

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

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

- uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

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



NÃO SERÁ PERMITIDO

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



INFORMAÇÕES GERAIS

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

Boa prova!

Alergia e Imunologia

1

A produção de neutrófilos pela medula óssea é um processo dinâmico e essencial para a defesa do organismo, dada a curta meia-vida dessas células na circulação.

Considerando a fisiologia da granulopoiese em indivíduos adultos saudáveis, assinale a afirmativa correta.

- (A) A medula óssea de um adulto saudável produz em média cerca de 10^{11} neutrófilos por dia, número que pode aumentar até dez vezes em situações de infecção aguda.
- (B) A produção basal de neutrófilos é de aproximadamente 10^5 células por dia, suficiente para repor a população circulante em condições normais.
- (C) O compartimento de reserva de neutrófilos na medula óssea é menor que o número de células circulantes, justificando a rápida queda em casos de demanda aumentada.
- (D) A granulopoiese ocupa menos de 10% da medula óssea ativa, refletindo o predomínio de linhagens eritroides sobre as mieloides.
- (E) O tempo médio de vida dos neutrófilos no sangue é de cerca de 10 dias, o que reduz a necessidade de produção diária em grande escala.

2

Das drogas abaixo relacionadas, assinale aquela que, por seus efeitos farmacológicos, está contraindicada para os pacientes com história de asma alérgica.

- (A) Isoproterenol.
- (B) Carvedilol.
- (C) Cetoconazol.
- (D) Salmeterol.
- (E) Formoterol.

3

Mulher, 32 anos, procurou atendimento médico queixando-se de cansaço, perda de peso (6 kg em 3 meses), febre baixa vespertina, aftas recorrentes, queda de cabelo, dores articulares matinais nas mãos e nos punhos e manchas avermelhadas na face. Ao exame físico, a paciente apresentava lesões ulceradas indolores na mucosa oral, exantema nas regiões malares que respeitavam os sulcos nasolabiais, linfadenopatias cervicais posteriores e leve sopro sistólico no foco aórtico.

Os exames hematológicos mostraram: hemácias $3,2$ milhões/ mm^3 , hemoglobina 9 g/dL, hematócrito 29%, leucócitos $5.300/\text{mm}^3$ (neutrófilos 68%, linfócitos 12%, monócitos 8%, eosinófilos 9%, basófilos 3%), plaquetas $105.000/\text{mm}^3$, creatinina 1,2 mg/dL. O FAN foi positivo com título de 1:640 (padrão nuclear pontilhado fino), anti-DNA nativo positivo, anti-Sm positivo, complemento C3 = 56 mg/dL (normal: 90–180 mg/dL), C4 = 6 mg/dL (normal: 16–47 mg/dL), Coombs direto positivo e VDRL positivo.

Os exames na urina revelaram: proteinúria 1+, hematúria 20-30 hemácias/campo, presença de cilindros hialinos.

Com base nesses dados clínicos e laboratoriais, o diagnóstico mais provável para a paciente é

- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) hepatite viral crônica com manifestações autoimunes associadas.
- (C) síndrome de Sjögren com manifestações hematológicas e cutâneas.
- (D) linfoma não hodgkin indolente com fenômeno autoimune paraneoplásico.
- (E) doença mista do tecido conjuntivo com envolvimento sistêmico inicial.

4

Um menino de 1,2 ano, previamente hígido até os 8 meses de vida, foi levado pelos pais a um serviço de pediatria com história de apresentar episódios recorrentes de otite média aguda, conjuntivite purulenta e pneumonia lobar, sendo hospitalizado duas vezes por meningite bacteriana com isolamento de *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* nos episódios. A investigação imunológica solicitada pelo por um imunologista revelou: IgG: < 100 mg/dL (VR: 500–1000 mg/dL), IgA e IgM indetectáveis, contagem total de linfócitos normal, mas com linfócitos CD19⁺ ausentes (< 1%), teste do suor normal. Um estudo genético mostrou mutação no gene da proteína tirosina quinase de Bruton (BTK).

Com base nos achados clínicos, laboratoriais e genéticos, e de acordo com a classificação da IUIS 2024, o diagnóstico mais provável para a criança é

- (A) síndrome de DiGeorge.
- (B) síndrome de Hiper-IgE (Job).
- (C) síndrome de Wiskott-Aldrich.
- (D) agamaglobulinemia ligada ao X.
- (E) hipogamaglobulinemia transitória da infância.

5

A vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin), utilizada principalmente na prevenção de infecções micobacterianas, foi administrada pela primeira vez em humanos em 1921, usando uma forma viva e atenuada do

- (A) *Mycobacterium bovis*.
- (B) *Mycobacterium avium*.
- (C) *Mycobacterium kansasii*.
- (D) *Mycobacterium marinum*.
- (E) *Mycobacterium tuberculosis*.

6

Em relação à infecção pelo HIV em crianças, é correto afirmar que

- (A) a carga viral materna não influencia de forma significativa o risco de transmissão vertical do vírus.
- (B) a imunidade adaptativa altamente eficaz na infância explica o curso geralmente leve da infecção em crianças pequenas.
- (C) células da imunidade inatas, como macrófagos, células dendríticas e células NK permanecem funcionalmente preservadas na infecção na infância.
- (D) na ausência de terapia antirretroviral, a transmissão vertical ocorre exclusivamente durante o parto, sendo desprezível no útero ou na amamentação.
- (E) a progressão mais rápida da doença após a transmissão vertical, em comparação à transmissão horizontal, está relacionada à intensa depleção precoce de células T CD4+ e à imaturidade imunológica.

7

Em relação à sequência de eventos imunológicos envolvidos na fase inicial de sensibilização a aeroalérgenos em indivíduos atópicos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Após a diferenciação TH2 das células T virgens nos linfonodos, essas células passam a produzir IL-4, IL-13 e interferon-gama que estimulam a troca de classe para IgE-específicas pelas células B virgens.
- (B) No início do processo de sensibilização, as células epiteliais ativadas liberam citocinas como TSLP, IL-25, IL-33, que ativam as células linfoides inatas do tipo 2 (ILC2) residentes nos tecidos, levando-as a secretar IL-5 e IL-13.
- (C) Depois de secretadas por plasmócitos de vida longa, as moléculas de IgE-específicas para aero antígenos ligam-se ao FcεRI da superfície dos macrófagos, mastócitos e basófilos, resultando na sensibilização dessas células. Após uma reexposição antigênica, a ligação cruzada da IgE ligada ao FcεRI com antígenos resulta na ativação e degranulação das células sensibilizadas.
- (D) Durante as reações alérgicas, mediadores pró-inflamatórios, como a IL-10, histamina, PAF, PGD2 e TGF-beta interagem com nervos sensoriais, vasos sanguíneos e glândulas no epitélio nasal e brônquico, resultando em sintomas de fase inicial de rinite alérgica e asma.
- (E) Após a exposição aos antígenos, células dendríticas imaturas são recrutadas para o local da inflamação e se diferenciam em células dendríticas pró-alérgicas do tipo 2. Após a internalização dos alérgenos, as células dendríticas ativadas migram em direção aos linfonodos loco regionais e apresentam os antígenos às células T CD4+ virgens no contexto de MHC-I, promovendo assim a diferenciação em células Th2.

8

Os pacientes atópicos sensibilizados com antígenos de ácaros frequentemente apresentam reação cruzada com tropomiosina de

- (A) peixes.
- (B) camarão.
- (C) cogumelos.
- (D) fungos do ar.
- (E) formiga.

9

Na hanseníase multibacilar, a reação reversa (também chamada reação tipo 1) resulta de uma mudança do perfil de resposta imune, caracterizada principalmente pela ativação das seguintes células:

- (A) linfócitos Th0, Th2 e plasmócitos.
- (B) linfócitos Th1, Th2 e plasmócitos.
- (C) linfócitos Th2, Th17 e plasmócitos.
- (D) linfócitos Th1, Th17 e células T citotóxicas.
- (E) linfócitos Th2, plasmócitos e células T citotóxicas.

10

De acordo com a Diretriz Internacional de Urticária de 2022, o anticorpo monoclonal anti-IgE omalizumabe é indicado como forma de tratamento de

- (A) primeira linha para urticárias agudas.
- (B) primeira linha para urticárias crônicas espontâneas, sem falha prévia a anti-histamínicos.
- (C) segunda linha para urticárias crônicas espontâneas refratárias a doses altas de anti-histamínicos H1 por pelo menos 2-4 semanas.
- (D) terceira linha para urticárias crônicas espontâneas após falha de anti-histamínicos e ciclosporina.
- (E) manutenção de longo prazo para todos os tipos de urticária, independentemente da resposta a anti-histamínicos.

11

Um paciente de 27 anos, previamente hígido, foi levado por amigos a um serviço de emergência apresentando vermelhidão na pele, dispnéia intensa, sibilâncias difusas, estridor laríngeo, sudorese fria e episódio de síncope durante a triagem.

Os acompanhantes informaram que tudo começou após o rapaz ter sido picado por abelhas durante um almoço em um sítio. Ao exame físico, observou-se taquicardia, hipotensão severa, baixa saturação de oxigênio (87%) em ar ambiente, baixa do nível de consciência e tiragens intercostais.

Considerando esse caso clínico, assinale a droga que deve ser imediatamente administrada para o tratamento do paciente em questão.

- (A) Prednisolona intravenosa, associada a observação clínica em ambiente ambulatorial por até 6 horas.
- (B) Dopamina intravenosa como droga vasoativa para estabilizar a perfusão periférica.
- (C) Difenidramina intravenosa como antialérgico para alívio imediato dos sintomas.
- (D) Hidrocortisona intravenosa em altas doses, como medida inicial para reverter o broncoespasmo.
- (E) Adrenalina intramuscular o mais precocemente possível, sem aguardar exames complementares.

12

Com relação às alergias à penicilina, assinale a afirmativa correta.

- (A) As alergias relatadas à penicilina afetam cerca de 10% da população, mas a alergia verdadeira confirmada por testes é inferior a 2%.
- (B) Entre os pacientes que relatam alergia à penicilina, mais de 80% apresentam testes cutâneos negativos, indicando ausência de alergia verdadeira.
- (C) Pacientes classificados como de alto risco não podem receber cefalosporinas sob qualquer circunstância, mesmo após avaliação especializada.
- (D) A dessensibilização em pacientes com histórico de reação mediada por IgE deve ser realizada exclusivamente em ambiente hospitalar, com monitorização adequada.
- (E) A reatividade cruzada entre carbapenêmicos e penicilinas é extremamente baixa (<1%), sendo possível o uso seguro em grande parte dos pacientes alérgicos à penicilina, após avaliação adequada.

13

Com relação aos componentes do veneno de Hymenopteras, é correto afirmar que as reações alérgicas dos pacientes são provocadas principalmente por moléculas de

- (A) histamina.
- (B) hialuronidase.
- (C) fosfolipases A1 e A2.
- (D) tiramina.
- (E) serotonina.

14

Na síndrome de linfo-histiocitose hemofagocítica secundária, o agente infeccioso mais frequentemente identificado como fator desencadeante é

- (A) Parvovírus B19.
- (B) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (C) Coxsackievirus.
- (D) Epstein–Barr vírus (EBV).
- (E) Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

15

Uma criança de 4 anos, previamente diagnosticada com asma, foi levada a um serviço de emergência apresentando dispneia progressiva, tosse persistente e sibilos difusos há 24 horas. Ao exame físico, a criança encontrava-se prostrada, com dificuldade para falar frases completas, tiragens subcostais e intercostais acentuadas, gemência, batimento das asas nasais, cianose perioral, saturação de O₂ de 88% em ar ambiente, frequência cardíaca de 190 bpm, frequência respiratória de 58 irpm e tempo expiratório prolongado com murmúrio vesicular globalmente diminuído, indicando fadiga respiratória iminente.

Foram administradas doses repetidas de salbutamol via espaçador, oxigenoterapia suplementar e prednisolona oral 2 mg/kg, mas a criança permaneceu hipoxêmica, com taquipneia importante e sinais de exaustão muscular respiratória.

Segundo as diretrizes GINA 2025, a conduta mais apropriada nesse momento é

- (A) manter oxigenoterapia e repetir salbutamol em *puff* com espaçador por mais 3 ciclos, antes de considerar internação em uti pediátrica.
- (B) encaminhar para internação em enfermaria e iniciar brometo de ipratrópio por via oral e corticosteroide inalatório em altas doses.
- (C) solicitar exames de imagem e gasometria arterial, postergando outras intervenções até a confirmação de hipóxia grave.
- (D) iniciar ventilação não invasiva (cpap) com FiO₂ a 100% em pronto-socorro para tentar evitar internação, mantendo salbutamol por espaçador.
- (E) internar em unidade de terapia intensiva pediátrica, administrar sulfato de magnésio intravenoso (máx. 2 g) e considerar início de infusão contínua de beta-2 agonista intravenoso, com monitorização intensiva.

16

Um menino de 14 anos foi levado pelos pais ao pediatra apresentando febre persistente (38,5-39,0 °C), exantema maculopapular eritemato-descamativo confluyente no tronco e membros, linfadenopatia cervical e hepatoesplenomegalia. Os sintomas haviam iniciado 3 semanas após o início de carbamazepina, prescrita para epilepsia recentemente diagnosticada.

Os exames laboratoriais mostraram: hemograma com leucocitose, eosinofilia (2.800 células/mm³) e presença de linfócitos atípicos; elevação de transaminases; discreta disfunção renal. Sorologias para vírus Epstein-Barr, citomegalovírus e HIV foram negativas.

A biópsia de pele evidenciou dermatite de interface liquenoide, exocitose de linfócitos e infiltrado perivascular com eosinófilos. A imunohistoquímica demonstrou predomínio de linfócitos T CD8⁺.

Com base no quadro clínico e nos exames apresentados, o diagnóstico mais provável é

- (A) eritema multiforme maior – reação de hipersensibilidade tipo III, com padrão histológico espongiótico e neutrofílico.
- (B) síndrome de Stevens-Johnson – reação tipo IVc, com necrose epidérmica generalizada e linfócitos TCD4⁺ predominantes.
- (C) síndrome Dress – reação de hipersensibilidade tipo IVb, com envolvimento visceral, eosinofilia, linfócitos TCD8⁺ e forte associação com reativação viral latente.
- (D) pustulose exantemática aguda generalizada (agep) – reação tipo IVd, com formação de pústulas subcórneas estéreis e predomínio de neutrófilos
- (E) urticária induzida por fármaco – reação tipo I mediada por IgE, com início imediato (<1 hora), sem envolvimento de órgãos internos ou eosinofilia periférica

17

Um menino de 10 anos foi levado ao pronto-socorro com febre baixa, dor abdominal difusa, artralgia em joelhos e tornozelos e exantema purpúrico palpável em membros inferiores. O exame físico revelou linfonodos cervicais pequenos, dor abdominal difusa sem sinais de peritonite e artrite leve em joelhos.

Hemograma: hemoglobina 12,5 g/dL, leucócitos 10.800/mm³ (neutrófilos 58%, linfócitos 32%, monócitos 6%, eosinófilos 4%), plaquetas 310.000/mm³. Urina tipo I: hematúria microscópica e proteinúria discreta. Biópsia de pele: vasculite leucocitoclástica com depósito granular de IgA em vênulas pós-capilares (imunofluorescência direta).

Com base nesse quadro clínico-patológico, o diagnóstico mais provável é

- (A) púrpura de Henoch-Schönlein.
- (B) púrpura trombocitopênica imune (PTI).
- (C) lúpus eritematoso sistêmico juvenil.
- (D) endocardite infecciosa subaguda.
- (E) leucemia linfoblástica aguda.

18

Sobre as vacinas contra a COVID-19, é correto afirmar que

- (A) a vacina CoronaVac é baseada em vetor adenoviral recombinante.
- (B) a vacina de Oxford/AstraZeneca é construída a partir de vetor adenoviral não replicante.
- (C) a vacina Pfizer-BioNTech (BNT162b2) é produzida a partir do lisado de partículas virais.
- (D) a vacina Janssen (Ad26.COV2.S) é uma vacina construída a partir de fragmentos da espícula viral.
- (E) a vacina Novavax (NVX-CoV2373) é uma vacina construída a partir de DNA plasmidial.

19

Sobre as moléculas de IgE, é correto afirmar que

- (A) apresenta-se na forma de pentâmeros, semelhante à IgM.
- (B) é a segunda imunoglobulina mais abundante no plasma humano.
- (C) apresenta-se como dímero na circulação, de modo semelhante à IgA secretora.
- (D) possui quatro subclasses, análogas às encontradas na IgG.
- (E) liga-se com alta afinidade a receptores FcεRI presentes na superfície de mastócitos, basófilos.

20

Mulher de 35 anos, com IMC de 33 kg/m² e diagnóstico confirmado de asma persistente leve a moderada, refere episódios frequentes de falta de ar, chiado no peito e tosse seca, principalmente à noite ou aos esforços, cerca de 4 vezes por semana, e despertares noturnos com dispnéia duas vezes por semana. Faz uso de salbutamol em média 4 a 5 vezes por semana, sem uso prévio de corticosteroide inalatório. Teve duas idas à emergência no último ano devido à crise de asma. Nega tabagismo e relata piora em ambientes fechados e empoeirados.

Ao exame físico, a paciente apresentava: PA 120/70 mmHg, FC 88 bpm, FR 20 irpm, SpO₂ 96% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com sibilos expiratórios difusos bilateralmente, sem crepitações. Ausculta cardíaca com ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Com base nas diretrizes GINA 2025 (Track 1 – ICS-formoterol como manutenção e alívio), o manejo inicial dessa paciente deve ser

- (A) iniciar apenas salbutamol conforme necessidade, ajustando dose semanalmente.
- (B) prescrever corticosteroide inalatório de baixa dose diariamente e manter salbutamol como resgate.
- (C) iniciar combinação ICS-formoterol como medicação de manutenção e resgate (MART).
- (D) prescrever ICS-formoterol em dose fixa para manutenção e uso de SABA conforme necessidade.
- (E) encaminhar para uso de corticoterapia oral diária imediatamente, ajustando a dose conforme resposta.

21

Segundo o *Consenso Brasileiro de Rinite e Conjuntivite Alérgica* da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI), 2020, o tratamento prolongado da conjuntivite alérgica moderada não complicada, em pacientes com sintomas atópicos discretos, deve incluir, além de medidas gerais como o afastamento dos possíveis alérgenos e a lavagem regular dos olhos com lágrimas artificiais, o uso de

- (A) colírios a base de anti-histamínicos com ação estabilizadora de mastócitos (dupla ação).
- (B) imunoterapia específica para antígenos de ácaros, fungos do ar e poeira domiciliar.
- (C) colírios a base de anti-histamínico estabilizantes de macrófagos e corticosteroide intranasal.
- (D) imunoterapia específica para antígenos de ácaros, fungos do ar e poeira domiciliar associada a colírios corticosteroide tópico regular.
- (E) colírio a base de antibiótico ocular de amplo espectro associado a combinações de anti-histamínicos e corticosteroides oral por tempo curto.

22

Com relação ao exame de FAN (fator antinuclear) utilizado na avaliação de doenças autoimunes sistêmicas, assinale a afirmativa correta.

- (A) FAN positivo com padrão pontilhado fino e anti-DFS70 isolado é altamente indicativo de lúpus eritematoso sistêmico ativo.
- (B) Um teste de FAN negativo em títulos inferiores a 1:80 exclui com segurança t doenças autoimunes sistêmicas.
- (C) O padrão nucleolar é altamente específico para lúpus com envolvimento hematológico e deve sempre ser seguido de anti-dsDNA.
- (D) FAN positivo com padrão centromérico indica com certeza esclerose sistêmica difusa.
- (E) O padrão nuclear homogêneo em títulos elevados é compatível com autoanticorpos anti-DNA nativo ou anti-histona, frequentemente observados no lúpus eritematoso sistêmico.

23

Sobre os efeitos do aleitamento materno no sistema imunológico do recém-nascido, assinale a afirmativa correta.

- (A) A imunoglobulina D (IgD) do leite tem papel decisivo na formação da flora intestinal do bebê, impedindo que bactérias patogênicas se instalem e proliferem no início da vida.
- (B) O leite materno é rico em imunoglobulina A secretora (IgA) e oligossacarídeos, que protegem o trato gastrointestinal, modulam a microbiota intestinal e ajudam a reduzir o risco de infecções precoces.
- (C) O colostro e o leite maduro apresentam composição que pouco varia ao longo do período de lactação, evitando-se assim que o desenvolvimento do sistema imune intestinal do bebê seja afetado por questões ambientais da mãe.
- (D) O leite materno contém altas concentrações de proteínas intactas oriundas da alimentação materna, contribuindo assim para o desenvolvimento de alergias alimentares precoces.
- (E) As moléculas de IgA do leite se apresentam na forma de pentâmeros, capazes de se ligar com muitos antígenos diferentes simultaneamente e assim impedindo a super infecção intestinal dos bebês.

24

Um recém-nascido com 38 semanas de gestação, filho de mãe com pré-natal irregular, é avaliado nas primeiras 12 horas de vida. A mãe foi diagnosticada com sífilis no terceiro trimestre, apresentando VDRL materno positivo (1:32) e teste treponêmico reagente, sem evidência de tratamento adequado registrado.

O recém-nascido encontra-se assintomático, com exame físico sem alterações evidentes. Seus exames laboratoriais revelaram: VDRL: 1:64, FTA-Abs IgG: positivo, FTA-Abs IgM: positivo, hemograma: anemia normocítica (Hb 11,0 g/dL), leucocitose leve (15.200/mm³), RX de ossos longos: alterações metafisárias bilaterais compatíveis com periostite, Líquor: celularidade normal e VDRL não reagente.

Com base nos critérios laboratoriais e clínicos, é correto afirmar que

- (A) a infecção congênita só pode ser confirmada com PCR para *T. pallidum* ou cultura do agente.
- (B) a ausência de alterações no líquido e de sintomas clínicos permite descartar o diagnóstico de sífilis congênita.
- (C) a positividade do FTA-Abs IgG e a ausência de manifestações clínicas excluem o diagnóstico de sífilis congênita.
- (D) a positividade do FTA-Abs IgM e VDRL do RN em título quatro vezes maior que o materno sugere infecção ativa, sendo diagnóstico de sífilis congênita provável.
- (E) o VDRL reagente do RN apenas reflete passagem transplacentária de anticorpos maternos e não indica infecção congênita.

25

Em relação aos mecanismos imunológicos envolvidos na imunoterapia alérgeno-específica (ITA) com vacinas hipossensibilizante, empregada no tratamento de rinites alérgicas e asma alérgica, assinale a afirmativa correta.

- (A) A imunoterapia inibe as células T reguladoras (Tregs), reduzindo a tolerância imunológica para amplificar a resposta ao alérgeno.
- (B) A vacina hipossensibilizante atua principalmente por depleção de mastócitos e eosinófilos circulantes, sem efeitos sobre linfócitos T.
- (C) A imunoterapia favorece uma mudança de resposta imune Th2 para Th1 e induz células T reguladoras (Tregs), promovendo tolerância imunológica.
- (D) O principal mecanismo de ação envolve aumento na produção de IgE específica, que promove dessensibilização progressiva aos alérgenos.
- (E) O efeito imunológico da ITA é imediato e se instala nas primeiras 48 horas após a primeira dose, com supressão completa da resposta IgE.

26

Um homem de 28 anos, previamente saudável, procura atendimento apresentando febre, faringite, cefaleia, sudorese noturna e linfadenopatia cervical bilateral dolorosa. Relata relação sexual desprotegida com parceiro desconhecido há 18 dias. Ao exame físico, apresenta temperatura de 38,4 °C, ausência de exantema, úlceras orais discretas e esplenomegalia leve.

Os exames iniciais mostram: Hemograma: leucopenia leve e linfócitos atípicos, sorologia para HIV (ELISA de 4ª geração): negativa, PCR para HIV RNA: 500.000 cópias/mL e teste de anticorpos rápidos (imunocromatográfico) para HIV: negativo.

Com base nos achados e nos mecanismos imunológicos envolvidos, a melhor interpretação para o quadro é:

- (A) o PCR detectou falso positivo e deve ser ignorado na ausência de anticorpos anti-HIV detectáveis.
- (B) a sorologia negativa exclui infecção pelo HIV e o quadro deve ser interpretado como mononucleose por EBV ou CMV.
- (C) a negatividade de todos os testes indica provável imunodeficiência combinada com falha de produção de anticorpos.
- (D) a alta carga viral e sintomas agudos indicam infecção aguda por HIV na fase de janela imunológica, anterior à soroconversão.
- (E) a imunidade humoral é a primeira a surgir na infecção pelo HIV, o que torna improvável a fase aguda sem anticorpos detectáveis.

27

Sobre os mecanismos de ação das imunoglobulinas intravenosas (IVIG) no tratamento de enfermidades, como a doença de Kawasaki, é correto afirmar que

- (A) seu efeito terapêutico baseia-se na depleção de linfócitos B, por ação citotóxica direta mediada por complemento.
- (B) as IVIG agem exclusivamente por fornecer anticorpos neutralizantes contra superantígenos bacterianos envolvidos na patogênese.
- (C) as imunoglobulinas intravenosas atuam estimulando a resposta Th17, intensificando a vigilância imunológica vascular e tecidual.
- (D) o uso de IVIG promove ativação policlonal de células T e induz a produção de IL-1 β e TNF, os quais são essenciais na resposta inflamatória inicial.
- (E) as IVIG inibem a inflamação por múltiplos mecanismos imunorregulatórios, tais como o bloqueio do receptor Fc γ e a modulação de células T reguladoras.

28

As vacinas conjugadas representam um avanço significativo na prevenção de doenças invasivas causadas por *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*.

Sobre o papel dos toxoides na formulação dessas vacinas, assinale a afirmativa correta.

- (A) A conjugação de toxoides às vacinas permite o recrutamento de células T auxiliares, promovendo resposta imune T-dependente e imunológica de memória.
- (B) A função principal dos toxoides nas vacinas conjugadas é proteger o antígeno polissacarídico da degradação enzimática no local de aplicação.
- (C) As vacinas polissacarídicas conjugadas são eficazes apenas em adultos imunocompetentes, pois os toxoides são ineficazes em crianças menores de 2 anos.
- (D) Os toxoides atuam como adjuvantes inespecíficos que aumentam a produção de IgM contra polissacarídeos capsulares, sem papel na ativação de linfócitos T.
- (E) A ligação do toxoide ao antígeno capsular reduz a antigenicidade, tornando a vacina mais segura, porém menos imunogênica.

29

Um menino de 4 anos, sem histórico de comorbidades anteriores, foi levado ao pediatra devido a infecções virais recorrentes desde o segundo ano de vida. O histórico da criança inclui dois episódios de meningoencefalite herpética (HSV-1) confirmadas pelo PCR, além de infecções recorrentes pelo vírus varicela-zoster, mesmo após vacinação, e quadros de pneumonia atípica viral.

A criança apresentava crescimento normal, sem alterações cardíacas, faciais ou esqueléticas. Os exames laboratoriais mostraram: Hemograma completo: sem alterações relevantes, sorologias para HIV, CMV e EBV: negativas, níveis séricos de IgG, IgA, IgE e IgM: normais, linfócitos T CD3⁺, CD4⁺ e CD8⁺ e linfócitos B CD19⁺: em níveis adequados, avaliação de função fagocitária e complemento: sem alterações.

Apesar das medidas antivirais profiláticas, a criança continuava apresentando reativações virais frequentes por herpesvírus, com infecções prolongadas e com recuperação lenta.

Com base no quadro clínico e imunológico descrito, a melhor opção diagnóstica é

- (A) doença granulomatosa crônica.
- (B) imunodeficiência comum variável.
- (C) deficiência funcional de células NK.
- (D) deficiência combinada grave (SCID).
- (E) imunodeficiência transitória da infância.

30

Um homem de 34 anos, previamente saudável, procura atendimento com febre baixa, exantema maculopapular eritematoso não pruriginoso no tronco e membros, iniciado 3 dias após o início do uso de amoxicilina-clavulanato, prescrito para sinusite bacteriana. Nega uso anterior da medicação.

Ao exame físico, encontra-se estável hemodinamicamente, com rash disseminado, sem lesões bolhosas, sem descamação ou mucosite. O quadro evoluiu com resolução espontânea do exantema após suspensão da medicação, sem necessidade de internação.

Exames laboratoriais mostram: hemograma: leucocitose leve ($12.800/\text{mm}^3$), sem eosinofilia, PCR: discretamente elevada, provas hepáticas e renais normais, ausência de linfadenopatia ou hepatoesplenomegalia.

Com base nos achados clínicos, laboratoriais e nos mecanismos imunopatológicos envolvidos, a reação apresentada é melhor classificada como

- (A) reação citotóxica mediada por anticorpos (Tipo II).
- (B) reação de hipersensibilidade imunocomplexa (Tipo III).
- (C) reação de hipersensibilidade imediata mediada por IgE (Tipo I).
- (D) reação de hipersensibilidade tardia mediada por linfócitos Th1 (Tipo IVa).
- (E) reação autoimune mediada por anticorpos antinucleares induzidos por drogas (Tipo IIb).

31

Durante uma infecção viral por um subtipo emergente de vírus influenza, uma paciente desenvolveu anticorpos neutralizantes de alta afinidade em um período relativamente curto após a infecção.

Sabe-se, contudo, que este vírus apresentava altas taxas de mutação nos epítomos da hemaglutinina, o que dificultou o reconhecimento imune pelos anticorpos pré-existentes. Passado algum tempo, os estudos sorológicos demonstraram que a reatividade cruzada dos anticorpos para os epítomos da hemaglutinina das cepas mutantes era maior do que aquela observada para a cepa inicial.

Sob o ponto de vista imunológico, esse fenômeno pode explicado pela

- (A) indução de linfócitos B (B1) capazes de reconhecer padrões moleculares invariantes dos patógenos.
- (B) ativação de células T CD8⁺ com reconhecimento cruzado de epítomos peptídicos mutantes da hemaglutinina viral.
- (C) produção compensatória de anticorpos IgM multivalentes, com maior capacidade de ligação aos antígenos mutantes.
- (D) seleção de plasmócitos de memória da medula óssea com re-expressão de moléculas de IgG receptoras de membrana.
- (E) hipermutação somática nas células B, a qual permite a seleção de clones produtores de anticorpos de alta afinidade diante de antígenos variantes.

32

Um paciente de 54 anos, HIV positivo, que tratava a infecção de forma irregular, foi internado em uma UTI após apresentar quadro de cefaleia, confusão mental, vômitos e desmaios.

No exame do líquido, observou-se aspecto xantocrômico, 400 células/ mm^3 com predomínio de polimorfonucleares (350 células/ mm^3), glicose de 20 mg/dL e proteína aumentada. A baciloscopia com coloração de Ziehl-Neelsen foi positiva para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR). A carga viral para HIV era de $1.000.000$ cópias/mL e o total de linfócitos T CD4⁺ era de 150 células/ mm^3 .

Considerando o quadro apresentado acima, podemos afirmar que a principal causa de redução crítica dos linfócitos T CD4 se deveu à

- (A) ação citotóxica das células TH1.
- (B) ação citotóxica das células TH2.
- (C) ação citotóxica das células TCD8⁺.
- (D) ação citotóxica das células T gama-delta.
- (E) morte por lise, apoptose e piroptose induzida pelos vírus.

33

A principal estratégia atualmente utilizada para o diagnóstico precoce de imunodeficiências primárias graves, como a imunodeficiência combinada grave (SCID), em recém-nascidos baseia-se na(o)

- (A) avaliação de painel genético após os 6 meses de idade.
- (B) triagem neonatal baseada na quantificação de círculos de DNA de receptores de células T (TREC) e B (KREC).
- (C) avaliação clínica de infecções recorrentes nos primeiros meses de vida.
- (D) dosagem de linfócitos T e B por imunofenotipagem no sangue periférico de cordão umbilical.
- (E) teste do pezinho ampliado com dosagem de imunoglobulinas séricas.

34

Um menino de 12 anos, com diagnóstico de dermatite atópica moderada e falha terapêutica com emolientes e corticosteroides tópicos, apresentou pele difusamente xerótica, lesões eritemato-descamativas com escoriações e sinais de infecção secundária.

Considerando a necessidade de intensificação do tratamento e respeitando os critérios de segurança para a faixa etária, uma medida adequada a ser adotada para o paciente seria

- (A) iniciar tratamento com dupilumabe, anticorpo monoclonal anti-IL-4R α , aprovado para crianças acima de 6 anos.
- (B) iniciar metotrexato oral de uso contínuo como droga de primeira linha no tratamento da dermatite atópica pediátrica.
- (C) optar por omalizumabe, anticorpo monoclonal anti-IgE, aprovado como primeira linha para qualquer manifestação atópica em crianças.
- (D) indicar fototerapia com PUVA, mesmo sem cabine pediátrica adequada, devido à sua eficácia na modulação da resposta inflamatória cutânea.
- (E) iniciar ciclosporina A oral como terapia de primeira escolha por curto prazo, com transição precoce para imunoglobulina intravenosa.

35

As reações do tipo 1 (reversas), frequentemente observadas em pacientes com formas borderline da hanseníase, estão imunologicamente associadas a

- (A) resposta imune Th2 anérgica, com redução da resposta celular mediada por linfócitos T CD4+.
- (B) resposta imune predominantemente Th1, com elevação de IFN- γ e TNF- α e maior ativação de macrófagos.
- (C) aumento da produção de IL-4 e IL-10, típicas de uma resposta Th2, com formação de complexos imunes circulantes.
- (D) reações de hipersensibilidade do tipo III, caracterizadas por infiltrado neutrofílico e formação de nódulos subcutâneos dolorosos.
- (E) exacerbação da resposta humoral, com deposição de imunocomplexos e elevação de IL-6 e IL-17, especialmente em pacientes com hanseníase virchowiana.

36

Na síndrome de Guillain-Barré, os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pelas manifestações clínicas resultam, predominantemente, de processos imunomediados que incluem

- (A) infiltração seletiva de eosinófilos nas raízes nervosas, com degranulação local, liberação de proteínas tóxicas e necrose axonal difusa.
- (B) a produção de autoanticorpos IgA contra canais de potássio neuronais, levando à disfunção pré-sináptica e ao bloqueio da transmissão neuromuscular.
- (C) o depósito de imunocomplexos nos nervos periféricos, com formação de granulomas perivasculares e interrupção da condução nervosa por efeito compressivo.
- (D) a ativação de células T citotóxicas contra proteínas expressas nos oligodendrócitos periféricos, resultando em apoptose e degeneração segmentar da mielina.
- (E) o mimetismo molecular entre antígenos microbianos e gangliosídeos neuronais, induzindo produção de autoanticorpos IgG que ativam o complemento, promovendo lesão desmielinizante ou axonal, a depender da especificidade antigênica.

37

Um paciente de 23 anos, previamente saudável, procurou uma unidade de saúde apresentando febre alta (39,2 °C), mal-estar, odinofagia intensa e lesões cutâneas dolorosas e confluentes. Ele informou que os sintomas surgiram há 3 dias, após uso de lamotrigina para o tratamento de epilepsia.

Ao exame físico, observava-se conjuntivite bilateral, úlceras hemorrágicas na mucosa oral, erosões na glândula e áreas de descolamento epidérmico nos membros superiores, envolvendo cerca de 10% da superfície corporal, com sinal de Nikolsky positivo. Os exames laboratoriais revelaram: Leucócitos: 14.500/mm³ (neutrofilia com desvio à esquerda), PCR: 136 mg/L, ALT/AST: normais, PCR para HSV e Mycoplasma pneumoniae: negativos. A biópsia de uma das lesões cutâneas com estudo histopatológico, mostrou necrose epidérmica em faixa, bolha subepidérmica e infiltrado linfocitário perivascular na derme papilar com apoptose intensa de queratinócitos, especialmente na camada basal.

Com base nesse relato, o diagnóstico mais provável para o paciente é

- (A) pênfigo vulgar, com formação de bolhas intraepidérmicas e expressão de C3 no espaço intercelular.
- (B) eritema multiforme maior, com ativação de linfócitos T CD4+ contra epítomos virais persistentes em mucosas.
- (C) síndrome de Stevens-Johnson, desencadeada por reação de hipersensibilidade tipo IV mediada por células T citotóxicas.
- (D) necrólise epidérmica tóxica (NET), desencadeada por anticorpos IgG anti-desmogleína 3 com padrão imunofluorescente intercelular.
- (E) epidermólise bolhosa adquirida autoimune, com formação de bolhas subepidérmicas e depósitos lineares de IgG e C3 na membrana basal.

38

Na imunoterapia subcutânea para rinite ou asma alérgica, emprega-se adjuvantes para modular a resposta imune, aumentar a eficácia e reduzir reações adversas.

O adjuvante que continua sendo o mais utilizado nesses protocolos por favorecer o depósito antigênico, prolongar a exposição ao alérgeno, favorecer a produção de IgG específica e modular a resposta de Th2 para Th1 é

- (A) o monofosforil lipid A (MPL), utilizado isoladamente por induzir forte resposta Th1 e redução de IgE em AIT.
- (B) o fosfato de cálcio, hoje considerado o adjuvante preferido por sua alta biodegradabilidade e eficácia superiores ao alum.
- (C) o hidróxido de alumínio, que permanece o adjuvante de escolha em SCIT, com amplo uso em vacinas comerciais, eficácia comprovada e boa segurança clínica.
- (D) o uso de adjuvantes, de forma geral, que não é recomendado em imunoterapia devido ao aumento da liberação de histamina e piora dos sintomas alérgicos.
- (E) a microcristalina de tirosina (MCT), que devido à sua rápida metabolização (~96 h), já suplantou o alumínio como adjuvante predominante em SCIT no Brasil.

39

Na doença hemolítica do feto e do recém-nascido, a incompatibilidade entre antígenos eritrocitários paternos/fetais e anticorpos IgG maternos leva ao desenvolvimento de anemia fetal e suas complicações.

O mecanismo central dessa enfermidade consiste na

- (A) produção fetal de anticorpos IgG contra antígenos maternos transitórios, levando à hemólise imediata após o nascimento.
- (B) lise eritrocitária fetal mediada por complemento após formação de complexos antígeno-anticorpo IgA transitando através da placenta.
- (C) transferência transplacentária de anticorpos IgM maternos direcionados a antígenos D e Kell, causando lise intravascular dos eritrócitos fetais.
- (D) resposta celular citotóxica CD8+ materna específica para antígenos fetais, causando destruição mediada por perforinas e consequente anemia fetal grave.
- (E) ligação de anticorpos maternos IgG aos antígenos eritrocitários fetais (como RhD, Kell, c), seguida de lise extravascular por macrófagos hepáticos e esplênicos, com ativação secundária de eritropoese extramedular e possível “hidrops fetalis”.

40

Anticorpos heterófilos são utilizados classicamente no diagnóstico de mononucleose infecciosa causada pelo vírus Epstein-Barr. Esses anticorpos (IgM), que reagem contra antígenos presentes em hemácias de outros animais, surgem tipicamente de 1 a 2 semanas após o início dos sintomas, atingem pico entre 2 e 5 semanas e desaparecem em alguns meses.

Resultados falso-positivos também podem ser observados em infecções virais tais como

- (A) citomegalovírus.
- (B) sarampo.
- (C) SARS-CoV-2.
- (D) influenza sazonal.
- (E) vírus da hepatite A.

Pediatria

41

Uma lactente de 2 meses, previamente hígida, comparece à consulta de rotina com sintomas gripais leves há 3 dias. A mãe relata que a irmã de 3 anos está com tosse e febre.

Ao exame físico, a bebê está em bom estado geral, com FR: 42 irpm, FC: 138 bpm, temperatura axilar de 37,5 °C, ausculta com estertores finos esparsos bilaterais e leve retração subcostal. O calendário vacinal está em dia.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) iniciar antibiótico empírico por suspeita de pneumonia bacteriana.
- (B) solicitar radiografia de tórax para todos os lactentes com sintomas respiratórios.
- (C) observar evolução clínica, orientando sinais de alarme e retorno precoce.
- (D) prescrever broncodilatador de resgate por 5 dias.
- (E) iniciar corticoterapia oral por possível bronquiolite.

42

Recém-nascido do sexo masculino, com 3 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal sem intercorrências, Apgar 8/9, peso adequado para a idade gestacional. Mãe saudável, sem histórico de infecções ou uso de medicações durante a gestação, realizou pré-natal completo e ultrassonografias, sem alterações estruturais cardíacas detectadas.

Desde o nascimento, o RN apresenta cianose central persistente, não responsiva ao oxigênio suplementar por cateter nasal. Não há desconforto respiratório evidente. À ausculta cardíaca, nota-se sopro sistólico 2+/6+, audível no foco tricúspide. Pulmões com murmúrio vesicular presente e simétrico. A oximetria de pulso revela saturação pré-ductal 85% e pós-ductal de 84%. A gasometria arterial mostra acidose respiratória leve com hipoxemia. À exceção da cianose persistente, e do sopro já relatado não há outras alterações ao exame físico.

Diante da suspeita de cardiopatia congênita cianótica, foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou transposição das grandes artérias (TGA), com septo interventricular íntegro e comunicação interatrial pequena.

Com base no quadro clínico e nos achados ecocardiográficos, a conduta prioritária imediata é

- (A) indicar intubação e ventilação mecânica com FiO₂ 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para sepse neonatal até elucidação completa.
- (E) solicitar angiotomografia de tórax.

43

Menino de 6 anos, previamente com desenvolvimento neuropsicomotor adequado, é trazido à consulta por regressão na linguagem expressiva há cerca de 4 meses.

A mãe relata que ele, que já falava frases completas, passou a ter dificuldade crescente para formar palavras e responder comandos verbais, mesmo sem alterações auditivas aparentes. O comportamento tornou-se mais irritadiço, com períodos de desatenção, isolamento e episódios noturnos em que se debate na cama, com rigidez e salivação excessiva.

O exame físico neurológico não apresenta déficits motores ou sensitivos, mas não executa comandos verbais simples nem emite frases coerentes. Teste de audiometria normal. Ressonância magnética de crânio sem alterações estruturais. EEG com padrão de descargas epileptiformes bilaterais, contínuas durante o sono, com predominância nas regiões temporais posteriores.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

- (A) epilepsia rolândica benigna.
- (B) síndrome de Lennox-Gastaut.
- (C) epilepsia mioclônica juvenil.
- (D) síndrome de Landau-Kleffner.
- (E) encefalite autoimune.

44

Menina de 5 anos apresenta palidez importante, cansaço aos esforços e irritabilidade progressiva. Ao exame físico apresenta peso e estatura adequados para a idade, palidez mucosa +/4+, frequência cardíaca: 120 bpm, ausculta cardíaca com sopro sistólico 1+/6+ no foco pulmonar e não há linfadenomegalia ou visceromegalias.

O hemograma revela: Hb 8,7 g/dL | Ht 26% | VCM 68 fL | CHCM 28 g/dL | RDW 18% | Leucócitos e plaquetas normais. Ferritina: 10 ng/mL. Ferro sérico: 25mcg/dL, TIBC: 420mcg/dL, saturação de transferrina: 6%, o PCR está abaixo do limite de detecção.

A principal suspeita diagnóstica é de

- (A) anemia ferropriva.
- (B) anemia de Fanconi.
- (C) talassemia beta maior.
- (D) leucemia linfoblástica aguda.
- (E) deficiência de vitamina B12.

45

Pré-escolar de 6 anos, com história prévia de asma, é levado ao pronto-socorro com dispneia progressiva, sibilância difusa, FR: 52 irpm, SatO₂: 89% em ar ambiente, batimento de asa do nariz e fala entrecortada. A mãe nega febre e rinorreia. Não há história de contato com indivíduos com infecção de vias aéreas. No manejo inicial são administradas duas doses de salbutamol inalatório com espaçador.

Nesse caso, as seguintes medidas são preconizadas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Iniciar oxigenoterapia.
- (B) Repetir broncodilatadores em dose escalonada.
- (C) Administrar azitromicina oral.
- (D) Iniciar corticoterapia sistêmica.
- (E) Avaliar necessidade de internação.

46

Lactente de 7 meses, sexo feminino, apresenta febre há 3 dias, sem sinais localizatórios. Ao exame físico, mostra-se irritada, com temperatura de 38,9 °C, sem alterações em vias aéreas ou na otoscopia. Urina coletada por sondagem revela leucócitos ++, nitrito positivo.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) solicitar urocultura e aguardar ambulatorialmente o resultado para tratar.
- (B) tratar empiricamente com antibiótico oral e reavaliar em 72 h.
- (C) solicitar urocultura, internar e iniciar antibiótico parenteral imediatamente.
- (D) repetir exame de urina após 24h de observação.
- (E) iniciar antipirético e hidratação oral exclusiva.

47

Lactente de 5 meses, amamentado exclusivamente com fórmula, apresenta fezes com muco e sangue há duas semanas. Boa aceitação alimentar, sem vômitos, ganho ponderal adequado. Mãe relata história de rinite alérgica.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) gastroenterite bacteriana.
- (B) alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não-IgE mediada.
- (C) invaginação intestinal.
- (D) colite ulcerativa.
- (E) constipação com fissura anal.

48

Escolar de 9 anos apresenta febre há 5 dias, artrite em grandes articulações de caráter migratório e lesões eritematosas em tronco. Exame físico: sopro sistólico em foco mitral. ASLO aumentado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) artrite idiopática juvenil.
- (C) artrite séptica.
- (D) doença de Lyme.
- (E) febre reumática.

49

Recém-nascido com 4 dias de vida apresenta vômitos em jato, sucção pobre e letargia. Exame: desidratado, fontanela afundada. Glicemia 28 mg/dL, sódio 128 mEq/L, potássio 6,2 mEq/L.

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

- (A) hipoglicemia por infecção neonatal.
- (B) hiperplasia adrenal congênita.
- (C) hipotireoidismo congênito.
- (D) erros inatos do metabolismo.
- (E) insuficiência hepática neonatal.

50

Adolescente de 14 anos comparece à consulta desacompanhado, referindo desejo de iniciar acompanhamento para orientação sobre saúde sexual e contracepção. Relata já ter iniciado vida sexual e não deseja que os pais sejam informados.

Segundo o ECA e as normas éticas, a conduta mais adequada para o caso é

- (A) exigir presença dos pais para autorizar atendimento.
- (B) registrar a consulta, mas comunicar os responsáveis.
- (C) garantir sigilo e realizar atendimento conforme solicitado.
- (D) encaminhar o adolescente ao Conselho Tutelar.
- (E) notificar o Ministério Público por risco social.

51

Menina de 6 anos e 9 meses é trazida ao consultório por apresentar aumento do volume mamário há 4 meses, associado a um crescimento acelerado e a odor axilar. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com estatura no percentil 97, mama em estágio M2, ausência de pelos pubianos, velocidade de crescimento acima de 8 cm/ano e idade óssea estimada em 9 anos. A dosagem basal de LH foi de 0,3 mUI/mL, e após estímulo com GnRH apresentou pico de LH de 6,2 mUI/mL. Dosagens de estradiol foram discretamente elevadas. Exame neurológico sem alterações.

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica e a conduta mais apropriada são

- (A) Puberdade precoce periférica – solicitar ressonância de pelve e dosar HCG.
- (B) Puberdade precoce central idiopática – iniciar análogo de GnRH e realizar RNM de crânio.
- (C) Adrenarca precoce – acompanhamento clínico sem necessidade de tratamento.
- (D) Variante da normalidade – reavaliar em 6 meses sem exames complementares.
- (E) Hiperplasia adrenal congênita – iniciar corticoterapia e dosar aldosterona.

52

Lactente de 11 meses, previamente hígido, está com vacinação atualizada e irá viajar para área de risco de febre amarela. A mãe deseja saber se ele pode ser vacinado.

A recomendação atual, segundo o PNI e a SBP, é

- (A) administrar a vacina com pelo menos 10 dias antes da viagem com reforço aos 4 anos.
- (B) não vacinar, pois a vacina é contraindicada em menores de 12 meses e adotar medidas preventivas sem vacinação.
- (C) aplicar a vacina da dengue pela possibilidade de fazer proteção cruzada.
- (D) aplicar a vacina e repetir aos 12 meses.
- (E) administrar apenas com laudo médico e termo de consentimento formal.

53

Recém-nascida do sexo feminino, nascida de parto vaginal com 38 semanas de gestação, apresenta peso ao nascer de 2.200 g. A mãe tem 37 anos e realizou pré-natal com ultrassonografia morfológica alterada, mas não fez cariótipo fetal.

Ao exame físico, nota-se presença de microcefalia, fenda labial bilateral, polidactilia pós-axial em ambas as mãos, hipotonia generalizada e sopro cardíaco holossistólico audível em borda esternal esquerda. A ultrassonografia transfontanela revelou holoprosencefalia, e o ecocardiograma evidenciou comunicação interventricular ampla.

Assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada para esse caso.

- (A) Síndrome de Edwards – confirmar com cariótipo e encaminhar para cirurgia cardíaca precoce.
- (B) Síndrome de Down – iniciar estimulação precoce e investigação cardiológica.
- (C) Síndrome de Turner – dosar hormônios tireoidianos e iniciar estrógenos na puberdade.
- (D) Síndrome de Patau – solicitar cariótipo e instituir cuidados paliativos com foco em conforto.
- (E) Síndrome de Noonan – investigação genética e correção cirúrgica das más-formações.

54

Lactente, 10 meses de idade, é trazido ao pronto-socorro com história de convulsão na manhã do atendimento. A mãe relata história de febre há cerca de 2 dias (até 39 °C), associada a irritabilidade e redução do apetite. Fora avaliado no dia anterior, recebendo diagnóstico de otite média aguda à direita e iniciando amoxicilina (está em uso há cerca de 24 horas) e antipiréticos.

A crise convulsiva desta manhã fora em vigência de febre (38,5 °C) de forma tônico-clônico generalizada, com cianose labial transitória durando cerca de 4 minutos. Não há história prévia de convulsões e mãe nega trauma. A gestação fora sem intercorrências, o desenvolvimento neuropsicomotor está adequado para a idade, sem doenças crônicas conhecidas. Vacinação: esquema vacinal incompleto – recebeu as vacinas do 2º e 4º mês de vida, porém não recebeu as doses previstas para 6 meses (incluindo *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumococo).

Não há história familiar de epilepsia, embora o pai relate ter tido convulsões febris na infância. Ao exame a criança está com o estado geral regular, chorosa e irritada alternando com sonolência leve responsiva a estímulos. Temperatura: 38,3 °C; FC: 150 bpm; FR: 34 irpm; SpO₂: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

Você realiza exames laboratoriais iniciais cujos resultados são: hemograma: Hb 11,5 g/dL; leucócitos 15.800/mm³ (neutrófilos 72%, bastões 5%, linfócitos 20%, monócitos 3%); plaquetas 320.000/mm³ – leucocitose com neutrofilia e discreto desvio à esquerda. Proteína C-reativa (PCR): 8,5 mg/dL (VN < 1,0); Glicemia à admissão: 92 mg/dL. O EAS (urina tipo 1), o Raio X de tórax, os eletrólitos séricos e escórias renais são normais.

A conduta mais adequada neste momento, entre as listadas, é

- (A) realizar punção lombar e iniciar antibioticoterapia empírica adequada se necessário.
- (B) iniciar medicação anticonvulsivante profilática de longa duração (como fenobarbital), mantendo também antipiréticos agressivamente a cada 4-6 horas.
- (C) solicitar eletroencefalograma (EEG) imediato e encaminhar para avaliação com neurologista pediátrico, devido ao risco de epilepsia após a crise convulsiva febril.
- (D) acompanhar ambulatorialmente sem investigar de forma invasiva, por se tratar de uma convulsão febril simples; orientar medidas antipiréticas e observar evolução, com retorno em caso de nova convulsão.
- (E) realizar neuroimagem cerebral (TC de crânio) imediatamente, para descartar lesão estrutural intracraniana ou outras causas neurológicas.

55

Recém-nascida do sexo feminino, nascida a termo, parto vaginal, peso ao nascimento de 3.350 g, sem intercorrências durante a gestação ou parto. Apgar 8/9. No exame físico de rotina realizado nas primeiras 24 horas de vida, o pediatra observa assimetria de pregas cutâneas nos membros inferiores, encurtamento aparente de membro inferior esquerdo e limitação à abdução da coxa esquerda. Realiza a manobra de Ortolani e sente um 'clunk' positivo no quadril esquerdo. O quadril direito não apresenta alterações ao exame físico.

A conduta mais indicada nesse caso é

- (A) observar e reavaliar em 1 mês, pois os sinais clínicos são comuns e autolimitados nos primeiros dias de vida.
- (B) agendar avaliação com ortopedista para 4 meses de idade, quando será possível confirmar o diagnóstico.
- (C) iniciar uso de órtese nas primeiras duas semanas a fim de assegurar sucesso terapêutico.
- (D) solicitar radiografia de bacia em AP.
- (E) considerar displasia apenas com sinais bilaterais.

56

Menino de 6 anos, previamente hígido, é trazido ao pronto atendimento com lesões cutâneas pruriginosas no abdome, coxas e membros superiores há 5 dias. As lesões iniciaram como pápulas eritematosas que evoluíram para vesículas agrupadas com base eritematosa, com posterior formação de crostas melicéricas. Não há febre ou outros sintomas sistêmicos. A mãe relata que a criança frequenta escola e recentemente teve contato com um primo que apresentou lesões semelhantes.

Ao exame físico, observam-se múltiplas lesões crostosas com áreas de exsudação na região periumbilical e membros superiores, além de algumas vesículas íntegras e pústulas em estágio inicial. Não há sinais de sistêmicos. Não se notam linfadenomegalia, lesões orais ou mucosas.

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada são

- (A) Varicela e iniciar aciclovir oral e isolamento domiciliar por até 7 dias.
- (B) Escabiose com sobreinfecção bacteriana e prescrever ivermectina oral e antibiótico tópico.
- (C) Dermatite atópica com liquenificação e orientar cuidados com emolientes e iniciar corticosteroide tópico.
- (D) Eczema herpético e encaminhar para hospitalização e iniciar aciclovir intravenoso.
- (E) Impetigo e iniciar antibioticoterapia oral e reforçar medidas de higiene.

57

Lactente do sexo masculino, 6 meses de idade, sem história de interações prévias, é trazido à consulta por apresentar diarreia crônica com fezes volumosas, amareladas, fétidas e oleosas desde os 3 meses de vida. A mãe relata que o bebê tem dificuldade para ganhar peso, apesar de se alimentar bem. Exame físico: paciente ativo, com peso e estatura abaixo do percentil 3 para a idade, presença de baqueteamento digital e leve distensão abdominal. Não há alterações respiratórias evidentes no momento da consulta. Foi realizado teste do pezinho ampliado, com suspeita de alteração metabólica, ainda sem confirmação diagnóstica.

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica é

- (A) solicitar coprocultura e iniciar antibioticoterapia empírica.
- (B) iniciar dieta isenta de lactose e solicitar teste de hidrogênio expirado.
- (C) solicitar dosagem de tripsina imunorreativa e teste do suor.
- (D) realizar teste genético para intolerância à frutose e orientar dieta restritiva.
- (E) prescrever enzimas pancreáticas e avaliar resposta clínica antes de investigação adicional.

58

Lactente do sexo masculino, 7 meses de idade, previamente hígido, é trazido à emergência com história de início súbito de episódios de choro intenso, acompanhado de flexão das pernas contra o abdome, intercalados com períodos de aparente bem-estar. Nas últimas 6 horas evoluiu com vômitos biliosos e eliminação de fezes com muco-sanguinolentas. Ao exame físico: irritado, pálido, frequência cardíaca 168 bpm, pressão arterial 90/55 mmHg, temperatura 37,4 °C. Abdome discretamente distendido; à palpação, nota-se massa alongada e firme no hipocôndrio direito. Sem sinais de peritonite. De imediato, você solicita dois acessos venosos para iniciar a reposição volêmica.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o seguinte exame deve ser solicitado como próximo passo para confirmar o diagnóstico:

- (A) radiografia abdominal em decúbito dorsal e ortostase.
- (B) ultrassonografia abdominal com Doppler colorido.
- (C) radiografia do tórax em PA e perfil direito.
- (D) tomografia computadorizada de abdome com contraste intravenoso.
- (E) cintilografia com tecnécio-99m (pesquisa de mucosa ectópica).

59

Paciente de 9 anos, cursando o 3º ano do ensino fundamental, é trazido pela mãe por apresentar, há cerca de 2 anos, comportamento cada vez mais desafiador e conflituoso em casa e na escola. Relatos incluem discussões frequentes com adultos, recusa em obedecer regras, irritabilidade, e tendência a culpar os outros por seus próprios erros. Na escola, o paciente costuma contestar professores e provocar colegas, sem, contudo, envolver-se em agressões físicas graves ou destruição de propriedade.

Os episódios são diários e prejudicam muito a dinâmica familiar e a acadêmica. Não há evidência de crises de raiva explosiva acompanhadas de agressão física nem de sintomas persistentes de humor deprimido ou eufórico. Questionado sobre o relacionamento com os irmãos, a mãe refere discussões verbais, mas sem agressão física. Não há histórico de uso de substâncias, maltrato ou doença crônica. Ao exame não se notam anormalidades físicas, neurológicas ou cognitivas. Os marcos neuropsicomotores do menino estão dentro dos limites de normalidade.

Com base nesses achados, dos diagnósticos a seguir, o mais provável é

- (A) Transtorno de Conduta.
- (B) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) – subtipo combinado.
- (C) Transtorno Opositor Desafiante (TOD).
- (D) Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor.
- (E) Transtorno do Espectro Autista (TEA) – nível 1.

60

Paciente do sexo masculino, 10 anos, portador de leucemia linfoblástica aguda em indução (dia 14 de quimioterapia), com neutropenia absoluta (< 500 células/mm³) com cateter venoso central tipo Port-a-Cath. É atendido na emergência com febre de 39,2 °C, prostração progressiva e extremidades frias há 3 horas. Na triagem apresenta: PA 78/45 mmHg (percentil < 5 para a idade), FC 152 bpm, FR 32 ipm, SatO₂ 93 % em ar ambiente, tempo de enchimento capilar 5 s, pulsos periféricos filiformes. Diurese das últimas 6 h: 0,3 mL/kg/h. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome sem visceromegalias. Pele sem exantemas visíveis. Exames iniciais: lactato sérico 4,2 mmol/L, leucócitos totais 1.500 células/mm³ com 4 % neutrófilos, hematócrito 28 %, plaquetas 48.000/mm³, PCR 10 mg/dL. Glicemia 84 mg/dL. Cateter aparentemente pérvio, sem sinais flogísticos cutâneos. Equipe de enfermagem já obteve acesso venoso periférico calibre 20 G bilateralmente. Diante do quadro descrito, das seguintes condutas, assinale a que representa o manejo inicial mais adequado ainda na primeira hora de atendimento (terapia de “hora de ouro”).

- (A) Administrar rapidamente bolus de 20 mL/kg de cristalóide isotônico aquecido, coletar hemoculturas preferencialmente de todos os lúmens do cateter e periferia, iniciar antibióticos de amplo espectro com cobertura antipseudomonas + glicopeptídeo e, se a hipotensão persistir após 40 mL/kg, começar norepinefrina em infusão contínua por acesso periférico sob monitorização rigorosa.
- (B) Iniciar anfotericina B lipossomal devido ao alto risco de infecção fúngica em neutropênicos e observar a perfusão tecidual antes de administrar fluidos, para evitar sobrecarga hídrica
- (C) Iniciar dopamina a 10 µg/kg/min imediatamente, evitando infusão de fluidos para não precipitar edema pulmonar, comum em pacientes imunossuprimidos.
- (D) Administrar dipirona para controle da febre e aguardar resultados de culturas antes de iniciar antibioticoterapia, para reduzir o risco de resistência bacteriana
- (E) Solicitar transfusão de plaquetas profilática antes de qualquer intervenção, haja vista que a contagem está < 50.000 /mm³, postergando a ressuscitação volêmica até estabilizar a hemostasia.

61

Recém-nascida do sexo feminino, com 38 semanas e pré-natal adequado sem intercorrências. Nasce de parto vaginal com líquido amniótico claro, de mãe que não fez uso sedativos. Peso ao nascer: 3.150 g. No momento do nascimento, a equipe identifica que a bebê está hipotônica, em apneia e apresenta FC de 80 bpm. Foi realizado aquecimento, posicionamento da via aérea e estímulo tátil por 30 segundos, sem resposta. Apgar: 3 no 1º minuto e 6 no 5º minuto. Inicia-se então ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara e balão autoinflável. Após 30 segundos, há melhora da frequência cardíaca para 110 bpm, porém a apneia persiste.

Diante do quadro descrito, a próxima conduta no manejo dessa apneia persistente deve ser

- (A) prosseguir com VPP por mais 30 segundos e reavaliar o tônus antes de iniciar compressões torácicas.
- (B) realizar intubação orotraqueal para garantir via aérea patente e eficaz, mantendo a ventilação assistida.
- (C) iniciar massagem cardíaca imediatamente, pois a apneia persistente indica falência circulatória iminente.
- (D) administrar naloxona intramuscular, considerando apneia secundária à possível exposição a opioide materno.
- (E) interromper a ventilação e observar por 30 segundos para avaliar se há esforço respiratório espontâneo retardado.

62

Lactente masculino de 6 meses, nasceu a termo com 39 semanas via parto vaginal, peso ao nascer 3.200 g. Recebeu vitamina K, BCG e 1ª dose de hepatite B na maternidade. Aos 5 meses, foi internado por pneumonia grave e candidíase oral refratária. Investigação imunológica: linfócitos T CD3+ 180 células/mm³, linfócitos B CD19+ 22 células/mm³, NK 45 células/mm³ com o diagnóstico de Imunodeficiência Combinada Severa (SCID) ligada ao X. Realiza IVIG mensal (400 mg/kg), TMP-SMX e fluconazol profiláticos. Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) programado em 2 meses.

A conduta vacinal mais apropriada neste momento é

- (A) manter todas as vacinas inativadas indicadas para idade e iniciar influenza inativada anual; contraindicar vacinas vivas.
- (B) administrar imediatamente MMR e varicela em dose reduzida para imunizar antes do TCTH.
- (C) suspender todo esquema vacinal até após reconstituição imune pós-TCTH, evitando inclusive inativadas.
- (D) aplicar dose de reforço de BCG e postergar demais vacinas.
- (E) substituir permanentemente vacinas por IVIG mensal e antibióticos profiláticos.

63

Paciente feminino, 4 anos e 3 meses, encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia pediátrica por atraso de crescimento e episódios de diarreia intermitente há 8 meses. Pais referem distensão abdominal progressiva, irritabilidade e perda ponderal de 1,2 kg no período. No histórico alimentar, a criança consome pão, massas e farináceos diariamente. Gestação sem intercorrências; aleitamento materno exclusivo até 5 meses; alimentação complementar introduzida aos 7 meses.

Antecedentes familiares: mãe com tireoidite de Hashimoto, primo materno com doença celíaca. Exame físico: peso 13,1 kg (< p5), estatura 94 cm (< p5), IMC 14,8 kg/m²; abdome globoso, sem visceromegalias; mucosas hipocrômicas; unhas quebradiças. Sem edemas. Desenvolvimento neuropsicomotor preservado para idade. O laboratório revela: Hemograma: Hb 9,2 g/dL, VCM 70 fL, RDW 17%; ferritina 9 ng/mL (VR > 15 ng/mL); albumina 4,1 g/dL; PCR < 0,5 mg/dL; IgA sérica total 110 mg/dL (VR 20-150 mg/dL); coprocultura e exame parasitológico negativos.

Considerando o quadro clínico e a suspeita de doença celíaca, o próximo passo diagnóstico mais adequado é

- (A) solicitar anticorpo IgA anti-transglutaminase tecidual (anti-tTG) concomitantemente à dosagem de IgA total, mantendo a dieta com glúten até conclusão da investigação.
- (B) iniciar dieta isenta de glúten imediatamente e reavaliar clinicamente em 8 semanas para confirmação diagnóstica.
- (C) indicar colonoscopia com biópsias múltiplas do cólon e íleo terminal para avaliar processo inflamatório.
- (D) realizar endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais com o paciente em dieta isenta de glúten.
- (E) solicitar tipagem HLA-DQ2/DQ8 e, se positiva, instituir dieta isenta de glúten sem necessidade de exames adicionais.

64

Lactente masculino, 3 meses de idade, nascido a termo, parto vaginal, peso ao nascer 3 100 g, com bom desenvolvimento neuropsicomotor. A mãe refere que há cerca de 4 semanas percebeu sudorese excessiva durante as mamadas e aumento da frequência respiratória. Relata também dificuldades para ganhar peso apesar da boa aceitação alimentar.

Exame físico: peso atual 4.100 g (< p3), frequência respiratória 56 ipm, frequência cardíaca 158 bpm, perfusão periférica preservada. Ausculta cardíaca revela sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa, intensidade +3/6, sem frêmito. Pulsos periféricos amplos e simétricos. Ausculta pulmonar com estertores finos bibasais. Fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Radiografia de tórax: cardiomegalia e aumento da vascularização pulmonar. Oximetria: 97% em ar ambiente.

Diante do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é

- (A) tetralogia de Fallot com fluxo pulmonar aumentado.
- (B) comunicação interventricular (CIV) perimembranosa com hiperfluxo pulmonar.
- (C) estenose pulmonar crítica com insuficiência cardíaca congestiva.
- (D) comunicação interatrial (CIA) tipo *ostium secundum* com repercussão hemodinâmica.
- (E) canal arterial persistente (PCA) com hipertensão pulmonar irreversível.

65

Recém-nascido do sexo masculino, 14 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal sem intercorrências. Peso ao nascer 3.250 g. Alimentação exclusivamente ao seio materno. Mãe procura emergência por episódios de vômitos em jato e letargia nas últimas 24 h. Relata diminuição da diurese. Ao exame: nota-se RN pálido, anictérico, peso atual 2.980 g, FC 178 bpm, PA 58/34 mmHg, FR 68 ipm, temperatura 36,4 °C, enchimento capilar em 4 segundos. Genitália externa masculina normal, sem hipospádia ou criptorquidia. Fontanela normotensa.

O laboratório inicial revela: glicemia capilar 46 mg/dL; gasometria arterial: pH 7,29 / HCO₃⁻ 17 mEq/L / BE -8 mEq/L; sódio 124 mEq/L, potássio 6,8 mEq/L, Cloro 96 mEq/L; ureia 38 mg/dL, creatinina 0,6 mg/dL; 17-hidroxiprogesterona sérica colhida 2 horas após admissão: 11 000 ng/dL (VR < 200 ng/dL).

Considerando os achados clínicos e laboratoriais, o diagnóstico mais provável é

- (A) sepse neonatal tardia por enterobactéria produtora de endotoxina.
- (B) estenose hipertrófica de piloro com alcalose metabólica hipoclorêmica.
- (C) acidose tubular renal distal (tipo 1).
- (D) hiperplasia congênita da suprarrenal por deficiência de 21-hidroxilase – forma perdedora de sal.
- (E) hipotireoidismo congênito com crise de mixedema.

66

Paciente masculino, 5 anos de idade, história de hidronefrose bilateral detectada no pré-natal. Realizou ablação endoscópica de válvula de uretra posterior (VUP) com 10 dias de vida. Evoluiu com infecções urinárias de repetição no 1º ano, tratadas ambulatorialmente. Está em seguimento nefrológico.

Nas últimas consultas, os pais relatam poliúria (4,2 L/m²/dia), noctúria, atraso de crescimento (P < p3) e episódios de urgência miccional. Exame físico: PA 112/70 mmHg (p95 para idade/estatura), peso 14 kg, estatura 96 cm. Abdome sem massas; bexiga não palpável pós-micção. Laboratório: creatinina 1,2 mg/dL (eTFG 42 mL/min/1,73 m²), ureia 58 mg/dL, bicarbonato 18 mEq/L, potássio 4,9 mEq/L. Urina de 24 h: proteinúria 240 mg/m²/dia. US recente: rins diminuídos (comprimento 6,5 cm; z-score -2), córtico-medular hiperecogênica; bexiga com parede espessada (6 mm) e volume residual 50 mL. O paciente utilizava sulfametoxazol-trimetoprima profilática desde o primeiro ano, suspensa há 4 meses. Não faz cateterismo intermitente.

Com base no quadro atual e visando retardar a progressão da insuficiência renal crônica, a conduta imediata a ser tomada é

- (A) realizar estudo urodinâmico e iniciar terapia de baixa pressão vesical (antimuscarínico + cateterismo vesical intermitente), além de alcalinização oral.
- (B) aumentar ingestão proteica para 2,5 g/kg/dia e suplementar creatina para otimizar ganho ponderal.
- (C) introduzir furosemida em altas doses para reduzir poliúria e prevenir sobrecarga de volume.
- (D) encaminhar para hemodiálise imediata, pois a taxa de filtração glomerular < 45 mL/min/1,73 m² é indicação absoluta.
- (E) manter observação expectante até que eTFG caia abaixo de 30 mL/min/1,73 m² e então listar para transplante renal.

67

Paciente masculino, 9 anos, previamente hígido, é levado à emergência com febre persistente (picos de 39 °C há 4 dias), dor abdominal difusa, vômitos, diarreia aquosa e exantema maculopapular em tronco e membros. Há 3 semanas, mãe e irmão apresentaram teste positivo para SARS-CoV-2 (variante Ômicron XBB sublinhagem). A criança não foi testada na ocasião e permaneceu assintomática. Exame físico: PA 88/50 mmHg, FC 132 bpm, FR 30 ipm, SpO₂ 96 % em ar ambiente, temperatura 38,8 °C. Conjuntivite não purulenta, hiperemia labial. Ausculta cardíaca normal. Os exames laboratoriais revelam: hemograma: leucócitos 5 300 cél/mm³ (linfócitos 12 %), plaquetas 128 000/mm³; PCR 195 mg/L, ferritina 780 ng/mL, D-dímero 2 200 ng/mL; Troponina I 0,23 ng/mL (VR < 0,04); Procalcitonina 0,7 ng/mL; RT-PCR para SARS-CoV-2: negativo; sorologia SARS-CoV-2 IgG nucleocapsídeo: positiva. Ecocardiograma: fração de ejeção 50 %, discreta dilatação da artéria coronária direita (Z-score +2,5).

Com base no quadro apresentado, o diagnóstico mais provável é

- (A) COVID-19 aguda sintomática com pneumonia viral.
- (B) síndrome inflamatória multissistêmica associada à COVID-19 (MIS-C).
- (C) doença de Kawasaki clássica.
- (D) choque tóxico estafilocócico.
- (E) apendicite aguda complicada com peritonite.

68

Lactente masculino, 5 semanas de vida, nascido a termo sem intercorrências, é trazido ao ambulatório porque a mãe percebe que desde o nascimento o bebê mantém a cabeça inclinada para a direita e o queixo voltado para a esquerda. Nega febre, trauma ou sinais neurológicos.

Ao exame físico, nota-se inclinação lateral da cabeça para a direita com rotação contralateral do queixo, sem limitação passiva importante. Palpa-se “massa” fusiforme de aproximadamente 1,5 × 0,8 cm no terço médio do esternocleidomastoideo (ECM) direito, sem hiperemia ou dor. Desenvolvimento psicomotor apropriado. A ultrassonografia cervical mostra espessamento do ECM direito, ecotextura fibrótica, sem alterações ósseas. Não há assimetria facial significativa nem plagiocéfalia franca.

A conduta inicial mais adequada para esse paciente é

- (A) tranquilizar os pais e reavaliar apenas quando a criança iniciar a marcha, pois a condição costuma regredir espontaneamente até 2 anos.
- (B) iniciar imediatamente fisioterapia com alongamentos passivos do ECM e posicionamento ativo, acompanhado de avaliação mensal do progresso.
- (C) prescrever colar cervical rígido em uso contínuo por seis semanas para manter o pescoço em posição neutra.
- (D) programar liberação cirúrgica do esternocleidomastoideo direito nas próximas duas semanas para evitar deformidades craniofaciais.
- (E) solicitar tomografia computadorizada de crânio e coluna cervical antes de tomar qualquer decisão terapêutica.

69

Adolescente feminino, 14 anos, é levada ao pronto-socorro por ingestão intencional de aproximadamente 25 comprimidos de fluoxetina 20 mg (dose total estimada: 500 mg) há cerca de 1 hora, após discutir com pais sobre notas escolares. Ao chegar, relata arrependimento parcial, mas permanece retraída, negando ideação suicida imediata.

Antecedentes: episódio prévio de automutilação (cortes superficiais) há 6 meses, fazia acompanhamento em um serviço de saúde mental, porém abandonou o seguimento. Sem comorbidades clínicas conhecidas. Uso regular de fluoxetina 20 mg/dia para depressão moderada, prescrita há 4 meses.

Exame inicial: FC 98 bpm, PA 108/66 mmHg, FR 18 ipm, SatO₂ 98 % em ar ambiente, T 36,7 °C. Consciente, orientada, fala pausada, olhar no chão. Pupilas isofotorreagentes. Abdome flácido, indolor, sem vômitos. Sem alterações neurológicas focais. Cicatrizes lineares antigas nos antebraços. ECG: ritmo sinusal, QTc 470ms. Os exames laboratoriais iniciais revelam glicemia 88 mg/dL, eletrólitos e função renal normal.

Com base nas diretrizes atuais de manejo de tentativa de suicídio em crianças e adolescentes, a conduta inicial adequada neste momento é

- (A) admitir em unidade de observação pediátrica, iniciar monitorização cardíaca contínua, administrar carvão ativado dose única (1 g/kg) via oral/naso-gástrica, solicitar parecer psiquiátrico de emergência e envolver família em plano de segurança antes da alta.
- (B) realizar lavagem gástrica imediata e administrar eméticos para induzir vômitos, mantendo observação de 6 h.
- (C) iniciar benzodiazepínico profilático IV para prevenir convulsões, depois alta ambulatorial, solicitando retorno em 72 h ao CAPS.
- (D) encaminhar diretamente para internação em UTI pediátrica sem monitorização pré-hospitalar, ou necessidade de esvaziamento gástrico pois todo QTc > 450 ms exige suporte avançado imediato.
- (E) liberar para casa após aconselhamento breve, visto que fluoxetina possui ampla margem terapêutica e risco de toxicidade grave é baixo.

70

Paciente masculino, 12 anos, com história de leucemia linfoblástica aguda (LLA) diagnosticada há 9 meses, atualmente em fase de consolidação do tratamento com quimioterapia, incluindo dexametasona, metotrexato e vincristina.

A mãe relata que, nas últimas semanas, o paciente apresenta ganho ponderal importante, fraqueza muscular proximal, pletora facial, estrias violáceas no abdome e alteração do humor. Ao exame físico: PA 135/85 mmHg, glicemia capilar 168 mg/dL, IMC no percentil 97. Não há sinais de puberdade avançada ou atraso puberal. Nega cefaleia, vômitos ou alterações visuais.

Com base no quadro clínico descrito, assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada.

- (A) Diabetes mellitus tipo 1 – iniciar insulino terapia e suspender a dexametasona imediatamente.
- (B) Puberdade precoce central – solicitar ressonância magnética de sela túrcica e dosar LH basal.
- (C) Síndrome de Cushing iatrogênica – manter vigilância clínica e avaliar redução gradual da dose de corticosteroide.
- (D) Síndrome metabólica – iniciar metformina e dieta hipocalórica rigorosa.
- (E) Neuropatia periférica induzida por vincristina – suspender a vincristina e encaminhar à fisioterapia.

71

Recém-nascido do sexo masculino, parto vaginal, Apgar 8/9, peso adequado para a idade gestacional, nascido em hospital terciário após gestação sem acompanhamento pré-natal adequado. Mãe com sorologia positiva para HIV confirmada durante o trabalho de parto, sem uso de terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação. Carga viral materna desconhecida. Não houve rotura prolongada de membranas nem uso de fórceps. A mãe não apresenta outras comorbidades e deseja amamentar. O recém-nascido encontra-se estável, em boas condições clínicas nas primeiras horas de vida.

A conduta imediata mais apropriada para esse recém-nascido é

- (A) iniciar zidovudina (AZT) oral por 4 semanas e permitir o aleitamento materno com seguimento ambulatorial mensal.
- (B) iniciar esquema de profilaxia com três drogas (zidovudina, lamivudina e nevirapina) e contraindicar aleitamento materno.
- (C) não iniciar profilaxia, apenas observar, pois o RN encontra-se assintomático.
- (D) iniciar nevirapina isolada por 6 semanas, liberar aleitamento e aguardar testes de HIV para definição de conduta.
- (E) indicar zidovudina intravenosa no RN.

72

Lactente feminina, 1 mês e 10 dias de vida, nascida a termo, com peso adequado ao nascer, vem apresentando baixo ganho ponderal nas últimas semanas. Alimentada exclusivamente ao seio, com boa pega e sucção eficaz; a mãe relata produção láctea adequada. Há uma semana, iniciou vômitos pós-prandiais, em jato, com piora progressiva. A criança mantém-se hipoativa, com leve icterícia em escleras.

Ao exame físico: fontanela normotensa, perfusão periférica preservada, sem sinais de desidratação grave. Exames laboratoriais revelam bilirrubina total 8,5 mg/dL (predomínio indireto), glicemia 72 mg/dL, sódio 132 mEq/L, potássio 4,7 mEq/L, pH 7,20, HCO_3^- 14 mEq/L, anion gap aumentado.

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é

- (A) erro inato do metabolismo – galactosemia clássica.
- (B) hiperplasia congênita da adrenal – forma perdedora de sal.
- (C) síndrome de Reye.
- (D) hepatite neonatal idiopática.
- (E) estenose hipertrófica de piloro.

73

Lactente masculino, 8 meses, 8 kg, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro com diagnóstico de bronquiolite viral aguda. Apresenta esforço respiratório moderado, tiragem intercostal, batimento de asa nasal, frequência respiratória de 68 irpm, saturação periférica de oxigênio (SpO_2) de 89% em ar ambiente, sem sinais de exaustão. Está afebril, hidratado, normotenso, com ausculta pulmonar evidenciando sibilos difusos. Após falha com cateter nasal convencional com oxigênio a 2 L/min, optou-se pela instituição de oxigenoterapia com cateter nasal de alto fluxo (CNAF).

Os parâmetros ventilatórios iniciais mais adequados para uso do CNAF nesse paciente são

- (A) fluxo de 2 L/min, FiO_2 100%, com cânula ocupando 90% do diâmetro da narina.
- (B) fluxo de 3 L/kg/min (24 L/min), FiO_2 40%, cânula de tamanho adequado (ocupando até 50% da narina).
- (C) fluxo de 1 L/kg/min (8 L/min), FiO_2 100%, com cânula nasal de diâmetro total das narinas.
- (D) fluxo de 10 L/min, FiO_2 21%, cânula de tamanho pequeno para maior conforto.
- (E) fluxo de 6 L/min, FiO_2 50%, cânula que oclui totalmente as narinas para maior pressão positiva.

74

Lactente do sexo feminino, 10 meses, é trazida à consulta por apresentar atraso no crescimento e episódios recorrentes de vômitos. A mãe relata que a criança se alimenta bem, mas não ganha peso como o esperado. Ao exame físico, apresenta estatura e peso abaixo do percentil 3, fontanela anterior ampla e tônus muscular reduzido. Exames laboratoriais mostram: pH arterial 7,29, bicarbonato 14 mEq/L, ânion gap normal, potássio 2,9 mEq/L, cloro 113 mEq/L. Glicemia e função renal normais. Urina com pH de 6,5 e ausência de glicosúria ou proteinúria.

Com base nesses achados clínicos e laboratoriais, assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta inicial.

- (A) Acidemia orgânica – iniciar dieta restrita em proteínas e internação hospitalar imediata.
- (B) Acidose tubular renal distal – iniciar reposição de bicarbonato e citrato de potássio.
- (C) Acidose tubular renal proximal – suspender alimentação oral e iniciar diálise peritoneal.
- (D) Síndrome nefrótica congênita – iniciar corticoide e controle da proteinúria.
- (E) Acidemia láctica – iniciar suplementação com biotina e monitorização intensiva em UTI.

75

Pré-escolar do sexo masculino, 3 anos, residente em área rural de estado endêmico para leishmaniose visceral, é trazido à consulta com história de febre diária há 30 dias, perda ponderal, inapetência e aumento progressivo do abdome. Ao exame físico: palidez cutaneomucosa, hepatoesplenomegalia importante e linfonodomegalia cervical discreta. Hemograma evidencia pancitopenia (Hb 8,1 g/dL, leucócitos 2.300/mm³, plaquetas 78.000/mm³), proteína C reativa elevada e hipergamaglobulinemia. Teste rápido rK39 para leishmaniose foi positivo e a punção de medula óssea confirmou a presença de amastigotas.

A conduta terapêutica inicial mais adequada para esse caso é

- (A) iniciar tratamento ambulatorial com antimoniato de meglumina por via intramuscular por 30 dias.
- (B) internar e iniciar anfotericina B lipossomal, com ajuste conforme função renal e gravidade clínica.
- (C) prescrever corticoterapia associada a antifúngico empírico, aguardando confirmação da doença.
- (D) repetir a punção de medula óssea para novo exame e acompanhar clinicamente antes de iniciar qualquer terapia.
- (E) iniciar azitromicina oral e acompanhar por 10 dias, devido à possibilidade de infecção bacteriana associada.

76

Pré-escolar masculino, 4 anos, previamente hígido, estava alimentando-se com pedaço de carne quando subitamente iniciou tosse intensa seguida de silêncio súbito, cianose perioral e queda ao solo. A criança encontra-se em apneia, inconsciente, porém com pulso palpável a 90 bpm. Não há expansibilidade torácica e os esforços ventilatórios estão ausentes. A obstrução de vias aéreas por corpo estranho é fortemente suspeitada.

A conduta imediata mais adequada nesse cenário é

- (A) iniciar manobra de Heimlich em pé.
- (B) iniciar ventilação com bolsa-válvula-máscara imediatamente, mesmo sem liberar as vias aéreas.
- (C) realizar até 5 tentativas de ventilação com pressão positiva antes de considerar obstrução de via aérea.
- (D) iniciar manobras de desobstrução com compressões torácicas e inspeção oral, evitando ventilação até desobstrução.
- (E) realizar aspiração orotraqueal imediatamente para remover o corpo estranho antes de qualquer outra medida.

77

Escolar do sexo feminino, 10 anos, previamente hígida, apresenta aumento progressivo de volume em região cervical direita há 6 semanas, associado a febre vespertina baixa, sudorese noturna e perda ponderal de 2 kg. Ao exame físico, nota-se linfonodo cervical posterior direito, de consistência endurecida, indolor, medindo cerca de 3 cm, sem sinais flogísticos cutâneos. Ausculta pulmonar sem alterações. Radiografia de tórax sem infiltrados ou adenomegalias hiliares evidentes. Prova tuberculínica (PPD) positiva (15 mm). Hemograma com leucócitos 7.200/mm³, VHS 48 mm/h. Ultrassonografia cervical confirma linfonodo hipoecoico com áreas de necrose central. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) revelou granuloma caseoso e bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na baciloscopia direta.

O diagnóstico mais provável para esse caso é

- (A) tuberculose linfonodal (tuberculose ganglionar cervical).
- (B) linfoma de Hodgkin em fase inicial.
- (C) adenite por *Bartonella henselae* (doença da arranhadura do gato).
- (D) linfadenite bacteriana aguda por *Staphylococcus aureus*.
- (E) metástase de carcinoma papilífero da tireoide.

78

Adolescente do sexo masculino, 14 anos, comparece à consulta para avaliação de rotina. É nadador competitivo, treinando 2 horas por dia, 6 dias por semana. Apresenta medidas antropométricas dentro da normalidade (IMC: 20 kg/m², estágio puberal G4P4). Refere dieta variada e aumento recente do gasto energético devido à intensificação dos treinos. Ele e seus pais questionam sobre a necessidade de uso de suplementos proteicos e vitaminas para “melhorar o desempenho” e “evitar fadiga”. O recordatório alimentar revela: Ingestão proteica de 1,6 g/kg/dia, calorias adequadas para idade e nível de atividade, nenhum sinal clínico de carência nutricional, exames laboratoriais normais (hemograma, ferritina, vitamina D, B12).

A conduta mais apropriada em relação à suplementação nutricional nesse caso é

- (A) recomendar suplementação proteica para apoiar a hipertrofia muscular e melhorar o desempenho atlético.
- (B) iniciar suplementação com multivitamínicos para prevenir possíveis deficiências subclínicas devido à alta demanda física.
- (C) introduzir suplementos de aminoácidos de cadeia ramificada (BCAA) para reduzir a fadiga e promover recuperação.
- (D) recomendar creatina monohidratada para melhorar o desempenho anaeróbico em esportes de alta intensidade.
- (E) contraindicar suplementação, reforçar uma alimentação adequada baseada em alimentos e monitorar crescimento e desempenho.

79

Escolar do sexo feminino, 11 anos, previamente hígida, apresenta queixas de febre vespertina, fadiga, perda de peso, dor articular em joelhos e punhos, além de lesões eritematosas em região malar que poupam o sulco nasolabial. Ao exame físico, apresenta-se pálida, com pressão arterial de 130/90 mmHg, hepatomegalia discreta e edema de membros inferiores. Exames laboratoriais revelam: Hb 9,2 g/dL, leucócitos 2.800/mm³, plaquetas 110.000/mm³, urina 1 com proteinúria 3+ e hematúria microscópica. Função renal: ureia 52 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL. FAN positivo (1:640, padrão nuclear pontilhado fino), anti-DNA nativo positivo, C3 e C4 reduzidos.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada.

- (A) Artrite idiopática juvenil – iniciar AINE e acompanhamento ambulatorial.
- (B) Lúpus eritematoso sistêmico juvenil – iniciar pulsoterapia com metilprednisolona e solicitar biópsia renal.
- (C) Púrpura trombocitopênica idiopática – iniciar imunoglobulina intravenosa.
- (D) Glomerulonefrite pós-estreptocócica – tratar com antibiótico e repouso.
- (E) Nefrite lúpica isolada – iniciar corticoide oral em baixa dose e reavaliar em 30 dias.

80

Criança do sexo masculino, 5 anos, é levada ao pronto atendimento por vizinhos após ser encontrada sozinha em casa, chorando, trancada e sem supervisão adulta. Relata que costuma ficar sozinho por horas, sem saber onde estão seus pais. Apresenta vestimentas inadequadas, sinais de higiene precária, baixo peso e relato de alimentação irregular.

Ao exame, está em bom estado geral, mas com sinais de desnutrição leve e atraso no desenvolvimento da linguagem. Não há sinais de agressão física.

Com base no caso e na legislação brasileira, a conduta mais adequada é

- (A) registrar o caso apenas em prontuário e orientar a família sobre cuidados domiciliares, visto que não há sinais de violência física.
- (B) encaminhar imediatamente a criança para abrigo institucional e impedir qualquer contato com os pais antes da avaliação judicial.
- (C) solicitar avaliação psiquiátrica imediata da criança e encaminhar aos pais com recomendação de terapia familiar.
- (D) encaminhar a criança para casa com termo de responsabilidade assinado pelos vizinhos, mantendo acompanhamento ambulatorial.
- (E) notificar formalmente o caso de suspeita de negligência à autoridade competente, conforme previsto no ECA, e manter vigilância compartilhada com a rede de proteção.

Realização

