) reação reversa;
- (E) reação de Arthus.

14

Dos testes abaixo relacionados, aquele que se mostra útil para o diagnóstico de tuberculose latente em um paciente de 43 anos com história de tosse e cansaço após manter contato com um parente próximo com tuberculose pulmonar é o teste(de):

- (A) Montenegro;
- (B) Oidiomicina;
- (C) Mitsuda;
- (D) Kveim;
- (E) IGRA.

15

Em um paciente com glomerulonefrite pós-estreptocócica, um estudo com imunofluorescência, realizado numa biópsia renal, revelou a presença de depósitos lineares de imunoglobulinas e moléculas de C3.

Com relação ao caso descrito, dentre as enfermidades abaixo, aquela que se encaixa na mesma classificação de reação de hipersensibilidade e para qual o exame de imunofluorescência também se mostra um importante recurso diagnóstico é:

- (A) doença do soro;
- (B) eritema nodoso;
- (C) pênfigo foliáceo;
- (D) dermatite de contato;
- (E) síndrome de Stevens-Johnson.

16

O melhor diagnóstico para o caso de uma criança de 2 anos que, após receber a terceira dose da vacina meningocócica, apresenta febre, dor, edema com hiperemia no local da vacina e dificuldade na movimentação do membro é reação de:

- (A) Auer;
- (B) Arthus;
- (C) Schwatzman;
- (D) Loewenstein;
- (E) Herxheimer.

17

Das imunodeficiências abaixo, aquela que representa a melhor hipótese diagnóstica para uma criança de 4 anos, HIV negativo, com história de encefalite e outras infecções recorrentes por vírus da família herpesviridae é a:

- (A) deficiência seletiva de IgA;
- (B) deficiência seletiva de IgG2;
- (C) imunodeficiência transitória da infância;
- (D) deficiência de células Natural Killer;
- (E) síndrome de Wiskott-Aldrich.

18

Cerca de três semanas após começar a fazer uso de um novo par de sandálias de dedo, uma paciente procurou a assistência médica apresentando lesões eritemato-vesiculares, muito pruriginosas, nos pontos de contato das sandálias com a pele do dorso dos pés.



Com base nesse relato, é correto afirmar que a reação de hipersensibilidade envolvida é do tipo:

- (A) I;
- (B) II;
- (C) III;
- (D) IV;
- (E) V.

19

A figura central do quadro histopatológico das lesões cutâneas de pacientes com lepra tuberculoide é a presença de:

- (A) granulomas ricos em células T (TH2), eosinófilos e plasmócitos produtoras de anticorpos;
- (B) granulomas contendo macrófagos na forma de células epitelioides e gigantócitos ao redor dos anexos da pele, sobretudo dos filetes nervosos;
- (C) infiltrado linfoplasmocitário ao redor de vasos, com a presença de eosinófilos, basófilos e granulomas ao redor dos vasos contendo macrófagos ricos em bacilos;
- (D) infiltrados ricos em células linfoplasmocitárias e granulomas contendo macrófagos com bacilos ao redor dos filetes nervosos;
- (E) granulomas ricos em células T (TH2), basófilos e plasmócitos produtores de anticorpos.

20

Uma menina de 4 anos, branca, natural do RJ, foi levada pelos pais a um serviço de pediatria apresentando placas eritematosas, não pruriginosas, de tamanhos variados, espalhadas principalmente pelos membros inferiores. Após 24 horas, as lesões progrediram e a criança passou a apresentar febre aferida de 37,8 °C, quando então foi internada para investigação diagnóstica. Na ocasião da internação, a menor encontrava-se com estado geral regular, discretamente hipocorada (+/4), hidratada, eupneica, acianótica, anictérica, com lesões maculopapulosas eritematosas, petéquias e equimoses disseminadas pelos membros, chegando até as regiões plantares. Apresentava, também, dores, com sinais de flogose, nos punhos e tornozelos, dificultando a movimentação no leito. Os pais informaram que, cerca de dez dias antes do início dos sintomas, a menina havia apresentado um quadro de resfriado, com coriza, tosse e febre baixa, tendo melhorado espontaneamente, sem tratamento. No hospital, a criança foi medicada com analgésicos, e os exames laboratoriais revelaram leucocitose, com discreto desvio para a esquerda, aumentos da proteína C reativa e da LDH, coagulograma dentro dos limites da normalidade e EAS sem alterações. Nos três dias subsequentes à internação, a paciente piorou das dores e do quadro cutâneo, tendo sido iniciado o tratamento com corticosteroide. No sétimo dia da internação, já havia sinais nítidos da melhora clínica, com a criança voltando a deambular, ainda que com alguma dificuldade.

No décimo segundo dia, a criança recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. HPP: Saudável até a internação, com o calendário de vacinas em dia.

Informações adicionais:

Criança nascida de parto normal, 38 semanas, 2320 g, estatura 47 cm, PC 35 cm, Apgar 9 e 10. Desenvolvimento psicomotor normal.

HGPN: mãe G2P2A0, 6 consultas no pré-natal, nega o uso de medicamentos, fumo ou drogas ilícitas.

H. Familiar: pais não consanguíneos. Mãe com história de hipertensão arterial leve e diabetes gestacional também leve.

A melhor hipótese diagnóstica e o mecanismo fisiopatológico envolvidos no caso clínico acima são, respectivamente:

- (A) púrpura de Henoch-Schönlein / vasculite com a deposição de imunocomplexos de IgA na parede dos vasos;
- (B) lúpus eritematoso sistêmico / vasculite com a formação de autoanticorpos (IgG) anti-células endoteliais;
- (C) púrpura de Henoch-Schönlein / vasculite com a formação de autoanticorpos (IgG) anti-queratinócitos;
- (D) lúpus eritematoso sistêmico / vasculite com a formação de autoanticorpos (IgM) anti-células endoteliais;
- (E) púrpura de Henoch-Schönlein / vasculite com a deposição de imunocomplexos de IgD na parede dos vasos.

21

Uma paciente de 15 anos, após ser submetida a uma laparotomia exploradora para o tratamento cirúrgico de uma peritonite, provocada por uma apendicite aguda, apresentou, no pós-operatório imediato febre alta (39,5 °C), hipotensão arterial, taquicardia, dispneia, baixa saturação de O₂, edema generalizado, baixa perfusão periférica, petéquias disseminadas por todo o corpo, sangramento nasal e conjuntival, infiltrados pulmonares bilaterais e aumento da área cardíaca. Após internação em UTI em estado grave, o quadro clínico da jovem foi progressivamente melhorando, após o uso de uma combinação de três antibióticos, hidratação venosa permanente, transfusões de plasma fresco, concentrados de plaquetas e sangue total e diálise peritoneal para tratar uma insuficiência renal aguda, além de fisioterapia respiratória e alimentação parenteral.

No 14º dia de internação na UTI, a paciente recebeu alta para o quarto e no 21º dia teve alta hospitalar.

O resultado da hemocultura no dia da internação foi crescimento de *Pseudomonas aeruginosa*.

Em relação a esse caso clínico, a citocina cujos níveis se encontram diretamente relacionados à gravidade dos efeitos cardiovasculares observados durante a sepse da paciente é:

- (A) interferon-gama;
- (B) interleucina-12;
- (C) interleucina-10;
- (D) TGF-beta;
- (E) TNF-alfa.

22

No sangue e nos líquidos corporais de pacientes em sepse por bactérias gram-negativas, a ativação das células da resposta imune inata pelas endotoxinas bacterianas se dá através da ligação dessas moléculas aos homodímeros de "toll like receptors" (TLR) do tipo:

- (A) TLR1;
- (B) TLR3;
- (C) TLR4;
- (D) TLR7;
- (E) TLR9.

23

Durante a resposta imune primária frente a um microrganismo, a molécula de imunoglobulina que deve ser utilizada a fim de confirmar a infecção aguda pelo patógeno é:

- (A) IgD;
- (B) IgM;
- (C) IgG;
- (D) IgE;
- (E) IgA.

24

Um menino de 2 anos, com história de infecções respiratórias recorrentes, foi levado ao imunologista para investigação de uma possível imunodeficiência. Os exames hematológicos solicitados revelaram números normais de neutrófilos, basófilos, eosinófilos, monócitos, de linfócitos CD3, CD4, CD8, CD19 e de células CD56/16. Os exames sorológicos, contudo, mostraram níveis reduzidos de todas as classes e subclasses de Imunoglobulinas.

A melhor hipótese diagnóstica para essa criança é:

- (A) agamaglobulinemia;
- (B) imunodeficiência comum variável;
- (C) hipogamaglobulinemia transitória da infância;
- (D) imunodeficiência combinada grave;
- (E) síndrome de DiGeorge.

25

Os resultados de exames mostrados abaixo, obtidos do sangue periférico de um paciente com quadro infeccioso abdominal agudo:

Hemograma: leucócitos: 32.450/mm³; basófilos: 0%; eosinófilos: 0%; mielócitos: 0%; metamielócitos: 0%; bastões: 18%; segmentados: 65%; linfócitos: 2%; monócitos: 5%; plaquetas: 90.000/mm³; PCR: 28,0 mg/dL; VHS: 89 mm/h.

Com base apenas nos resultados dos exames mostrados acima, é correto afirmar se trata de uma provável infecção:

- (A) viral, sendo que os valores da PCR e VHS decorrem da ação de citocinas inflamatórias, como a IL-10 e o TNF-alfa, sobre os hepatócitos, que, em resposta, secretaram as chamadas proteínas de fase aguda da inflamação;
- (B) bacteriana, sendo que os valores da VHS e PCR decorrem da ação de citocinas inflamatórias, como a IL-10 e TGF-beta, sobre as células de Kumpffer hepáticas, que, em resposta, secretaram as chamadas proteínas de fase aguda inflamação;
- (C) viral, sendo que os valores da VHS e PCR decorrem da ação de citocinas anti-inflamatórias, como a IL-12 e TNF-alfa, sobre as células de Kumpffer hepáticas, que, em resposta, secretaram as chamadas proteínas de fase aguda inflamação;
- (D) bacteriana, sendo que os valores da PCR e VHS decorrem da ação de citocinas anti-inflamatórias, como a IL-10 e o TNF-alfa, sobre os hepatócitos, que, em resposta, secretaram as chamadas proteínas de fase aguda da inflamação;
- (E) bacteriana, sendo que os valores aumentados da PCR e da VHS decorrem da ação de citocinas inflamatórias, como a IL-6 e TNF-alfa, sobre os hepatócitos, que, em resposta, secretaram as chamadas proteínas de fase aguda da inflamação.

26

Em um indivíduo cujo exame parasitológico de fezes demonstre a presença de numerosas larvas filariformes de *Strongyloides stercoralis*, o fenótipo de células T relacionado à provável eosinofilia observada no sangue periférico desse paciente é:

- (A) TH1;
- (B) TH2;
- (C) TH17;
- (D) TH22;
- (E) T reguladoras.

27

Um adolescente de 12 anos, com história de rinosinusites e diarreias recorrentes, 8 pneumonias, baixo peso e recente infestação por *Giardia lamblia*, foi levada pelos pais a um serviço de pediatria para consulta. Ao exame físico, a criança encontrava-se emagrecida, hidratada, corada, anictérica, com linfonodomegalias cervicais, esplenomegalia, coração em RR2T, BNF, sem sopros, 92 bpm e ausculta pulmonar com roncocalos e sibilos esparsos. Os exames solicitados revelaram HIV negativo; e classes e subclasses de imunoglobulinas abaixo dos valores considerados normais para a idade (IgG: 572 mg/dl, IgM: 16 mg/dl e IgA: 16 mg/dl). O número total de leucócitos era de 9300 células/mm³, com fórmula leucocitária de: 1 / 3 / 0 / 0 / 5 / 62 / 20 / 9. A fenotipagem linfocitária revelou que o total de linfócitos TCD4+ e TCD8+ se encontrava dentro da normalidade, com os números de células CD19+ e CD56/16+ nos limites inferiores dos valores considerados normais. As dosagens de anticorpos para 14 sorotipos de pneumococos testados foram baixas, apesar de as vacinas estarem em dia. Baixos, também, foram os níveis de IgG específicas para citomegalovírus, EBV e herpes vírus 1 e 2. As tomografias da face revelaram pansinusite, e as imagens do tórax mostram a presença de áreas de atelectasia e bronquietasias em ambas as bases pulmonares e lúngulas.

Com base nesse caso clínico, a melhor opção diagnóstica para o paciente é:

- (A) imunodeficiência transitória da infância;
- (B) imunodeficiência comum variável;
- (C) síndrome de Wiskott-Aldrich;
- (D) síndrome de DiGeorge;
- (E) síndrome de Omenn.

28

Nos últimos tempos, moléculas de superantígenos, presentes em muitos patógenos, vêm sendo cada vez mais associadas a uma série de enfermidades de etiologias até então incertas, tais como síndrome do choque tóxico, síndrome de Kawasaki, psoríase e artrite reumatoide, entre outras.

As moléculas de superantígenos, que representam uma classe de moléculas:

- (A) capaz de induzir respostas muito prolongadas das células B e bloquear a ativação de células T;
- (B) de induzir a expansão policlonal das células da resposta imune inata, em detrimento da imunidade adaptativa;
- (C) capaz de induzir uma forte expansão policlonal das células da imunidade inata, que se multiplicam e produzem quantidades significativas de citocinas;
- (D) formadas pela fusão de muitos antígenos diferentes, sendo, dessa forma capazes de induzir respostas imunes específicas prolongadas para os antígenos;
- (E) capaz de induzir simultaneamente a ativação inespecífica de um grande número de células T, que se multiplicam e passam a expressar quantidades significativas de citocinas.

29

Durante a resposta imune, células da imunidade inata e adaptativa cooperam intensamente no sentido de tornar uma resposta inicialmente inespecífica em uma resposta mais específica e eficaz.

Com relação a esses dois tipos de células de imunidade, é correto afirmar que:

- (A) as células da resposta imune inata formam clones que reconhecem padrões moleculares específicos;
- (B) os macrófagos e as células dendríticas reconhecem antígenos fagocitados específicos e os apresentam às células da imunidade adaptativa no contexto de moléculas de MHC I e II;
- (C) os receptores de antígenos das células da imunidade adaptativa (Igs e TCRs) resultam de rearranjos gênicos formados durante o desenvolvimento dos linfócitos B e T;
- (D) a resposta adaptativa é filogeneticamente mais antiga do que a imunidade inata;
- (E) as células da imunidade adaptativa por meio de seus receptores de antígenos específicos, reconhecem os padrões moleculares associados aos patógenos (PAMPs).

30

Com relação à dinâmica evolutiva dos linfócitos B, é correto afirmar que:

- (A) ao deixarem a medula óssea, ainda como células B imaturas, os linfócitos B migram para o timo a fim de encontrar um antígeno cognato e completar o seu desenvolvimento;
- (B) ao deixarem a medula óssea, as células B apresentam somente moléculas de IgD como receptores de antígenos;
- (C) durante a passagem de células B de memória para plasmócitos de vida longa, as células B trocam o isotipo das imunoglobulinas e fazem mutação somática;
- (D) a troca do isotipo das imunoglobulinas é um processo que independe das citocinas produzidas pelas células T;
- (E) a presença de moléculas de IgG receptoras de antígeno na superfície dos linfócitos B faz com que essas células também sejam capazes de apresentar antígenos.

31

As reações do tipo I (anafiláticas) são mediadas por:

- (A) mastócitos sensibilizados com moléculas de IgE específicas secretadas pelas células B de memória;
- (B) células TH2 sensibilizadas com moléculas de IgE específicas produzidas por plasmócitos de vida longa;
- (C) mastócitos sensibilizados com moléculas de IgE específicas produzidas por plasmócitos de vida curta;
- (D) mastócitos sensibilizados com moléculas de IgE específicas secretadas pelos plasmócitos de vida longa;
- (E) células TCD4+ e TCD8+ sensibilizadas com moléculas de IgE específicas.

32

Em uma criança com história de imunodeficiência, foi possível observar, por meio de um estudo genético, a presença de uma mutação na molécula de CD40.

Com base neste tipo de mutação, é correto afirmar que a única classe de imunoglobulina presente no soro desse paciente será:

- (A) IgD;
- (B) IgA;
- (C) IgM;
- (D) IgG;
- (E) IgE.

33

Um sinal precoce de imunodeficiência em recém-nascidos é:

- (A) eczema atópico;
- (B) diarreia com sangue;
- (C) eliminação tardia de mecônio;
- (D) queda tardia do coto umbilical;
- (E) ausência de resposta inflamatória no local da aplicação da vacina BCG.

34

Das vacinas relacionadas abaixo, aquela cuja aplicação deve ser evitada em um recém-nascido em processo de investigação de imunodeficiência é:

- (A) Hib;
- (B) VIP;
- (C) VOP;
- (D) pneumocócica conjugada;
- (E) meningocócica C.

35

A imunoterapia com vacinas para aeroantígenos representa um importante avanço no tratamento das alergias respiratórias. Todavia, ao longo dos 100 anos de sua existência, uma série de mudanças na confecção ocorreram, de forma a torná-las mais adequadas para uso clínico.

Uma dessas mudanças foi a substituição das vacinas aquosas, que frequentemente causavam acidentes, por vacinas mais seguras, com antígenos adsorvidos em:

- (A) fenol;
- (B) formol;
- (C) sulfato de sódio;
- (D) hidróxido de cálcio;
- (E) hidróxido de alumínio.

36

Uma menina de 4 anos foi internada num serviço de pediatria apresentando, além de petéquias e equimoses disseminadas por todo o tegumento, a presença de gengivorragia e sangramento subconjuntival. Os pais informaram que a criança já vinha sendo acompanhada pelo hematologista há algum tempo e que tinha melhorado após um ciclo de corticosteroide, que havia sido interrompido há cerca de dois meses, após a melhora clínica. Um hemograma solicitado na ocasião da internação foi considerado normal, exceto pelo número reduzido de plaquetas ($10.000/\text{mm}^3$). Na ocasião da internação, a menina encontrava-se em bom estado geral, ativa e reativa, interagindo bem com o examinador, anictérica, acianótica, afebril e com boa perfusão periférica. O abdômen encontrava-se flácido, com peristalse presente, doloroso apenas à palpação profunda do hipocôndrio esquerdo, onde era possível palpar a borda inferior do baço a cerca de 4 centímetros abaixo do rebordo costal esquerdo. Chamado para ver o caso, um imunologista concluiu tratar-se de uma púrpura trombocitopênica autoimune e optou por reiniciar o corticoide, visto que a criança havia respondido bem ao tratamento anterior.

Com base nas reações de hipersensibilidade, a enfermidade que segue o mesmo critério de classificação da doença apresentada pela criança do caso clínico acima é:

- (A) asma alérgica;
- (B) pêfigo vulgar;
- (C) doença do soro;
- (D) dermatite de contato;
- (E) lúpus eritematoso sistêmico.

37

Uma menina de 8 anos foi levada pelos pais à consulta com imunologista apresentando história de infecções sinopulmonares recorrentes, bronquite, dermatite atópica e diarreias.

Os exames solicitados indicaram tratar-se da forma mais comum de imunodeficiência primária, conhecida como:

- (A) imunodeficiência transitória da infância;
- (B) imunodeficiência comum variável;
- (C) imunodeficiência seletiva de IgA;
- (D) imunodeficiência seletiva de IgG;
- (E) SIDA.

38

O diagnóstico da asma em adolescente e adultos, é baseado na:

- (A) avaliação clínica e em testes funcionais, como a espirometria com prova broncodilatadora, a qual deve confirmar a limitação ao fluxo aéreo expiratório;
- (B) história clínica e nos testes cutâneos de hipersensibilidade imediata para aeroantígenos, os quais devem ser necessariamente positivos para ácaros e fungos do ar;
- (C) avaliação clínica e no exame de imagem do tórax, o qual deve mostrar a presença de espessamento peribrônquico difuso;
- (D) avaliação clínica, na história familiar, nos exames de imagens e em testes funcionais, como a espirometria com prova broncodilatadora, a qual deve confirmar a limitação ao fluxo aéreo inspiratório;
- (E) avaliação clínica, na história familiar, nos testes cutâneos de hipersensibilidade para aeroantígenos e na TC do tórax, o que deve mostrar a presença de imagens em anel de sinete.

39

O quadro abaixo diz respeito à avaliação do controle da asma, que é realizada a partir da análise dos sintomas nas 4 semanas posteriores à ocorrência de sintomas respiratórios, limitação para as atividades físicas, necessidade de medicação de resgate e despertares noturnos.

SINTOMAS NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS	
Apresentou sintomas de asma durante o dia mais do que duas vezes por semana?	() Sim () Não
Acordou alguma vez à noite com sintomas de asma?	() Sim () Não
Utilizou SABA para alívio dos sintomas de asma mais de duas vezes por semana?	() Sim () Não
Apresenta qualquer limitação das atividades devido à asma?	() Sim () Não

Considerando um paciente com asma parcialmente controlada, a resposta afirmativa:

- (A) deverá aparecer nas 4 questões;
- (B) deverá aparecer em 1 ou 2 questões;
- (C) deverá aparecer somente em 1 questão;
- (D) deverá aparecer em pelo menos 3 questões;
- (E) não deverá aparecer.

40

Segundo o GINA (2023), o tratamento fixo de primeira linha para um paciente de 20 anos classificado como asmático em estágio 5 é:

- (A) corticoide inalatório em dose alta + formoterol + agonista muscarínico de longa ação (LAMA);
- (B) formoterol + antileucotrieno + agonista muscarínico de longa ação (LAMA);
- (C) corticoide inalatório em alta dose + agonista muscarínico de longa duração (LAMA) + antileucotrieno;
- (D) formoterol + agonista muscarínico de longa ação (LAMA) + antileucotrieno;
- (E) corticoide inalatório em dose alta + formoterol + antileucotrieno.

Pediatria

41

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho). A saturação de O₂ foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

42

Um lactente de 9 meses, com fácies sindrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

43

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

44

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatra;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pômbero-estatural.

45

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

46

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

47

Durante tratamento de amidalite com amoxicilina, um adolescente apresentou placas urticariformes difusas, com necessidade de atendimento na emergência.

Após tratamento da urticária, a orientação correta é:

- (A) trocar a amoxicilina por cefadroxil;
- (B) trocar a amoxicilina por azitromicina;
- (C) trocar a amoxicilina por sulfametoxazol-trimetoprima;
- (D) suspender a amoxicilina e aplicar dose única de penicilina benzatina;
- (E) manter o antibiótico após melhora do quadro urticariforme.

48

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

49

Um lactente de 2 meses se submete a radiografia de tórax para avaliar quadro de cansaço com crises de cianose. O laudo do exame descreve coração com formato de “tamanco holandês”.

O médico conclui, corretamente, que o paciente apresenta:

- (A) hipertrofia de cavidades esquerdas;
- (B) hipertensão pulmonar;
- (C) hipertrofia do ventrículo direito;
- (D) persistência do canal arterial;
- (E) coarctação da aorta.

50

Uma criança com 18 meses de idade foi afastada da creche devido ao aparecimento de pequenas vesículas no tronco, genitália e regiões palmares e plantares. Ela apresenta, também, febre alta e lesões aftosas em orofaringe. Outras crianças da creche estão com o mesmo quadro.

Com base no quadro clínico, o pediatra fez, corretamente, o diagnóstico de:

- (A) impetigo;
- (B) herpes simples;
- (C) varicela;
- (D) escarlatina;
- (E) coxsackievirose.

51

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tíbia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

52

Um médico, residente da pediatria, atendeu uma criança que evoluiu para parada cardiorrespiratória. Ele realizou, sob supervisão, manobras de reanimação, sem sucesso. Não fez anotações da evolução e tratamento no prontuário.

A conduta do residente deve ser considerada:

- (A) correta, pois como residente não tem essa obrigação;
- (B) correta, pois a criança faleceu;
- (C) errada, pois ele não deveria ter participado da reanimação cardiorrespiratória;
- (D) correta, pois na emergência não há necessidade de registro no prontuário;
- (E) errada, pois todo atendimento deve ser registrado no prontuário.

53

Na primeira consulta de um recém-nascido em aleitamento materno exclusivo com satisfatório ganho ponderal, a mãe refere que a criança chora muito.

Nessa situação, o pediatra deve orientar a mãe a:

- (A) oferecer chupeta para o bebê;
- (B) complementar a alimentação com fórmula infantil;
- (C) amamentar em livre demanda;
- (D) oferecer leite materno na mamadeira durante a madrugada;
- (E) oferecer chá de camomila e água nos intervalos das mamadas.

54

Uma criança de 8 anos, com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95 para idade e sexo, é levada à consulta pela mãe, que está preocupada com o ganho ponderal excessivo do filho.

As orientações médicas devem ser para:

- (A) a adesão ao tratamento medicamentoso com sibutramina;
- (B) a redução da ingestão de proteínas e o aumento do consumo de carboidratos;
- (C) a necessidade de redução do peso pelo maior risco de desenvolver doença hepática não alcoólica;
- (D) a diminuição de atividade física pelo risco aumentado de lesões;
- (E) a realização de dieta cetogênica.

55

Um pai está preocupado com seu filho de 15 anos, que tem apresentado queda do rendimento escolar, desinteresse pelos esportes que praticava, comportamento hostil com familiares, perda de peso e irritação ocular (“olhos vermelhos”) com fotofobia.

Considerando as informações do pai, o médico faz a hipótese diagnóstica adequada de:

- (A) distúrbio do sono;
- (B) síndrome de ansiedade generalizada;
- (C) uso de drogas ilícitas;
- (D) erro de refração ocular;
- (E) alterações comportamentais próprias da adolescência.

56

Uma criança, portadora de doença falciforme, é admitida na emergência com priapismo há 24 horas, que não respondeu ao tratamento habitual.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) aplicação de compressas frias;
- (B) redução da hidratação;
- (C) repouso absoluto;
- (D) injeção local de fenilefrina;
- (E) prescrição de corticoide.

57

Um paciente de 8 anos, com sobrepeso, apresenta pressão arterial (PA) entre o percentil 90 e 95 para sexo, idade e altura. A pressão arterial nunca havia sido aferida. Nega sintomas.

É correto afirmar que:

- (A) o paciente está normotenso;
- (B) ele deve ser encaminhado ao nefrologista;
- (C) a medicação anti-hipertensiva deve ser iniciada;
- (D) o paciente está hipertenso, mas sem necessidade de tratamento;
- (E) a PA deve ser aferida mais duas vezes, com cálculo da média das aferições, para definição diagnóstica.

58

Um lactente de 6 meses, internado com bronquiolite, está em suporte ventilatório.

Sobre a necessidade de analgesia/sedação do paciente, é correto afirmar que:

- (A) deve ser realizada sedação, sem necessidade de analgesia;
- (B) deve ser utilizado o pancurônio, sem necessidade de sedação/analgesia;
- (C) deve ser realizada sedação com benzodiazepínico e analgesia com tramadol;
- (D) não há necessidade de analgésicos ou sedativos se o paciente estiver ventilando bem;
- (E) deve ser realizada analgesia com meperidina pelo baixo risco de dependência química.

59

Os pais de uma criança de 4 anos com fimose perguntam ao médico sobre a necessidade de cirurgia.

O médico deve:

- (A) indicar postectomia;
- (B) informar que a cirurgia tem alto potencial de complicações;
- (C) aguardar ocorrência de infecção urinária para indicar cirurgia;
- (D) aguardar queixa de dificuldade para urinar para indicar a cirurgia;
- (E) explicar que a cirurgia aumenta risco futuro de infecções sexualmente transmissíveis.

60

Um recém-nascido de mãe adolescente com 15 anos recebe alta com orientação para que seja realizado o registro civil de nascimento (RCN) da criança.

As orientações para o procedimento devem incluir:

- (A) a necessidade da presença do pai e da mãe para registro no cartório;
- (B) a não obrigatoriedade de apresentação de documentos de identidade dos pais;
- (C) a obrigatoriedade de que o registro seja realizado na Vara da Infância e da Juventude, por ser a mãe menor de idade;
- (D) a necessidade da presença de um dos avós do bebê, caso a mãe não seja emancipada;
- (E) a necessidade de apresentação de certidão de casamento ou contrato de união estável dos pais.

61

Durante consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 8 meses demonstra preocupação com o desenvolvimento psicomotor de sua filha, que é bem diferente do de outras crianças da mesma idade. Ela não responde ao olhar ou sons, faz movimentos repetitivos, tem dificuldade em aceitar novos alimentos e comportamento agitado.

O pediatra corretamente:

- (A) considera o comportamento do bebê normal para a idade;
- (B) considera que o bebê pode ser hiperativo;
- (C) indica matriculá-lo na creche para melhor socialização;
- (D) prescreve um complexo vitamínico para melhora no desenvolvimento;
- (E) aplica o formulário M-CHAT-R/F para auxiliar no diagnóstico.

62

Um lactente de 7 meses, com salivação excessiva, coceira nas gengivas e irritabilidade, ao exame, apresenta erupção parcial do dente incisivo central inferior esquerdo.

Sobre a saúde oral dessa criança, devem ser dadas as seguintes orientações:

- (A) a escovação dos dentes é necessária quando completar 1 ano;
- (B) a chupeta deve ser oferecida;
- (C) a utilização de anestésico tópico para redução do desconforto;
- (D) a suspensão do aleitamento materno está indicada quando nascerem os dentes pelo risco de lesão mamária;
- (E) a escovação dos dentes deve ser realizada com pequena quantidade de creme dental para bebê.

63

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematúria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

64

Um paciente de 1 ano e 3 meses, com síndrome gripal, realizou teste rápido para SARS-CoV-2, que foi positivo. O exame físico identificou estertores subcrepitantes difusos, e a radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial peri-hilar, bilateralmente.

O tratamento deve ser:

- (A) internado em enfermaria para observação da resposta ao tratamento sintomático;
- (B) domiciliar, nebulizando com corticoide e beta-2 adrenérgico;
- (C) internado, para realização de antibiótico venoso;
- (D) domiciliar, com uso de sintomáticos;
- (E) internado em unidade de terapia intensiva com administração de oxigênio.

65

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

66

Uma mãe informa que recebeu comunicado da escola sobre caso de meningite meningocócica na turma do seu filho de 6 anos.

O pediatra deve orientá-la a:

- (A) iniciar quimioprofilaxia na criança, com rifampicina;
- (B) colher hemograma da criança;
- (C) deixar o filho em isolamento por 7 dias;
- (D) procurar o posto de saúde para vaciná-lo para meningite ACWY;
- (E) procurar emergência para que a criança seja examinada, mesmo sem sintomas.

67

Na avaliação de rotina de uma criança de 7 anos, foi observado ganho ponderal excessivo nos últimos 6 meses.

Em relação à realização de exercícios físicos, o paciente deve ser orientado a:

- (A) evitar atividades de flexibilidade pelo risco de lesões articulares;
- (B) evitar exercícios ao ar livre, devido à exposição solar;
- (C) priorizar exercícios extenuantes que estimulam a produção do hormônio de crescimento;
- (D) fazer 60 minutos diários de atividade física de moderada a vigorosa intensidade;
- (E) iniciar atividades físicas estruturadas (danças, lutas, esportes coletivos) após os 8 anos.

68

Uma criança de 5 anos, atendida na emergência com queixa de coriza e tosse há 5 dias, tem usado desloratadina com pouca melhora. Ontem iniciou dor nos tornozelos e dor abdominal intensa, além de terem aparecido petéquias elevadas nas nádegas e nos membros inferiores, com discreto edema de mãos e tornozelos.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- (A) leucemia;
- (B) farmacodermia;
- (C) distúrbio da coagulação;
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

69

Um adolescente que estava praticando surfe apresentou, subitamente, dor em queimação na perna. Após sair do mar, observou lesão de queimadura na panturrilha esquerda.

No posto do salva-vidas, foi corretamente realizada:

- (A) limpeza da lesão com água doce;
- (B) aplicação de urina do paciente na lesão;
- (C) aplicação de pasta d'água no local;
- (D) limpeza da lesão com água do mar e aplicação de vinagre;
- (E) fricção da lesão com água morna para retirada do veneno.

70

Uma lactente de 10 meses, com episódios de melena e anemia, foi avaliada na emergência, onde o cirurgião pediátrico realizou toque retal, que foi livre de sangramento, e clister opaco, sem evidências de pólipos intestinais.

Com o objetivo de elucidação diagnóstica, deve-se solicitar:

- (A) pesquisa de elementos anormais nas fezes;
- (B) colonoscopia;
- (C) ressonância magnética do abdômen;
- (D) seriografia esôfago-gastro-duodenal;
- (E) cintilografia intestinal com Tc-99.

71

Uma menina de 7 anos, portadora de epilepsia, associou carbamazepina ao esquema anticonvulsivante prévio por descontrole de crises. Após uma semana do início da medicação, evoluiu com melhora das crises, mas há 24 horas apresenta anorexia, cefaleia e exantema maculopapular eritematoso em face e tórax, doloroso ao toque, com formação de bolhas no centro e ocupando 40% da superfície corporal. Há lesões em conjuntiva e mucosa oral.

A hipótese diagnóstica, com base nos dados apresentados, é:

- (A) necrólise epidérmica tóxica;
- (B) eritema multiforme;
- (C) síndrome de Stevens-Johnson;
- (D) penfigoide bolhoso;
- (E) vasculite.

72

Joana, mãe de 4 filhos, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar há 7 dias (BAAR positivo no escarro espontâneo), ao sair da maternidade. Procura a unidade básica de saúde para avaliação dos menores. Todos estão assintomáticos e têm radiografias de tórax normais. As idades e os resultados da prova tuberculínica (PT) estão descritos a seguir.

- Criança A: 8 dias de vida; não realizou PT; não vacinada com BCG;
- Criança B: 1 ano; PT = 6 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Criança C: 3 anos; PT = 0 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Adolescente D: 12 anos; PT = 5 mm; vacinado com BCG ao nascer.

A conduta correta para cada caso, nesse momento, é:

- (A) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (B) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (C) criança A: realizar PT e, se positiva, iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (D) criança A: realizar BCG e não realizar PT pela idade; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (E) criança A: aguardar até o terceiro mês de vida para realizar PT; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas.

73

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

74

Uma menina de 2 anos é trazida à emergência porque sofreu trauma de crânio após queda da cama dos pais (altura de 50 cm), há 30 minutos. Apresentou um episódio de vômito após a queda, mas não teve alteração no nível de consciência. No momento, pontua 15 na escala de coma de Glasgow e está assintomática.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) alta hospitalar com observação domiciliar;
- (B) observação clínica por 2 horas e alta após, se assintomática;
- (C) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 6 horas;
- (D) observação clínica por no mínimo 6 horas e alta após, se assintomática;
- (E) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 12 horas.

75

Uma menina de 10 anos chega à emergência com edema de lábios e língua, broncoespasmo e vômitos. Os sintomas se iniciaram há 30 minutos, após uso de anti-inflamatório para cefaleia.

A hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) angioedema; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (B) anafilaxia; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (C) angioedema; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (D) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (E) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:10000.

76

Um menino de 7 anos é admitido na emergência com cefaleia de forte intensidade, febre alta e vômitos há 24 horas. Ao exame, apresenta-se prostrado e com rigidez de nuca, além de exibir petéquias em membros superiores e tronco. A punção lombar é realizada, e o resultado do líquido é sugestivo de meningite bacteriana.

A antibioticoterapia de escolha para o caso é:

- (A) ceftriaxona (100 mg/kg/dia);
- (B) ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (C) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (D) ceftriaxona (50 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (E) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + ampicilina (200 mg/kg/dia).

77

Um adolescente de 12 anos apresenta febre (38 – 38,5 °C) há 14 dias, cansaço e dor de garganta. Ao exame, placas esbranquiçadas em amígdalas, linfonodomegalias em cadeias cervicais anteriores bilaterais e esplenomegalia. Refere que, no segundo dia dos sintomas, procurou emergência e foi liberado com amoxicilina, mas evoluiu com exantema maculopapular, no segundo dia do antibiótico, que foi suspenso.

A provável etiologia para o quadro é:

- (A) vírus da dengue;
- (B) vírus Epstein-Barr;
- (C) *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A;
- (D) zika vírus;
- (E) parvovírus B19.

78

A asma é uma doença pulmonar crônica que necessita de controle para evitar perda progressiva da função pulmonar.

O tratamento intercrise tem como principal fármaco:

- (A) corticoide inalatório;
- (B) antileucotrieno;
- (C) broncodilatador de longa duração;
- (D) broncodilatador de curta duração;
- (E) corticoide sistêmico na menor dose possível.

79

Na vasculite por imunoglobulina A, algumas manifestações clínicas requerem tratamento com corticoterapia sistêmica, dentre elas:

- (A) oligoartrite aguda e hemorragia pulmonar;
- (B) púrpura palpável e envolvimento gastrointestinal grave;
- (C) orquite e envolvimento gastrointestinal grave;
- (D) necrose de pele e oligoartrite aguda;
- (E) artralgia e vasculite cerebral.

80

Na distopia testicular, o testículo é palpável, mas não se encontra na posição anatômica adequada.

O tratamento cirúrgico está indicado:

- (A) dentro do segundo ano de vida;
- (B) após o primeiro ano de vida;
- (C) após o segundo ano de vida;
- (D) após confirmação da distopia por ultrassonografia;
- (E) no primeiro ano de vida, passados os primeiros 6 meses.

Realização

