

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# INFECTOLOGIA HOSPITALAR

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!**



## Infectologia

1

O Mpox é uma doença infecciosa causada pelo vírus *monkeypox*, um membro da família *poxviridae*. O primeiro caso humano da doença foi descrito na África, na década de 70, onde a doença permanece endêmica em alguns países. Em 2022, o Mpox ganhou notoriedade no cenário mundial pelo estopim de uma epidemia global, com casos descritos em mais de 130 países. O Brasil foi o segundo país com mais óbitos causados pela doença globalmente.

Quanto ao Mpox, é correto afirmar que

- (A) na epidemia global recente, a maior parte dos casos da doença foi descrito em crianças, principalmente lactentes, e mulheres até 50 anos.
- (B) por pertencer à família *poxviridae*, o seu tratamento deve ser feito com aciclovir, por via oral em casos leves ou intravenosa em casos graves.
- (C) varicela, herpes zoster e herpes genital são importantes diagnósticos diferenciais do Mpox, devendo ser a etiologia preferencialmente confirmada por métodos moleculares.
- (D) a transmissão da doença, na epidemia recente, se deu principalmente por via respiratória (aerossol), sendo a minoria dos casos associados à transmissão por contato.
- (E) a circulação de Mpox fortalece a noção de que a varíola não foi erradicada, e reforça a necessidade da vigilância quanto à sua circulação principalmente no continente africano.

2

O citomegalovírus (CMV) é um membro da família *herpesviridae* e estabelece infecção latente por toda a vida em células progenitoras hematopoiéticas, com reativação subclínica frequente.

A imunossupressão estabelecida no contexto pós transplante é um importante mecanismo para reativação do CMV que, nessa circunstância, pode cursar com graves síndromes clínicas, associadas com elevada morbimortalidade.

Um antiviral efetivo para o tratamento de infecções por citomegalovírus nessa população é o(a)

- (A) foscarnet.
- (B) ribavirina.
- (C) penciclovir.
- (D) famciclovir.
- (E) valaciclovir.

3

*Saúde de Campinas registra duas mortes por febre maculosa e reforça alerta para prevenção.*

(Notícia divulgada no site oficial da Prefeitura Municipal de Campinas, 07 de julho de 2025.)

Sobre a febre maculosa brasileira (FMB), é correto afirmar que

- (A) o início do tratamento deve aguardar a confirmação etiológica, considerando a ampla variedade de diagnósticos diferenciais.
- (B) a confirmação da FMB se dá a partir da técnica de imunofluorescência indireta, que identifica fragmentos do DNA da bactéria.
- (C) o exantema, manifestação típica da doença, é maculopapular e pruriginoso, iniciando-se na face e progredindo para tronco e membros.
- (D) a letalidade da doença é historicamente elevada, descrita como em torno de 50% dos casos, em parte devido à suspeita tardia da doença.
- (E) a doença apresenta maior prevalência em regiões de Mata Atlântica, associada à alta densidade de seu agente transmissor, o *Culex* spp.

4

Paciente de 35 anos, sexo masculino, biomédico que trabalha em laboratório de pesquisa de tripanossomíases, procura atendimento em serviço de emergência de hospital universitário com febre há 2 dias. Demonstra preocupação pois *há 2 semanas foi picado por um barbeiro de um recipiente repleto de triatomíneos infectados por Trypanossoma cruzi no laboratório.*

Considerando a possibilidade de infecção ocupacional, as alterações clínico-laboratoriais comumente descritas nessa fase da doença incluem

- (A) megaesôfago com hipocalemia.
- (B) artrite migratória com elevação de VHS.
- (C) miopericardite com alterações eletrocardiográficas.
- (D) linfonodomegalias fistulizantes com elevação de PCR.
- (E) exantema bolhoso com positividade de Fator Reumatóide.

5

Vírus herpes simples dos tipos 1 e 2 (HSV-1 e HSV-2) são importantes causas de lesões cutâneas em humanos, classicamente em regiões orofaciais e genitais, caracterizadas por períodos de remissão e recorrência.

Apesar de cursar comumente com manifestações não complicadas em adultos, a infecção herpética no período neonatal pode promover manifestações graves como acometimento ocular e cutâneo mucoso, de sistema nervoso central ou sistêmico, particularmente hepatopulmonar.

Quanto aos mecanismos de transmissão do herpes simples no período neonatal, e as medidas de prevenção recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, é correto afirmar que

- (A) a via de parto vaginal é contraindicada na presença de quaisquer lesões ativas de herpes, mesmo que em região extragenital.
- (B) no pré-natal, é recomendado o rastreamento sorológico para herpes com dosagem trimestral de IgG e IgM para HSV-1 e HSV-2.
- (C) mesmo em pacientes sem lesões ativas de herpes e em uso adequado de supressão com antiviral, há indicação clara de via alta de parto.
- (D) a história de herpes genital em qualquer momento da gestação justifica o uso de terapia de supressão com antiviral a partir da 36ª semana de gestação.
- (E) a probabilidade de transmissão vertical periparto é maior quando a primo-infecção herpética ocorre no primeiro trimestre de gestação, decaindo ao longo dessa.

6

Sabe-se que o vírus do HIV apresenta alta taxa de mutação durante seu processo de replicação devido à ausência de atividade de correção da sua RNA polimerase. Em um contexto de pressão seletiva de antirretrovirais em doses insuficientes para inibição da replicação viral, o aparecimento de mutações de resistência é favorecido.

O exame de genotipagem viral é uma ferramenta para avaliação das mutações presentes no vírus, permitindo presunção da eficácia dos esquemas antirretrovirais baseados no conjunto de mutações apresentadas.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, no contexto de Sistema Único de Saúde, a genotipagem pré-tratamento é indicada em alguns casos de recém diagnóstico do HIV, antes da instituição do tratamento, como, por exemplo, pessoas com

- (A) coinfeção HIV-HBV.
- (B) soroconversão durante o uso da PrEP.
- (C) contagem de linfócitos CD4 < 50 células/mm<sup>3</sup>.
- (D) infecção em sistema nervoso central, como neurocriptococose.
- (E) carga viral maior que 1.000.000 cópias/mL no momento do diagnóstico.

7

O Brasil integra a lista de 30 países com mais casos de tuberculose no mundo, concentrando ¼ de todos os casos da região das Américas. O controle da doença depende da investigação diagnóstica e seu tratamento adequado.

Dentro da estratégia de investigação diagnóstica inclui-se a investigação de sintomáticos respiratórios, caracterizados por indivíduos com tosse por 3 semanas ou mais, bem como investigação oportuna de contactantes próximos de casos confirmados, com o objetivo de identificar indivíduos com doença ativa ou infecção latente, considerando esse grupo de elevado risco para infecção.

Quanto ao tratamento de indivíduos com evidência de infecção latente por tuberculose (ILT), é correto afirmar que

- (A) é contraindicado o uso do esquema com Rifampicina (R) em gestantes, sendo indicado tratamento com Rifapentina + Isoniazida (3HP).
- (B) o esquema com Rifapentina + Isoniazida (3HP) pode ser utilizado por indivíduos de todas as idades, com doses semanais durante 12 semanas.
- (C) recém-natos contactantes de tuberculose devem receber a vacina BCG imediatamente, e seguir com tratamento de ILTB com Rifampicina e Etambutol (RE).
- (D) em indivíduos vivendo com HIV e CD4 < 200, o tratamento de ILTB envolve esquema terapêutico completo com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (RHZE).
- (E) em contactantes de casos com monorresistência a Isoniazida (H), o esquema deverá ser baseado em Rifampicina (R), sendo proscrito esquema de Rifapentina + Isoniazida (3HP).

8

O reconhecimento dos sinais de alarme no paciente com dengue no momento de triagem é essencial para destinar o paciente ao nível adequado de cuidado médico. Esses sinais costumam aparecer no momento de defervescência da doença e chamam a atenção quanto à possível presença de extravasamento de plasma e/ou hemorragias, que estão associados ao maior risco de óbito.

São sinais de alarme no dengue, segundo o Manual do Ministério da Saúde do Brasil, Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico, de 2024

- (A) vômitos persistentes e presença de *rash* difuso.
- (B) plaquetopenia e dor abdominal intensa e contínua.
- (C) dor abdominal intensa e contínua e hipertensão arterial.
- (D) sangramento de mucosa e dor abdominal intensa e contínua.
- (E) persistência da febre por mais de 7 dias e sangramento de mucosa.

**9**

Paciente de 46 anos, sexo feminino, natural e residente de Santa Cruz (RJ), voluntária de equipe de resgate de cães e gatos abandonados, procura atendimento médico, preocupada com o aparecimento de “caroços avermelhados e feridas”, algo dolorosas, não-pruriginosas no antebraço direito há cerca de duas semanas.

Ao exame, observa-se a presença de seis lesões nodulares, eritemato-violáceas, duas das quais com ulceração associada, dispostas em trajeto linear ascendente em face lateral do antebraço direito.

O agente etiológico mais provável é um(a)

- (A) ácaro do gênero *Sarcoptes*.
- (B) fungo do gênero *Sporothrix*.
- (C) vírus da família herpesviridae.
- (D) helminto do gênero *Ancylostoma*.
- (E) bactéria do gênero *Streptococcus*.

**10**

Durante o atendimento no ambulatório de um grande hospital, o médico residente recebe os resultados de urinoculturas com crescimento bacteriano acima de 100.000 colônias/mL, referente a amostras de urina adequadamente coletadas por micção espontânea de cinco pacientes, todos assintomáticos do ponto de vista urinário.

Com base nas informações disponíveis, o cenário a seguir em que deverá ser prescrita medicação antibiótica é

- (A) lactante de 24 anos, sem comorbidades.
- (B) criança de 8 anos, em investigação de déficit de crescimento.
- (C) mulher de 49 anos, diabética em tratamento com inibidor de SGLT-2.
- (D) homem de 66 anos, em preparo de ressecção transuretral da próstata.
- (E) adolescente de 16 anos, com febre, *rash* eritematoso e artralgia há 4 dias.

**11**

Embora a transmissão urbana da febre amarela não ocorra no Brasil desde 1942, a presença do mosquito *Aedes aegypti*, que pode transmitir o vírus, em áreas com sobreposição de populações de mosquitos, macacos e humanos, pode favorecer a reurbanização.

Diante de um cenário de transmissão urbana da febre amarela, a recomendação de vacinação antiamarílica para os moradores da área deve ser estendida para

- (A) neonatos.
- (B) lactentes de 3 a 6 meses.
- (C) transplantados de órgãos sólidos.
- (D) gestantes, independentemente da idade gestacional.
- (E) infectados pelo HIV, independentemente do nível de CD4.

**12**

Paciente de 29 anos, sexo feminino, fisioterapeuta, em tratamento de artrite reumatoide com tocilizumabe (inibidor do receptor da Interleucina-6), procura atendimento médico com queixa de dor intensa, em queimação, na região inframamária direita, iniciada dois dias antes. Nega febre, mas relata adinamia, náusea e dois episódios de vômito.

Ao exame clínico apresenta, no local referido, área de eritema com presença de várias lesões vesiculosas e pustulosas, formando pequenos agrupamentos, distribuídos em faixa, de aproximadamente 15 centímetros.

Nesse caso, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) iniciar vancomicina ou teicoplanina por via intravenosa.
- (B) iniciar aciclovir, preferencialmente por via intravenosa.
- (C) iniciar a combinação nirmatrelvir/ritonavir por via oral.
- (D) substituir o tocilizumabe por prednisolona por via intravenosa.
- (E) administrar imunoglobulina hiperimune para varicela intramuscular.

**13**

Paciente de 34 anos, sexo masculino, espeleólogo, retorna de expedição a Paraíba, onde visitou múltiplas cavernas e desenvolve, duas semanas após o retorno, quadro de febre alta diária com calafrios, mialgia generalizada, tosse seca e fadiga, que motiva a procura de assistência médica no quinto dia após início dos sintomas.

Informa que foi muito rigoroso em assegurar a ingestão de água potável e de alimentos adequadamente higienizados, e que durante as atividades em campo usou roupa impermeável, botas, repelente a base de icaridina nas áreas cutâneas não cobertas e dormiu com mosquiteiro impregnado com permetrina.

No intuito de confirmar a etiologia mais provável do quadro acima descrito é importante solicitar

- (A) bacterioscopia pelo Gram e cultura para anaeróbios do escarro.
- (B) reação em cadeia da polimerase na urina e sorologia, ambas para espiroquetas.
- (C) pesquisa de protozoário em gota espessa corada pelo Giemsa e xenodiagnóstico.
- (D) sorologias por imunoenensaio enzimático e coprocultura, ambas para enterobactérias.
- (E) pesquisa de antígeno fúngico na urina e cultura da camada leucocitária para fungo.

14

Paciente de 33 anos, sexo masculino, técnico de enfermagem, sofre um acidente percutâneo ao finalizar a coleta de sangue de um paciente sabidamente HBsAg positivo, sendo visível a presença de sangue no ferimento e na agulha utilizada.

Ele relata ter recebido duas doses da vacina para hepatite B cerca de sete anos antes, mas não possui comprovante vacinal nem exame prévio comprovando soroconversão.

A conduta mais adequada a ser adotada é

- (A) solicitar anti-HBs e aguardar resultado antes de qualquer intervenção.
- (B) não indicar imunoglobulina humana, pois o profissional já foi vacinado.
- (C) repetir o esquema vacinal da hepatite B e iniciar antivirais imediatamente.
- (D) administrar imunoglobulina humana anti-hepatite B e realizar sorologia 14 dias após.
- (E) administrar uma dose da vacina da hepatite B e imunoglobulina humana anti-hepatite B.

15

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

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

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

16

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

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

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

Considerando o achado da hemocultura, a conduta mais adequada é

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

17

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

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

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

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

**18**

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

Considerando o cenário, a conduta terapêutica imediata mais adequada é

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

**19**

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

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

Sobre as IRAS, é correto afirmar que

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

**20**

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

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

A explicação mais plausível para o agravamento clínico observado é

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

**21**

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

O agente etiológico mais provável do quadro pulmonar é

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

**22**

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

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

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

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

**23**

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

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

Em relação ao diagnóstico etiológico, é correto afirmar que

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

**24**

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

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

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

**25**

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

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

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

**26**

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

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

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

27

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

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

O diagnóstico mais provável é

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

28

Analise o fragmento a seguir.

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

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

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

29

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

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

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

30

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

Em relação ao caso, é correto afirmar que

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

31

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

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

Sobre a leptospirose, é correto afirmar que

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

32

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

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

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

33

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

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

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

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

34

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

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

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

35

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

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

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

36

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

Com os dados disponíveis desse caso, a indicação adequada é

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

37

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

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

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

38

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

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

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

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

39

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

Bactéria isolada: *Klebsiella pneumoniae*

Teste de Susceptibilidade a Antimicrobianos:

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

\*SAE = Sensível Aumentando Exposição

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

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

40

O principal mecanismo de resistência às quinolonas é a

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

41

O sarampo é uma doença infecciosa, aguda, transmissível e extremamente contagiosa, podendo evoluir com complicações e óbito, particularmente em crianças menores de um ano de idade. A estratégia de vacinação contra o sarampo com a vacina tríplice viral foi incorporada no Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1992, com o propósito de controlar surtos de sarampo, reduzir internações, complicações e óbitos. Triste é observar governantes opinarem contra a eficácia das vacinas, permitindo surgimento de novos surtos da doença que já poderia, a exemplo da varíola, já ter sido erradicada.

Em um hospital, foi montado um posto móvel de vacinação para funcionários. Um médico com 58 anos de idade e que teve sarampo aos 6 anos, trabalha na emergência atendendo adultos. Pergunta-se: Há indicação para que esse médico seja vacinado com a tríplice viral?

A resposta correta é:

- (A) sim, a tríplice viral é obrigatória para todos os profissionais de saúde, sem exceções.
- (B) não, o mesmo já teve a doença no passado e não há necessidade de nova vacinação, porque o sarampo confere imunidade permanente de forma inequívoca para o resto da vida.
- (C) sim, apesar do histórico da doença no passado, não há garantias de que ainda mantém a imunidade; salvo se exibir recente exame sorológico IgG para sarampo em níveis protetores.
- (D) não, nesta idade a vacinação pode resultar em manifestação da doença porque a vacina é produzida com vírus atenuado e nesta idade o médico pode ficar mais susceptível.
- (E) não, é preciso dosar os níveis de anticorpos contra o sarampo para observar se ainda há imunidade, e mesmo que os anticorpos estiverem presentes em níveis protetores, há indicação da vacinação, e neste caso, se indica apenas 1 dose da vacina.

42

Em um hospital trabalha uma médica residente, com 26 anos de idade, grávida do seu segundo filho, com 10 semanas de gestação. Ela descobriu recentemente, no primeiro exame do pré-natal, ser portadora do HIV, com contagem de linfócitos TCD4 270 células/mm<sup>3</sup>, porém assintomática e já fazendo uso da medicação antirretroviral.

Nesse caso, pergunta-se: está indicada a vacinação com a tríplice viral?

A resposta correta é:

- (A) sim, duas doses com 30 dias de intervalo, desta forma produzirá anticorpos protetores que futuramente serão transmitidos ao bebê pela placenta e pelo colostro.
- (B) não, apesar da tríplice viral ser fabricada com vírus mortos, as reações vacinais podem prejudicar o bebê e até causar aborto.
- (C) sim, a vacina tríplice viral é muito segura para gestantes e imunossuprimidos.
- (D) não, a vacina é fabricada com vírus vivos atenuados e poderá causar síndrome da rubéola congênita, em especial por ser gestante e imunossuprimida.
- (E) não há indicação de vacinação neste momento, é necessário aguardar até o terceiro trimestre da gestação, aguardar o aumento do quantitativo de linfócitos TCD4 e a carga viral do HIV atingir níveis indetectáveis controlar o HIV. Somente assim a vacinação pode ser instituída.

43

LF-LAM (Lateral Flow Lipoarabinomannan Assay) é um teste imunocromatográfico rápido para detecção do antígeno lipoarabinomannano (LAM), trata-se de um componente da parede celular de algumas bactérias que é filtrado pelos rins, portanto, presente na urina de pacientes.

A principal indicação desse teste é para diagnosticar

- (A) tuberculose.
- (B) hanseníase.
- (C) febre tifoide.
- (D) criptococose.
- (E) histoplasmose.

44

A paragonimíase é uma infecção parasitária causada por vermes trematódeos do gênero *Paragonimus*, sendo o *Paragonimus westermani* a espécie mais comum em humanos, seus hospedeiros definitivos. Já foram descritos casos no Brasil.

O ciclo destes parasitos segue a seguinte sequência: ovos não embrionados eliminados no escarro (quando engolido, nas fezes), ovos embrionados no ambiente, miracídeos, infecção de caracóis (onde passam pelos estágios de esporocisto, rédias e cercárias. As cercárias deixam os caracóis e infestam um segundo hospedeiro (crustáceos de água doce como caranguejos ou lagostins) onde se encistam como metacercárias, sendo este o estágio infeccioso para porcos, cães, felinos e o homem.

A infecção humana por *P. westermani* ocorre pela ingestão de caranguejo ou lagostim que abrigam metacercárias do parasita inadequadamente cozidos ou em conserva. Após a ingestão, as metacercárias se desencistam no intestino delgado e liberam larvas que penetram a parede duodenal e entram na cavidade peritoneal. As larvas migram por aproximadamente uma semana, penetram o diafragma, entram na cavidade pleural e migram diretamente pelo tecido pulmonar para atingir os brônquios, onde formam cavidades císticas e se desenvolvem em vermes adultos em 5 a 6 semanas. Os parasitas adultos são marrom-avermelhados e ovoides, medindo 7,5 a 12 mm por 4 a 6 mm.

Os vermes adultos induzem uma resposta inflamatória nos pulmões, gerando um cisto fibroso que contém uma efusão purulenta e sanguinolenta e ovos liberados pelos vermes são eliminados no ambiente por meio da expectoração ou podem ser engolidos e eliminados com as fezes, fechando o ciclo de vida do parasito.

Assim, a primeira manifestação é uma pneumonia hemorrágica provocada pela migração das larvas; os vermes adultos se encistam, podendo cavar o parênquima. Clinicamente tem um curso crônico, sendo a hemoptise o sintoma mais comum e pelo qual é chamada de "hemoptise endêmica".

O diagnóstico é feito pelo achado dos ovos característicos no escarro e nas fezes humanas, existem ainda testes sorológicos e o principal diagnóstico diferencial é principalmente com a tuberculose. O tratamento é feito com praziquantel ou triclabendazol.

Sabe-se que o tempo entre a infecção e a oviposição é de 65 a 90 dias.

Nesse caso, as infecções por esses trematódeos em humanos podem persistir por até

- (A) 1 ano.
- (B) 3 anos.
- (C) 8 anos.
- (D) 15 anos.
- (E) 20 anos.

45

As cirurgias estéticas são procedimentos complexos que exigem um profundo conhecimento técnico para sua execução. Na atualidade, a busca por esses tipos de procedimentos teve um aumento exponencial em todo o mundo, especialmente no Brasil.

Nesse contexto, [...] há uma carência de conhecimento nas boas práticas de prevenção de infecções e uma das consequências é o surgimento de vários casos de infecções cutâneas graves por micobactérias não tuberculosas, entre elas a *Mycobacterium abscessus*, uma espécie intrinsecamente multirresistente e de rápido crescimento, conhecida por causar infecções associadas aos cuidados de saúde e implicada em infecções de pele e tecidos moles após procedimentos cirúrgicos estéticos.

(adap. Saunders KE, Reyes JM, Cyril L, et al. Notes from the Field: Nontuberculous Mycobacteria Infections After Cosmetic Surgery Procedures in Florida — Nine States, 2022–2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024;73:66–67. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7303a4>).

Infecções cutâneas comumente se manifestam com eritema, nódulos vermelho-arroxeados e abscessos indolores. Os sintomas clínicos incluem celulite, lesões papulosas, nódulos de coloração púrpura, abscessos, seio de drenagem, nódulos subcutâneos (pseudoritema nodular) e úlceras. Assim, o tratamento adequado destas infecções é um grande desafio, pelas características de resistência aos antimicrobianos das micobacterioses, pela necessidade do uso de múltiplas drogas, pelo tempo prolongado de tratamento, custos elevados, efeitos adversos das drogas e principalmente pelo impacto psicológico decorrentes das lesões surgidas em locais onde se esperava uma correção estética.

Nesse caso, o tratamento mais adequado da infecção pelo *M. abscessus* é:

- (A) amicacina, claritromicina e linezolida por 2 anos.
- (B) amicacina, omiciclina e tedizolomida por 8 meses.
- (C) desbridamento cirúrgico e combinação de antimicrobianos determinados por culturas, antibiogramas e/ou testes de biologia molecular.
- (D) cefoxitina, doxiciclina e linezolida por 6 meses.
- (E) doxiciclina, tobramicina e trimetoprima/sulfametoxazol por 12 meses.

46

A vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) foi desenvolvida em 1921 pelos cientistas franceses Albert Calmette e Camille Guérin. Ela é composta por uma cepa atenuada da bactéria *Mycobacterium bovis*, semelhante à *Mycobacterium tuberculosis*, causadora da tuberculose em humanos.

A imunidade cruzada é fundamental na prevenção e confere 75% de proteção contra formas graves da tuberculose, como a meningite tuberculosa e a tuberculose miliar, mas não protege contra forma pulmonar. A vacina é administrada por via intradérmica, na inserção do músculo deltoide direito. Essa localização permite a fácil verificação da existência da cicatriz vacinal e limita as reações ganglionares a região axilar.

Está indicada a vacinação BCG

- (A) para imunizar populações em áreas de alta incidência e prevalência da tuberculose.
- (B) para todas as crianças até 5 anos de idade e com peso superior a 2 kg.
- (C) para pessoas que vivem com HIV e especial com aids, para evitar formas graves da doença nesta população susceptível.
- (D) para pessoas privadas de liberdade, haja vista a alta taxa de tuberculose nos presídios.
- (E) para todas as pessoas que não possuem cicatriz vacinal.

47

SAÚDE

## Menino de 12 anos morre no México após infecção grave transmitida por piolhos

Amador Flores Vargas sofreu choque séptico e falência hepática após contrair rickettsiose; autoridades criam cordão sanitário para conter novos casos

por O GLOBO • Rio de Janeiro  
11/06/2025 às 11:30 • Atualizado há 3 horas



Menino de 12 anos morre por infecção grave causada por piolhos - Foto: Reprodução

Tifo epidêmico (Tifo europeu, tifo clássico; tifo transmitido por piolho; febre das prisões). Seres humanos são o reservatório natural para a *Rickettsia prowazekii*, que tem distribuição universal e é transmitido quando fezes de piolho são arranhadas ou esfregadas nos locais da picada ou de outras feridas (e, algumas vezes, nas mucosas dos olhos ou da boca).

Depois de um período de incubação de 7 a 14 dias, febre, cefaleia e prostração ocorrem de maneira súbita. A temperatura alcança 40° C em vários dias e permanece alta, com sinais leves de remissão matutina durante aproximadamente 2 semanas. A cefaleia é generalizada e intensa. Pequenas máculas róseas que aparecem do quarto ao sexto dia cobrem o corpo de modo rápido, geralmente nas axilas e na parte superior do tronco, normalmente excluindo as palmas, as plantas dos pés e a face. Mais tarde, o exantema torna-se escuro e maculopapular. Em casos graves, o exantema torna-se petequeal e hemorrágico. Esplenomegalia pode estar presente. Hipotensão ocorre na maioria dos pacientes gravemente enfermos. Colapso circulatório, insuficiência renal, sinais de encefalite, equimoses com gangrena e pneumonia são sinais de prognóstico reservado.

O controle de piolhos é fundamental para evitar a transmissão desta doença, que pode acometer crianças, jovens e adultos.

O antimicrobiano mais indicado para o tratamento do tifo epidêmico é:

- (A) Doxiciclina via oral por 7 a 10 dias.
- (B) Amoxicilina + Clavulanato por 21 dias.
- (C) Cefalexina oral por 7 dias.
- (D) Ceftriaxona intramuscular por 10 dias.
- (E) Cefazolina venosa por 10 dias.

48

Os lepidópteros da Família Megalopygidae (lagartas cabeludas) apresentam cerdas pontiagudas, curtas e que contêm glândulas de veneno, entremeadas por outras longas, coloridas e inofensivas. As lagartas do gênero *Lonomia* apresentam toxinas capazes de provocar envenenamentos moderados ou graves. Há duas espécies descritas para o Brasil: *L. obliqua* e *L. achelous*, esta última encontrada principalmente na Região Norte. O gênero é o único, até o momento, responsável por manifestações sistêmicas caracterizadas por quadros hemorrágicos.

Elas podem causar manifestações sistêmicas que se instalam-se algumas horas após o acidente, mesmo depois da regressão do quadro local.

Um trabalhador rural com 24 anos de idade, saudável, residente no Município de Manacapuru (AM), entrou em contato com uma lagarta ao cair durante a poda de arbustos. Foi encaminhado ao pronto socorro com lesão cutânea no antebraço direito, porém não foram detectadas manifestações clínicas hemorrágicas. Exames laboratoriais mostraram um TAP com 46% de atividade e um PTT com 52 segundos.

A conduta nesse caso é

- (A) observação por um período de 24h apenas.
- (B) administrar 5 ampolas de soro antilonômico.
- (C) administrar 10 ampolas de soro antilonômico.
- (D) hidratação e tratamento sintomático.
- (E) apenas tratamento local com lavagem e compressas na região com água fria ou gelada, analgésicos e anti-histamínicos sistêmicos, e infiltração local com anestésico do tipo lidocaína 2% sem vasoconstritor.

49

As células dendríticas de Langerhans foram descritas pelo patologista e fisiologista alemão Paul Langerhans (1847-1888). Elas são células dendríticas cuja principal função é o processamento e a apresentação de antígenos. Fazem parte da linhagem mielocítica e na verdade são macrófagos intraepiteliais, sendo importante componente do sistema imunológico.

Essas células são encontradas principalmente

- (A) no pulmão.
- (B) no pâncreas.
- (C) na pele e na cavidade oral.
- (D) no cérebro.
- (E) no estômago.

50

Várias estratégias são utilizadas para a profilaxia pré-exposição do HIV, entre elas o uso da medicação injetável: o cabotegravir e mais recentemente o lenacapavir, ambas possuem comprovada eficácia conforme estudos conduzidos em vários países do mundo. Constituem uma nova e potente ferramenta no controle da transmissão do HIV, estes antirretrovirais impedem a replicação do vírus a partir de múltiplos mecanismos de ação, afetando etapas necessárias para o ciclo de vida do vírus.

O cabotegravir e o lenacapavir fazem parte, respectivamente, das seguintes classes de medicamentos:

- (A) inibidor da integrase e inibidor de protease.
- (B) inibidor de protease e inibidor da integrase.
- (C) inibidor da transcriptase reversa e inibidor de entrada.
- (D) inibidor da integrase e inibidores do capsídeo.
- (E) inibidores do capsídeo e inibidor da integrase.

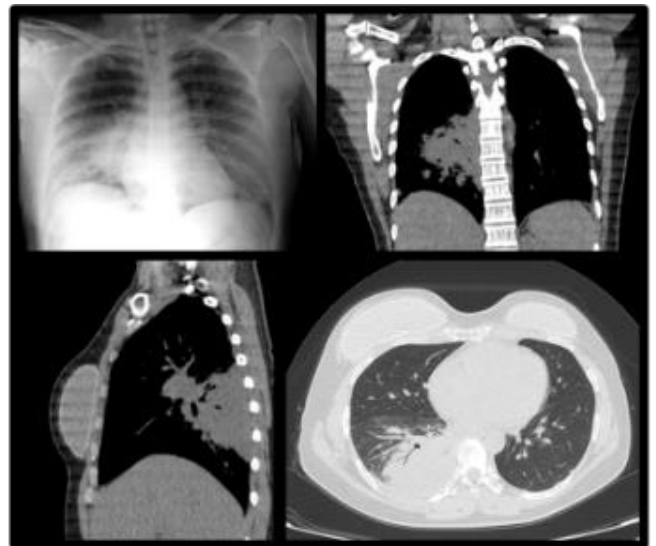
51

Paciente do sexo feminino, 41 anos de idade apresentou dor torácica à direita, com 3 dias de evolução. Nesse período, houve febre, mal-estar, astenia, mialgia e piora da falta de ar, o que a motivou a procurar a emergência de um hospital. Foi admitida com sinais vitais normais. Foram solicitados exames complementares.

Três horas após admissão hospitalar iniciou quadro de palidez cutânea, extremidades frias, hipotensão (60X40mmHg), taquipneia (32 irpm), dessaturação (Sat O<sub>2</sub> 89%), falta de ar e fraqueza. Gasometria revelou acidose metabólica com alcalose respiratória compensatória (PH 7,42 | PCO<sub>2</sub> 23 | PO<sub>2</sub> 102 | HCO<sub>3</sub> 14,6 | BE -8,7 | LAC 5,5 | SATO<sub>2</sub> 97%). Exames laboratoriais com os seguintes resultados: HB 9,4 | HT 28,6 | LEUCO 11.250 | PLAQ 182.000 | K 3,8 | NA 133 | CR 1,14 | U - | LDH 403 | PCR 10,4 | Ca 8,2.

Foi providenciado acesso venoso profundo, hidratação vigorosa, prescrição de bicarbonato, oxigênio sob máscara de alto fluxo. Houve evolução clínica satisfatória com estabilização dos sinais vitais. Nova gasometria foi realizada 6 horas após: PH 7,44 | PCO<sub>2</sub> 32,3 | PO<sub>2</sub> 106,4 | HCO<sub>3</sub> 21,6 | BE -2 | LAC 4,27 | SATO<sub>2</sub> 97,4%.

Telerradiografia e tomografia computadorizada do tórax revelaram as imagens a seguir.



Com relação à prescrição de antibioticoterapia, a conduta inicial nesse caso é

- (A) coleta de sangue para hemocultura e realizar teste de sensibilidade aos antimicrobianos para definir qual antibiótico utilizar.
- (B) broncoscopia de emergência, coletar lavado brônquico e pesquisar bactérias para averiguar se são gram+ ou gram- e assim definir qual melhor antibiótico utilizar.
- (C) prescrição de betalactâmico associado à macrolídeo para uso imediato após coletar hemocultura.
- (D) prescrever cloranfenicol venoso, apesar de ser uma droga antiga, possui grande atividade em quadros sépticos.
- (E) realizada toracocentese de alívio para diminuir o tamanho da lesão.

52

Paciente do sexo masculino, 44 anos, previamente saudável, foi internado com histórico de febre recorrente, anorexia, fadiga crônica, perda de peso, aumento da circunferência abdominal, epistaxe e edema podal, com evolução progressiva por cerca de um ano. Procurou atendimento médico em diversas ocasiões e em diversos serviços, mas sua doença permaneceu sem diagnóstico. Medicamentos sintomáticos foram prescritos, bem como suplementos de ferro e cobalamina para tratar pancitopenia. Seu quadro clínico progrediu lentamente para uma doença debilitante.

O exame clínico revelou um paciente desnutrido, com palidez, taquicardia, taquipneia, hepatomegalia (10 cm do rebordo costal direito), esplenomegalia (7 cm abaixo do rebordo costal esquerdo) e ascite. As avaliações laboratoriais mostraram hemoglobina de 8,6 g/dL (13,8-17,2 g/dL), contagem total de leucócitos de 1.200 por  $\text{mm}^3$  (4.000-10.000 por  $\text{mm}^3$ ), contagem de plaquetas de  $9,9 \times 10^3$  por  $\text{mm}^3$  ( $15-45 \times 10^3$  por  $\text{mm}^3$ ), albumina de 1,7 g/dL (3,5-5,2 g/dL) e tempo de tromboplastina parcial ativada de 11,7 s (30-40 s), função renal preservada. Não havia evidência sorológica de hepatite B ou hepatite C. Sorologia para infecção pelo HIV foi reator, com contagem de linfócitos TCD4 146 células/ $\text{mm}^3$  e não havia histórico de doença hepática ou abuso de álcool.

O diagnóstico de Leishmaniose Visceral foi feito pela demonstração de parasitas compatíveis com *Leishmania spp.* em estágio amastigota no aspirado de medula óssea e na biópsia. A cultura do aspirado de medula óssea revelou formas promastigotas compatíveis com *Leishmania spp.*

Com relação ao caso acima descrito, para o tratamento de primeira linha (de acordo com o Ministério da Saúde Brasileiro), a droga de escolha é

- (A) anfotericina b lipossomal.
- (B) pentamidina.
- (C) antimoniato de n-metilglucamida.
- (D) metilfosina.
- (E) paramomicina.

53

No Brasil diversos surtos de doença de Chagas aguda por transmissão oral têm sido relatados, inclusive com óbitos. Os alimentos mais relacionados a estes casos foram caldo de cana, açaí e suco de acerola (colhidas de uma árvore próxima a um galinheiro). Possivelmente triatomíneos foram triturados com as frutas, contaminado o suco.

Os sinais e sintomas mais relatados foram febre e fraqueza, seguidos de mialgia, prostração, inapetência e edema de membros inferiores. Têm sido relatados também o exantema cutâneo, hemorragia digestiva (hematêmese, hematoquezia ou melena), icterícia, aumento das aminotransferases, além de quadros mais frequentes e mais graves de insuficiência cardíaca (miocardite, pericardite, derrame pericárdico e pleural, tosse, palpitações e arritmias). Fenômenos de enterite, abdome agudo, sangramento fecal, choque, hepatite focal podem ocorrer e têm significação prognóstica variada, devendo ser rotineiramente pesquisados e monitorados. Ressalta-se que a morbimortalidade é mais elevada na transmissão oral que a observada nos casos agudos por transmissão vetorial.

Para o tratamento da doença de Chagas, a droga de escolha é o benznidazol, sendo que o nifurtimox pode ser uma alternativa em casos de intolerância.

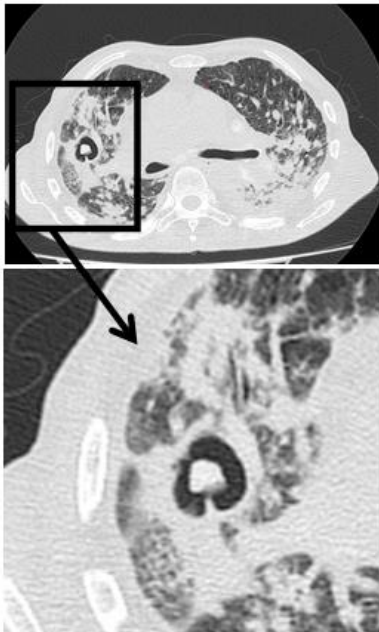
Em relação ao mecanismo de ação do benznidazol, é correto afirmar que

- (A) a ação desse fármaco é consequência da sua capacidade de ligação com a  $\beta$ -tubulina, que é uma das subunidades proteicas formadoras dos microtúbulos. Tais estruturas celulares necessitam de um ambiente equilibrado para sua constituição e a ligação droga/ $\beta$ -tubulina evita a dimerização com a  $\alpha$ -tubulina, consequentemente, impedindo a polimerização dos microtúbulos, o que gera a perda de função em várias partes da célula.
- (B) visa inibir a enzima fumarato redutase que atua no metabolismo energético mitocondrial, comprometendo os mecanismos de produção de energia do parasito.
- (C) visa atingir como alvo primário os canais de cloreto bloqueados por glutamato, embora apresente atividade em receptores gabaérgicos, histaminérgicos e canais de cloreto sensíveis ao pH. Causam maior permeabilidade ao íon cloro, o que acarreta a hiperpolarização da membrana celular, bloqueando a inibição da neurotransmissão nos protozoários.
- (D) visa a formação de radicais livres nitrogenados produzidos por nitro-redutases humanas que induzem modificações covalentes de macromoléculas. Esses radicais livres podem danificar o DNA do parasito e exercem efeito inibitório na síntese de proteínas e na síntese do ácido ribonucleico em células de *T. cruzi*.
- (E) visa alterar a função dos canais de cálcio transientes e dos canais de cálcio dependentes de voltagem (VGCC) dos parasitas, como o Sm.TRPM PZQ e subunidades  $\beta$  dos canais Cav.

54

Paciente com 73 anos de idade, morador de rua, usuário de crack, etilista pesado e tabagista de longa data. Admitido na sala vermelha de uma emergência com quadro de dispneia (FR:31 irpm), saturação de O<sub>2</sub> 84% e hipoglicemia. Anasarca. Extremidades frias e cianóticas. Relato de febre e perda ponderal 20%. Ao exame físico observou-se que o paciente se encontrava em regular estado geral, emagrecido, hipocorado (2+/4+), desidratado, taquipneico, Glasgow 14. Tosse não produtiva. À ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares reduzidos por crepitações em bases bilateralmente. Abdome: plano, tenso, bastante resistente à palpação globalmente. Peristalse débil. Membros inferiores com edema (3+/4+) com cacifo positivo. Anti-HIV negativo.

A seguir, está a imagem da tomografia computadorizada realizada.



O laudo da tomografia computadorizada do tórax foi: derrame pleural laminar bilateralmente. Sinais de enfisema centrolobular. Cavitações de paredes espessadas no pulmão direito, uma delas apresentando formação nodular com densidade de partes moles no seu interior, medindo cerca de 1,1 x 0,9 cm, de aspecto pouco específico. Múltiplas opacidades centrolobulares esparsas por ambos os pulmões, assumindo configuração com aspecto de árvore em brotamento bilateralmente, associados a opacidades em vidro fosco na sua adjacência. Dentre os diagnósticos diferenciais deve-se considerar a possibilidade de processo infeccioso específico em atividade. Espessamento difuso das paredes brônquicas. Traqueia e brônquios-fonte pÉrvios. Linfonodos proeminentes mediastinais e hilares, muitos calcificados. Aorta de calibre preservado. Calcificações vasculares. Coração de dimensões aumentadas.

Com base nas informações acima, e considerando as doenças mais prevalentes na população de rua no Brasil, as principais hipóteses diagnósticas seriam

- (A) tuberculose e aspergiloma.
- (B) neoplasia cavitada e doença policística pulmonar.
- (C) granulomatose de Wegener com poliangeíte e Histoplasmose.
- (D) abscesso pulmonar e neoplasia.
- (E) cistos hidáticos rompidos (*Echinococcus granulosus*) e tuberculose.

55

Um paciente do sexo masculino, com 56 anos de idade, hipertenso, diabético e portador de insuficiência renal crônica em tratamento conservador, procurou uma emergência hospitalar devido ao aparecimento de icterícia (4+/6+), mal estar, náusea, vômitos e inapetência. Exames laboratoriais revelaram aumento das transaminases hepáticas, aumento das bilirrubinas (BT 16, BD 9 BI 7) e anemia. Foi solicitado sorologia para HBV com HBsAg positivo, anti-HBs negativo, HBeAg positivo, Anti-HBe negativo. Carga viral do HBV  $10 \times 10^6$  cópias.

O medicamento de escolha é

- (A) fumarato de tenofovir desoproxila + lamivudina (300/300) 1 x ao dia.
- (B) alfapeginterferon 2ª (peg-inf- $\alpha$ -2ª) 3x por semana.
- (C) lamivudina 100 mg 1x ao dia.
- (D) fumarato de tenofovir desoproxila 300 mg 1x a dia.
- (E) tenofovir alafenamida 25 mg 1 x ao dia.

56

Um jornalista foi trabalhar em uma reportagem sobre desmatamento na Amazônia. Ao retornar ao domicílio em São Paulo, ele desenvolveu um quadro de icterícia, anemia importante, febre alta, oligúria, vômitos persistentes (inviabilizando alimentação, ingestão de água ou medicamentos), sangramento gengival, cianose, prostração.

Foi admitido na emergência de um hospital com dor abdominal intensa devido ruptura espontânea do baço. Exames laboratoriais revelaram anemia grave, hipoglicemia, acidose metabólica, insuficiência renal e hiperlactatemia. Após esplenectomia, todos os cuidados e tratamentos de suporte indicados em unidade de terapia intensiva foram instituídos com melhora clínica. Na internação foi prescrito Artesunato por via endovenosa.

Nesse caso, o agente etiológico da doença é

- (A) *Orthobunyavirus* (Oropouche).
- (B) *Trypanosoma cruzi*.
- (C) *Leishmania* (*Viannia*) *naiffi*.
- (D) Flavivirus.
- (E) *Plasmodium falciparum*.

57

Uma Engenheira de Telecomunicações, 38 anos, atleta de fisiculturismo, moradora de Florianópolis, Santa Catarina, foi trabalhar no interior de Sergipe. Ao retornar para sua residência, relatou que o quadro clínico se iniciou com manifestações pruriginosas na pele, semelhantes a picadas de inseto, que duraram cinco dias e melhoraram espontaneamente. Após sete semanas, desenvolveu sinais/sintomas gerais que compreenderam febre alta, mialgia, fraqueza, cansaço, linfadenopatia, febre, cefaléia, anorexia, dor abdominal; diarreia, náuseas, vômitos e tosse seca. Ao exame físico foi detectado hepatoesplenomegalia. O hemograma revelou eosinofilia elevada. Foram prescritos medicamentos de suporte e específico. Foi aventada a hipótese de febre de Katayama. A febre de Katayama foi descrita pela primeira vez em 1847, na região de Katayama (prefeitura de Hiroshima, Japão). O relato original foi feito por Yoshinao Fujii (também transliterado como Fujii Kōchoku), que documentou os sintomas clínicos em pessoas que trabalhavam em campos alagados, observando febre, coceira intensa e inchaço abdominal logo após contato com água doce.

O diagnóstico e a medicação específica mais indicada para o caso são

- (A) leishmaniose visceral e antimonial.
- (B) estrogiloidíase e praziquantel.
- (C) amebíase e secnidazol.
- (D) doença de chagas aguda e nifurtimox.
- (E) esquistossomose e praziquantel.

58

O período de incubação da leptospirose é de 5 a 14 dias, com variação de 2 a 30 dias. A doença pode se apresentar de várias maneiras e se manifestar com uma ampla gama de sintomas inespecíficos que podem estar associados ou não: febre, cefaleia, calafrios, mialgia, vômitos, náusea, diarreia, dor abdominal, tosse, icterícia, sufusão conjuntival e às vezes erupção cutânea. Os sinais e sintomas são comuns a muitas doenças e, às vezes, o diagnóstico é um desafio.

Pacientes não tratados podem desenvolver insuficiência renal, icterícia, dificuldade ou insuficiência respiratória, insuficiência hepática e meningite. Recente revisão publicada estima que são registradas, por ano, cerca de 60.000 mortes no mundo.

Nos casos de leptospirose grave (Síndrome de Weil), o antibiótico de escolha é

- (A) cloranfenicol.
- (B) penicilina g cristalina.
- (C) rifampicina.
- (D) vancomicina.
- (E) metronidazol.

59

Um paciente com placas brancacentas na faringe fez coleta de amostra que a cultura revelou tratar-se de *Corynebacterium spp*, bacilo Gram-positivo irregular, pleomórfico, não esporulado, com estruturas claviformes semelhantes a “letras chinesas” ou “paliçadas”, produtora de uma toxina proteica, que é o principal fator de virulência da doença, codificada pelo gene *tox* adquirido através da lisogênese pelo fago  $\beta$ , que foram detectados também pela técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR).

A doença do caso relatado e o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde são, respectivamente,

- (A) difteria e soro antidiftérico e penicilina G cristalina venosa.
- (B) peste bubônica e tetraciclina.
- (C) Botulismo e antitoxina botulínica, penicilina G cristalina.
- (D) colite pseudomembranosa e metronidazol.
- (E) Coqueluche e eritromicina.

60

Paciente com 64 anos de idade, passando por momento de divórcio, procura atendimento devido aparecimento de dor lancinante, disestésica em região fronto-temporal direita, acometendo também o olho e couro cabeludo ipsilateral em típico trajeto do ramo do nervo oftálmico.

Dois dias após início da dor surgiu exantema com formação de vesículas em uma base eritematosa, febre, mal-estar, e sinais de infecção bacteriana superposta. Exames complementares revelaram leucocitose importante com desvio à esquerda (32.000 leucócitos 10% bastões). Creatinina 3,6 Ureia 142 (TFGe: 21.99mL/min). Cultura de swab da secreção mostrou *Staphylococcus aureus* sensível à amoxicilina+clavulanato. Foi firmado o diagnóstico de herpes zoster em ramo oftálmico. Optou-se por tratamento venoso com amoxicilina + clavulanato + sintomáticos.

Nesse caso, o tratamento específico mais indicado seria aciclovir venoso na dose 10 mg/kg a cada

- (A) 4h.
- (B) 6h.
- (C) 8h.
- (D) 12h.
- (E) 24h.

61

Uma paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, foi submetida ao transplante de medula óssea devido linfoma.

Foi documentado que houve infecção pregressa por citomegalovírus. Receptores de alto risco, soropositivos para CMV que recebem transplante alogênicos são potencialmente susceptíveis e devem receber profilaxia até o dia 100 após o transplante.

O medicamento de primeira linha mais indicado é

- (A) valganciclovir.
- (B) ganciclovir.
- (C) letermovir.
- (D) aciclovir.
- (E) foscarnet.

62

Uma paciente com 23 anos de idade foi admitida na emergência com quadro de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Sua mãe relatou que, nos últimos 15 dias, a paciente apresentou febre vespertina e cefaleia holocraniana. Procurou atendimento médico em duas ocasiões, nas quais foram prescritos apenas sintomáticos.

Ao exame, a paciente se encontrava emagrecida, hipocorada, desidratada, acianótica, anictérica, afebril, com dispneia e esforço respiratório. Candidíase oral e lesões múltiplas por molusco contagioso em região genital. Diarreia. PA 90 x 55 mmHg, FC 110 bpm, FR 22 irpm, sat. O<sub>2</sub> 70. Gasometria revelou acidose metabólica. A paciente foi submetida à sedação, TOT e acoplada à VM. Toda medicação de suporte foi instituída, em especial a fenitoína venosa. Hemograma revelou anemia e linfopenia.

A imagem da tomografia de crânio com contraste revelou lesão anelar captante de contraste com edema perilesional e efeito de massa apagando parcialmente o ventrículo esquerdo e leve desvio da linha média.



O teste rápido para detecção do HIV foi reator. A mãe relatou que a paciente é alérgica à sulfá.

Baseado no relato, na imagem da tomografia computadorizada do crânio, e considerando a infecção oportunista neurológica grave mais comum na aids, assinale a opção que apresenta o diagnóstico e o tratamento específico mais indicado para o caso.

- (A) Tuberculose cerebral / RIPE.
- (B) Toxoplasmose encefálica / clindamicina + pirimetamina + leucovorina + dexametasona.
- (C) Citomegalovírus / ganciclovir.
- (D) Encefalite por criptococos (criptococoma) / anfotericina B lipossomal.
- (E) Toxoplasmose encefálica / clindamicina + pirimetamina + ácido fólico + dexametasona.

63

OPINION article

Front. Public Health, 07 May 2025  
Sec. Public Health Policy  
Volume 13 | 2025 | https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1573767

### Scorpions are taking over: the silent and escalating public health crisis in Brazil

Manuela B. Pucca<sup>1,2,3\*</sup> Joeliton S. Cavalcante<sup>2</sup> Sewbert R. Jati<sup>3</sup> Felipe A. Cerni<sup>3,4</sup>  
Rui Seabra Ferreira Jr.<sup>2,5</sup> Eliane C. Arantes<sup>6\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Analysis, School of Pharmaceutical Sciences, São Paulo State University (UNESP), Araraquara, SP, Brazil  
<sup>2</sup> Center for the Study of Venoms and Venomous Animals (CEVAP), São Paulo State University (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brazil  
<sup>3</sup> Graduate Program in Tropical Medicine (PPGMT), State University of Amazonas, Manaus, Brazil  
<sup>4</sup> Medical School, Federal University of Roraima (UFRR), Boa Vista, Roraima, Brazil  
<sup>5</sup> Graduate Program in Tropical Diseases, Botucatu Medical School (FMB), São Paulo State University (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brazil  
<sup>6</sup> Department of Biomolecular Sciences, School of Pharmaceutical Sciences of Riberião Preto, University of São Paulo, Riberião Preto, Brazil

Os escorpiões estão “tomando conta” das grandes cidades brasileiras, advertiram os pesquisadores em um artigo científico publicado recentemente na revista “*Frontiers in Public Health*”. Ele informa que mais de 1,1 milhão de picadas foram registradas entre 2014 e 2023, de acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil, o que significa um aumento de 155% nos relatos de picadas de 2014 a 2023. A rápida urbanização e as mudanças climáticas estão provocando um aumento no número de aparecimento de escorpiões em grandes centros urbanos em geral e, conseqüentemente, o perigo de picadas desse aracnídeo muitas vezes venenoso.

O envenenamento por picada de escorpião (escorpionismo) é um problema global atual, afetando várias regiões do mundo, incluindo a África, o Oriente Médio, o sul da Índia e América Latina. Nas Américas, o Brasil, o Paraguai, a Bolívia, o México, as Guianas e a Venezuela testemunharam um aumento alarmante do escorpionismo nas últimas décadas, evoluindo para uma crise de saúde pública significativa”, diz o artigo.

Estudos em animais mostram evidências do envolvimento de mediadores da inflamação, como interleucina-1 beta, prostaglandina-2, e muitos outros, por meio de uma reação neuroimune sistêmica, que seria responsável tanto pelo envolvimento do coração quanto do pulmão, sendo causador do edema agudo (Reis et al., 2020).

Após intervalo de minutos até poucas horas podem surgir, principalmente em crianças, os seguintes sintomas: sudorese profusa, agitação psicomotora, tremores, náuseas, vômitos, sialorréia, hipertensão ou hipotensão arterial, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar agudo e choque. A presença dessas manifestações indica a suspeita do diagnóstico de escorpionismo, mesmo na ausência de história de picada ou de identificação do animal. Apesar de a intensidade das manifestações clínicas depender da quantidade de peçonha inoculada, os adultos apresentam quadro local benigno, enquanto crianças constituem o grupo mais suscetível ao envenenamento sistêmico grave.

Entre a espécies listadas a seguir, assinale a que apresenta maior risco de complicações sistêmicas e óbitos de acordo com o Ministério da Saúde.

- (A) *Tityus bahiensis* (escorpião-marrom);
- (B) *Tityus stigmurus* (escorpião-amarelo do Nordeste);
- (C) *Tityus serrulatus* (escorpião-amarelo);
- (D) *Tityus obscurus* (escorpião-preto da Amazônia);
- (E) *Tityus cambridgei* (escorpião-grande” ou “saraiú” da Amazônia).

**64**

A análise do líquido cefalorraquidiano permite incrementar o raciocínio clínico para definição da hipótese acerca do agente etiológico das meningites.

Dessa forma, a análise laboratorial do líquido de um paciente com doença do sistema nervoso central que mostrou contagem de polimorfonucleares acima de 10.000 células/mm<sup>3</sup>, glicose 30 mg/dL, proteínas 140 mg/dL e pressão líquórica elevada é mais compatível com

- (A) meningite viral.
- (B) meningite granulomatosa.
- (C) meningite bacteriana purulenta.
- (D) meningite por espiroquetas.
- (E) meningite asséptica.

**65**

No sarampo, a análise histopatológica dos órgãos linfoides apresenta hiperplasia folicular acentuada, grandes centros germinativos e células gigantes multinucleadas com inclusões intracelulares, distribuídas aleatoriamente, e que são características, mas não exclusivas, do sarampo.

Essas células são denominadas

- (A) células de Koplik.
- (B) células gigantes de Langerhans.
- (C) células gigantes de Touton.
- (D) células de Warthin-Finkeldey.
- (E) células de Reed-Sternberg.

**66**

Uma mulher com 23 anos de idade, nascida em família na qual o movimento antivacina é uma realidade, apresentou febre baixa de três a quatro dias de evolução, associada a mialgia, anorexia, mal-estar e cefaleia. Procurou o pronto-socorro devido a quadro de dor abdominal de grande intensidade em fossa ilíaca direita com descompressão dolorosa. Queixou-se também de dor mamária.

O exame físico detectou aumento do volume, sensibilidade dolorosa à palpação superficial, coloração avermelhada e calor. Relatou ainda dor epigástrica. Outro achado nessa paciente foi dor, aumento da sensibilidade e aumento de volume da glândula parótida, apenas do lado direito.

Exames laboratoriais foram realizados e o hemograma mostrou anemia discreta, leucocitose com linfocitose relativa, aumento da PCR, transaminases aumentadas em duas vezes o valor normal, creatinina normal e ureia com valor aumentado. Bilirrubinas normais. Amilase aumentada cinco vezes e lipase normal. EAS sem alterações.

Baseado no conjunto dos sintomas e nos exames laboratoriais a principal hipótese diagnóstica é

- (A) zika.
- (B) caxumba.
- (C) apendicite aguda.
- (D) sarampo.
- (E) rubéola.

**67**

Médico R1 sofreu ferimento em dedo indicador da mão esquerda, com agulha grossa utilizada durante treinamento para punção da veia subclávia em um paciente com aids já diagnosticada

Nesse caso, o esquema antirretroviral para profilaxia pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV indicado pelo Ministério da Saúde é

- (A) tenofovir + lamivudina + efavirenz.
- (B) tenofovir + lamivudina + darunavir.
- (C) tenofovir + lamivudina + darunavir + ritonavir.
- (D) tenofovir + lamivudina.
- (E) tenofovir + lamivudina + dolutegravir.

**68**

Um acadêmico do quinto período do curso de medicina começou a frequentar a sala verde de uma grande emergência durante estágio oficial. Uma semana depois apresentou quadro clínico composto por espirros, congestão nasal, secreção nasal (rinorreia), dor de garganta, tosse, estado febril, cefaleia e mal-estar.

Ao exame físico observou-se inflamação conjuntival, edema de mucosa nasal, eritema de arcos faríngeos e adenopatia discreta. Pulmão limpo na ausculta. O diagnóstico clínico foi o resfriado comum.

Assinale a opção que apresenta o agente mais frequentemente encontrado no resfriado comum e o principal tratamento indicado.

- (A) rinovírus, sintomáticos.
- (B) coronavírus, ivermectina.
- (C) vírus de influenza, antibióticos de largo espectro.
- (D) parainfluenza, orientação apenas.
- (E) vírus sincicial respiratório, corticoide intranasal.

69

A aspiração de conteúdo gástrico ácido durante a cirurgia pode resultar em pneumonite química (síndrome de Mendelson) que se desenvolve rapidamente, em geral é transitória. O principal mecanismo fisiopatológico envolvido na síndrome de Mendelson é a lesão pulmonar aguda por ácido e partículas de material gástrico. A magnitude do acometimento é diretamente relacionada ao pH e ao volume do conteúdo aspirado. Acredita-se que sejam necessários pH menor que 2,5 e quantidade maior que 0,3 mL/kg (20–25 mL em adultos) para desencadear a doença.

A agressão pulmonar é bifásica: primeiro pico (uma a duas horas após aspiração), resultado do efeito cáustico direto na interface alvéolo-capilar. Posteriormente, ocorre o segundo pico (quatro a seis horas), associado a infiltrado de neutrófilos no alvéolo e interstício pulmonar, com achados histológicos característicos de inflamação aguda. Em 48 horas pode haver a formação de membrana hialina.

Uma paciente com 28 anos de idade, frequentadora de academia há 10 anos, sem histórico de doenças, foi realizar cirurgia de mastoplastia e apresentou engasgo seguido de dispneia rapidamente progressiva, cianose e perda de consciência devido broncoaspiração durante procedimento de intubação orotraqueal. Foi verificado que o procedimento foi conduzido por um R2 de cirurgia plástica que além de não sedar adequadamente para o procedimento não elaborou uma simples pergunta sobre o jejum à paciente. O mesmo foi suspenso pois tomou medida sem aval do Staff e do anestesista que não estavam na sala cirúrgica na hora do procedimento.

Felizmente a paciente recuperou rapidamente o estado de consciência após aspiração de vias aéreas, sendo verificada a eliminação de corpo estranho (restos alimentares) após crise de tosse. Ao exame físico, apresentava dispneia, sons respiratórios reduzidos associados a roncos e crepitações difusas. Obviamente a cirurgia foi suspensa. Foi iniciado tratamento de suporte com O<sub>2</sub> suplementar e nebulização. A radiografia de tórax mostrou infiltrado intersticial de padrão nodular confluyente. TC de tórax com imagem em vidro fosco e nódulos centrolobulares de contornos indefinidos bilateralmente em segmentos basais posteriores, não houve febre ou leucocitose.

O infectologista chamado para dar um parecer sobre o uso de antibióticos nesse caso indicou corretamente

- (A) piperacilina sódica e tazobactam sódico associado à claritromicina para ampliar espectro de cobertura para germes atípicos.
- (B) broncoscopia de urgência para lavar as vias aéreas.
- (C) amoxicilina + clavulanato para evitar possibilidade de infecção pulmonar.
- (D) medidas de suporte e conduta expectante e usar antibiótico somente em caso de piora clínica/laboratorial.
- (E) antibioticoterapia profilática com Piperacilina + Tazobactam devido ao risco de infecção por bactérias gram-negativas presentes no conteúdo gástrico.

70

Em 2004, foi registrado nos Estados Unidos o primeiro relato de tratamento de raiva humana em paciente que não recebeu vacina ou soro antirrábico e evoluiu para cura. A descrição detalhada da terapêutica realizada nessa paciente foi publicada no Protocolo de Milwaukee. No Brasil, em 2008, foi confirmada raiva em um paciente do estado de Pernambuco. A investigação demonstrou que o caso se vinculava à mordida de morcego hematófago. Após confirmação diagnóstica laboratorial, foi iniciado o protocolo de tratamento de Milwaukee adaptado à realidade brasileira, denominado Protocolo de Recife, Protocolo de Tratamento da Raiva Humana no Brasil (Brasil, 2011), resultando no primeiro registro de cura de raiva humana no País. Em 2017, ocorreu o segundo caso de cura com sequelas neurológicas: um adolescente com histórico de espoliação de morcego hematófago, morador de área ribeirinha, no estado do Amazonas, com diagnóstico laboratorial para raiva (Brasil, 2011). Esse Protocolo pode ser aplicado frente a casos confirmados da doença e sob orientação da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS).

O diagnóstico da raiva pode ser feito de diversas maneiras, entretanto, a técnica do RT-hN-PCR (Reverse Transcription hemi-Nested PCR, ou em português: transcrição reversa seguida de PCR hemi-aninhada) foi aplicada em alguns estudos de diagnóstico ante-mortem da raiva humana, aumentando em respectivamente 98% e 100% a sensibilidade e especificidade no diagnóstico.

A técnica funciona da seguinte maneira: primeiro, extrai-se RNA viral da amostra, e utiliza-se a enzima transcriptase reversa para convertê-lo em DNA complementar (cDNA) por RT-PCR. Este cDNA é amplificado com um par de primers externos por PCR. A seguir, o produto da primeira PCR é submetido a uma segunda rodada de PCR usando um par de primers, dos quais um é interno (aninhado) em relação aos originais (Hemi-nested PCR), isso aumenta significativamente a especificidade e a sensibilidade da detecção. Esse protocolo – exatamente esse tipo de combinação – pode ser usado para detectar o vírus rábico, empregando RT-PCR com primers voltados ao gene da glicoproteína (G) e RT-PCR seguido de hemi-nested PCR (hnRT-PCR) com primers para o gene da nucleoproteína (N) do vírus da raiva

Nesse caso, o seguinte material biológico deve ser preferencialmente coletado e encaminhado ao laboratório:

- (A) sangue.
- (B) urina.
- (C) biópsia da pele da nuca.
- (D) líquor.
- (E) biópsia da medula óssea.

71

A síndrome de Reye é uma doença pediátrica rara e potencialmente fatal definida como encefalopatia não inflamatória aguda com insuficiência hepática gordurosa.

O patologista australiano R.D.K. Reye descreveu essa síndrome pela primeira vez em 1963. A síndrome de Reye geralmente se apresenta em crianças como vômitos e confusão mental com rápida progressão para coma e morte.

A fisiopatologia exata da síndrome de Reye não é conhecida com precisão; no entanto, parece envolver lesão mitocondrial no contexto de uma doença viral (em geral influenza ou varicela) associada ao uso de medicamento que pode causar ou perpetuar danos às mitocôndrias celulares, resultando na inibição do metabolismo de ácidos graxos. As características neurológicas da síndrome de Reye provavelmente resultam da disfunção mitocondrial hepática que causa níveis elevados de amônia.

A hiperamonemia pode induzir edema cerebral difuso e subsequente pressão intracraniana elevada. Essa síndrome geralmente começa nos dias seguintes à recuperação de uma doença viral durante a qual um determinado medicamento foi administrado.

O diagnóstico é clínico e de exclusão, não há exames específicos. A vigilância nacional da síndrome de Reye começou nos Estados Unidos no início dos anos 1970 e levou a advertências estritas sobre o uso de certos medicamentos em crianças, tornando essa síndrome rara hoje em dia, porém não há uma sistematização de notificação desse diagnóstico bem como rede de vigilância sobre esta doença, de tal forma que pode haver casos atuais não diagnosticados.

Assim, a escolha deve ser o uso de

- (A) ibuprofeno.
- (B) aspirina.
- (C) diclofenaco.
- (D) benzilpenicilina benzatina.
- (E) dipirona.

72

A pneumocistose (PCP) é o quadro pulmonar mais frequente em pacientes com aids e contagem de linfócitos T CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup>. O *Pneumocystis jirovecii* foi inicialmente classificado como um protozoário com base em suas características morfológicas. Em 1988, uma análise da pequena subunidade rRNA do *Pneumocystis* estabeleceu uma ligação filogenética com o reino Fungi, e toda a informação genômica subsequente corroborou a morfologia do *Pneumocystis* dentro dos fungos actinomicetos.

Esses fungos respondem ao tratamento antimicrobianos antimetabólitos antagonistas do folato, especificamente uma associação de sulfonamida (sulfametoxazol) com inibidor da dihidrofolato redutase (trimetoprima). Entretanto, ao se iniciar o tratamento dos enfermos é frequente a piora paradoxal, com exacerbação dos sinais clínicos e agravamento do quadro.

Para evitarmos essa piora, deve-se associar ao tratamento antimicrobiano

- (A) ácido fólico.
- (B) ácido folínico.
- (C) antifúngicos imidazólicos.
- (D) corticosteroides.
- (E) inibidores do TNF-alfa como a talidomida.

73

Existem muitas lagartas venenosas, larvas de mariposas da Ordem Lepidoptera, que podem causar ferimentos graves aos humanos. As reações variam de dermatite urticariforme, reações alérgicas, insuficiência renal e osteocondrite a sangramento intracerebral.

Entre essas lagartas peçonhentas, a mariposa brasileira *Premolis semirufa* (família Erebidae), conhecida como pararama em seu estágio larval, habita seringais encontrados na floresta amazônica e produz uma manifestação clínica singular de envenenamento nos trabalhadores que coletam a seiva das seringueiras. Por ano são notificados cerca de 60 novos casos, em especial no estado do Pará.

A pararamose (periartrite falangeana associada à pararama) é uma doença causada pelo contato com cerdas finas urticantes das lagartas. Esse contato causa uma sensação intensa de coceira, seguida de sintomas de inflamação aguda. Após contato repetido com essa lagarta, o processo inflamatório torna-se crônico, levando à imobilidade articular que se caracteriza pelo espessamento da membrana sinovial articular com deformidades articulares semelhantes à artrite reumatóide.

Entre as opções a seguir, a mais eficaz no combate à pararamose seria a

- (A) realização de queimadas nos seringais para controle das mariposas.
- (B) utilização regular de inseticidas nos seringais.
- (C) instalação de armadilhas de capturas das mariposas.
- (D) utilização de equipamento de proteção individual obrigatório.
- (E) utilização de repelentes de insetos nos seringais.

74

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, recruta militar recém-integrado em alojamento coletivo no quartel, comparece na enfermaria com quadro de febre alta súbita (39,5 °C), cefaleia intensa, náuseas, vômitos e rigidez de nuca. No exame físico observa-se sonolência, fotofobia, sinais de irritação meníngea e exantema petequial difuso em tronco e membros. Nas horas seguintes o paciente evoluiu com taquicardia (FC: 135 bpm), hipotensão arterial (PA: 80 x 50 mmHg), extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado e sinais de choque séptico.

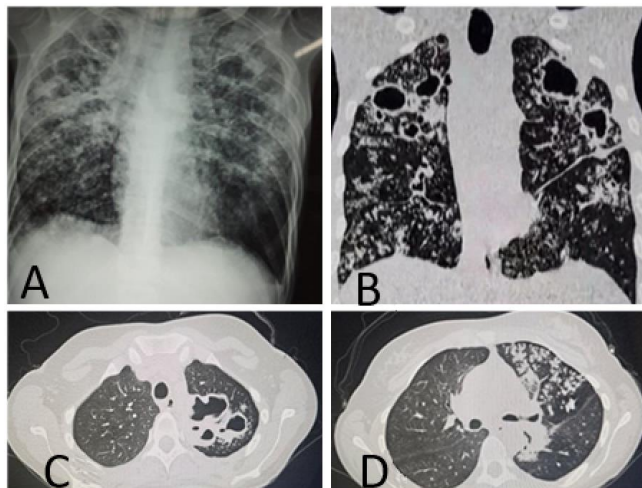
Diante desse quadro, assinale a opção que apresenta a conduta imediata mais adequada, o mais provável diagnóstico e o agente etiológico envolvido.

- (A) Prescrever penicilina oral em dose alta, isolamento respiratório, dexametasona venosa. Meningite meningocócica fulminante com meningococcemia. *Neisseria meningitidis*.
- (B) Aguardar punção lombar antes de iniciar antibiótico. isolamento respiratório, dexametasona venosa. Meningite criptocócica fulminante. *Cryptococcus neoformans*.
- (C) Não iniciar corticóides isolamento respiratório, ceftriaxona venosa. Meningite meningocócica fulminante com meningococcemia. *Neisseria meningitidis*.
- (D) Antiviral empírico, corticóides, isolamento respiratório. Meningite herpética. Herpesvírus tipo 1.
- (E) Iniciar ceftriaxona venosa imediatamente, isolamento respiratório, dexametasona venosa. Meningite meningocócica fulminante com meningococcemia. *Neisseria meningitidis*.

75

Trabalhar em uma emergência pública traz grandes desafios para os médicos e demais membros da equipe de saúde, estão sempre expostos a riscos biológicos e a adquirir germes patogênicos, obviamente estas observações são extensivas à população em geral que entram em contato com estes pacientes. Há urgente necessidade de se estabelecer políticas públicas e criar infraestrutura adequada para acolher e tratar estes enfermos, em especial os mais vulneráveis e frágeis.

Analise as imagens a seguir.



As imagens acima foram obtidas por intermédio de Rx e tomografia computadorizada de tórax de dois pacientes: as imagens A e B são de um homem de 45 anos, morador de rua, alcoólatra, usuário de crack, vivendo com HIV em tratamento irregular e várias passagens na clínica da família sem segmento adequado, pois somente procura atendimento em unidade de saúde quando a falta de ar se torna intensa. Tanto o Rx quanto a tomografia de tórax exibem sinais de alta suspeição para tuberculose pulmonar.

As fotos C e D representam a tomografia de tórax de uma paciente com 35 anos, técnica de enfermagem, com tosse, febre e sudorese, mas que se automedicava com sintomáticos, até que resolveu procurar atendimento, observe que não está tão emagrecida quanto o outro paciente. O achado das cavernas em ápice (foto C) e a didática imagem em “árvore em brotamento” (foto B) são quase patognômicas da tuberculose pulmonar.

Em ambos os casos, as amostras de escarro foram submetidas ao exame Xpert MTB/RIF (GeneXpert®) que é um ensaio de PCR (reação em cadeia da polimerase) em tempo real automatizado que detecta simultaneamente presença do *Mycobacterium tuberculosis* complexo e resistência à rifampicina. A detecção de fluorescência ao longo da reação de PCR confirma a presença do DNA de *M. tuberculosis*. Nestes casos, o paciente morador de rua apresentou resistência à rifampicina.

O teste amplifica segmentos específicos do gene que codifica a subunidade β da RNA polimerase. Ele utiliza sondas moleculares (“molecular beacons”) que se ligam a regiões altamente conservadas do gene.

Com relação à resistência à rifampicina, o seguinte gene é detectado pelo método:

- (A) rpoB (presença da RRDR).
- (B) katG (mutação S315T).
- (C) gyrA e gyrB (região QRDR; mutações em codons 90, 91, 94 do gyrA são as mais frequentes).
- (D) embB (particularmente mutação M306V/I).
- (E) pncA (múltiplas mutações dispersas em todo o gene, inclusive região promotora).

76

Em 1972, o pneumologista Richard W. Light publicou, no *Annals of Internal Medicine*, um artigo que estabeleceu os “critérios de Light” para diferenciar exudatos de transudatos no derrame pleural. Até hoje é uma ferramenta simples e bastante utilizada, principalmente em regiões onde não se dispõe de exames complementares mais modernos e de maior custo. Compreender a diferença entre exudato e transudato em derrame pleural é uma ferramenta que orienta a hipótese diagnóstica, a decisão clínica e tem impacto no tratamento dos enfermos.

Analise a telerradiografia a seguir.



A telerradiografia de tórax acima é de um paciente do sexo masculino, diabético controlado, 45 anos de idade, que estava há uma semana com tosse produtiva, febre 39°C, dor torácica à esquerda. Exames de sangue com os seguintes resultados: hemograma exibindo 14.480 leucócitos/mm<sup>3</sup>, proteína C reativa 9,8mg/L, velocidade de hemossedimentação 80 mm/h, glicose 150mg/dL, lactato desidrogenase sérica 1.280 U/L, proteínas totais 14g/dL, ureia e creatinina normais.

O líquido pleural foi coletado e análise laboratorial revelou: líquido turvo, adenosina deaminase negativo, incontáveis polimorfonucleares, alguns mononucleares, proteína 9g/dL, glicose 40mg/dL, lactato desidrogenase 900 U/L.

Com base nessas informações, assinale a opção que melhor responde, respectivamente, às seguintes questões: o líquido pleural do paciente se caracteriza como exudato ou transudato? Qual o diagnóstico mais plausível e razoável? Como tratar?

- (A) transudato, insuficiência cardíaca e diuréticos.
- (B) exudato, pneumonia e antibióticos.
- (C) transudato, tuberculose e RIPE.
- (D) exudato, pancreatite e hidratação e dieta zero.
- (E) exudato, embolia pulmonar e anticoagulação.

77

Homem de 60 anos, vítima de acidente automobilístico, politraumatizado, encontra-se internado há 21 dias na UTI. Desenvolve pielonefrite. A cultura revelou tratar-se de *Acinetobacter baumannii* resistente a quase todos os antibióticos (XDR), em especial carbapenêmicos. *A. baumannii* é considerado um dos patógenos mais importantes causadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), e está na lista de patógenos prioritários do documento Global Priority List of Antibiotic-resistant Bacteria To Guide Research, Discovery, And Development Of New Antibiotics, da Organização Mundial da Saúde, como microrganismo crítico, prioridade 1 para pesquisa e desenvolvimento de novos antibióticos.

Nesse caso específico, assinale a opção que apresenta a classe do antibiótico a ser administrado como opção terapêutica.

- (A) Betalactâmicos.
- (B) Aminoglicosídeos.
- (C) cefalosporinas sideróforas.
- (D) macrolídeos.
- (E) Tetraciclina.

78

Uma mulher com 32 anos de idade relatou que há três semanas atrás apresentou cefaléia, febre baixa, hemorragia conjuntival, mal estar e mialgia, apresentou também exantema, os sintomas melhoraram ao longo de 5 dias com uso de sintomáticos.

O teste para Zika vírus foi reagente. Procurou emergência de um hospital porque estava com fraqueza ascendente em membros inferiores, arreflexia e disautonomia. A eletroneuromiografia detectou diminuição da velocidade de condução nervosa e evidências de desmielinização segmentar (polirradiculopatia desmielinizante). LCR mostrou dissociação albuminocitológica (aumento de proteínas com contagem de leucócitos normal).

O diagnóstico mais provável e o tratamento indicado são:

- (A) polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica; corticoides.
- (B) síndrome de Isaacs; plasmaférese ou imunoglobulina.
- (C) miastenia gravis; timentomia.
- (D) Botulismo; antitoxina botulínica.
- (E) síndrome de Guillain-Barré; plasmaférese ou imunoglobulina.

79

Uma mulher com 37 anos de idade, residente na zona rural de Minas Gerais, apresenta crises convulsivas recorrentes de difícil controle.

Tomografia computadorizada do crânio revelou múltiplas lesões calcificadas corticais e a ressonância Magnética mostrou lesões císticas viáveis com presença de escólex. Sorologia positiva para *Taenia solium*.

O hospedeiro intermediário e a terapêutica específica mais adequada são, respectivamente,

- (A) bovino e praziquantel.
- (B) suíno e metronidazol.
- (C) ovino e cirurgia + ivermectina.
- (D) suíno e albendazol.
- (E) caprino e ácido valpróico.

80

Mulher de 45 anos, residente no interior da Bahia, há 1 ano vem apresentando com quadro progressivo de fraqueza em membros inferiores, associada à rigidez e espasticidade muscular e distúrbios esfinterianos (urgência urinária e constipação crônica). Relata queixas de lombalgia e dificuldade de deambulação, necessitando auxílio ao caminhar.

Nos últimos 10 dias, evoluiu com quadro de linfonomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, derrame pleural, febre, mal estar, hipotensão, taquicardia, sudorese, configurando uma forma agressiva e de rápida evolução. Exames complementares apresentando linfocitose acentuada, elevação da lactato desidrogenase 9x o normal, aumento do cálcio sérico e lesões cutâneas.

O técnico de laboratório contactou o médico assistente pois no sangue periférico haviam as células atípicas exibidas abaixo, e que definiram o diagnóstico da enfermidade da paciente.

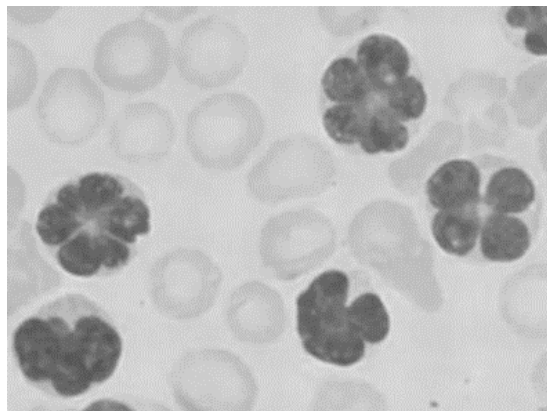


Foto: Blood Journal. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2009-09-245233>

O diagnóstico da doença em questão e o agente etiológico são, respectivamente,

- (A) leucemia/linfoma de células T do adulto, HTLV-1.
- (B) linfoma de Hodgkin, vírus Epstein-Barr.
- (C) sarcoma de Kaposi, herpesvírus tipo 8.
- (D) leucemia linfocítica, HTLV-2.
- (E) linfoma não-Hodgkin, HIV.

Realização

