

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

### PROVA OBJETIVA - TIPO 1



#### SUA PROVA

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

- uma folha para a marcação das respostas.



#### TEMPO

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



#### NÃO SERÁ PERMITIDO

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



#### INFORMAÇÕES GERAIS

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

**Boa prova!**



## Infectologia

1

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.

2

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. Somete assim a vacinação pode ser instituída.

3

LF-LAM (Lateral Flow Lipoarabinomannan Assay) é um teste imunocromatográfico rápido para detecção do antígeno lipoarabinomanano (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.

4

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 cavitam 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.

5

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 (pseudoteritema 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.

6

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 musculo 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.

7

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 petequeial 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.

8

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.

9

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.

10

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.

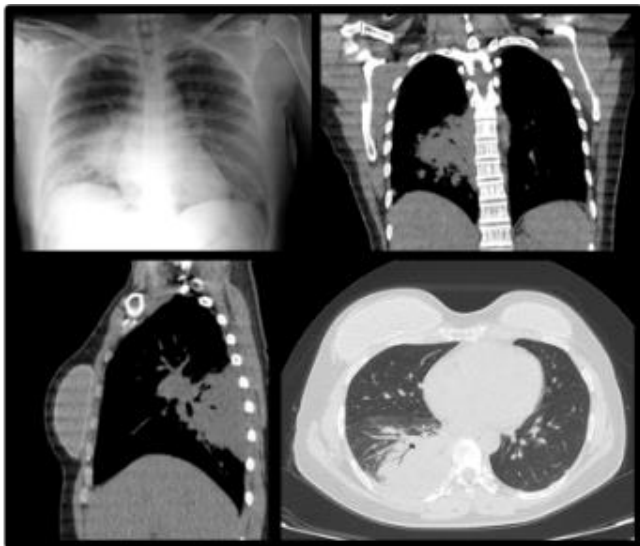
11

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.

12

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 mm<sup>3</sup> (4.000-10.000 por mm<sup>3</sup>), contagem de plaquetas de 9,9 x 10<sup>-3</sup> por mm<sup>3</sup> (15-45 x 10<sup>-3</sup> por mm<sup>3</sup>), 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/mm<sup>3</sup> 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.

13

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, contaminando 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.

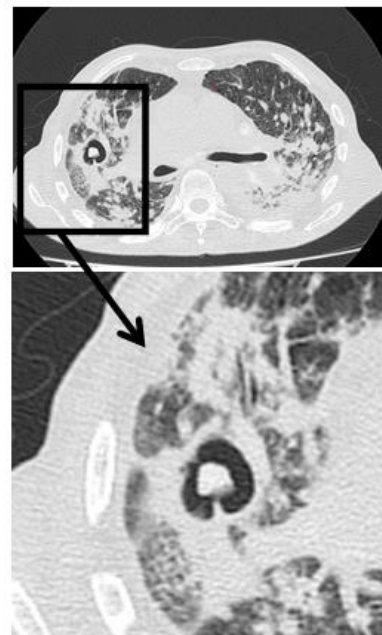
Em relação ao mecanismo de ação do benznidazol, é correto afirmar que

- (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.

14

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 pèrvios. 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.

**15**

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.

**16**

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*.

**17**

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.

**18**

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.

19

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.

20

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.

21

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

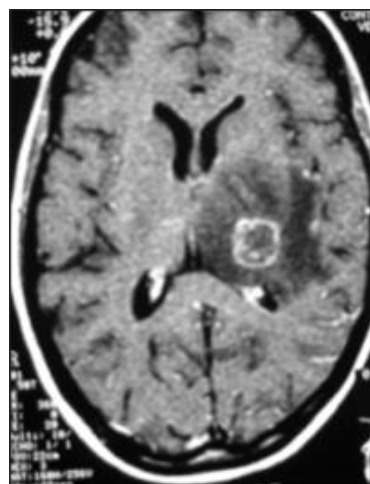
- (A) valganciclovir.
- (B) ganciclovir.
- (C) letermovir.
- (D) aciclovir.
- (E) foscarnet.

22

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 sulfas.

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.

23

## OPINION article

Front. Public Health, 07 May 2025  
 Sec. Public Health Policy  
 Volume 13 - 2025 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1573707>

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

Manuela B. Pucca<sup>1,2,3\*</sup> Joelliton 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 of UNESP (CEVAVI), São Paulo State University (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brazil  
<sup>3</sup> Graduate Program in Tropical Medicine (PPCMT), 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 Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão 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).

24

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.

25

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.

26

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 desconexão 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.

**27**

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.

**28**

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.

**29**

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 mamoplastia 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 O2 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.

**30**

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) líquido.
- (E) biópsia da medula óssea.

**31**

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.

**32**

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

33

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

- realização de queimadas nos seringais para controle das mariposas.
- utilização regular de inseticidas nos seringais.
- instalação de armadilhas de capturas das mariposas.
- utilização de equipamento de proteção individual obrigatório.
- utilização de repelentes de insetos nos seringais.

34

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.

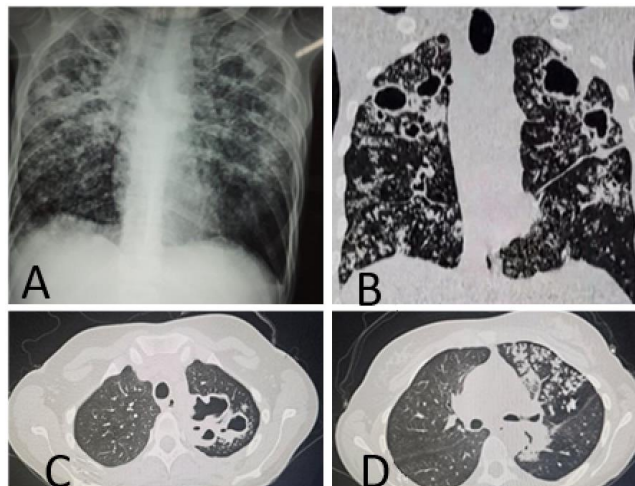
Diante desse quadro, assinale a opção que apresenta a conduta imediata mais adequada, o mais provável diagnóstico e o agente etiológico envolvido.

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

35

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 patognomônicas 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:

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

36

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.

Analisar 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 sérico 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.

37

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.

38

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; timectomia.
- (D) Botulismo; antitoxina botulínica.
- (E) síndrome de Guillain-Barré; plasmaférese ou imunoglobulina.

39

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.

40

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 esfincterianos (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 linfonodomegalia 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.

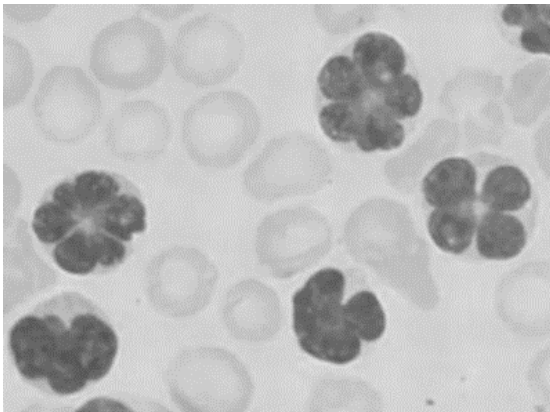


Foto: Blood Journal. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2009-09-245233>

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.

## Pediatria

41

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

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

A conduta mais adequada nesse caso é

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

42

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

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

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

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

- (A) indicar intubação e ventilação mecânica com FiO<sub>2</sub> 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para sepse neonatal até elucidação completa.
- (E) solicitar angiogramografia de tórax.

43

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

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

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

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

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

44

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

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

A principal suspeita diagnóstica é de

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

45

Pré-escolar de 6 anos, com história prévia de asma, é levado ao pronto-socorro com dispneia progressiva, sibilância difusa, FR: 52 irpm, SatO<sub>2</sub>: 89% em ar ambiente, batimento de asa do nariz e fala entrecortada. A mãe nega febre e rinorreia. Não há história de contato com indivíduos com infecção de vias aéreas. No manejo inicial são administradas duas doses de salbutamol inalatório com espaçador.

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

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

46

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

A conduta inicial mais apropriada é

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

47

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

O diagnóstico mais provável é de

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

48

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

O diagnóstico mais provável é

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

49

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

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

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

**50**

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

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

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

**51**

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

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

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

**52**

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

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

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

**53**

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

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

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

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

54

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

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

Não há história familiar de epilepsia, embora o pai relate ter tido convulsões febris na infância. Ao exame a criança está com o estado geral regular, chorosa e irritada alternando com sonolência leve responsiva a estímulos. Temperatura: 38,3 °C; FC: 150 bpm; FR: 34 irpm; SpO<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

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

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

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

55

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

A conduta mais indicada nesse caso é

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

56

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

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

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada são

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

57

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

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica é

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

58

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

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

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

59

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

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

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

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

**60**

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

- (A) Administrar rapidamente bolus de 20 mL/kg de cristalóide isotônico aquecido, coletar hemoculturas preferencialmente de todos os lúmens do cateter e periferia, iniciar antibióticos de amplo espectro com cobertura antipseudomonas + glicopeptídeo e, se a hipotensão persistir após 40 mL/kg, começar norepinefrina em infusão contínua por acesso periférico sob monitorização rigorosa.
- (B) Iniciar anfotericina B lipossomal devido ao alto risco de infecção fúngica em neutropênicos e observar a perfusão tecidual antes de administrar fluidos, para evitar sobrecarga hídrica
- (C) Iniciar dopamina a 10 µg/kg/min imediatamente, evitando infusão de fluidos para não precipitar edema pulmonar, comum em pacientes imunossuprimidos.
- (D) Administrar dipirona para controle da febre e aguardar resultados de culturas antes de iniciar antibioticoterapia, para reduzir o risco de resistência bacteriana
- (E) Solicitar transfusão de plaquetas profilática antes de qualquer intervenção, haja vista que a contagem está  $< 50.000/mm^3$ , postergando a ressuscitação volêmica até estabilizar a hemostasia.

**61**

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

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

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

**62**

Lactente masculino de 6 meses, nasceu a termo com 39 semanas via parto vaginal, peso ao nascer 3.200 g. Recebeu vitamina K, BCG e 1ª dose de hepatite B na maternidade. Aos 5 meses, foi internado por pneumonia grave e candidíase oral refratária. Investigação imunológica: linfócitos T CD3+ 180 células/mm<sup>3</sup>, linfócitos B CD19+ 22 células/mm<sup>3</sup>, NK 45 células/mm<sup>3</sup> com o diagnóstico de Imunodeficiência Combinada Severa (SCID) ligada ao X. Realiza IVIG mensal (400 mg/kg), TMP-SMX e fluconazol profiláticos. Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) programado em 2 meses.

A conduta vacinal mais apropriada neste momento é

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

63

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

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

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

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

64

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

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

Diante do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é

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

65

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

O laboratório inicial revela: glicemia capilar 46 mg/dL; gasometria arterial: pH 7,29 / HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17 mEq/L / BE -8 mEq/L; sódio 124 mEq/L, potássio 6,8 mEq/L, Cloro 96 mEq/L; ureia 38 mg/dL, creatinina 0,6 mg/dL; 17-hidroxiprogesterona sérica colhida 2 horas após admissão: 11 000 ng/dL (VR < 200 ng/dL).

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

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

66

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

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

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

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

67

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

Com base no quadro apresentado, o diagnóstico mais provável é

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

68

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

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

Exame inicial: FC 98 bpm, PA 108/66 mmHg, FR 18 ipm, SatO<sub>2</sub> 98 % em ar ambiente, T 36,7 °C. Consciente, orientada, fala pausada, olhar no chão. Pupilas isofotorreagentes. Abdome flácido, indolor, sem vômitos. Sem alterações neurológicas focais. Cicatrizes lineares antigas nos antebraços. ECG: ritmo sinusal, QTc 470ms. Os exames laboratoriais iniciais revelam glicemia 88 mg/dL, eletrólitos e função renal normal.

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

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

69

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

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

A conduta inicial mais adequada para esse paciente é

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

70

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

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

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

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

71

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

A conduta imediata mais apropriada para esse recém-nascido é

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

72

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

Ao exame físico: fontanela normotensa, perfusão periférica preservada, sem sinais de desidratação grave. Exames laboratoriais revelam bilirrubina total 8,5 mg/dL (predomínio indireto), glicemia 72 mg/dL, sódio 132 mEq/L, potássio 4,7 mEq/L, pH 7,20, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 14 mEq/L, anion gap aumentado.

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é

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

73

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

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

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

74

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

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

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

75

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

A conduta terapêutica inicial mais adequada para esse caso é

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

76

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

A conduta imediata mais adequada nesse cenário é

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

77

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

O diagnóstico mais provável para esse caso é

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

78

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

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

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

79

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

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

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

80

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

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

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

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

RASCUNHO



Realização

