

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

INFECTOLOGIA HOSPITALAR

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

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



NÃO SERÁ PERMITIDO

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



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa 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

Um homem de 34 anos de idade, previamente hígido, procura atendimento médico ambulatorial referindo o surgimento de uma tumoração dolorosa na região inguinal direita há cerca de três semanas. Relata que, aproximadamente dez dias antes do início do quadro, sofreu uma arranhadura na face interna da coxa ipsilateral provocada por um gato filhote de rua que havia recolhido recentemente.

Ao exame físico, o paciente apresenta-se em bom estado geral, afebril, notando-se uma discreta pápula eritematosa cicatricial e indolor no terço médio da coxa direita. À palpação da região inguinal direita, identifica-se um linfonodo isolado de 3,5 cm de diâmetro, de consistência firme, móvel, doloroso à digitopressão, sem sinais de flutuação, supuração ou alterações flogísticas na pele subjacente.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para a linfadenopatia regional descrita, a conduta terapêutica inicial mais adequada para este paciente é

- (A) solicitar biópsia excisional imediata do linfonodo inguinal para pesquisa de linfoma e iniciar terapia empírica com anfotericina B devido possível esporotricose.
- (B) iniciar tratamento com ceftriaxona por via intravenosa por 14 dias devido ao elevado risco de bacteremia crônica e sepsis tardia por bactérias do gênero *Bordetella*.
- (C) orientar medidas de suporte sintomático com aplicação de calor local e analgésicos, avaliando o possível uso de azitromicina por via oral para bactérias do gênero *Bartonella*.
- (D) prescrever o esquema antimicrobiano quádruplo com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por suspeita de tuberculose ganglionar.
- (E) instituir a combinação de doxiciclina por via oral e rifampicina por 6 semanas de maneira obrigatória para erradicar o foco infeccioso local causada por bactérias do gênero *Bartonella*.

2

A emergência de resistência à ceftazidima-avibactam durante o tratamento de infecções graves por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase representa um desafio terapêutico relevante. Nesse contexto, a lariocidina, um peptídeo em laço (*lasso peptide*), vem sendo investigada em estudos *in vitro* e em modelos animais como candidata a novo antimicrobiano com atividade contra diferentes patógenos bacterianos, inclusive isolados resistentes.

Considerando seu mecanismo molecular de ação, a atividade antimicrobiana da lariocidina fundamenta-se na capacidade de

- (A) inserir-se, de forma dependente de cálcio, na membrana citoplasmática, provocando despolarização e efluxo de íons potássio, por mecanismo semelhante ao dos lipopeptídeos cíclicos.
- (B) inibir competitivamente a di-hidropteroato sintase, bloqueando a síntese bacteriana de ácido fólico.
- (C) ligar-se à subunidade ribossomal 50S e inibir a formação das ligações peptídicas no centro peptidil-transferase.
- (D) acilar covalentemente as proteínas ligadoras de penicilina, impedindo a transpeptidação e a formação de ligações cruzadas do peptídeoglicano.
- (E) ligar-se a um sítio próprio da subunidade ribossomal 30S, interagindo com o RNA ribossomal 16S e com o aminoacil-tRNA, com consequente inibição da translocação e indução de erros de decodificação.

3

Homem de 38 anos de idade, vivendo com HIV há 6 anos, sem acompanhamento regular e sem uso de terapia antirretroviral (TARV), dá entrada no pronto-socorro com quadro de febre diária de até 38,5°C, relato de que há duas semanas apresenta cefaleia holocraniana com evolução progressiva de pequena para forte intensidade e recente confusão mental.

Exames admissionais no pronto socorro revelam contagem de linfócitos T-CD4 de 28 células/mm³ e carga viral do HIV de 240.000 cópias/mL.

A tomografia computadorizada de crânio com contraste não evidencia lesões expansivas ou desvio de linha média.

É realizada punção lombar, cujo líquido cefalorraquidiano (LCR) apresenta: pressão de abertura de 340 mmH₂O, pleocitose mononuclear de 85 células/mm³, hiperproteínoquia 190 mg/dL e hipoglicorquia 18 mg/dL; glicemia plasmática 98 mg/dL.

A pesquisa direta por microscopia com Tinta da China (Nanquim) e o teste de antígeno por imunocromatografia no LCR foram positivos para *Cryptococcus neoformans*.

Com base nas diretrizes vigentes e nas evidências científicas consolidadas sobre o manejo de neurocriptococose em pacientes vivendo com HIV, a conduta terapêutica inicial e o planejamento da introdução da TARV mais adequados para este paciente são:

- (A) iniciar fase de indução com Anfotericina B lipossomal associada à Flucitosina por 2 semanas, realizar punções lombares de alívio repetidas para controle da hipertensão intracraniana e diferir a introdução da TARV para 4 a 6 semanas após o início do antifúngico.
- (B) iniciar fase de indução com Anfotericina B desoxicolato em monoterapia por 4 semanas, manter dreno ventricular externo contínuo e iniciar a TARV imediatamente nas primeiras 48 horas de internação para restauração da imunidade celular.
- (C) iniciar fase de indução com Fluconazol em alta dose 1.200 mg/dia por 2 semanas, contraindicar punções lombares de alívio pela ausência de efeito na pressão líquórica e introduzir a TARV em até 7 dias após a confirmação microbiológica.
- (D) iniciar fase de indução com Anfotericina B lipossomal em dose única combinada com Fluconazol e Flucitosina por 14 dias, realizar derivação ventrículo-peritoneal imediata e diferir a TARV para 12 semanas do término da consolidação.
- (E) iniciar fase de indução com Voriconazol intravenoso associado à Caspofungina por 2 semanas, realizar punções de alívio apenas se houver papiledema ao exame de fundo de olho e introduzir a TARV simultaneamente no 3º dia de internação.

4

Homem de 67 anos apresentou episódio de herpes-zóster torácico há cerca de seis meses, tratado com valaciclovir por via oral durante sete dias. Evoluiu com resolução completa das lesões cutâneas e ausência de dor neuropática residual. Em consulta de acompanhamento, questiona sobre a indicação e o esquema da vacinação contra o vírus varicela-zóster para prevenir novas reativações.

Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e do *Advisory Committee on Immunization Practices/Centers for Disease Control and Prevention (ACIP/CDC)*, a conduta correta é

- (A) contraindicar a vacinação, pois o episódio prévio produz reforço imunológico natural suficiente para dispensar a imunização.
- (B) indicar a vacina recombinante adjuvada contra o herpes-zóster em esquema de duas doses, pois o episódio prévio não elimina a indicação vacinal e o quadro agudo já está completamente resolvido.
- (C) indicar a vacina de vírus vivo atenuado em dose única, pois a ausência de neuralgia pós-herpética afasta contraindicações à sua administração.
- (D) adiar a vacina recombinante até completar obrigatoriamente 12 meses do término do tratamento antiviral, para permitir recuperação da resposta imunológica.
- (E) solicitar previamente sorologia quantitativa para IgG contra o vírus varicela-zóster e administrar dose única da vacina recombinante somente se o título estiver abaixo do limiar protetor.

5

Mulher de 79 anos de idade, internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por pneumonia nosocomial grave por germe multirresistente, encontra-se no 10º dia de uso da combinação antimicrobiana de Meropenem intravenoso 1g a cada 8 horas) e Polimixina B intravenosa (750.000 UI a cada 12 horas). Evolui nas últimas 24 horas com distensão abdominal acentuada, abolição dos ruídos hidroaéreos e episódios de diarreia aquosa volumosa.

Ao exame físico: soporosa, febril (38,4°C), hipotensa (85 x 50 mmHg), sob infusão contínua de noradrenalina em dose crescente) e com abdome francamente distendido e doloroso à palpação difusa.

Exames laboratoriais de urgência demonstram: leucocitose de 28.500 mm³ com 12% de bastões, creatinina sérica de 3,1 mg/dL (basal de 1,0 mg/dL) e lactato arterial de 4,2 mmol/L.

A tomografia computadorizada de abdome evidência pancolite inflamatória grave com espessamento parietal difuso e dilatação do cólon com diâmetro de 7,2 cm no ceco e cólon ascendente, sem pneumoperitônio.

Considerando o diagnóstico de infecção por *Clostridioides difficile* na sua apresentação fulminante complicada com íleo paralítico/megacólon tóxico, a conduta terapêutica farmacológica e a abordagem inicial mais adequadas para esta paciente são:

- (A) iniciar Vancomicina por via nasogástrica/oral em dose elevada (500mg a cada 6 horas) associada a Metronidazol por via intravenosa (500mg a cada 8 horas) e Vancomicina por via retal na forma de enema (500mg em solução salina a cada 6 horas), além de reavaliar/suspender os antimicrobianos precipitantes e solicitar parecer imediato da cirurgia geral.
- (B) iniciar Fidaxomicina por via oral (200mg a cada 12 horas) em monoterapia, por apresentar menor taxa de recorrência em relação aos glicopeptídeos, e postergar qualquer intervenção por via retal para evitar o risco de perfuração do cólon dilatado.
- (C) prescrever Metronidazol por via intravenosa (500mg a cada 8 horas) em monoterapia, associado à administração de Loperamida para contenção do volume diarreico e redução da perda hídrica enteral, aguardando o resultado da toxina A/B antes de alterar o esquema.
- (D) indicar Transplante de Microbiota Fecal (TMF) de urgência por via nasoduodenal como primeira linha de tratamento para quadros fulminantes, mantendo o esquema antimicrobiano prévio com Meropenem e Polimixina B para controle do foco pulmonar.
- (E) iniciar Vancomicina por via oral na dose padrão (125mg a cada 6 horas) e agendar colonoscopia descompressiva de urgência com biópsia mucosal para confirmação de pseudomembranas antes da decisão sobre a antibioticoterapia sistêmica.

6

Homem de 36 anos de idade, executivo de multinacional, previamente hígido, procura atendimento ambulatorial devido ao aparecimento de lesões cutâneas intensamente pruriginosas iniciadas há 4 dias. Refere retorno recente de viagem de trabalho ao Sudeste Asiático, onde permaneceu hospedado por 7 noites em diferentes hotéis. Relata que as lesões surgem predominantemente ao despertar e aumentaram em quantidade ao longo dos últimos dias. Nega febre, perda ponderal, artralgias, sintomas respiratórios, uso de novos medicamentos, contato sexual de risco ou exposição ocupacional a agentes químicos.

Ao exame dermatológico, observam-se múltiplas pápulas eritemato-edematosas medindo entre 3 e 10 mm de diâmetro, algumas com *punctum* hemorrágico central, distribuídas em regiões expostas durante o sono (pescoço, antebraços, dorso das mãos, tornozelos e dorso dos pés). Destaca-se a disposição linear das lesões em grupos de três a quatro elementos consecutivos (padrão “*breakfast, lunch, and dinner*”). Ausência de túneis epidérmicos, vesículas, linfonodomegalias ou lesões de mucosas.

O paciente relata ter encontrado pequenos insetos achatados, castanho-avermelhados, nas costuras do colchão e da mala. A inspeção da bagagem trazida ao consultório revela numerosos pontos negros aderidos às dobras e zíperes internos (dejetos), além de exoesqueletos translúcidos provenientes de ecdises do artrópode.

Considerando o diagnóstico mais provável, a fisiopatologia envolvida e as condutas terapêuticas e ambientais recomendadas pelas diretrizes vigentes, é correto afirmar que

- (A) embora as lesões sejam assintomáticas na maioria dos hospedeiros, os percevejos representam o principal vetor biológico urbano para a transmissão de *Trypanosoma cruzi*, sendo indicada a investigação sorológica imediata e o isolamento de contato até o expurgo do vetor.
- (B) trata-se de infestação por ácaro hematófago da família Ixodes, cuja principal manifestação decorre da inoculação de toxinas citolíticas vasculares; o tratamento de escolha consiste na administração de Ivermectina por via oral em dose única para o paciente e todos os contactantes.
- (C) as lesões resultam primordialmente da inoculação direta de *Staphylococcus aureus* presente no aparelho bucal do artrópode durante a picada, o que justifica a indicação de antibioticoterapia sistêmica empírica com Cefalexina por 7 dias para todos os casos, independentemente da presença de sinais de infecção bacteriana secundária.
- (D) a infestação é causada por *Cimex lectularius* ou *Cimex hemipterus*, insetos hematófagos obrigatórios da ordem Hemiptera, incapazes de voar ou saltar; as manifestações cutâneas decorrem predominantemente de reação de hipersensibilidade às proteínas salivares inoculadas durante o repasto sanguíneo, sendo o tratamento sintomático (anti-histamínicos e corticosteroides tópicos) aliado à descontaminação ambiental por calor (lavagem/secagem a 60°C ou vapor).
- (E) o padrão clínico e epidemiológico descrito é patognomônico de escabiose atípica, devendo-se prescrever Permetrina creme a 5% para aplicação em toda a superfície corporal do paciente e dos contactantes, associada à dedetização de roupas e colchões com inseticidas organofosforados de uso caseiro.

7

AACS, homem de 72 anos, submetido à artroplastia total de joelho direito há cerca de 3 semanas, comparece ao pronto-socorro com dor de início recente, edema, calor local e drenagem seropurulenta pela ferida operatória há 4 dias.

À radiografia, os componentes protéticos encontram-se alinhados e sem sinais de soltura asséptica ou osteólise.

Durante a abordagem cirúrgica de urgência, constata-se partes moles viáveis e ausência de instabilidade do implante. Realiza-se desbridamento cirúrgico amplo, irrigação profusa com substituição do componente modular de polietileno e retenção dos componentes fixos (estratégia DAIR — *Debridement, Antibiotics, and Implant Retention*).

No acompanhamento ambulatorial subsequente, sob antibioticoterapia direcionada, o paciente evolui com ferida cicatrizada, sem sinais flogísticos locais e com boa mobilidade articular. Contudo, exames de controle revelam elevação moderada da Proteína C-Reativa (PCR) e da Velocidade de Hemossedimentação (VHS).

Diante da evolução clínica favorável, assinale a afirmativa que oferece a interpretação correta desse achado laboratorial e da conduta adotada.

- (A) A indicação do procedimento DAIR foi adequada pelo caráter precoce da infecção e pela estabilidade do implante, sendo que as elevações isoladas de PCR e VHS não permitem confirmar nem excluir a persistência da infecção, devendo ser interpretadas em conjunto com a evolução clínica.
- (B) A permanência de níveis elevados de PCR e VHS indica obrigatoriamente a presença de falha terapêutica por biofilme, justificando a conversão imediata para cirurgia de revisão da artroplastia em dois tempos.
- (C) A estratégia de retenção do implante foi incorreta, pois a troca do componente modular de polietileno é contraindicada em infecções agudas precoces devido ao risco de contaminação da interface óssea.
- (D) A normalização rápida de PCR e VHS é pré-requisito indispensável no acompanhamento pós-operatório, de modo que valores alterados na fase inicial exigem a ampliação empírica da antibioticoterapia por tempo indeterminado.
- (E) A dosagem de marcadores inflamatórios séricos é desprovida de utilidade no seguimento da infecção periprotética, devendo a avaliação do tratamento ser guiada exclusivamente por biópsias sinoviais e aspirados articulares de repetição.



EPIDEMIOLOGIA

Vírus da febre do Nilo Ocidental, isolado no Brasil

Edição 270
ago 2018

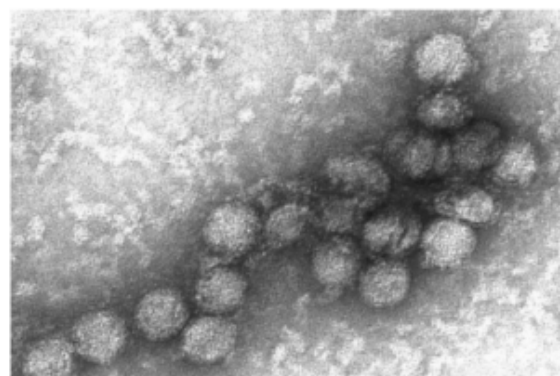
Epidemiologia

Farmacologia

Imunologia

Medicina

Pesquisadores do Instituto Evandro Chagas (IEC), órgão de pesquisa do Ministério da Saúde em Ananindeua, no Pará, isolaram o vírus da febre do Nilo Ocidental pela primeira vez no Brasil em abril deste ano. Transmitido pela picada de mosquitos do gênero *Culex*, o vírus foi extraído do tecido neurológico de um cavalo que morreu em uma fazenda no município de São Mateus, no Espírito Santo. À época, técnicos do Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do estado coletaram amostras de tecidos do animal e as enviaram ao IEC.



Um homem de 68 anos de idade, produtor rural e equinocultor, residente na região Nordeste do Brasil, é trazido à Unidade de Pronto Atendimento com histórico de febre alta de início abrupto há 6 dias, acompanhada de cefaleia holocraniana intensa, mialgia, prostração, náuseas e exantema maculopapular em tronco e membros superiores.

Há 24 horas, familiares notaram declínio do nível de consciência, desorientação temporoespacial e fraqueza muscular assimétrica nos membros inferiores, culminando em marcha atáxica. O paciente nega viagens recentes ao exterior, mas relata a morte recente e inexplicada de duas aves silvestres em sua propriedade, além de ter notado quadro neurológico agudo em um de seus cavalos.

Ao exame físico: encontra-se sonolento, desorientado, febril (38,8°C), PA = 130 X 80mmHg, FC = 96bpm. Ao exame neurológico: rigidez de nuca presente (2/4), paresia em membro inferior esquerdo (2/5) com hiporreflexia e sinal de Babinski bilateral ausente.

A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) coletado na admissão (6º dia de doença) revela pleocitose linfomonocitária, hiperproteinorraquia e glicorraquia normal. A equipe médica suspeita de forma neuroinvasiva por vírus da Febre do Nilo Ocidental (FNO).

Considerando as características biológicas, os aspectos epidemiológicos, os métodos de diagnóstico laboratorial e as condutas indicadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde para a Febre do Nilo Ocidental, é correto afirmar que

- (A) o paciente e os equídeos são considerados reservatórios e amplificadores primários do vírus na cadeia de transmissão, pois desenvolvem viremia prolongada e em níveis elevados, sendo necessária a instituição de isolamento respiratório e de contato do paciente até a negatificação da viremia.
- (B) caso o paciente evolua para óbito, a pesquisa do antígeno viral por imuno-histoquímica deve ser realizada em amostras teciduais mantidas obrigatoriamente sob ultracongelamento a -70°C com gelo seco, dispensando o exame histopatológico concomitante por se tratar de método qualitativo direto.
- (C) a confirmação diagnóstica definitiva da forma neuroinvasiva em amostra de LCR coletada no 6º dia pode ser realizada pela detecção de anticorpos IgM por ELISA; contudo, por se tratar de área endêmica de Flavivirus, um resultado positivo exige confirmação por Teste de Neutralização por Redução em Placa (PRNT) para afastar reação cruzada sorológica com Zika, Dengue ou Febre Amarela.
- (D) a transmissão da infecção entre humanos ocorre principalmente pela via aerossol e pelo contato direto com secreções de equídeos doentes, sendo o *Aedes aegypti* o principal vetor urbano no Brasil responsável por manter o ciclo endêmico através do repasto sanguíneo nos humanos.
- (E) a presença de paralisia flácida e encefalite contraindica a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devendo-se prescrever antibioticoterapia empírica de amplo espectro associada a ganciclovir por 14 dias para neutralizar a replicação do RNA viral nas células do sistema nervoso central.

9

Um médico sanitarista integrante de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) atua na Terra Indígena Yanomami, localizada no estado de Roraima, em área de fronteira com a Venezuela. Durante visitas às comunidades de difícil acesso, o profissional atende um homem de 38 anos com queixa de prurido intenso contínuo há mais de 1 ano, acompanhado do aparecimento de múltiplos nódulos subcutâneos fibrosos, móveis e indolores sobre proeminências ósseas na região escapular direita e crista ilíaca esquerda. Ao exame dermatológico, observam-se lesões papulares, hiperqueratose e lesões por escoriação. A avaliação oftalmológica simplificada demonstra conjuntivite, opacidades corneanas periféricas (*ceratite puntiforme*) e diminuição acentuada da acuidade visual bilateral.

O médico suspeita de oncocercose e planeja as condutas diagnósticas, terapêuticas e as ações de vigilância epidemiológica e controle ambiental indicadas para a contenção do foco ecológico local.

Considerando a biologia do agente etiológico, a transmissão e os esquemas terapêuticos e de controle da oncocercose preconizados pelo Ministério da Saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ivermectina na dose de 150 µg/kg é o antiparasitário de escolha para a quimioprofilaxia coletiva em massa e atua eliminando rapidamente os vermes adultos (*macrofilárias*) encerrados nos oncocercomas, interrompendo em dose única a produção de novas formas infectantes durante os 15 anos de vida do parasita.
- (B) O vetor transmissor da infecção é o mosquito *Aedes aegypti*, que inocula larvas no estágio L3 durante o repasto sanguíneo; a estratégia prioritária de controle do vetor na área indígena Yanomami consiste no fumacê com inseticidas organofosforados e na eliminação de depósitos de água parada no peridomicílio.
- (C) O tratamento de escolha direcionado especificamente à eliminação da *macrofilária* (filária adulta) consiste no uso do antibiótico Doxiciclina por 4 a 6 semanas, que atua eliminando bactérias endossimbiontes do gênero *Wolbachia*, levando o verme adulto à morte por inanição; contudo, a ivermectina semestral permanece como pilar de controle populacional devido à impraticabilidade de esquemas longos em áreas remotas.
- (D) O diagnóstico definitivo é realizado obrigatoriamente por biópsia do nódulo subcutâneo ou da pele que demonstre microfilárias; uma vez confirmado o caso, por se tratar de doença de notificação compulsória nacional imediata, deve-se instituir o isolamento de contato e respiratório do paciente para prevenir a transmissão direta pessoa a pessoa.
- (E) Crianças menores de 5 anos ou com peso menor que 15 kg, gestantes e lactantes na primeira semana pós-parto são consideradas elegíveis e prioritárias para a administração de ivermectina na dose dobrada de 300 µg/kg, visando evitar a progressão precoce para a cegueira dos rios.

10

Um lavrador e caçador de 34 anos, previamente hígido, natural e procedente da zona rural do interior do Piauí (Região Nordeste), é admitido na Unidade de Terapia Intensiva com quadro de insuficiência respiratória aguda grave, febre alta, prostração, mialgia e dor torácica pleurítica há 10 dias. A história epidemiológica revela que, há 2 semanas, o paciente participou de uma caçada e atividade de desentocar tatus (*Dasypus* spp.), com intensa exposição à poeira do solo. A tomografia computadorizada de tórax evidencia infiltrados pulmonares micronodulares difusos, com áreas de consolidação e formações cavitárias de paredes finas nos terços superiores. É realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA).

Diante da principal suspeita de coccidioidomicose pulmonar aguda grave, assinale a opção que apresenta a correta caracterização etiológica, achado parasitológico microscópico e normas de biossegurança laboratorial preconizadas pelo Ministério da Saúde para esse caso.

- (A) O agente etiológico prevalente na Região Nordeste do Brasil é o fungo dimórfico *Coccidioides posadasii*; o achado microscópico patognomônico no LBA é a presença de esférulas maduras e de parede espessa contendo múltiplos endósporos em seu interior; e o cultivo micológico das amostras biológicas exige estritamente laboratório de Nível de Biossegurança 3 (NB-3).
- (B) A infecção é causada exclusivamente pelo *Coccidioides immitis*, cuja transmissão ocorre pela ingestão de carne de tatu contaminada; o exame microscópico direto a fresco evidencia leveduras multibrotantes com aspecto em "roda de leme", dispensando cuidados especiais de biossegurança para o isolamento em ágar Sabouraud em bancada aberta.
- (C) A forma infectante do fungo inalada a partir do solo é o endósporo, que se transforma em levedura unibrotante nos tecidos do hospedeiro; o diagnóstico de certeza é estabelecido pelo teste cutâneo de hipersensibilidade tardia (esferulina), sendo desnecessário o processamento de culturas pelo risco nulo de infecção ocupacional.
- (D) A transmissão interpessoal direta por aerossóis respiratórios é a principal via de contágio em surtos comunitários; a demonstração de artroconídeos intercalados por células vazias em biópsia tecidual confirma o diagnóstico de certeza, dispensando a realização de sorologia ou PCR.
- (E) A ocorrência da doença está restrita a indivíduos portadores de imunodeficiência celular avançada (como na infecção por HIV com CD4 < 100 Cel/mm³); no exame direto do LBA identificam-se hifas hialinas septadas ramificadas em ângulo agudo, sendo o cultivo processado com segurança em laboratório Nível de Biossegurança 1 (NB-1).

Aumento dos níveis de resistência a antibióticos é ameaça à saúde global, diz OMS

Nilton Lincopan e Silvia Costa detalham o processo de disseminação de bactérias multirresistentes e comentam medidas para o enfrentamento

Atualidades - <https://jornal.usp.br/?p=1032692>

Publicado: 23/07/2026 às 10:10



Por **Davi Milani***

A emergência global de microrganismos multirresistentes, impulsionada pelo uso empírico e inadequado de antimicrobianos, representa um dos maiores desafios da medicina intensiva contemporânea. O domínio dos mecanismos de resistência e do uso racional de antibióticos é indispensável para a prática médica e o controle de infecções hospitalares. Considere a seguinte situação clínica real de uma Unidade de Terapia Intensiva:

Uma paciente de 62 anos, internada há 21 dias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por choque séptico secundário à pneumonia associada à ventilação mecânica, apresenta nova deterioração hemodinâmica e febre. Hemoculturas e aspirado traqueal identificam o crescimento de *Serratia marcescens*. O teste de sensibilidade aos antimicrobianos (antibiograma) revela o seguinte perfil fenotípico:

Resistente:

Ampicilina/Sulbactam,
Piperacilina/Tazobactam,
Cefepime,
Ceftazidima,
Ceftolozana/Tazobactam,
Ceftazidima/Avibactam,
Imipenem,
Meropenem (MIC > 8 µg/mL),
Aztreonam,
Ciprofloxacino,
Amicacina e,
Trimetoprima-Sulfametoxazol.

Diante do perfil de resistência extensa (XDR) e da suspeita de produção de carbapenemase do tipo Metalobeta-lactamase (ex.: NDM) associada à hiperexpressão de AmpC, o médico intensivista discute a conduta terapêutica de resgate e o manejo de controle do foco infeccioso com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Considerando as características microbiológicas intrínsecas da *Serratia marcescens*, os mecanismos de resistência aos antimicrobianos e as diretrizes terapêuticas atuais, assinale a afirmativa correta.

- (A) A Polimixina B em altas doses de ataque associada à Tigeciclina constitui a terapia combinada de escolha para o resgate de infecções graves por *Serratia marcescens* XDR, dada a elevada sensibilidade bacteriana preservada contra esses agentes.
- (B) Por se tratar de uma bactéria com transmissão interhumana direta por gotículas respiratórias, a medida prioritária de controle de surto em UTI é a instituição de isolamento respiratório por aerossóis (máscara N95) e o tratamento profilático de todos os contactantes.
- (C) A presença da enzima ampc cromossômica induzível na *Serratia marcescens* é adequadamente neutralizada com o uso de Cefepime em monoterapia, uma vez que as cefalosporinas de 4ª geração são imunes à hidrólise por carbapenemases e por β-lactamases de amplo espectro.
- (D) O achado de resistência isolada ao Aztreonam e à Ceftazidima/Avibactam inviabiliza o uso sinérgico combinado dessas duas drogas *in vivo*, sendo o uso de Meropenem em infusão contínua de altas doses a única opção eficaz contra carbapenemases da Classe B.
- (E) A *Serratia marcescens* apresenta resistência intrínseca às Polimixinas (Polimixina B e Colistina) e resposta inadequada à Tigeciclina; uma estratégia de resgate eficaz contra cepas produtoras de NDM consiste na combinação de Ceftazidima/Avibactam com Aztreonam.

12

A emergência da sífilis como problema de saúde pública demanda do médico conhecimento preciso dos fluxogramas diagnósticos, dos esquemas terapêuticos e dos critérios de seguimento sorológico recomendados pelo Ministério da Saúde, especialmente durante a gestação, para prevenir a transmissão vertical.

Considere o seguinte cenário: Uma gestante de 22 anos, na 10ª semana de idade gestacional, assintomática e sem histórico de infecção ou tratamento prévio para sífilis, realiza exames de rotina no pré-natal de Atenção Primária à Saúde. O teste rápido (teste treponêmico) resultou REAGENTE. O médico solicitou o teste de VDRL (teste não treponêmico) complementar, que apresentou titulação de 1:16. A paciente nega lesões anogenitais ou cutâneas pregressas.

Acerca do manejo clínico, diagnóstico, terapêutico e do acompanhamento dessa paciente e de suas parcerias sexuais, assinale a afirmativa correta.

- (A) Diante do diagnóstico de sífilis recente em gestante, o tratamento alternativo com Doxiciclina 100 mg de 12/12 horas via oral por 15 dias pode ser prescrito com segurança em caso de desabastecimento de penicilina, sem prejuízo à prevenção da sífilis congênita.
- (B) Por se tratar de gestante com sífilis latente de duração desconhecida (sífilis tardia), o esquema terapêutico adequado é a Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, semanalmente, por 3 semanas (dose total de 7,2 milhões UI), com intervalo rigoroso entre as doses de no máximo 7 dias.
- (C) O controle de cura da sífilis em gestantes deve ser realizado exclusivamente com testes treponêmicos trimestrais até o parto, sendo considerada resposta sorológica adequada a negatificação completa do teste rápido em até 6 meses.
- (D) As parcerias sexuais assintomáticas e com teste rápido não reagente não necessitam de intervenção farmacológica presuntiva, devendo apenas ser orientadas e submetidas a novo teste em 30 dias para avaliar eventual janela imunológica.
- (E) O tratamento da gestante deve ser iniciado somente após a confirmação do segundo teste (VDRL), sendo contraindicado o início da antibioticoterapia com apenas um teste reagente, a fim de evitar sobretratamento e reações anafiláticas desnecessárias.

13

Os acidentes por animais peçonhentos constituem agravo de notificação compulsória no Brasil, sendo os insetos da ordem *Hymenoptera* (abelhas, vespas e formigas) responsáveis por um número expressivo de atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Emergências Hospitalares. O conhecimento preciso da fisiopatologia, do diagnóstico diferencial entre os agentes, dos critérios de gravidade da anafilaxia e das condutas imediatas é fundamental para a redução da morbimortalidade.

Considere o seguinte cenário: Um homem de 46 anos, trabalhador da construção civil, sem antecedentes comorbidos conhecidos, é trazido à emergência por colegas de trabalho cerca de 25 minutos após ter sido atacado por um enxame de vespas ("marimbondos") ao manusear entulhos em um canteiro de obras. Os acompanhantes relatam que o paciente recebeu dezenas de picadas, principalmente no tórax, pescoço e face. Na admissão, o paciente encontra-se ansioso, sudoreico, referindo sensação de "aperto na garganta", rouquidão e tontura ao se levantar da maca.

Ao exame físico:

Sinais Vitais: PA: 85/50 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 28 irpm; SpO₂: 90% em ar ambiente.

Pele/Mucosas: Múltiplas pápulas e placas eritemato-edematosas em tronco e face. Edema palpebral e labial moderado.

Aparelho Respiratório: Presença de estridor inspiratório à ausculta cervical e sibilos expiratórios disseminados em ambos os hemitórax.

Aparelho Cardiovascular: Taquicárdico, rítmico, bulhas normofonéticas sem sopros, pulsos periféricos finos.

Tendo em vista o quadro clínico apresentado, a correta interpretação da fisiopatologia e as recomendações do *Guia de Vigilância em Saúde* do Ministério da Saúde para o manejo imediato desse paciente, assinale a opção correta.

- (A) Por se tratar de envenenamento por vespídeos com manifestações sistêmicas graves, deve-se prescrever de imediato a infusão de soro antiveneno heterólogo específico e realizar a raspagem criteriosa da pele com lâmina para remoção dos ferrões inoculados.
- (B) A conduta farmacológica de primeira linha frente ao broncoespasmo e à hipotensão consiste na administração endovenosa de Metilprednisolona associada à nebulização contínua com Beta-2 agonista de curta duração, reservando-se a Adrenalina para casos de parada cardiorrespiratória.
- (C) A aplicação de garrote proximal no membro mais acometido e a infusão preventiva de antimicrobianos de amplo espectro são indicadas nas primeiras horas para conter a difusão da peçonha e prevenir a fascíte necrotizante.
- (D) O quadro configura uma reação anafilática grave (Grau IV); a conduta imediata e prioritária consiste na administração de Adrenalina (Epinefrina) 1:1000 na dose de 0,5 mg por via intramuscular na face anterolateral da coxa, além da oferta de oxigênio e ressuscitação volêmica.
- (E) Por se tratar de quadro predominantemente histamínico decorrente de múltiplas picadas, o tratamento inicial de escolha consiste na administração de Anti-histamínico (H1) por via endovenosa, podendo a Adrenalina ser administrada por via subcutânea caso não haja resposta em 30 minutos.

14

O escorpionismo é o acidente por animal peçonhento mais frequentemente notificado no Brasil e pode evoluir para formas graves com risco de óbito, especialmente na população pediátrica.

Criança de 5 anos de idade, previamente hígida, é trazida ao pronto-socorro por familiares após ser picada por um escorpião na região plantar do pé esquerdo há cerca de 1 hora. Ao exame admissional, apresenta dor local intensa, agitação, sudorese profusa, sialorreia, tremores, taquidispneia, taquicardia (150 bpm), múltiplos episódios de vômitos persistentes e pressão arterial de 135/85 mmHg (acima do percentil 95 para a idade e altura). Não há sinais de insuficiência respiratória grave ou choque circulatório no momento da avaliação.

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Acidentes Escorpiônicos do Ministério da Saúde, o envenenamento deve ser classificado e tratado, respectivamente, como

- (A) moderado; sendo indicada a administração imediata de 3 frascos-ampolas de soro antiescorpiônico (SAEsc), associada ao bloqueio anestésico local para alívio da dor.
- (B) grave; sendo indicada a administração imediata de 6 frascos-ampolas de soro antiescorpiônico (SAEsc) por via intravenosa, além de tratamento sintomático e monitorização contínua em ambiente de emergência, avaliando-se suporte intensivo diante de deterioração clínica ou comprometimento cardiorrespiratório.
- (C) grave; sendo indicada a administração imediata de 6 frascos-ampolas de soro antiescorpiônico (SAEsc) por via intravenosa, associada ao uso rotineiro de betabloqueador para controle imediato da taquicardia e da hipertensão arterial.
- (D) moderado; sendo indicada apenas a observação clínica por 6 a 12 horas, mantendo-se o soro antiescorpiônico (SAEsc) reservado para o caso de surgimento de edema agudo de pulmão.
- (E) leve; sendo indicados analgesia oral, bloqueio anestésico local e alta hospitalar com orientações, visto que as manifestações sistêmicas decorrem exclusivamente do estresse e do pânico da dor.

15

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR), historicamente associado a quadros graves na população pediátrica, é crescentemente reconhecido como uma causa importante de morbimortalidade e internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em idosos. De acordo com o Boletim InfoGripe da Fiocruz (referente à Semana Epidemiológica 28), embora a incidência de SRAG por VSR seja numericamente maior em crianças, a mortalidade por complicações respiratórias virais atinge seus níveis mais elevados na população acima de 65 anos. O reconhecimento do quadro clínico e a instituição de medidas terapêuticas adequadas na emergência são cruciais para o manejo desses pacientes.

Considere o seguinte cenário: Um paciente do sexo masculino, de 70 anos de idade, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) moderada em uso regular de medicação inalatória, comparece à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A esposa relata que há 4 dias ele iniciou quadros de coriza, odinofagia e astenia. Há 48 horas, evoluiu com febre de 38,1 °C, prostração, piada importante do padrão respiratório e aparecimento de chiado no peito, acompanhado de tosse com secreção mucoide.

Ao exame físico na admissão:

Sinais Vitais: PA: 130/80 mmHg; FC: 102 bpm; FR: 26 irpm; SpO₂: 88% em ar ambiente; Temperatura: 37,8 °C.

Geral: Idoso prostrado, utilizando musculatura acessória do pescoço, acianótico e hidratado.

Aparelho Respiratório: Frequência respiratória elevada, com tiragem intercostal. À ausculta pulmonar, murmúrio vesicular reduzido globalmente, com sibilos expiratórios difusos e estertores subcrepitantes em bases.

Coletou-se painel molecular por RT-PCR de nasofaringe, que confirmou infecção isolada por Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

Tendo em vista as diretrizes atuais de manejo de infecções respiratórias virais no idoso na emergência, é correto afirmar que

- (A) o quadro clínico é compatível com exacerbação de DPOC secundária à infecção por VSR; o manejo prioritário na emergência baseia-se em suporte de oxigenoterapia para manter a saturação entre 88-92%, broncodilatação inalatória e suporte clínico, não havendo indicação de antiviral específico para o VSR nem de antibioticoterapia empírica sem evidência de infecção bacteriana secundária.
- (B) por se tratar de infecção por VSR confirmada em paciente idoso internado com insuficiência respiratória, a conduta terapêutica imediata de escolha para redução da mortalidade é a prescrição de Oseltamivir oral por 5 dias associado à nebulização com Ribavirina.
- (C) a identificação de VSR em idosos com DPOC obriga o início imediato de antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e azitromicina, uma vez que a infecção viral isolada por VSR não é capaz de causar broncoespasmo ou insuficiência respiratória nessa faixa etária.
- (D) a conduta imediata na admissão hospitalar deste paciente agudamente enfermo e febril deve ser a aplicação imediata da vacina contra o VSR para bloquear a progressão da replicação viral no trato respiratório inferior.
- (E) a transmissão do VSR no ambiente hospitalar ocorre exclusivamente por aerossóis de longa distância, dispensando a higienização de mãos e superfícies e exigindo apenas o isolamento em quarto com pressão negativa.



A doença dos legionários é uma forma grave de pneumonia provocada por bactérias do gênero *Legionella* (especialmente a *Legionella pneumophila*), cuja proliferação ocorre em sistemas artificiais de água, tais como torres de resfriamento de ar-condicionado central, redes hidráulicas e fontes ornamentais. Surto urbanos recentes reforçam a importância do diagnóstico precoce dessa infecção atípica, que apresenta elevada taxa de letalidade em populações vulneráveis, exigindo do médico o reconhecimento de seus marcadores clínicos, epidemiológicos e laboratoriais na emergência.

Considere o seguinte cenário: Um homem de 68 anos de idade, fumante crônico e portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), dá entrada no Pronto-Socorro com história de febre alta (39,2 °C), tosse, dispneia e prostração há 4 dias. A esposa relata que o paciente apresentou múltiplos episódios de diarreia aquosa e náuseas nos últimos dois dias e, nas últimas 12 horas, evoluiu com sonolência e desorientação temporoespacial. A investigação epidemiológica revela que o paciente reside em um complexo residencial que teve sua torre de resfriamento interditada para desinfecção devido a um surto comunitário de pneumonia atípica.

Ao exame físico na admissão:

Sinais Vitais: PA: 110/70 mmHg; FC: 84 bpm (dissociação pulso-temperatura / Sinal de Faget); FR: 28 irpm; SpO₂: 89% em ar ambiente; Temperatura: 39,1 °C.

Exame Neurológico: Letárgico, confuso, sem sinais de irritação meníngea.

Aparelho Respiratório: Estertores crepitantes focais em terço inferior do hemitórax direito.

Exames Laboratoriais:

Sódio sérico (Na⁺): 126 mEq/L (Hiponatremia)

Leucograma: 16.500/mm³ (com desvio à esquerda)

Transaminases (AST/ALT) e CPK: Moderadamente elevadas

Radiografia de Tórax: Infiltrado alveolar denso em lobo inferior direito.

Tendo em vista as características da *Legionella pneumophila*, o diagnóstico laboratorial e a conduta terapêutica recomendada, é correto afirmar que

- (A) a transmissão da *Legionella* ocorre por contato direto inter-humano através de gotículas respiratórias, sendo o isolamento respiratório do paciente por aerossóis (máscara N95) a primeira medida de controle na emergência, associado ao início de Amoxicilina com Clavulanato por via oral.
- (B) trata-se de pneumonia por *Legionella pneumophila*, cujo quadro é marcado pela presença de sintomas extrapulmonares (diarreia, alterações neurológicas e hiponatremia); o teste confirmatório de escolha inicial na emergência é a pesquisa do antígeno urinário, e o tratamento empírico deve ser feito com Levofloxacino ou Azitromicina.
- (C) por ser um patógeno de crescimento rápido em meios convencionais, a confirmação diagnóstica de emergência da *Legionella* deve ser realizada prioritariamente por meio de hemoculturas seriadas, e a conduta terapêutica imediata é a introdução de Ceftriaxona associada a Claritromicina por via endovenosa.
- (D) o diagnóstico definitivo de legionelose exige obrigatoriamente a identificação da bactéria através de baciloscopia direta no escarro por coloração de Gram, sendo os betalactâmicos (como a Ceftriaxona) a classe de antibióticos de primeira linha para a cura bacteriológica.
- (E) a pesquisa de antígeno urinário é contraindicada nos primeiros 7 dias de sintomas devido à alta taxa de falso-negativos, devendo-se aguardar a sorologia (IgM/IgG) para confirmação diagnóstica antes de iniciar a antibioticoterapia com Ceftriaxona e Vancomicina.

17

O vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1/2) é um retrovírus prevalente no Brasil, capaz de originar manifestações inflamatórias crônicas severas e neoplasias hematológicas de curso agressivo. Dada a ausência de terapias antirretrovirais capazes de erradicar a infecção ou de reverter danos teciduais consolidados, a abordagem médica fundamenta-se no rastreamento de complicações, na prevenção da transmissão interpessoal e no manejo focado nas particularidades de cada síndrome clínica.

Considere o seguinte caso: Uma mulher de 42 anos, previamente hígida, procura a Unidade Básica de Saúde para apresentar exames de rotina. Entre os achados, destaca-se sorologia ELISA positiva para HTLV-1, confirmada posteriormente por ensaio de Immunoblot. A paciente nega queixas urinárias, parestesias, fraqueza em membros inferiores ou lesões cutâneas. Ao exame físico, apresenta-se assintomática, com exame neurológico normal (força muscular preservada e reflexos miotáticos fisiológicos) e sem linfonodomegalias. Questionada sobre o seu histórico parasitológico, relata que nunca realizou investigação para *strongyloidose*. Está preocupada quanto ao risco de transmissão e às opções de tratamento para o vírus.

Considerando o Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV e as diretrizes do Ministério da Saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) Diante da ausência de sintomas clínicos, a conduta recomendada inclui a prescrição imediata do esquema antirretroviral com Tenofovir e Lamivudina com o objetivo de reduzir o DNA pró-viral e prevenir a evolução para mielopatia associada ao HTLV (HAM/TSP).
- (B) Deve-se orientar a interrupção definitiva de doações de sangue, órgãos e tecidos, o uso de preservativos nas relações sexuais e que não seja realizado aleitamento materno em futuras gestações. Ademais, deve-se promover investigação ativa para *strongyloides stercoralis*, com tratamento dos casos confirmados e consideração de terapia presumida em situações selecionadas nas quais não seja possível excluir adequadamente a infecção.
- (C) A quantificação da carga pró-viral do HTLV-1 por PCR em tempo real é um exame de rotina obrigatório no acompanhamento inicial da Unidade Básica de Saúde para definir a necessidade de introdução de terapia antirretroviral em portadores assintomáticos.
- (D) A presença de infecção pelo HTLV-1 atua como fator de proteção imunológica contra helmintíases intestinais devido ao aumento marcado de interleucinas da via Th2, tornando desnecessária a investigação parasitológica ou o tratamento com anti-helmínticos.
- (E) Em mulheres infectadas pelo HTLV que engravidam, o uso profilático de Zidovudina (AZT) no terceiro trimestre de gestação é indicado para zerar a taxa de transmissão vertical, sendo a medida isolada suficiente para autorizar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

18

Um homem de 24 anos procura uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) referindo ter tido uma relação sexual anal receptiva sem uso de preservativo há exatamente 48 horas com um parceiro casual de sorologia para HIV desconhecida. Ao exame clínico e anamnese, encontra-se totalmente assintomático, negando corrimento uretral ou anal, disúria, úlceras genitais, lesões cutâneas, febre ou outras manifestações. Refere histórico de vacinação completa contra Hepatite B (três doses).

Considerando as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, assinale a conduta inicial correta para esse paciente.

- (A) Iniciar a PEP para HIV por 28 dias e administrar preventivamente Ceftriaxona 500 mg IM em dose única associada à Doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por 7 dias para a profilaxia antimicrobiana universal das síndromes de corrimento/proctite por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.
- (B) Iniciar o esquema antirretroviral de PEP apenas com Tenofovir/Lamivudina por 28 dias, devendo a introdução do Dolutegravir ser postergada até que se obtenham os resultados das sorologias laboratoriais de confirmação.
- (C) Administrar Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI IM em dose única como profilaxia presumida para sífilis recente, associada ao início da PEP para HIV por 28 dias e à aplicação de uma dose de reforço da vacina contra Hepatite B na admissão.
- (D) Contraindicar a introdução da PEP para HIV, uma vez que a profilaxia pós-exposição é indicada exclusivamente quando a pessoa-fonte é comprovadamente HIV positiva, devendo o paciente apenas realizar testagem rápida e acompanhamento ambulatorial.
- (E) Iniciar imediatamente a PEP para HIV com Tenofovir/Lamivudina 300/300 mg (um comprimido VO, uma vez ao dia) associada a Dolutegravir 50 mg (VO, uma vez ao dia) durante 28 dias; realizar testagem inicial para HIV, sífilis, hepatites B e C, conforme os fluxos diagnósticos do Ministério da Saúde; orientar seguimento clínico e laboratorial; e não instituir profilaxia antimicrobiana empírica para gonorreia, clamídia ou sífilis, por se tratar de exposição sexual consentida em paciente assintomático, devendo fazer acompanhamento ambulatorial.

19

Um homem de 48 anos foi encaminhado para um centro de referência para tuberculose com história de tosse produtiva há quatro meses, episódios recorrentes de hemoptise, febre vespertina diária, sudorese noturna e perda ponderal de 14 kg. Relata histórico de dois tratamentos anteriores incompletos para tuberculose (TB) pulmonar, com abandono do esquema terapêutico em ambas as ocasiões. O paciente é HIV negativo e nega outras comorbidades. Morador de rua.

A baciloscopia do escarro revela bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR +++) e o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) confirma a presença do complexo *Mycobacterium tuberculosis* com detecção de resistência à rifampicina.

Observe as imagens radiográficas e tomográficas de tórax do paciente apresentadas a seguir:

Os exames evidenciam extensa doença fibrocavitária bilateral, caracterizada por múltiplas cavidades de paredes espessas em ápices e terços médios, acompanhadas de retração pleuroparenquimatosa e disseminação broncogênica por inúmeros nódulos centrolobulares e micronódulos em ambos os pulmões.

Considerando o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* e as Notas Técnicas atualizadas do Ministério da Saúde para o tratamento da Tuberculose Resistente/Multirresistente (TB-RR/TB-MDR), assinale a conduta inicial mais adequada.

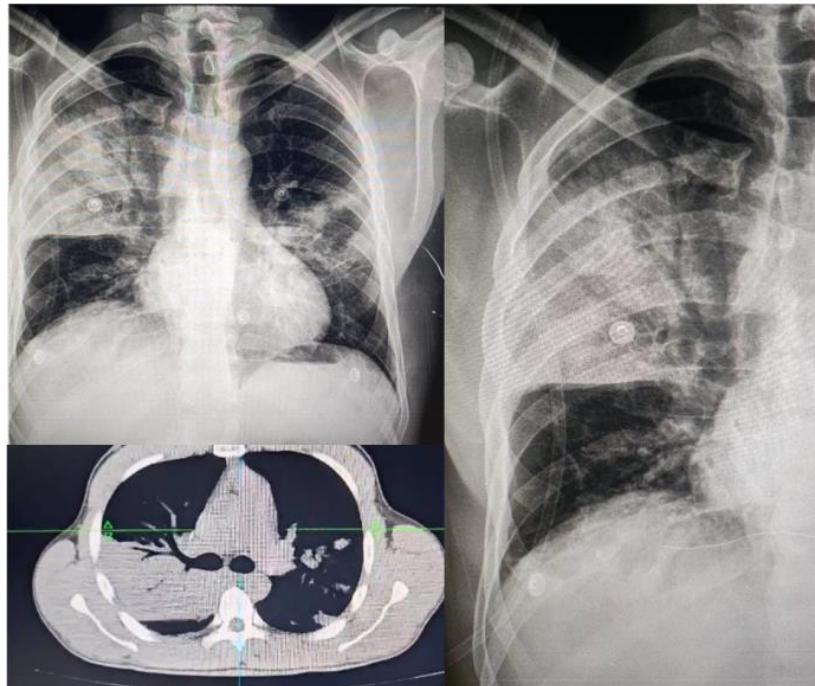
- (A) Iniciar imediatamente a associação de Levofloxacino ao esquema básico de quatro drogas (2RHZE / 4RH), mantendo o acompanhamento ambulatorial na Atenção Primária, uma vez que a adição de uma fluoroquinolona é suficiente para combater a resistência isolada em lesões cavitárias de grande volume.
- (B) Iniciar o esquema injetável padronizado com Amicacina intramuscular por 6 meses associada a Levofloxacino, Terizidona e Etambutol por 18 meses, sendo o uso de aminoglicosídeos injetáveis obrigatório para todos os pacientes com TB-RR que apresentem destruição parenquimatosa extensa;
- (C) Contraindicar o início de qualquer tratamento para tuberculose drogarresistente até a liberação do resultado definitivo da cultura com Teste de Sensibilidade Antimicrobiana (TSA) fenotípico por método de proporções, mantendo o paciente apenas em isolamento respiratório para evitar esquemas empíricos;
- (D) Prescrever o esquema de consolidação com Rifabutina, Moxifloxacino e Pirazinamida por 9 meses, condicionando a liberação dos medicamentos à realização prévia de broncoscopia com lavado broncoalveolar para contagem de carga viral do *M. tuberculosis*;
- (E) Interromper (ou não iniciar) o esquema básico contendo rifampicina e avaliar elegibilidade ao esquema totalmente oral BPaL (composto por Bedaquilina, Pretomanida e Linezolida) durante seis meses, sem aguardar o resultado da cultura; cadastrar e acompanhar o caso no SITETB; e solicitar cultura de escarro com teste de sensibilidade aos medicamentos de primeira e segunda linha (prioritariamente para fluoroquinolonas, linezolida e bedaquilina).

20

Um homem de 52 anos deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento com história de febre alta (39,1 °C), tosse com expectoração purulenta, astenia e dispneia progressiva há cinco dias. Ao exame físico na admissão: encontra-se em grave estado geral, prostrado, taquipneico (FR: 32 irpm), febril (38,8 °C), confuso e desorientado (Glasgow 13), PA: 85/50 mmHg (persistindo com PAM inferior a 65 mmHg após expansão volêmica inicial e necessitando do suporte de noradrenalina), FC: 118 bpm e SpO₂: 82% em ar ambiente. À ausculta pulmonar: murmúrio vesicular abolido com maciez à percussão no hemitórax direito e estertores crepitantes no hemitórax esquerdo.

Exames laboratoriais de entrada: leucocitose expressiva com desvio à esquerda (22.000/mm³ com 14% de bastões), PCR: 240 mg/L, ureia: 64 mg/dL, potássio: 3,19 mEq/L e hemoglobina: 10,4 g/dL. A gasometria arterial colhida na admissão em ar ambiente revelou: pH: 7,36; pCO₂ 26,9 mmHg; pO₂: 48,7 mmHg; HCO₃: 14,9 mmol/L; BE: -9,2 mmol/L; sO₂: 82,2% e Lactato sérico: 4,44 mmol/L, configurando insuficiência respiratória hipoxêmica grave associada a choque séptico.

Observe as imagens radiográficas e tomográficas de tórax do paciente obtidas na admissão, antes da realização da intubação orotraqueal (IOT), apresentadas a seguir:



As imagens demonstram extensa consolidação parenquimatosa/alveolar no pulmão direito, associada à importante redução volumétrica ipsilateral (atelectasia associada), além de infiltrados alveolo-intersticiais multifocais no pulmão contralateral.

Devido ao rebaixamento do nível de consciência e à exaustão respiratória, o paciente foi subsequentemente submetido à intubação orotraqueal (IOT) e transferido para a UTI. Após acoplamento à ventilação mecânica invasiva com PEEP de 8 cmH₂O e FiO₂ de 50%, a nova gasometria arterial revelou PaO₂: 80 mmHg (relação PaO₂/FiO₂ = 160). A avaliação ecocardiográfica à beira do leito (POCUS) e a monitorização hemodinâmica descartaram sinais de insuficiência cardíaca congestiva ou sobrecarga volêmica.

Considerando o quadro de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) Grave em Choque Séptico, complicada com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), assinale a conduta inicial mais adequada segundo as diretrizes vigentes (ATS/IDSA, Surviving Sepsis Campaign e ARDSNet).

- (A) Prescrever o esquema de cobertura ampliada com Piperacilina-Tazobactam associada à Vancomicina intravenosa como primeira escolha empírica, mesmo na ausência de fatores de risco validados para *Pseudomonas aeruginosa* ou MRSA.
- (B) Postergar a administração da primeira dose de antimicrobianos até a obtenção dos resultados definitivos das hemoculturas e demais culturas microbiológicas, mantendo o paciente apenas sob oxigenoterapia suplementar para evitar indução de resistência bacteriana.
- (C) Indicar broncoscopia de urgência com lavagem broncoalveolar como procedimento diagnóstico indispensável antes do início de qualquer tratamento antimicrobiano, condicionando o suporte hemodinâmico ao resultado da citologia oncológica.
- (D) Iniciar imediatamente a antibioticoterapia empírica intravenosa com a combinação de um β-lactâmico e um macrolídeo (por exemplo, Ceftriaxona + Azitromicina), após a coleta de culturas sem retardar a infusão dos medicamentos, associada ao emprego de estratégia ventilatória protetora para SDRA (volume corrente inicial de aproximadamente 6 mL/kg de peso corporal predito, ajustável entre 4 e 8 mL/kg e pressão de platô ≤ 30 cmH₂O).
- (E) Iniciar o esquema tuberculostático básico de quatro drogas (RHZE) associado ao Fluconazol intravenoso, uma vez que a redução volumétrica pulmonar associada a infiltrados bilaterais em paciente hemodinamicamente instável confirma a etiologia fúngica invasiva com a altíssima probabilidade de tuberculose pulmonar.

21

Em abril de 2025, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou o Alerta de Risco GVIMS/GGTES/Dire3/Anvisa nº 01/2025, alertando os laboratórios de microbiologia e os serviços de saúde para a necessidade de intensificar a vigilância dos casos suspeitos de *Candida auris*. Na ocasião, 114 casos já tinham sido notificados no Brasil, distribuídos em diferentes surtos hospitalares.

Sobre esse fungo emergente, é correto afirmar que

- (A) a transmissão de *Candida auris* ocorre predominantemente por via aérea, motivo pelo qual pacientes suspeitos devem permanecer em isolamento respiratório por aerossóis.
- (B) a identificação de *Candida auris* por MALDI-TOF ou sequenciamento genético no próprio hospital dispensa o encaminhamento do isolado ao Laboratório Central de Saúde Pública.
- (C) a confirmação de um único caso de *Candida auris* em um serviço de saúde já determina um surto e deve motivar notificação e adoção imediata de medidas de prevenção da transmissão.
- (D) *Candida auris* apresenta elevada sensibilidade aos antifúngicos disponíveis, sendo a resistência medicamentosa um evento raro quando comparada às demais espécies do gênero *Candida*.
- (E) *Candida auris* apresenta baixa capacidade de persistência no ambiente hospitalar e é eliminada por desinfetantes à base de quaternário de amônio, o que reduz o risco de surtos hospitalares.

22

Paciente de nove anos, sexo masculino, é levada pela mãe para atendimento em emergência quatro horas após ser picado por uma serpente enquanto brincava no sítio dos avós no interior do Rio Grande do Norte. A criança se queixa de fraqueza no corpo inteiro, afirma que está enxergando mal e que o olho está pesado, mas nega dor no local da picada. A mãe afirma que os sintomas se iniciaram cerca de duas horas após o acidente.

Ao exame físico, apresenta ptose palpebral bilateral, oftalmoplegia, discreto edema no local da picada, mialgia difusa e urina de coloração escura. Sinais vitais: PA 120 × 80 mmHg, FC 92 bpm, FR 18 irpm, SpO₂ 98% em ar ambiente.

Considerando o quadro clínico, os exames laboratoriais prioritários na avaliação inicial e no monitoramento das principais complicações do acidente em questão são:

- (A) amilase, lipase, transaminases e bilirrubinas.
- (B) creatinoquinase (CK), ureia, creatinina, potássio e testes de coagulação.
- (C) FAN, complemento C3/C4, fator reumatoide e eletroforese de proteínas.
- (D) troponina, CK-MB, peptídeo natriurético tipo B (BNP) e ecocardiograma.
- (E) hemograma, proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação e hemoculturas.

23

Paciente de dois anos, sexo masculino, natural e residente em São Paulo, é levado a uma UPA pela mãe, devido a febre alta iniciada há 24 horas, irritabilidade, recusa alimentar e episódios repetidos de vômitos. Nas últimas horas, evoluiu com prostração e diminuição da responsividade. Ao exame físico, encontra-se sonolento, febril (39,5°C) e com rigidez de nuca. Diante da forte suspeita de meningite bacteriana, após coleta adequada de material biológico para cultura, o médico iniciou dexametasona imediatamente antes da primeira dose de ceftriaxona e vancomicina.

A principal finalidade da dexametasona nesse cenário é

- (A) reduzir a resposta inflamatória meníngea, diminuindo o risco de sequelas neurológicas, especialmente perda auditiva.
- (B) ampliar a cobertura antimicrobiana contra cepas de *Streptococcus pneumoniae* resistentes às cefalosporinas de terceira geração.
- (C) prevenir crises convulsivas durante a fase aguda da meningite bacteriana, sobretudo nas infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- (D) aumentar a penetração da ceftriaxona no sistema nervoso central, potencializando a atividade antimicrobiana e acelerando a esterilização do líquido.
- (E) diminuir o edema cerebral por efeito osmótico, substituindo outras medidas destinadas ao controle da hipertensão intracraniana durante a fase aguda da doença.

24

Três pacientes procuram uma Unidade Básica de Saúde para orientação sobre vacinação contra o papilomavírus humano (HPV):

Paciente 1 (P1): 14 anos, sexo masculino, previamente hígido, nunca recebeu vacina contra HPV.

Paciente 2 (P2): 10 anos, sexo feminino, previamente hígida, recebeu uma dose da vacina HPV quadrivalente há sete meses.

Paciente 3 (P3): 29 anos, sexo masculino, pessoa vivendo com HIV (CD4 = 360 células/mm³), nunca recebeu vacina contra HPV.

Segundo as recomendações vigentes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a conduta mais adequada para cada paciente, em relação à vacina de HPV, é:

- (A) P1: administrar dose única da vacina; P2: nenhuma dose adicional; P3: administrar três doses da vacina.
- (B) P1: administrar dose única da vacina; P2: administrar reforço após cinco anos; P3: administrar duas doses da vacina.
- (C) P1: administrar duas doses da vacina; P2: administrar a segunda dose da vacina; P3: administrar dose única da vacina.
- (D) P1: não vacinar por estar acima da faixa etária de rotina; P2: nenhuma dose adicional; P3: não vacinar por ter mais de 26 anos.
- (E) P1: não vacinar por estar acima da faixa etária de rotina; P2: reiniciar o esquema vacinal; P3: administrar três doses da vacina.

25

O *Enterobius vermicularis* é um nematódeo de distribuição mundial, responsável pela enterobíase, uma das helmintíases mais frequentes na infância.

Sobre o parasito, seu ciclo biológico, manifestações clínicas e diagnóstico, é correto afirmar que

- (A) a principal forma de transmissão ocorre pela penetração ativa das larvas através da pele.
- (B) a eosinofilia periférica é um achado frequente, sendo importante marcador laboratorial da enterobíase.
- (C) o prurido perianal decorre da migração noturna das fêmeas do nematódeo e da oviposição nesta região corporal.
- (D) o exame parasitológico de fezes apresenta elevada sensibilidade, sendo considerado o método padrão para o diagnóstico da enterobíase.
- (E) a enterobíase manifesta-se geralmente com diarreia inflamatória e síndrome disabsortiva, sobretudo em infecções de baixa carga parasitária.

26

Durante uma discussão de caso, um residente comenta com os internos sobre as principais indicações clínicas do sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMP), destacando que o antimicrobiano apresenta atividade contra diversos microrganismos, incluindo bactérias, fungos e protozoários.

Com relação às indicações terapêuticas do SMX-TMP, assinale a opção que reúne exclusivamente doenças ou infecções para as quais esse antimicrobiano constitui uma opção terapêutica apropriada.

- (A) Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*; legionelose; nocardiose; pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*.
- (B) Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*; nocardiose; infecção por *Stenotrophomonas maltophilia*; ciclosporiase.
- (C) Nocardiose; uretrite por *Neisseria gonorrhoeae*; infecção por *Stenotrophomonas maltophilia*; cistoisporiase.
- (D) Infecção por *Pseudomonas aeruginosa*; nocardiose; infecção por *Stenotrophomonas maltophilia*; uretrite por *Ureaplasma urealyticum*.
- (E) Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*; pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*; infecção por *Stenotrophomonas maltophilia*; cistoisporiase.

27

Paciente de 34 anos, sexo masculino, desempregado, residente em São Paulo, é trazido ao pronto-socorro pela irmã devido a quadro de confusão mental progressiva. Segundo ela, o paciente vinha queixando-se de cefaleia e dificuldade para deambular há 12 dias. Hoje, apresentou um episódio de abalos generalizados e, desde então, parece não reconhecer os familiares. A acompanhante refere ainda perda ponderal importante nos últimos seis meses. Nega uso de medicamentos contínuos.

Ao exame físico, o paciente apresenta-se em regular estado geral, emagrecido, afebril, desorientado no tempo e no espaço (Glasgow 13), hemiparético à direita, sem rigidez de nuca e sem papiledema à fundoscopia ocular. Observam-se placas esbranquiçadas removíveis em língua e palato. Foram realizados dois testes rápidos para HIV, ambos reagentes.

Sobre o caso apresentado e sua principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) na investigação etiológica, espera-se sorologia IgM reativa para o agente causal, uma vez que a doença decorre usualmente de infecção primária recentemente adquirida.
- (B) a punção lombar deve ser realizada imediatamente, pois a pesquisa molecular no líquido cefalorraquidiano constitui exame de maior sensibilidade para confirmação etiológica.
- (C) se os achados da tomografia computadorizada de crânio forem compatíveis, está indicado o tratamento empírico específico, reservando-se procedimentos invasivos para casos refratários.
- (D) a tomografia computadorizada de crânio evidenciará, mais provavelmente, lesão única de localização periventricular, com realce homogêneo pelo contraste e ausência de edema vasogênico.
- (E) em pessoas vivendo com HIV, lesões encefálicas expansivas evidenciadas em exame de imagem devem ser inicialmente investigadas por meio de biópsia cerebral, independentemente dos achados clínicos.

28

Doenças de notificação compulsória são comumente detectadas por meio de sistemas de vigilância passiva. No entanto, dada a alta proporção de indivíduos assintomáticos entre os infectados pelo vírus Zika, a falta de especificidade na apresentação clínica dos casos e a complexidade do diagnóstico laboratorial em um contexto de circulação simultânea de outros vírus intimamente relacionados, a detecção do vírus Zika é desafiadora. Embora os esforços sejam direcionados para melhorar a sensibilidade dos sistemas de vigilância, a ausência de detecção não é uma garantia de que o vírus Zika não esteja em circulação ou de que a transmissão local tenha sido interrompida. O desafio é ainda maior diante da possibilidade de transmissão sexual, que pode contribuir para a manutenção da circulação viral independentemente da presença de vetores infectados e favorecer a ocorrência de casos esporádicos ou cadeias de transmissão de difícil identificação pelos sistemas convencionais de vigilância.

Com relação à transmissão sexual do vírus Zika, é correto afirmar que:

- (A) a transmissão sexual do vírus Zika restringe-se à fase sintomática, dispensando medidas preventivas após a resolução dos sintomas.
- (B) a transmissão sexual do vírus Zika ocorre predominantemente do homem para a mulher, em razão da persistência mais prolongada do vírus no sêmen.
- (C) em casais que desejam engravidar, recomenda-se aguardar oito semanas quando o homem foi infectado e três meses quando a mulher foi infectada.
- (D) a negatificação do RT-PCR para vírus Zika em soro elimina o risco de transmissão sexual, não sendo necessárias medidas preventivas adicionais para o casal.
- (E) embora o vírus possa persistir por período prolongado no sêmen, o risco de transmissão sexual restringe-se às três semanas após o início dos sintomas.

29

Paciente de 30 anos, sexo masculino, biólogo, procura atendimento médico com queixa de febre e dor de cabeça importantes iniciados há quatro dias, evoluindo com visão dupla nas últimas duas horas. Ao exame físico observa-se rigidez de nuca. Foi submetido à tomografia de crânio que não evidenciou alterações e, em seguida, a punção lombar que evidenciou: líquido levemente esbranquiçado, com aspecto de "água de coco", celularidade de 300 células/mL, com 50% polimorfonucleares, 30% mononucleares e 20% eosinófilos, com glicose normal e proteína levemente aumentada (80 mg/dL).

Relata ter retornado de "mochilão" pelo litoral do Espírito Santo há quatro semanas. No período, alojou-se em *hostels* e casas de desconhecidos, onde também realizou suas refeições. Nega consumo de peixe, pois é alérgico, mas relata diversas vezes consumo de saladas.

Diante do quadro exposto, o agente etiológico mais provável é:

- (A) *Acanthamoeba castellanii*
- (B) *Angiostrongylus cantonensis*
- (C) *Echinococcus multilocularis*
- (D) *Elizabethkingia meningoseptica*
- (E) *Gnathostoma spinigerum/hispidum*

30

Uma criança de quatro anos, sexo masculino, é levada ao consultório do pediatra com lesões nas pernas. A mãe relata que as lesões surgiram há três dias, que coçam, e que outras crianças na colônia de férias estão com lesões similares. Ao exame físico, o médico identificou duas lesões compatíveis com impetigo. Sabe-se que o impetigo é uma infecção de pele tradicionalmente causada por *Streptococcus pyogenes*, mas que também pode ter o *Staphylococcus aureus* como agente causador, de forma independente ou em coinfeção.

Quanto ao impetigo causado por *S. pyogenes*, é correto afirmar que

- (A) a colonização da orofaringe por estreptococos usualmente precede a colonização da pele.
- (B) a lesão do impetigo atinge estratos da derme, evoluindo comumente com cicatrizes após resolução.
- (C) a manifestação cutânea mais clássica do impetigo por *S. pyogenes* é a formação de lesões bolhosas.
- (D) a terapia com sulfametoxazol-trimetoprim apresenta vantagem sobre a amoxicilina para cepas resistentes.
- (E) anti-estreptolisina O não costuma atingir níveis séricos elevados após infecções cutâneas por *S. pyogenes*.

31

Paciente de 11 anos, sexo masculino, estudante do ensino fundamental, procura atendimento por aumento doloroso da região parotídea direita há dois dias, associado a febre baixa e mal-estar. Diante da suspeita clínica e da confirmação de outros dois casos semelhantes na mesma escola, a direção solicita orientação de um médico infectologista sobre as medidas de controle e prevenção da doença entre os alunos.

Com relação ao caso, é correto afirmar que

- (A) a transmissão ocorre predominantemente por aerossóis, o período médio de incubação é quatro a seis semanas, e o afastamento escolar depende da confirmação laboratorial.
- (B) a transmissão ocorre por via fecal-oral, o período médio de incubação é de seis a oito dias e todos os contatos devem receber imunoglobulina humana como profilaxia pós-exposição.
- (C) a transmissão ocorre após o surgimento da parotidite, o período médio de incubação é de 10 a 14 dias e a vacinação dos contatos suscetíveis não interfere na ocorrência de novos casos.
- (D) a transmissão ocorre por contato com secreções respiratórias, o período médio de incubação é de 16 a 18 dias e, em situações de surto, recomenda-se atualizar a vacinação dos contatos suscetíveis.
- (E) a transmissão ocorre por contato direto com saliva ou secreções respiratórias, o período médio de incubação é inferior a 10 dias e todos os contatos devem realizar pesquisa de IgG antes da atualização do esquema vacinal.

32

O Oropouche é uma arbovirose causada por um *Orthobunyavirus*, historicamente restrita à região Amazônica e associada principalmente a áreas rurais e periurbanas. Nos últimos anos, entretanto, observou-se expansão da circulação viral para áreas extra-amazônicas e o reconhecimento de novas manifestações e formas de transmissão, modificando aspectos importantes da vigilância epidemiológica da doença.

Com relação à infecção pelo vírus Oropouche, é correto afirmar que

- (A) a transmissão urbana ocorre principalmente por *Aedes aegypti*, vetor responsável pela maior parte dos casos registrados em todo país.
- (B) a recorrência dos sintomas após melhora é evento raro, ocorrendo em menos de 5% dos casos e, quando presente, indica complicações neurológicas.
- (C) nos últimos anos foi confirmada a transmissão vertical do vírus, com registros de óbitos fetais e anomalias congênitas associados à infecção materna.
- (D) o diagnóstico laboratorial deve basear-se em testes sorológicos, uma vez que os métodos moleculares apresentam menor sensibilidade na fase sintomática.
- (E) a transmissão do vírus ocorre por meio da picada de mosquitos infectados, com destaque para *Haemogogus spp*, popularmente conhecido como mosquito-pólvora.

33

Paciente de três anos, sexo feminino, sem comorbidades, é levada para avaliação de emergência pela mãe com história de dor de garganta e febre há sete dias. No quarto dia de doença, a mãe iniciou tratamento com amoxicilina-clavulanato empiricamente, pois já havia usado outras vezes em casos de faringite, mas o quadro não melhorou.

Ao exame físico, nota-se faringoamigdalite exsudativa, linfonodomegalia cervical posterior bilateral discreta, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo.

Quanto à investigação diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) a faixa etária da paciente torna desnecessária a adição de teste específico para HIV à investigação diagnóstica.
- (B) de forma inespecífica, o achado mais comum no hemograma é de leucopenia com presença de >10% de linfócitos atípicos.
- (C) o fato de a criança não ter apresentado *rash* após administração de amoxicilina afasta o vírus Epstein-Barr como hipótese.
- (D) o teste de anticorpos heterófilos apresenta baixa sensibilidade nessa idade, sendo indicada complementação investigativa específica.
- (E) o anticorpo anti-EBNA da classe IgG pode positivar precocemente na fase pós aguda, sendo a primeira classe a apresentar soroconversão.

34

Durante a pandemia de covid-19, crianças não representaram um grupo de risco particular para desfechos desfavoráveis, apresentando majoritariamente casos leves da doença. No entanto, esporadicamente, uma síndrome hiperinflamatória seguindo à infecção pelo SARS-CoV-2 foi descrita nessa população, uma condição denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P).

Quanto à SIM-P, é correto afirmar que

- (A) o tratamento viral específico com remdesivir melhora o desfecho clínico da síndrome.
- (B) a maioria dos casos ocorre de duas a seis semanas da infecção ou contato com caso confirmado.
- (C) o paciente deve ser mantido em isolamento até resolução do quadro, independente de resultado de RT-PCR.
- (D) a vacinação contra covid-19 com vacinas baseadas em mRNA contribuiu para o aumento de casos observados.
- (E) os diagnósticos diferenciais restringem-se às doenças bacterianas e virais, como dengue ou escarlatina.

35

Durante um atendimento à população indígena na bacia amazônica, você atende uma criança com queixa de coceira e sensação de corpo estranho nos olhos que, ao exame físico, apresentam vermelhidão importante da conjuntiva palpebral superior. No dia seguinte, você atende um paciente de 40 anos com perda visual unilateral, observando-se opacificação corneana do olho acometido com alteração da disposição dos cílios (triquíase) e deformação palpebral (entrópio).

Ambos os indivíduos foram acometidos pela mesma doença e quanto a ela é correto afirmar que

- (A) seu agente etiológico é um parasita unicelular transmitido por água e alimentos.
- (B) é uma rara causa infecciosa de cegueira, predominante no continente americano e africano.
- (C) o acometimento de crianças sugere situações de abuso sexual, devendo ocorrer notificação.
- (D) o tratamento oportuno com azitromicina em dose única pode prevenir a complicação observada.
- (E) tem elevada transmissibilidade, sendo recomendado isolamento imediato do primeiro caso descrito.

36

Paciente de 40 anos, sexo feminino, cuidadora infantil, natural da Bolívia, procura atendimento médico em serviço de emergência com história de crises epiléticas iniciadas há um mês. Inicialmente teve crise isolada, que passou em 10 minutos. Procurou atendimento médico em consultório particular com laudo de "crise epilética isolada não complicada", sem realização de exames adicionais. No entanto, hoje pela manhã voltou a apresentar uma crise.

Ao exame físico, a paciente encontra-se em bom estado geral, sem alterações no exame neurológico, salvo as alterações características de período pós-ictal. O médico opta por realizar tomografia de crânio, na qual são observadas cinco lesões císticas dispersas pelo parênquima, com discreto edema adjacente. As lesões medem entre 10 e 20 mm. Diante dos dados clínico-epidemiológicos e dos achados tomográficos, o tratamento específico para o diagnóstico presumido é instituído.

Quanto à fisiopatologia dessa doença, é correto afirmar que

- (A) o agente etiológico da doença presumida é a forma larval de um cestódeo cujo hospedeiro intermediário é o bovino.
- (B) o consumo de carnes de porco mal cozidas é a principal forma de aquisição dessa doença, sendo mais prevalente no Nordeste do Brasil.
- (C) a sintomatologia pode estar associada ao edema perilesional, de forma que a adição de corticoide ao tratamento, quando indicado, pode ser benéfica.
- (D) a aquisição da forma larval depende de hospedeiro intermediário, de forma que a autoinfecção não é possível em indivíduos com infecção pela forma adulta do parasita.
- (E) o tratamento dos indivíduos com infecção pela forma adulta do parasita não afeta o controle populacional da infecção pela forma larval, já que possuem mecanismo diverso de infecção.

37

Paciente de 52 anos, sexo masculino, inspetor escolar, sem comorbidades conhecidas, procura atendimento em serviço de emergência com queixa de febre há quatro dias, acompanhada de tosse produtiva e náusea há dois dias, tendo vomitado duas vezes nas últimas 24 horas.

Ao exame físico, apresenta-se prostrado, normocorado, desidratado 1+/4+, anictérico, acianótico, PA: 110 x 80 mmHg, FR: 24 irpm, SaO₂: 94% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com estertoração em terço médio direito. Restante do exame sem alterações dignas de nota. A equipe médica optou por internar o paciente para iniciar o tratamento antimicrobiano parenteral com uso de ampicilina-sulbactam associada a azitromicina.

Justifica-se, na escolha do tratamento empírico,

- (A) a associação da azitromicina para cobertura de *Pseudomonas aeruginosa*.
- (B) o uso da ampicilina, independente do sulbactam, para tratamento de *Enterococcus faecalis*.
- (C) a adição do sulbactam à ampicilina para cobertura de *Streptococcus pneumoniae* resistentes.
- (D) a associação da azitromicina para cobertura de patógenos atípicos como *Klebsiella pneumoniae*.
- (E) a adição do sulbactam à ampicilina para cobertura de Gram-negativos como *Haemophilus influenzae*.

38

Paciente de 47 anos, sexo feminino, há 17 anos teve diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV por ocasião da sua última gestação. Há 12 anos parou de frequentar o ambulatório de infectologia pois "nunca apareceu o vírus nos exames". Retornou hoje, por insistência da filha, uma vez que o pai faleceu por complicações da SIDA. Ao rever o prontuário da paciente, nota-se que ela nunca apresentou carga viral detectável ou queda da contagem de linfócitos TCD4+ e, por isso, não teve indicação de terapia antirretroviral (TARV) na época. Ela relata que nunca teve qualquer problema de saúde durante o período e que, no momento, não apresenta qualquer sintoma ou queixa.

Diante do exposto, e com base nas recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, deve-se esclarecer a essa paciente que ela

- (A) deverá seguir acompanhamento, com indicação de início da TARV imediatamente.
- (B) deverá seguir acompanhamento, iniciando TARV em caso de carga viral > 50 cópias/mL.
- (C) deverá seguir acompanhamento, iniciando TARV em caso de evidência de infecção oportunista.
- (D) deverá seguir acompanhamento, iniciando TARV em caso de queda de contagem de linfócitos T CD4.
- (E) está de alta do ambulatório de infectologia, visto não apresentar riscos associados à infecção pelo HIV.

39

Paciente de 11 anos, sexo feminino, natural e residente de Rio Verde (GO), é admitida em um hospital com história de febre diária há seis semanas, perda ponderal de 4 kg, inapetência, astenia intensa e aumento progressivo de linfonodos cervicais, axilares e inguinais. Nas duas semanas antecedentes, evoluiu com dor abdominal e distensão.

Ao exame físico, apresenta-se em mau estado geral, desidratada, hipocorada, com linfonodomegalias generalizadas, algumas coalescentes e fistulizadas, além de hepatoesplenomegalia. Foi submetida a biópsia de linfonodo, cujo exame direto com KOH demonstrou formas leveduriformes gemulantes com múltiplos brotamentos.

Considerando o quadro clínico e o achado laboratorial descrito, a conduta mais adequada é

- (A) seguimento ambulatorial e início de fluconazol por via oral.
- (B) seguimento ambulatorial e início de itraconazol por via oral.
- (C) internação hospitalar e início de fluconazol por via intravenosa.
- (D) internação hospitalar e início de anfotericina B por via intravenosa.
- (E) seguimento ambulatorial e, em caso de resultado positivo da cultura, início de itraconazol por via oral.

40

Em 2026, o mundo reacendeu o alerta para a epidemia de Ebola no continente africano, iniciada na República Democrática do Congo e em Uganda. A preocupação quanto a essa doença, causada por um vírus da família *Filoviridae*, se deve a sua alta letalidade, que pode chegar até 80% em alguns cenários. A doença caracteriza-se como uma síndrome febril aguda, acompanhada de sintomas inespecíficos como cefaleia, odinofagia e artralgia. *Rash* pode estar presente e, ao fim da primeira semana, sintomas gastrointestinais, respiratórios e neurológicos podem compor o quadro, e inicia-se período de maior gravidade. A gravidade pode ser marcada por choque hipovolêmico, coagulopatia disseminada, e arritmias cardíacas, evoluindo com falência de múltiplos órgãos.

Quanto à sua transmissão, é correto afirmar que

- (A) pelo risco de o Ebola ser transmitido sexualmente há recomendação do uso de métodos de barreira por 12 meses na indisponibilidade de testes moleculares no sêmen.
- (B) apesar de não apresentar benefício na letalidade, o uso do Remdesivir precoce mostrou-se capaz de diminuir significativamente a transmissibilidade do vírus Ebola.
- (C) é de particular risco epidêmico o fato de a transmissão iniciar-se tipicamente até cinco dias antes do início dos sintomas, o que dificulta o isolamento social adequado.
- (D) o período de agravamento da doença é marcado pela intensificação da resposta imune humoral específica e queda substancial da viremia, com diminuição da transmissibilidade.
- (E) há dificuldade de manter o R0 da doença abaixo de 1 particularmente devido às complexas medidas de biossegurança necessárias por sua alta transmissibilidade respiratória.

41

Paciente de 27 anos, sexo masculino, técnico de enfermagem, sofre acidente ocupacional com agulha recém-utilizada para punção venosa de um paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva e em ventilação mecânica há quatro meses, perfurando o dedo polegar da mão esquerda. Após os primeiros cuidados, ambos são submetidos à avaliação sorológica. O paciente-fonte apresenta teste rápido para HIV não reagente, HBsAg reagente e sorologia para hepatite C não reagente. O profissional acidentado apresenta teste rápido para HIV não reagente, HBsAg não reagente, anti-HCV não reagente e registro de anti-HBs de 214 mUI/mL, realizado há dois meses durante exame periódico ocupacional.

Considerando o caso descrito, a conduta mais adequada em relação ao atendimento de pós-exposição é

- (A) iniciar profilaxia pós-exposição para HIV e administrar imunoglobulina humana para a hepatite B.
- (B) iniciar profilaxia pós-exposição para HIV e administrar dose de reforço da vacina recombinante para hepatite B.
- (C) administrar uma dose de vacina e imunoglobulina humana para hepatite B e iniciar antiviral profilático para hepatite C.
- (D) esclarecer que não há indicação de profilaxias pós-exposição, nem de seguimento clínico posterior e encerrar o atendimento.
- (E) não indicar profilaxia pós-exposição para HIV nem para hepatite B, mantendo o acompanhamento do acidente ocupacional.

42

Em 2026, um surto de doença causada pelo hantavírus do tipo Andes em um navio surpreendeu o mundo, com 12 casos confirmados até o dia 11 de junho de 2026. O mecanismo de transmissão no surto atual ainda não foi elucidado, mas publicações prévias da Argentina e do Chile já chamavam a atenção sobre a possível transmissão inter-humana, particularmente do tipo andino desse vírus. No Brasil, a hantavirose é uma doença mais prevalente nas regiões Sul e Sudeste, com predomínio de transmissão em meio rural ou silvestre.

Sobre as manifestações clínicas dessa doença, de acordo com Manual do Ministério da Saúde, é correto afirmar que

- (A) após a fase cardiopulmonar, há uma fase diurética com poliúria, marcada pela recuperação endotelial e reabsorção do líquido do terceiro espaço.
- (B) o edema pulmonar característico da doença é de natureza cardiogênica, de forma que há benefícios em terapias baseadas em medicamentos inotrópicos.
- (C) em hantavírus americanos, é mais comum a manifestação da síndrome na forma hemorrágica com síndrome renal e, nos europeus, a forma cardiopulmonar.
- (D) o óbito na doença costuma ocorrer tardiamente, nas fases de recuperação do choque e da função renal, por arritmias consequentes de distúrbios eletrolíticos.
- (E) do ponto de vista hematológico, são achados clássicos a leucopenia com neutropenia, anemia e plaquetose; há coagulopatia por deficiência de fatores hepáticos.

43

Paciente de 50 anos, sexo feminino, vivendo com HIV, transplantada renal há três anos, é internada para investigação de quadro de perda ponderal há três meses associada a queda do estado geral, evoluindo há uma semana com falta de ar.

À tomografia de tórax evidencia-se infiltrado micronodular difuso. Exame laboratorial evidenciou piora da função renal, elevação discreta de transaminases e pancitopenia. Durante a investigação de infecções oportunistas, é evidenciado antígeno de histoplasma positivo em amostra de urina.

Na conduta terapêutica para o caso, o fármaco de escolha é

- (A) fluconazol.
- (B) itraconazol.
- (C) anidulafungina.
- (D) anfotericina B lipossomal.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprim.

44

Paciente de 19 anos, do sexo masculino, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro após acidente automobilístico. Foi submetido à laparotomia exploradora de emergência, sendo necessária a esplenectomia total. Ele evoluiu bem no pós-operatório e, na alta hospitalar, foi encaminhado para um Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Segundo o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE),

- (A) a vacina contra influenza deve ser evitada nos primeiros seis meses após a esplenectomia, pois apresenta baixa imunogenicidade nesse período.
- (B) a vacina contra varicela está indicada para pacientes esplenectomizados suscetíveis, pois a infecção natural favorece invasão bacteriana secundária.
- (C) em pacientes submetidos à esplenectomia de urgência, recomenda-se aguardar pelo menos seis meses após a cirurgia antes de iniciar qualquer esquema vacinal.
- (D) a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola é contraindicada em pacientes esplenectomizados devido ao maior risco de doença disseminada por vírus vacinal atenuado.
- (E) a vacinação contra pneumococo, meningococo e *Haemophilus influenzae* tipo b é indicada apenas quando a esplenectomia decorre de doença hematológica, não sendo orientada após trauma.

45

Um médico infectologista da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) participa da revisão da padronização de antimicrobianos de um hospital terciário com programa de transplante hepático e renal. Durante reunião com a gestão, ele propõe a padronização da ampicilina-sulbactam em substituição a amoxicilina-clavulanato da lista de antimicrobianos disponíveis para uso hospitalar.

Essa proposta é justificada pois a ampicilina-sulbactam

- (A) apresenta cobertura superior à amoxicilina-clavulanato contra bactérias anaeróbias, otimizando o tratamento de infecções intra-abdominais e biliares.
- (B) possui atividade superior contra *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), sendo preferível em hospitais com programa de transplantes de órgãos sólidos.
- (C) apresenta menor risco de hepatotoxicidade medicamentosa do que a amoxicilina-clavulanato, sendo uma opção terapêutica adequada para o cenário hospitalar descrito.
- (D) mantém atividade confiável contra enterobactérias produtoras de ESBL, podendo substituir os carbapenêmicos na maioria das infecções causadas por esses microrganismos.
- (E) apresenta atividade confiável contra *Pseudomonas aeruginosa*, permitindo seu uso como tratamento empírico de infecções graves por esse patógeno em transplantados renais.

46

Paciente de 28 anos, sexo masculino, sociólogo, residente em Florianópolis, procura atendimento com história de febre alta associada a calafrios, anorexia, dor abdominal, diarreia leve e tosse seca. Nega comorbidades. Relata que, há quatro semanas, viajou pelo interior da Bahia, onde participou de trilhas, acampou e manteve contato frequente com lagoas e riachos de água doce.

Ao exame físico, apresenta discreta hepatoesplenomegalia. O hemograma evidencia leucocitose com eosinofilia de 2.900 células/mm³ (VR: 20–500 células/mm³). Foi solicitado exame parasitológico de fezes, cujo resultado foi negativo.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) iniciar prontamente tratamento com praziquantel, independentemente da negatividade inicial do exame parasitológico de fezes.
- (B) iniciar prednisona para controle da resposta inflamatória e adiar o tratamento com praziquantel até a resolução completa do quadro agudo.
- (C) investigar outras causas infecciosas de eosinofilia, pois um exame parasitológico de fezes negativo é suficiente para afastar uma parasitose aguda.
- (D) repetir exames parasitológicos seriados antes de iniciar o praziquantel, reservando o tratamento específico para pacientes com confirmação parasitológica.
- (E) solicitar sorologia para esquistossomose e aguardar sua confirmação antes de iniciar o praziquantel, devido à negatividade do exame parasitológico de fezes.

47

Paciente de 27 anos, sexo masculino, carpinteiro, residente em Abaetetuba (PA), previamente hígido, procura atendimento com febre diária há 12 dias, acompanhada de mal-estar, cefaleia e mialgia. Relata que, no início do quadro, apresentou edema palpebral unilateral indolor, atualmente em regressão. Nos últimos quatro dias percebeu edema de membros inferiores. Relata que aproximadamente três semanas antes do início dos sintomas participou de uma festa comunitária, onde consumiu grande quantidade de açaí preparado localmente.

Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38,5°C, discreto edema palpebral unilateral, linfonodomegalia cervical e hepatoesplenomegalia. O hemograma evidencia leucocitose discreta. O exame microscópico de sangue periférico demonstra numerosos parasitas extracelulares flagelados, alongados, com membrana ondulante e cinetoplasto proeminente.

Considerando o quadro clínico, epidemiológico e os resultados dos exames complementares, é correto afirmar que

- (A) na fase aguda, o diagnóstico deverá ser confirmado por duas sorologias IgG reagentes por métodos distintos antes do início do tratamento, pois o exame parasitológico direto apresenta baixa sensibilidade nessa fase.
- (B) o diagnóstico da fase aguda da doença deve ser realizado preferencialmente por métodos parasitológicos diretos, e o tratamento específico está indicado tão logo confirmado, independentemente da forma clínica de apresentação.
- (C) a fase aguda da doença é geralmente autolimitada, e o tratamento antiparasitário específico não está indicado nessa fase de forma sistemática, devendo ser reservado para pacientes com comprometimento cardíaco documentado.
- (D) o tratamento específico com benznidazol está contraindicado na fase aguda da doença, pois o uso do antiparasitário nesse estágio está associado a elevado risco de aplasia de medula e hepatotoxicidade, superando os benefícios terapêuticos.
- (E) a identificação do protozoário no sangue periférico é suficiente para confirmar o diagnóstico de doença, porém o tratamento específico deve ser iniciado somente após confirmação sorológica com duas amostras reagentes por métodos diferentes.

48

Paciente de 39 anos, sexo masculino, farmacêutico, sem comorbidades, procura atendimento por icterícia, colúria e mal-estar há cinco dias. Nega febre, uso de drogas injetáveis, viagens recentes e ingestão de água ou alimentos fora do domicílio. Refere relacionamento estável com parceiro do mesmo sexo. Os exames laboratoriais evidenciam ALT 3.230 U/L, AST 2.460 U/L, bilirrubina total de 6,8 mg/dL e anti-HAV IgM reagente.

Sobre a doença apresentada, é correto afirmar que

- (A) há indicação de imunoglobulina humana como profilaxia pós-exposição para todo parceiro sexual suscetível à doença.
- (B) a transmissão sexual do vírus da hepatite A ocorre exclusivamente por exposição ao sêmen e às secreções genitais infectadas.
- (C) após um episódio de hepatite A aguda, recomenda-se a vacinação contra o vírus, pois a infecção natural não confere imunidade duradoura.
- (D) o uso consistente de preservativos é suficiente para prevenir a transmissão sexual do vírus da hepatite A, dispensando outras medidas preventivas.
- (E) a transmissão sexual do vírus da hepatite A está relacionada principalmente ao contato fecal-oral durante práticas sexuais, podendo ocorrer em ambos os sexos.

49

Antimicrobianos podem ser administrados por diferentes vias, cuja escolha deve considerar fatores relacionados ao paciente, ao fármaco e à gravidade da infecção.

Com relação às vantagens e limitações das diferentes vias de administração de antimicrobianos, é correto afirmar que a via

- (A) subcutânea apresenta absorção previsível, independente da perfusão periférica, além de início de ação mais rápido que a via intravenosa.
- (B) intramuscular é preferível para tratamentos prolongados, por permitir administrações frequentes, maiores volumes por aplicação e menor desconforto local.
- (C) oral tem como vantagens a conveniência, o menor custo e a possibilidade de alta precoce, desde que haja adequada absorção gastrointestinal e adesão ao tratamento.
- (D) intravenosa deve ser mantida ao longo de todo o tratamento, uma vez que apresenta maior biodisponibilidade e menor risco de complicações quando comparada às demais vias.
- (E) oral não deve substituir a via intravenosa na terapia de infecções graves, mesmo após estabilização clínica e disponibilidade de antimicrobiano com elevada biodisponibilidade oral.

50

Paciente de 64 anos, sexo feminino, diabética, evolui durante internação hospitalar com necessidade de terapia renal substitutiva, sendo implantado cateter venoso central tunelizado de longa permanência para hemodiálise. Após alta hospitalar, passou a realizar hemodiálise em clínica satélite. Cinco meses depois, retorna ao hospital referindo febre e calafrios durante e após as últimas sessões de diálise. Foram coletados dois sets de hemoculturas, com crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (MSSA) em um único frasco.

Com relação ao caso apresentado, é correto afirmar que

- (A) a vancomicina constitui a terapia padrão para bacteremia por MSSA em pacientes em hemodiálise, por possibilitar administração após o final das sessões dialíticas.
- (B) a identificação de *Staphylococcus aureus* deve motivar investigação de complicações profundas, incluindo a realização de ecocardiograma e hemoculturas de controle.
- (C) por se tratar de cateter tunelizado de longa permanência, recomenda-se preservar o acesso vascular, mantendo o dispositivo durante o tratamento da bacteremia por MSSA.
- (D) a retirada precoce do cateter seguida de resolução da febre nas primeiras 24 horas afasta a possibilidade de endocardite e de outros focos metastáticos, tornando desnecessária investigação complementar.
- (E) o crescimento de *Staphylococcus aureus* em apenas um frasco de hemocultura sugere fortemente contaminação da coleta, devendo-se repetir as hemoculturas e aguardar o resultado antes de instituir antibioticoterapia.

51

Paciente de 29 anos, do sexo feminino, arquiteta, natural de Recife, procura atendimento em um ambulatório de Medicina de Viagem para planejamento de sua viagem de lua de mel para a Nigéria. Iniciar sua viagem permanecendo por cinco dias no Parque Nacional de Yankari e, posteriormente, seguirá para Lagos, onde permanecerá por mais sete dias.

Em relação às orientações pertinentes a viajantes, nesse cenário, é correto afirmar que

- (A) a vacinação para febre amarela não está recomendada, pois a viajante permanecerá menos de 10 dias na Nigéria.
- (B) a quimioprofilaxia para malária deve ser indicada, uma vez que a viajante permanecerá apenas cinco dias em área de risco.
- (C) o comprovante de vacinação para meningite A/C/W/Y deverá obrigatoriamente ser apresentado, segundo o Regulamento Sanitário Internacional
- (D) as medidas para prevenção de picadas de inseto, como o uso de pulseiras repelentes e o consumo de chá de alho, deverão ser reforçadas.
- (E) a possibilidade de gestação deverá ser discutida e, caso confirmada, a realização da viagem planejada poderá ser desaconselhada pela equipe.

52

Paciente de 80 anos, sexo feminino, DPOC gold 3, é internada em unidade de terapia intensiva com pneumonia lobar. A paciente evolui para intubação nas primeiras 12 horas da internação e, ainda na emergência, é coletada secreção traqueal para investigação etiológica da pneumonia, e iniciado piperacilina/tazobactam empiricamente. Após 48 horas, a paciente apresenta melhora evolutiva da febre, porém mantém dependência de assistência ventilatória em modo controlado. O resultado da cultura de secreção traqueal é liberado com o seguinte resultado:

Tipo de amostra: secreção traqueal (material adequado)

Patógeno: *Pseudomonas aeruginosa* ($\geq 10^5$ UFC/mL)

Teste de suscetibilidade a antimicrobianos:

Antibiótico	CIM	Interpretação
Amicacina	4	S
Aztreonam	4	I
Ceftazidima	2	I
Ceftazidima/Avibactam	1	S
Ciprofloxacino	0,12	I
Meropenem (não meningite)	0,5	S
Piperacilina/Tazobactam	$\leq 4,0$	I

Considerando o caso e os resultados laboratoriais, a melhor escolha antibiótica para prosseguir o tratamento da paciente em questão é:

- (A) amicacina
- (B) meropenem
- (C) ciprofloxacino
- (D) ceftazidima/avibactam
- (E) piperacilina/tazobactam

53

Paciente de 32 anos, sexo feminino, natural e residente em São Paulo, enfermeira, procura atendimento com história de febre alta, coriza, tosse seca e conjuntivite há três dias. Evoluiu com exantema maculopapular eritematoso, com início na face e região retroauricular e progressão craniocaudal para tronco e membros. Diante da suspeita clínica, a própria paciente entra em contato com a Vigilância em Saúde do município.

Nesse contexto, a equipe da Vigilância em Saúde deverá

- (A) excluir a hipótese de dengue antes de notificar, dado que a paciente reside em São Paulo.
- (B) limitar a investigação aos pacientes sintomáticos atendidos diretamente pela referida profissional.
- (C) iniciar a investigação epidemiológica apenas se houver confirmação por RT-PCR em amostra respiratória.
- (D) identificar e avaliar os contatos próximos, incluindo os ocorridos no ambiente domiciliar, no lazer e trabalho.
- (E) planejar a vacinação de bloqueio que deverá ser iniciada tão logo o diagnóstico for confirmado laboratorialmente

54

Paciente de 39 anos, sexo masculino, vaqueiro, previamente hígido, residente em área rural do Espírito Santo, procura atendimento ambulatorial por tosse seca prolongada e dor torácica há aproximadamente quatro semanas. Nega febre. Relata exposição frequente a solo e material vegetal em decomposição em sua rotina de trabalho. A radiografia de tórax evidencia nódulo pulmonar solitário no lobo superior esquerdo, de contornos bem definidos, sem derrame pleural ou linfonodomegalias. A sorologia para HIV foi não reagente. Foi submetido à broncofibroscopia, e na cultura do lavado bronco-alveolar foi isolado *Cryptococcus neoformans*.

Com relação aos achados laboratoriais na criptococose pulmonar, é correto afirmar que

- (A) a negatificação do antígeno criptocócico sérico define o término da terapia antifúngica.
- (B) na apresentação restrita ao pulmão, o antígeno criptocócico sérico frequentemente é negativo.
- (C) a doença restrita ao pulmão está habitualmente associada a títulos elevados do antígeno criptocócico sérico.
- (D) a positividade do antígeno criptocócico sérico exclui a necessidade de investigação de acometimento extrapulmonar.
- (E) o isolamento de *Cryptococcus neoformans* em cultura de lavado broncoalveolar indica doença disseminada, independentemente do estado imunológico.

55

A pneumonia adquirida na comunidade é uma das principais causas de atendimentos em emergências e internação hospitalar globalmente. Embora a tomografia computadorizada seja considerada o método de imagem padrão para o diagnóstico, o ultrassom pulmonar à beira do leito vem sendo cada vez mais utilizado por apresentar vantagens como rapidez de resultados, portabilidade e ausência de radiação ionizante.

Em relação ao ultrassom pulmonar à beira do leito no diagnóstico da pneumonia adquirida na comunidade, é correto afirmar que

- (A) as linhas B difusas bilaterais são altamente específicas para pneumonia bacteriana.
- (B) a presença isolada de derrame pleural unilateral exclui o diagnóstico de pneumonia bacteriana aguda.
- (C) os broncogramas aéreos estáticos sugerem consolidação infecciosa e broncogramas dinâmicos sugerem atelectasia.
- (D) a presença de linhas B focais e broncogramas aéreos dinâmicos apresentam elevada especificidade para pneumonias infecciosas agudas.
- (E) o exame é superior a tomografia computadorizada para detecção de pneumonias infecciosas agudas, centrais e periféricas.

56

Paciente de 80 anos, sexo masculino, é trazido ao hospital por familiares após queda da própria altura. O acompanhante negava qualquer queixa prévia do paciente, mas relata que ele vive há 10 anos com demência, o que prejudica a sua interação. A queda ocorreu ao tropeçar em tapeçaria no domicílio. Ao exame físico, o paciente encontra-se sonolento e pouco interativo. PA 180 x 90 mmHg, FC 115 bpm, SaO₂ 100%. Perna esquerda encurtada e com rotação externa do pé. Restante do exame físico sem alterações. O médico da emergência fica preocupado pelo status rebaixado do paciente e opta por coletar exame de urocultura. O paciente é internado para correção da fratura de fêmur e no segundo dia de internação o laboratório notifica crescimento de *Escherichia coli* com o seguinte padrão de resistência:

Antibiótico	CIM	Interpretação
Amicacina	2,0	S
Amoxicilina/clavulanato	16,0	R
Cefepima	> 32,0	R
Ceftriaxona	> 32,0	R
Ciprofloxacino	≤ 0,06	S
Ertapenem	≤ 0,12	S
Meropenem	≤ 0,25	S
Piperacilina/tazobactam	≤ 4,0	S
Sulfametoxazol/Trimetoprim	>160,0	R

Diante do quadro exposto e do resultado da urocultura, a melhor escolha terapêutica é

- (A) iniciar amicacina.
- (B) iniciar ertapenem.
- (C) iniciar ciprofloxacino.
- (D) iniciar piperacilina/tazobactam.
- (E) não introduzir qualquer antibiótico.

57

Candida spp. são leveduras comensais da microbiota humana que podem causar desde infecções mucocutâneas superficiais até doença invasiva, especialmente na presença de fatores predisponentes como imunossupressão, neutropenia, uso de antibióticos e dispositivos intravasculares.

Em relação às manifestações clínicas da candidíase, é correto afirmar que

- (A) a candidúria em pacientes com cateter vesical de demora define pielonefrite por *Candida* sp., indicando terapia antifúngica sistêmica.
- (B) a candidíase esofágica pode ocorrer mesmo na ausência de candidíase oral e manifesta-se tipicamente por odinofagia, disfagia e dor retroesternal.
- (C) a candidíase vulvovaginal recorrente ocorre predominantemente em mulheres com imunodeficiência avançada pelo HIV, sendo rara em mulheres imunocompetentes.
- (D) a pneumonia por *Candida* sp. é uma complicação frequente em pacientes críticos colonizados no trato respiratório, confirmada pelo isolamento da levedura em lavado broncoalveolar.
- (E) a candidemia dissemina-se preferencialmente para rins, retina, coração e sistema nervoso central, porém o acometimento ocular é exclusivo de pacientes com neutropenia prolongada.

58

Paciente de 56 anos, do sexo feminino, é internada para tratamento cirúrgico de carcinoma ductal invasivo da mama esquerda. Foi submetida à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar, evoluindo sem intercorrências intraoperatórias. No pós-operatório imediato, permanece com dreno aspirativo em sistema fechado, com débito serossanguinolento habitual.

A antibioticoprofilaxia que deve ser preferencialmente

- (A) administrada até 60 minutos antes da incisão cirúrgica.
- (B) mantida até 12 horas da retirada definitiva do dreno aspirativo.
- (C) indicada apenas quando houver sinais de infecção pré-operatória.
- (D) iniciada após a indução anestésica e imediatamente antes do fechamento da pele.
- (E) mantida por pelo menos 5 dias para reduzir a incidência de infecção de sítio cirúrgico.

59

Paciente de 24 anos, sexo feminino, técnica em enfermagem, com história de vacinação adequada para a faixa etária, é internada para investigação de quadro de icterícia de dez dias de evolução associada a colúria e acolia fecal. Durante avaliação laboratorial é evidenciado aumento de transaminases 40 vezes acima do limite superior da normalidade (LSN), além de aumento de bilirrubina 20 vezes acima do LSN, com predomínio de bilirrubina direta.

É levantada, pela equipe assistente, a hipótese de hepatite viral, sendo solicitados exames sorológicos seriados para sua investigação no décimo (D10) e no trigésimo (D30) dia de doença, com os seguintes resultados:

Exame	D10	D30
Anti-HAV IgM	Não reagente	Não reagente
Anti-HAV IgG	Reagente	Reagente
HBsAg	Não reagente	Não reagente
Anti-HBc IgM	Não reagente	Não reagente
Anti-HBs	Não reagente	Não reagente
Anti-HCV	Não reagente	Não reagente

Considerando o quadro exposto e os resultados sorológicos obtidos, é correto afirmar que

- (A) os resultados sugerem diagnóstico de infecção aguda pelo vírus da hepatite A, além de suscetibilidade aos vírus B e C.
- (B) a única explicação para os resultados de anti-HAV IgG encontrados é uma infecção prévia pelo vírus, que não justifica o quadro atual.
- (C) a vacinação adequada para a idade pressupõe imunização completa para hepatite B, doença contra a qual a paciente está, portanto, protegida.
- (D) na infecção aguda pelo vírus da hepatite B, o padrão sorológico esperado seria: HBsAg, Anti-HBc IgM e anti-HBs reagentes após o D14 de sintomas.
- (E) apesar da presença de anti-HCV não reagente nos dois momentos de coleta (D10 e D30), a doença aguda por esse vírus não está afastada com segurança.

60

Paciente de 17 anos, sexo masculino, morador de Curitiba, cisgênero, procura atendimento médico preocupado pois estava em uso de PrEP contínuo, mas esqueceu de levar o medicamento na viagem que fez para Brasília nos últimos 20 dias. Neste período usou irregularmente a PrEP “emprestada” de amigos e durante toda a viagem teve exposições sexuais de risco. Tem teste rápido para HIV negativo há um mês.

Levando em conta o risco de infecção recente pelo HIV, o exame que apresenta maior sensibilidade para o diagnóstico de HIV nesse momento será o

- (A) Westernblot.
- (B) PCR para HIV.
- (C) teste rápido pareado.
- (D) ELISA de quarta geração.
- (E) ELISA de terceira geração.

61

Paciente de 55 anos, do sexo feminino, procura atendimento médico com queixa de desequilíbrio associado a discreto tremor de extremidades, nos quatro dias antecedentes. Relata que, três dias antes do início do quadro, apresentou febre discreta (até 38,3 °C) com duração de menos de 48 horas e cefaleia importante, que persiste. A cefaleia, em escala de 1 a 10, foi caracterizada como nível 7 de dor, com eventuais pontadas, iniciando-se em região temporal e seguindo até o lábio inferior, à esquerda.

Ao exame físico, é digno de nota um desequilíbrio importante, com dificuldade de deambular em linha reta, com teste de Romberg negativo. Discreto incômodo à flexão de pescoço. Exame de cabeça e pescoço sem alterações. Restante do exame sem alterações dignas de nota.

Diante do caso, o exame que poderá ajudar a elucidar o diagnóstico, e o resultado esperado são, respectivamente,

- (A) reação em cadeia da polimerase no líquor e detecção do vírus varicela-zoster.
- (B) ressonância magnética de crânio e hipersinal em T2 e FLAIR nos lobos temporais.
- (C) sorologia por técnica de ELISA no sangue e detecção de IgM contra parvovírus B19.
- (D) tomografia computadorizada de crânio e lesão expansiva com captação de contraste em cerebello.
- (E) biópsia de artéria temporal e presença de infiltrado inflamatório granulomatoso com células gigantes.

62

Segundo a Portaria nº 8.041 do Ministério da Saúde do Brasil, que define o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, configura contraindicação absoluta do doador ao transplante de órgão sólido

- (A) ter recebido qualquer vacina nos 30 dias precedentes.
- (B) apresentar soropositividade para HIV, em todos os casos.
- (C) confirmar NAT positivo para SARS-CoV-2, para qualquer órgão.
- (D) ser caso suspeito de tuberculose, ou outras micobacterioses.
- (E) demonstrar soropositividade para doença de Chagas, para coração e fígado.

63

Paciente de 87 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético em uso de insulina, é internado com suspeita de infecção do trato urinário em Unidade de Terapia Intensiva. Sabe-se que, além dos usuais bacilos Gram negativos (BGN), os enterococos devem ser considerados como possível etiologia dessa infecção, nessa faixa etária.

O seguinte antibiótico considerado para tratamento empírico teria ação adequada para cobertura de *Enterococcus faecalis* em uma comunidade com baixo perfil de resistência antimicrobiano:

- (A) ertapenem.
- (B) ceftriaxona.
- (C) polimixina B.
- (D) piperacilina-tazobactam.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprim.

64

O manejo de infecções no período pós transplante é de suma importância para o desfecho favorável desses pacientes. Sabe-se que isso envolve, em um hospital com serviços de transplante, a disponibilidade de métodos diagnósticos e terapêuticos adequados. Dentre as infecções que comumente afetam esses pacientes, destaca-se a infecção pelo citomegalovírus (CMV), associada a doença específica pelo vírus, rejeição de órgãos, disfunção crônica do enxerto, estado permissivo a infecções oportunistas secundárias, entre outras.

Quanto à detecção laboratorial do CMV no pós-transplante, é correto afirmar que

- (A) a antigenemia pp65 é um exame semiquantitativo alternativo aos testes moleculares, adequado inclusive para pacientes leucopênicos.
- (B) para doença tissular invasiva, como gastrointestinal, a histopatologia é um método complementar menos sensível que a avaliação da viremia.
- (C) mediante suspeita, a avaliação de resistência ao ganciclovir será feita pelo sequenciamento de porções específicas do seu material genético, como UL97 e UL54.
- (D) a dosagem de anticorpos da classe IgG é usada no pré-transplante para definição de categoria de risco, e da classe IgM no pós-transplante para diagnosticar atividade de doença.
- (E) a padronização dos métodos de quantificação da carga viral baseados em reação em cadeia da polimerase (PCR) permite a comparação confiável de exames feitos em diferentes laboratórios.

65

Paciente de 32 anos, sexo masculino, vivendo com HIV, em tratamento com esquema preferencial (tenofovir, lamivudina e dolutegravir) é encaminhado para infectologista por diagnóstico recente de coinfeção com o vírus da hepatite B. O infectologista que o atende decide realizar a troca do tenofovir na sua apresentação desopoxila (TDF) pelo tenofovir alafenamida (TAF).

Uma justificativa para a conduta adotada pelo médico é

- (A) a dosagem de fosfato sérico > 4,5 mg/dL.
- (B) o achado de esteatose hepática grau ≥ II.
- (C) o histórico de fratura patológica comprovada.
- (D) a detecção de falha virológica no tratamento atual.
- (E) o uso de corticosteroides por período de até 1 mês.

66

Paciente de 40 anos, sexo masculino, é atendido pela estratégia Consultório na Rua e, durante conversa com equipe de assistência, relata ter corrimento uretral iniciado há cinco dias. O paciente nega outras queixas, e relata que tem múltiplas parcerias sexuais, usualmente sem uso de preservativos.

Ao exame físico, evidencia-se saída espontânea de secreção purulenta. Não há outras lesões na região genital, ou linfonodomegalias.

Em relação à uretrite apresentada no caso, a primeira opção de tratamento é:

- (A) azitromicina 1000mg VO em dose única.
- (B) doxiciclina 100mg VO, 12/12h, durante 7 dias.
- (C) metronidazol 500mg VO, 12/12h, durante 7 dias.
- (D) ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1000mg VO, ambas em dose única.
- (E) ceftriaxona 500mg IM dose única e doxiciclina 100mg VO, 12/12h, durante 7 dias.

67

Paciente de 33 anos, sexo masculino, cirurgião-dentista, procura atendimento por dor intensa no segundo quirodáctilo direito há dois dias. Relata início abrupto de dor, edema, eritema e aparecimento de pequenas vesículas agrupadas na polpa digital, associado a febre baixa e linfonodomegalia axilar ipsilateral. Informa contato frequente com secreções orais de pacientes no consultório. Nega traumatismos recentes. Ao exame físico, observa-se edema doloroso do dedo indicador, com vesículas de conteúdo claro sobre base eritematosa, sem drenagem espontânea de secreção purulenta.

Sobre o caso apresentado, é correto afirmar que

- (A) febre e linfadenopatia são incomuns nesse quadro e, quando presentes, sugerem infecção bacteriana secundária.
- (B) o tratamento consiste, preferencialmente, em incisão e drenagem da lesão, associadas à antibioticoterapia sistêmica.
- (C) a ausência de secreção purulenta exclui infecção pelo vírus herpes simples, tornando o panarício bacteriano a principal hipótese diagnóstica.
- (D) o quadro é compatível com panarício herpético, podendo ocorrer pela inoculação do vírus a partir de uma quebra de barreira da pele.
- (E) o quadro clínico descrito caracteriza-se por episódio autolimitado, sem recorrências, e o uso de antimicrobianos sem impacto na evolução clínica.

68

Paciente de 29 anos, sexo feminino, agricultora, residente em Castanhal, no Pará, procura atendimento com história de lesão na perna direita há aproximadamente dois meses. Relata que a lesão iniciou como um pequeno nódulo avermelhado, evoluindo lentamente para uma úlcera indolor.

Ao exame físico, observa-se úlcera única de 2,5 cm de diâmetro, com bordas elevadas e infiltradas, fundo granuloso e limpo, localizada na face anterior da perna direita. Palpam-se linfonodos inguinais discretamente aumentados e indolores no mesmo lado da lesão. O médico assistente realizou diagnóstico clínico-epidemiológico da doença e optou por início de tratamento com administração intralesional de antimoniato de meglumina.

Considerando o quadro acima, o diagnóstico aventado pelo médico assistente é de

- (A) esporotricose.
- (B) cromoblastomicose.
- (C) tuberculose cutânea.
- (D) paracoccidioidomicose.
- (E) leishmaniose tegumentar.

69

Paciente de 34 anos, sexo masculino, procura atendimento médico com queixa de febre, cefaleia, tosse seca e hiporexia com evolução de quatro dias.

No exame físico, apresenta SpO₂ de 88% em ar ambiente e presença de escara, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro, na região posterior da perna, que o paciente relatou ter aparecido um pouco antes da febre. No exame laboratorial, era digno de nota plaquetopenia. Ao ser questionado, relatava retorno há uma semana de viagem a Tailândia, Vietnã e Camboja, onde ficou durante um mês.

O médico assistente solicita pesquisa de antígeno para SARS-CoV-2 e Influenza A/B, pesquisa de NS1 para dengue, e pesquisa para *Plasmodium* spp em distensão e gota espessa coradas pelo Giemsa, todos com resultado negativo. É solicitado, então, um parecer à equipe de infectologia que formula a hipótese diagnóstica de uma zoonose endêmica do Sudeste Asiático, transmitida por ácaros, que pode complicar com insuficiência respiratória, renal, meningoencefalite ou, raramente, coagulação intravascular disseminada.

O agente causador dessa doença e seu tratamento são, respectivamente:

- (A) *Yersinia pestis*. Ciprofloxacina.
- (B) *Coxiella burnettii*. Doxiciclina.
- (C) *Borrelia burgdorferi*. Doxiciclina.
- (D) *Orientia tsutsugamushi*. Doxiciclina.
- (E) *Burkholderia pseudomallei*. Meropenem.

70

Durante um turno em uma unidade de emergência, um médico plantonista atende quatro pacientes. Ao final, ele precisa avaliar quais dos seguintes casos devem ser notificados compulsoriamente ao sistema de vigilância epidemiológica, conforme a legislação brasileira vigente.

- I. Paciente de 38 anos, do sexo masculino, apresenta febre, mialgia e aumento doloroso de linfonodos cervicais há 2 dias. Evoluiu com lesões vesicopustulosas, algumas umbilicadas, envolvendo face, membros e região genital. Refere contato íntimo com parceiro que apresentou lesões semelhantes duas semanas antes.
- II. Paciente de 67 anos, do sexo masculino, diabético, refere espessamento progressivo e alteração da coloração das unhas dos pés há 10 meses. Ao exame, observa-se hiperqueratose subungueal e coloração amarelada acometendo o hálux direito, com edema, eritema e calor circunjacente.
- III. Paciente de 28 anos, do sexo feminino, apresenta febre alta há quatro dias, tosse, coriza e conjuntivite. Refere retorno de viagem ao México há 10 dias e informa não possuir comprovante de vacinação. Ao exame físico, observam-se manchas esbranquiçadas em mucosa jugal.
- IV. Paciente de 19 anos, do sexo masculino, procura atendimento por episódios recorrentes de espirros, prurido nasal, coriza hialina e obstrução nasal, principalmente pela manhã e durante a limpeza da casa. Nega febre, tosse ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, apresenta mucosa nasal pálida.

Os casos de notificação compulsória são os de números

- (A) I e II, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e IV, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I e IV, apenas.

71

O tétano, doença decorrente da infecção pelo *Clostridium tetani*, permanece como um problema de saúde pública em nações em desenvolvimento, apesar de ser passível de prevenção pela imunização. Sua letalidade depende de variáveis como a faixa etária, a gravidade da apresentação clínica, as características da porta de entrada, o tempo de incubação e progressão, bem como a ocorrência de complicações sistêmicas e a qualidade da infraestrutura hospitalar de suporte.

Sobre o manejo da doença, é correto afirmar que

- (A) a administração de imunoglobulina por via intratecal é recomendada nas formas graves da doença, com impacto direto na redução da letalidade.
- (B) a imunização passiva com soro antitetânico deve ser realizada após o controle dos espasmos musculares, para evitar interferência na resposta inflamatória local.
- (C) o uso de antibióticos não está indicado rotineiramente, uma vez que a progressão da doença é mediada pela tetanospasmina, e não pela presença bacteriana ativa no organismo.
- (D) a administração de imunoglobulina antitetânica deve ser realizada precocemente, com o objetivo de neutralizar a toxina circulante, sendo recomendada sua associação à imunização ativa.
- (E) o debridamento da ferida deve ser evitado na primeira semana, devido ao risco de disseminação sistêmica da toxina durante a manipulação do foco infeccioso, contribuindo para a piora do quadro.

72

Relacione cada antibiótico a seguir com o efeito adverso mais caracteristicamente associado, apresentado na coluna II:

Antibiótico

- 1) Ciprofloxacino
- 2) Daptomicina
- 3) Linezolida
- 4) Sulfametoxazol-trimetoprim
- 5) Amicacina

Efeito Adverso

- () Miopatia
- () Ruptura de tendão
- () Trombocitopenia
- () Nefrotoxicidade
- () Hipercalemia

Esses efeitos relacionam-se, respectivamente, aos antibióticos

- (A) 2 – 1 – 3 – 5 – 4
- (B) 1 – 5 – 3 – 4 – 2
- (C) 1 – 3 – 2 – 4 – 5
- (D) 3 – 2 – 4 – 5 – 1
- (E) 5 – 2 – 3 – 1 – 4

73

Paciente de 30 anos, sexo masculino, vivendo com HIV com bom controle imunoviológico, procura atendimento médico com queixa de lesão inguinal dolorosa.

Ao exame, notam-se múltiplas lesões dispostas em abdome, região inguinal e membros inferiores, em sua maioria eritematosas, algumas com formação de pústula, outras com ulceração crateriforme com bordas eritematosas, inclusive a lesão inguinal, na qual queixa-se de dor, e poucas em estágio cicatricial hiperpigmentado. É digna de nota, particularmente, a maior lesão, presente em coxa, eritematosa, medindo cerca de 4cm, com discreta formação pustulosa em seu centro e flutuação em sua região central, e halo de hiperemia medindo cerca de 10 cm.

Quanto ao caso, é correto afirmar que

- (A) nessa população, as bactérias Gram-negativas são a principal causa do quadro infeccioso cutâneo apresentado.
- (B) em caso de recorrência, o protocolo de descolonização só deverá ser iniciado após resolução completa das lesões ativas.
- (C) como apresenta lesão extensa, medicamentos parenterais com cobertura adequada para MRSA, como meropenem, são indicados.
- (D) a drenagem da lesão da coxa através de procedimentos não é indicada pelo risco de disseminação associado à manipulação.
- (E) tratamentos antibióticos prolongados (2 meses) são superiores a tratamentos curtos (10 a 14 dias) na prevenção de recorrências.

74

Paciente de 45 anos, sexo feminino, natural e residente em Poços de Caldas (MG), com diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico é trazida por familiares para atendimento médico em serviço de emergência com quadro de confusão mental e febre há três dias. A paciente teve alta hospitalar há uma semana, quando esteve internada por exacerbação da doença com nefrite lúpica, tendo feito uso de corticoide, micofenolato e ciclofosfamida na internação, com prescrição de alta com dose de manutenção de micofenolato.

Ao exame físico, apresenta-se com PA 80x40 mmHg, FC 130 bpm, TAX 39 °C e SpO2 88%; aparelho respiratório com estertoração em terço médio esquerdo e terço superior direito; aparelho cardiovascular com bulhas normofonéticas, sem sopros; abdome sem visceromegalias, presença de púrpura periumbilical; rigidez de nuca presente. Realizada tomografia de crânio seguida de punção lombar que evidenciou presença de celularidade aumentada (400 células com predomínio polimorfonuclear), proteinorraquia aumentada e hipoglicorraquia. À bacterioscopia, evidenciados bacilos Gram-negativos.

Diante do quadro exposto, a complicação infecciosa observada poderia ter sido evitada por

- (A) vacinação adequada para *Haemophilus influenzae*.
- (B) tratamento com meropenem precoce no início do quadro.
- (C) tratamento empírico pré-imunossupressão com ivermectina.
- (D) exclusão do micofenolato como estratégia imunossupressora.
- (E) profilaxia com cotrimoxazol em período de maior imunossupressão.

75

O teste de liberação de interferon-gama (IFN- γ), do inglês *interferon-gamma release assay* (IGRA) foi incorporado ao Sistema Único de Saúde com o objetivo de auxiliar no rastreamento de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, com uma metodologia alternativa à prova tuberculínica. Ambos os testes se baseiam na detecção de uma resposta imune celular orquestrada contra antígeno do *M. tuberculosis*, indicativa de uma infecção prévia pelo agente. No caso da prova tuberculínica tradicional, essa resposta é detectada pela formação de enduração mensurável na pele. No caso do IGRA, é detectada pela produção de IFN- γ mediante estímulo específico.

No Sistema Único de Saúde, segundo o Ministério da Saúde, o IGRA deve ser prioritariamente solicitado para investigação de tuberculose latente em

- (A) pessoas vivendo com HIV com carga viral detectável.
- (B) profissionais de saúde com prova tuberculínica previamente positiva.
- (C) crianças com ≥ 2 anos e < 10 anos de idade, contato de casos de TB ativa.
- (D) pessoas com histórico de infecção prévia por micobactérias não-tuberculosas.
- (E) pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T-CD4 < 350 células/mm³.

76

Paciente de 30 anos, sexo masculino, trabalhador rural informal procura atendimento médico em posto de saúde de Simões, Piauí, com queixa de tosse seca, febre baixa e indisposição com evolução de uma semana. O paciente relata que nasceu e cresceu na região, sempre trabalhou na lida, é casado desde os 20 anos, mas eventualmente tem relações sexuais desprotegidas com outras parceiras, fuma tabaco e bebe cachaça duas vezes por semana. No seu tempo livre, gosta de mergulhar na barragem e caçar tatus. Mostra-se preocupado pois três amigos de caça tiveram quadro similar, dois estavam se recuperando, mas o terceiro está hospitalizado, com uma pneumonia grave e no respirador.

No exame físico, ausculta-se a estertoração pulmonar bilateralmente. Foi realizado exame de radiografia de tórax, que evidenciou lesões de padrão nodular em ambos os hemitórax.

O paciente é encaminhado para uma cidade próxima para prosseguimento da investigação, sendo coletado uma amostra de escarro para exame.

O resultado que mais provavelmente justifica o quadro e o tratamento adequado correspondente, são:

- (A) presença de esférulas repletas de endósporos e itraconazol.
- (B) presença de leveduras com múltiplos brotamentos e cotrimoxazol.
- (C) presença de RT-PCR positivo para citomegalovírus e ganciclovir.
- (D) presença de hifas hialinas septadas, ramificadas em ângulo agudo e fluconazol.
- (E) presença de hifas hialinas largas, ramificadas em ângulo reto e voriconazol.

77

Paciente de 35 anos, sexo masculino, vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral, teve recentemente diagnóstico de tuberculose pulmonar. A clínica da família encaminha para o infectologista para avaliação do início de terapia específica para tuberculose e possíveis interações medicamentosas com terapia antirretroviral em uso pelo paciente.

Um antirretroviral que interage com a rifampicina, e que deve ser retirado do esquema antirretroviral, se presente, é o:

- (A) abacavir.
- (B) efavirenz.
- (C) darunavir.
- (D) tenofovir.
- (E) dolutegravir.

78

Paciente de 24 anos, sexo feminino, natural e residente do Rio de Janeiro, procura atendimento médico com queixa de lesão em hálux da mão direita com 20 dias de evolução. Relata que tudo começou com um pequeno nódulo avermelhado que evoluiu com formação de úlcera. Fez uso de cefalexina e amoxicilina-clavulanato orais, ambos por 7 dias, sem melhora, além de uso tópico de pomada de neomicina e bacitracina, também sem melhora. Adicionalmente, notou recentemente aparecimento de lesão similar em punho e antebraço. Nega viagens recentes, relata ser estudante de arquitetura e trabalhar em ONG para cuidado de animais abandonados.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o exame com melhor sensibilidade para seu diagnóstico é

- (A) a cultura de *swab* da lesão.
- (B) o exame direto de biópsia da lesão.
- (C) a sorologia específica por técnica de ELISA.
- (D) o exame histopatológico de biópsia da lesão.
- (E) a sorologia específica por técnica de imunodifusão.

79

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, curável e endêmica no Brasil. A persistência da doença no país está relacionada, em grande parte, à sua concentração em populações com maior vulnerabilidade social e menor acesso aos serviços de saúde, o que dificulta o diagnóstico precoce e o início oportuno do tratamento. Esse cenário contribui para a manutenção da cadeia de transmissão e para o desenvolvimento de complicações decorrentes do diagnóstico tardio, como neuropatias, deformidades físicas, incapacidades funcionais e comprometimento ocular irreversível.

Quanto ao diagnóstico da Hanseníase, é correto afirmar, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, que

- (A) para o diagnóstico histopatológico é preferencial biópsia da região central de lesões cutâneas mais recentes.
- (B) a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) é um exame opcional destinada a indivíduos com queixas específicas.
- (C) a cultura de esfregaço de raspado intradérmico de lóbulo auricular é o padrão ouro para diagnóstico de hanseníase.
- (D) a detecção de IgM anti-PGL-1 tem alta especificidade, podendo ser utilizada isoladamente para diagnóstico quando positiva.
- (E) apesar dos avanços no campo da biologia molecular e das técnicas sorológicas, o diagnóstico da hanseníase permanece essencialmente clínico.

80

Paciente de 29 anos, sexo masculino, comerciante, residente em Recife, procura um serviço de emergência com febre, mal-estar e mialgia difusa há 72 horas. Considerada a hipótese inicial de dengue, ele foi orientado a aumentar a hidratação oral e retornar em caso de piora clínica. Cinco dias depois, retorna à emergência queixando-se de estar urinando pouco e sentido muita dor nas pernas, e de ter percebido que sua pele estava cada vez mais amarelada. Informou ainda ter retornado há 10 dias de uma viagem de uma semana ao interior de Pernambuco, onde nadou em pequenas represas e alimentou-se em comunidades rurais. Foi admitido na unidade para investigação diagnóstica.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a confirmação da etiologia poderá ser realizada por meio de

- (A) pesquisa de antígenos NS1 para dengue.
- (B) hemocultura para isolamento de *Salmonella* spp.
- (C) pesquisa sérica de IgM para o vírus da hepatite A.
- (D) pesquisa de ovos de *Schistosoma mansoni* em amostra fecal.
- (E) teste de aglutinação microscópica pareado para *Leptospira* spp.

Realização

