

TIPO**1****Endere**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**ÁREA DE ATUAÇÃO****INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA****PROVA OBJETIVA – TIPO 1****SUA PROVA**

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

**TEMPO**

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

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

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

**INFORMAÇÕES GERAIS**

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

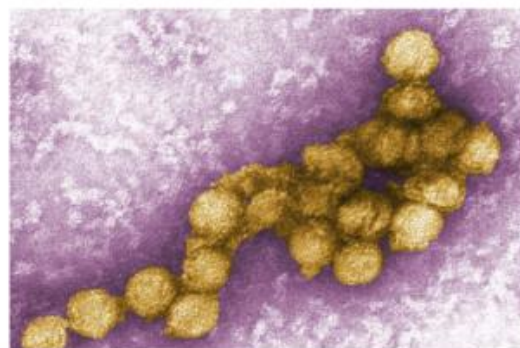
Epidemiologia

Farmacologia

Immunology

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 negatização 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).

JORNAL DA USP

PORTAL DA USP | FALE CONOSCO | ENVIE UMA PAUTA | PODCASTS | RÁDIO USP

ATUALIDADES ▾ CIÊNCIAS ▾ CULTURA ▾ DIVERSIDADE ▾ EDUCAÇÃO ▾ INSTITUCIONAL ▾ RÁDIO USP ▾ TECNOLOGIA ▾

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

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=1032892>

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 fasciite 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 Escorpionicos 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 antiescorpionico (SAEsc), associada ao bloqueio anestésico local para alívio da dor.
- (B) grave; sendo indicada a administração imediata de 6 frascos-ampolas de soro antiescorpionico (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 antiescorpionico (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 antiescorpionico (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 urbano 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 strongiloidíase. 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.

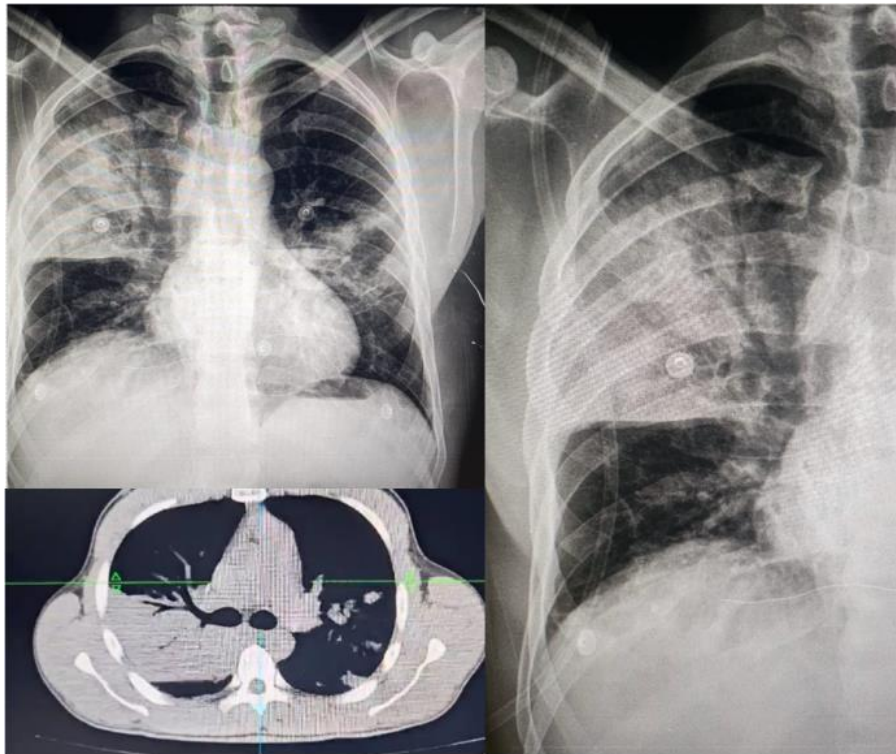
- (A) Iniciar imediatamente a associação de Levofloxacino ao esquema básico de quatro drogas (2RHZE / 4RH), mantendo o acompanhamento ambulatorial na Atenção Primária, uma vez que a adição de uma fluoroquinolona é suficiente para combater a resistência isolada em lesões cavitárias de grande volume.
- (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 macicez 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.

Pediatria

41

A obesidade tem aumentado na população pediátrica e se tornado um importante desafio nesse grupo, especialmente entre os adolescentes. A síndrome metabólica em adolescentes de 10 a 16 anos, de acordo com os critérios da International Diabetes Federation, são a presença de obesidade central (circunferência abdominal $\geq$ P90) + pelo menos 2 outros critérios.

Dois desses critérios são:

- (A) história familiar de diabetes ou doença cardiovascular + glicemia $\geq$ 100.
- (B) PA sistólica $\geq$ 120 + PA diastólica $\geq$ 60.
- (C) hemoglobina glicada $\geq$ 6,0 + PA $>$ p75.
- (D) triglicerídeos $\geq$ 150 mg/dL + diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada.
- (E) HDL $\geq$ 40 + PA sistólica $\geq$ 120.

42

A adenomegalia é uma queixa importante na pediatria, afetando até 45% das crianças previamente híginas. Apesar de 2/3 das causas serem benignas, existem critérios para indicação de biópsia, padrão-ouro para o diagnóstico diferencial.

As indicações imediatas da biópsia de linfonodo incluem

- (A) linfonodomegalia unilateral de mais de 2,5cm com presença de sinais flogísticos (dor, rubor e calor).
- (B) linfonodomegalia em região epitroclear.
- (C) linfonodomegalia em região cervical maior do que 1cm fixo, endurecido, de rápido crescimento, sem outros sintomas associados.
- (D) falha da redução do gânglio apesar de 2 a 3 semanas de evolução e antibioticoterapia adequada.
- (E) linfonodomegalia associada a febre por menos 1 semana e perda de menos 10% do peso.

43

A hipogamaglobulinemia (ou redução dos níveis de imunoglobulinas séricas) pode ser uma condição transitória ou permanente, congênita ou adquirida. As imunodeficiências primárias, recentemente denominadas erros inatos da imunidade (EII) constituem um diagnóstico diferencial importante em pacientes com hipogamaglobulinemia, especialmente em lactentes, constituindo um sinal de alerta. Sobre a avaliação de hipogamaglobulinemia no lactente, é correto afirmar que

- (A) Idade menor de 6 meses com hipogamaglobulinemia não é um sinal de alerta, independentemente dos valores de imunoglobulinas maternos.
- (B) as imunoglobulinas do recém-nascido naturalmente são baixas, pois, das subclasses de IgG, apenas a IgG1 e a IgG3 atravessam a placenta.
- (C) na síndrome nefrótica, pode ocorrer hipogamaglobulinemia secundária, devido a alteração na produção de IgG.
- (D) infecções por agentes oportunistas, como *P. Jiroveci* e citomegalovírus, assim como efeito adverso não usual da BCG constituem sinais de alerta.
- (E) ausência de resposta IgG para vacinas, como tétano e hemófilo, hepatites A e B, são fundamentais para o diagnóstico de EII, independentemente da idade do paciente.

44

Menina de 4 anos é trazida para avaliação, pois apresenta história de infecções urinárias de repetição confirmadas por cultura. A menor teve desfralde aos 2 anos, pois somente assim a escolinha aceitava a matrícula. A mãe refere que a menor fica na escola em período integral e que segura muito a urina, ficando quase a manhã inteira sem ir ao banheiro, apesar de uma boa ingestão de água. Às vezes, a criança acaba tendo escapes urinários porque fica com preguiça de urinar. Pelo menos uma vez por semana, ela tem enurese noturna, apesar de já não usar fralda noturna a mais de 1 ano. No exame físico, você observa resíduo de urina na roupa e uma distensão gasosa com palpação de massa fecal no abdome. Ao indagar sobre os hábitos evacuatórios, refere que evacua uma a duas vezes por semana, com evacuação dolorosa e fezes tipo 2 na escala de Bristol.

A investigação diagnóstica correta é

- (A) realizar apenas ultrassonografia de vias urinárias para investigar sem necessidade de outros exames.
- (B) tratar a constipação e aumentar a ingestão de água, o que será suficiente para a resolução das demais queixas.
- (C) a provável causa psicológica, por ficar o dia inteiro na escola e ter tido um desfralde precoce, é o suficiente para não ser indicada a realização de exames complementares.
- (D) a ressonância de coluna vertebral é um dos exames iniciais de avaliação, para afastar disrafismo oculto.
- (E) a uretrocistografia miccional e urodinâmica é o exame padrão ouro na avaliação de criança com infecção urinária recorrente e dilatação de pelve.

45

Menino, 3 anos, previamente hígido, é trazido ao ambulatório pela mãe com queixa de dor em membro esquerdo. Refere que, há duas semanas, a criança sofreu uma queda da bicicleta, machucando aquela perna e ralando todo o joelho no asfalto. O menor já havia parado de se queixar de dor no local, mas, há uns 5 dias, vem reclamando de dor novamente, com piora progressiva, sem mais querer ficar em pé ou mover o membro. Há 2 dias iniciou quadro de febre e prostração. A mãe refere também uma inflamação em região próxima ao joelho.

Pensando em uma possível infecção osteoarticular, é correto afirmar que

- (A) na osteomielite, o úmero é o sítio mais comum, enquanto na artrite séptica, são o joelho e o ombro.
- (B) na osteomielite, o raio X pode apresentar edema, perda de planos teciduais, distensão dos planos musculares, além de reação periosteal e destruição óssea.
- (C) os patógenos mais comuns são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus* grupo B, mas devemos sempre suspeitar de lesão de *Salmonella* nessa faixa etária.
- (D) o tratamento inclui, além dos cuidados gerais, início de antibiótico endovenoso, sendo a escolha oxacilina + gentamicina nessa faixa etária.
- (E) o tratamento cirúrgico é sempre recomendado nos quadros de infecção osteoarticular.

46

Mãe traz seus dois filhos do sexo masculino (de 8 e 13 anos) para avaliação pediátrica. Refere que está muito preocupada porque ambos engordaram muito no último ano, se alimentam muito mal, não fazem atividades físicas e passam cerca de 5 horas por dia na frente das telas. A mãe diz querer solicitar exames de sangue, pois tem histórico familiar de diabetes tipo 2.

Os dados antropométricos e de alteração do exame físico das crianças estão a seguir.

Filho 8 anos: 36kg; 1,31 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 17$; $Z+2 \geq 19,5$; $Z+3 \geq 23$); PA 118 X 80 (valores referência: P90 = 110 x 71; P95 = 114 X 74).

Filho 13 anos: 60 kg; 1,65 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 21$; $Z+2 \geq 25$; $Z+3 \geq 31,5$); PA 126 X 78 (valores referência: P90 = 124 x 76; P95 = 128 X 80).

Sobre a avaliação e a conduta dos menores, é correto afirmar, de acordo com a SBP, que

- (A) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 2, e o de 13 anos, sobrepeso com HAS estágio 1.
- (B) ambos têm sobrepeso e HAS estágio 1.
- (C) o de 8 anos tem obesidade grave e HAS estágio 1. e o de 13 anos. obesidade com PA elevada.
- (D) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 1, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.
- (E) o de 8 anos tem obesidade e PA elevada, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.

47

A estatura da criança e do adolescente depende do potencial genético, fatores ambientais, hormonais e nutricionais. A baixa estatura e diminuição da velocidade de crescimento é uma queixa frequente na consulta pediátrica.

Sobre baixa estatura, assinale a afirmativa correta.

- (A) A baixa estatura deve ser sempre investigada, enquanto alta estatura não necessita investigação.
- (B) A síndrome de Turner pode ser uma causa de baixa estatura genética e apresentar algumas alterações físicas: pescoço alado, fâcies triangular, clinodactilia e assimetria de membros inferiores.
- (C) No hipotireoidismo, além da baixa estatura, observa-se apatia, cabelos ralos, aumento do tecido adiposo e estrias violáceas.
- (D) Somente pacientes com deficiência de GH comprovadas podem fazer uso de rhGH.
- (E) Alterações no período neonatal como hipoglicemia, micropênis e icterícia prolongada podem sugerir deficiência congênita de GH.

48

Menino de 10 anos chega na emergência com desconforto respiratório. Refere que está com obra em casa, e que, há uns 3 dias começou com a rinite atacada, estando então em uso de anti-histamínico. Evoluiu nas últimas 24 horas com piora progressiva de tosse seca. A mãe refere que o menor estava dormindo, com bastante tosse, e acordou com dispneia e dor no peito. Ela fez a medicação de resgate prescrita pela pediatra, sem melhora, e então verificou que a medicação estava vencida, levando então o menino imediatamente para avaliação. Ela conta que o menino tinha muitas crises como essa até os 7 anos, fazendo acompanhamento e tratamento. Conta ainda que atualmente o menino está sem medicação profilática. Nega internações prévias e outras comorbidades. Ao exame, REG, falas entrecortadas, afebril, FR = 32 irpm, FC= 120 bpm, com tiragem subcostal, sat= 91%. Ausculta: sibilos difusos, PEF 70% em relação ao previsto.

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

- (A) o paciente apresenta uma crise grave, devendo imediatamente ser transferido à UTI para administração de corticoide venoso e aminofilina.
- (B) trata-se de uma crise moderada, devendo ser feito o resgate com β_2 agonista de curta ao longo da primeira hora, (associando ou não com o ipratrópio e o corticoide oral) e oxigênio deve ser oferecido.
- (C) deve-se oferecer oxigênio e solicitar Rx de tórax e painel viral para afastar infecção por covid -19 ou influenza.
- (D) deve-se fazer uma dose com 6 jatos de β_2 agonista de curta e uma prednisolona oral e liberar para casa com ajuste da medicação para cada 4 horas.
- (E) o paciente apresenta quadro agudo, devendo ser feita uma nebulização com corticoide inalatório associado a β_2 agonista de curta.

49

Escolar de 6 anos, masculino, chega na emergência com bom estado geral, com relato de discreto edema em face, principalmente periorbitário bilateral, diminuição da urina, e ela apresentando coloração acastanhada.

Ao exame físico, além do edema em face, observa-se discreto edema em pés, e PA 115 X 85 (> p95). O pai refere que o menino teve um “resfriado” umas semanas atrás.

Pensando que a causa dessa sintomatologia seja de um processo renal, é correto afirmar que

- (A) a presença de proteinúria, independentemente dos valores, indica associação com síndrome nefrótica.
- (B) não existe exame de sangue que contribua para a suspeita diagnóstica, sendo apenas a tríade clássica responsável pela confirmação.
- (C) apesar de a hipertensão arterial estar presente, não há indicação de uso de anti-hipertensivos.
- (D) as infecções por estreptococos β hemolítico de diferentes cepas, sejam de pele ou de vias respiratórias, podem levar a essa glomerulonefrite.
- (E) pode-se estabelecer uma infecção prévia do estreptococo por meio de análise da antiestreptolisina O e/ou antiDNase B.

50

Menino de 4 anos chega ao pronto atendimento, levado pela mãe, com história de febre há 5 dias. A mãe refere que, no terceiro dia, surgiu vermelhidão nos olhos e rachaduras nos lábios X e, posteriormente, manchas avermelhadas pelo tronco do menino. Hoje, ele acordou com uma dor aguda no peito, que piora ao deitar-se.

Apresenta-se em REG, com palidez, hiperemia conjuntival, fissura de mucosas, exantema polimorfo, adenomegalia cervical anterior de 2 cm e turgência jugular. AR: MVUA sem RA, FR 44 irpm; ACV: bulhas abafadas e presença de atrito pericárdico; FC= 132 bpm, hipotensa. ECG: elevação do segmento ST; Rx tórax: silhueta cardíaca em moringa.

A internação no CTI é solicitada por suspeita de se tratar de um provável Kawasaki que evoluiu com complicação cardiovascular.

A suspeita de tamponamento cardíaco é fortalecida pela presença dos seguintes sinais clínicos que compõem a tríade de Beck:

- (A) elevação do segmento ST + bulhas abafadas + atrito pericárdico.
- (B) hiperemia conjuntival + exantema polimorfo + adenomegalia cervical.
- (C) imagem em “moringa” no RX + hipotensão + taquicardia.
- (D) bulhas abafadas + hipotensão + pressão venosa central elevada.
- (E) dor que piora com decúbito + turgência de veia jugular + elevação do segmento ST

51

Menino, 18 meses, com diagnóstico de anemia falciforme (HbSS), é trazido à emergência com dor abdominal de início súbito e palidez importante, sem febre associada.

Ao exame, encontra-se hipocorado (3+/4+), taquicárdico e com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma evidencia Hb: 3g/dL.

A hipótese diagnóstica mais provável nesse caso é

- (A) sequestro esplênico.
- (B) crise aplástica.
- (C) crise algica.
- (D) bacteremia.
- (E) infecção pelo Epstein-Barr vírus.

52

Menina, 2 anos, previamente hígida, apresenta início súbito de petéquias e púrpuras generalizadas. Apresentou infecção viral uma semana antes dos sintomas.

O exame físico está normal, exceto pelas petéquias e púrpuras disseminadas pelo corpo. Não há esplenomegalia, linfadenopatias e nem palidez. O hemograma evidencia contagem de plaquetas = 10.000/ μ L. Não há anemia e os leucócitos estão normais.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) leucemia linfoblástica aguda.
- (B) infecção por parvovírus B19.
- (C) púrpura trombocitopênica autoimune crônica.
- (D) vasculite por IgA.
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

53

Lactente feminino, 6 meses, apresenta apatia e palidez cutaneomucosa há aproximadamente 2 meses. Permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os 2 meses de vida, quando iniciou leite de vaca, pois a mãe voltou a trabalhar. Traz exames laboratoriais que evidenciam anemia e deficiência de ferro.

Seguindo o Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre recomendações para o tratamento e prevenção da anemia ferropriva em lactentes (Atualização de 2026), o tratamento da anemia ferropriva nesse caso deve ser feito com

- (A) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar e mantido por um período de 3 a 6 meses ou até normalização da hemoglobina e reposição adequada dos estoques de ferro.
- (B) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar por 2 meses e deve haver um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após início do tratamento.
- (C) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, e um hemograma de controle deve ser realizado com 15 dias do início do tratamento, suspendendo-se a reposição se a hemoglobina estiver normal.
- (D) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, mantido por um período de 3 a 6 meses, quando se deve realizar um hemograma e dosar a ferritina, suspendendo a reposição se a ferritina e a hemoglobina estiverem normais.
- (E) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar, e um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após 45 dias do início do tratamento deve ser observado.

54

Menino, 3 anos, é trazido à consulta pediátrica de rotina com queixa de dor abdominal há 2 meses, associada à febre e perda de peso, além de hematúria.

Durante o exame físico, é identificada uma massa firme e lisa em metade do abdômen à esquerda, não ultrapassando a linha média. Há ainda aniridia e hemihipertrofia. Os exames laboratoriais evidenciam policitemia, trombocitose e deficiência do fator VII.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) neuroblastoma.
- (B) tumor de Wilms.
- (C) rabdomiossarcoma.
- (D) hepatoblastoma.
- (E) teratoma.

55

Lactente masculino, 12 meses, com febre há 24 horas sem outros sintomas associados, é admitido na emergência com crise convulsiva tônico-clônico generalizada em vigência de febre, de início há 7 minutos. Nega episódios prévios semelhantes.

A terapia medicamentosa de escolha para a crise convulsiva, nesse caso, além das medidas de suporte, inclui

- (A) diazepam endovenoso.
- (B) fenobarbital endovenoso.
- (C) fenitoína endovenosa.
- (D) levetiracetam oral.
- (E) ácido valproico oral.

56

Menino, 6 anos, apresenta episódios de perda de consciência, que são acompanhados por tremor de pálpebras e desvio do olhar para cima, recebendo diagnóstico de crise de ausência.

Sobre esse quadro, em relação à crise de ausência, é correto afirmar que

- (A) apresenta período pós-ictal.
- (B) não há retomada imediata da consciência após a crise.
- (C) os episódios geralmente duram alguns minutos.
- (D) não apresenta aura.
- (E) não apresenta automatismos simples.

57

Menina, 7 anos, apresenta febre há 48 horas, evoluindo com cefaleia frontal, náuseas, vômitos e fotofobia. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, com rigidez de nuca. Foi submetida à punção lombar, e a avaliação líquórica foi sugestiva de meningoencefalite viral.

Diante desse quadro, os seguintes achados laboratoriais são esperados no líquido:

- (A) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína = 50mg/dL e glicose normal.
- (B) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal.
- (C) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal
- (D) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose < 40mg/dL.
- (E) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína = 300mg/dL e glicose normal.

58

Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional apresenta, durante o exame na sala de parto, lesão cutânea na região lombar com exposição de tecido neural e saída de líquido. O exame neurológico apresenta-se com paraplegia flácida para os membros inferiores e ausência de reflexos profundos. Ultrassonografia transfontanela evidenciou presença de ventriculomegalia.

Considerando o diagnóstico de mielomeningocele, sua associação mais frequente é com

- (A) malformação de Chiari I.
- (B) malformação de Dandy-Walker.
- (C) malformação de Chiari II.
- (D) cisto aracnoide.
- (E) macrocefalia.

59

Menino, 18 meses, apresenta pneumonias e otites de repetição desde os 9 meses de vida e três episódios de giardíase. Além disso, foi internado com encefalite por enterovírus com 12 meses. Ao exame encontra-se emagrecido, com índice de massa corporal abaixo do z-score - 2. Não se visualiza as amígdalas em orofaringe. A dosagem sérica das imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM e IgE) estão muito reduzidas. A IgG contra sarampo, tétano e hepatite B são negativas.

Considerando o quadro em questão, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) agamaglobulinemia de Bruton.
- (B) deficiência de subclasse de IgG.
- (C) hipogamaglobulinemia transitória.
- (D) síndrome hiper-IgM.
- (E) deficiência seletiva de IgA.

60

Escolar de 8 anos, inicia tratamento para epilepsia com fenobarbital e após 4 semanas apresenta febre, exantema maculopapular difuso, edema facial e linfadenopatia generalizada. O hemograma evidencia apenas eosinofilia e há elevação das transaminases e da creatinina sérica.

Diante do quadro em questão, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Stevens-Johnson.
- (B) necrólise epidérmica tóxica.
- (C) síndrome da pele escaldada.
- (D) DRESS (drug-induced hypersensitivity syndrome).
- (E) dermatite herpetiforme.

61

Lactente, a termo, 2 meses e 10 dias de vida, é levado à Emergência pelos pais pois, há cerca de 40 minutos, após amamentado e colocado no berço, apresentou episódio súbito de "olhar parado, boca roxa, sem respirar, parecendo que havia engasgado". O pai realizou manobras de estímulo nas costas, elevou o queixo e em seguida a criança chorou. O lactente está em aleitamento materno exclusivo, é o primeiro episódio, encontra-se em bom estado geral, ativo, reativo, eupneico em ar ambiente, acianótico, bom tônus muscular e reflexos presentes, SatO₂ 99% e afebril. Exame físico sem anormalidades.

Considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria para BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event* ou Evento Breve Resolvido Não Explicado) a definição do caso e a conduta imediata são:

- (A) BRUE de Baixo Risco e observação clínica por um período de uma a quatro horas, realização de eletrocardiograma, e, se estável, alta com orientações e encaminhamento ao pediatra em até 24 horas.
- (B) BRUE de Alto Risco e internação em leito de retaguarda pediátrica para monitorização cardiorrespiratória contínua, com investigação laboratorial e de imagem expandida.
- (C) BRUE de Baixo Risco e alta com orientação, encaminhamento para polissonografia e revisão com pediatra em 48 horas, considerando estabilidade clínica e exame físico normal na admissão.
- (D) BRUE de Alto Risco e internação em unidade intensiva pediátrica, monitorização, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia de crânio e rastreio infeccioso com hemograma, hemocultura e análise líquórica.
- (E) sem critérios para BRUE e internação para investigação de Doença do Refluxo Gastroesofágico, por associação temporal direta com a mamada; início de fenobarbital e investigação para crise convulsiva focal.

62

Recém-nascido (RN) a termo, adequado para a idade gestacional, cuja mãe apresentou diabetes gestacional controlado com dieta, está com 3 horas de vida no alojamento conjunto, ativo e em aleitamento materno exclusivo. Glicemia capilar = 38 mg/dL.

Considerando as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para rastreio e conduta na hipoglicemia neonatal, a conduta imediata adequada é

- (A) ofertar fórmula infantil imediatamente para garantir aporte calórico rápido, repetir a aferição da glicemia capilar uma hora após a oferta e manter o RN no alojamento conjunto se o novo valor for maior que 45 mg/dL.
- (B) iniciar infusão endovenosa imediata de um *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg), seguido por uma taxa de infusão de glicose contínua de 4 a 6 mg/kg/min, devido ao risco de convulsão e lesão neurológica.
- (C) estimular amamentação ou ofertar leite materno ordenhado e reavaliar a glicemia capilar em 1 hora; se o valor estiver entre 35 e 45 mg/dL, após a mamada, considerar uso de gel de glicose a 40% ou transferir para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- (D) transferir o RN para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para avaliação contínua, pois glicemia abaixo de 40 mg/dL nas primeiras 4 horas de vida exigem monitorização e triagem laboratorial central obrigatória.
- (E) observar o RN e repetir a glicemia capilar antes da próxima mamada (com 6 horas de vida), visto que o valor de 38 mg/dL reflete o nadir fisiológico normal do RN nas primeiras horas após o parto.

63

Recém-nascido, 35 semanas, pequeno para a idade gestacional, admitido na UTIN com 12 horas de vida, com desconforto respiratório leve e tremores finos de extremidades e glicemia capilar 28 mg/dL. Prescrita dieta zero, *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg) na veia periférica e hidratação venosa com taxa de infusão de glicose (TIG) de 6 mg/kg/min. Após duas reavaliações a cada 30 minutos, a glicemia capilar estava entre 34 mg/dL e 36 mg/dL, com letargia moderada e hipotonia.

Diante do quadro e conforme as diretrizes para hipoglicemia, preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta é

- (A) realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); progredir a TIG de 6 para 15 mg/kg/min por meio de solução de glicose a 15% na via em uso, a fim de atingir rapidamente o alvo glicêmico e reavaliar a glicemia a cada 30 minutos.
- (B) coletar amostra crítica de sangue e urina antes de alterar a TIG. Realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); posteriormente elevar a TIG a 8 mg/kg/min e providenciar acesso venoso central para novas elevações da TIG, se necessárias.
- (C) manter a TIG em 6 mg/kg/min, evitando efeito rebote do hiperinsulinismo secundário; administrar glucagon via intramuscular (0,1 mg/kg) para resgate imediato; aguardar a recuperação do tônus e iniciar dieta por sonda orogástrica.
- (D) reduzir gradativamente a infusão endovenosa contínua simultaneamente à administração de gel de glicose a 40% na mucosa oral e fórmula infantil para prematuros por sonda, objetivando menor oscilação glicêmica por via digestiva.
- (E) repetir o *bolus* de glicose a 10% em volume de 4 mL/kg pela via periférica, manter a TIG em 6 mg/kg/min, avaliação glicêmica a cada 30 minutos, solicitar ultrassonografia transfontanela para avaliar hemorragia intracraniana como causa da letargia.

64

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para fluidoterapia em crianças, o uso inicial da hidratação endovenosa de manutenção, com solução isotônica, está indicado nos seguintes casos, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) lactente de 14 meses em pós-operatório imediato de apendicectomia sem complicações, com sódio sérico basal de 136 mEq/L.
- (B) Recém-nascido de 18 dias de vida, termo, internado por icterícia neonatal tardia em fototerapia e com baixa aceitação do seio materno.
- (C) Criança de 6 anos com meningite bacteriana aguda, apresentando vômitos e sinais clínicos de hipovolemia leve a moderada.
- (D) Escolar de 8 anos internado por crise asmática grave refratária, em uso de beta-2 agonista contínuo e corticoterapia endovenosa.
- (E) Adolescente de 13 anos com cetoacidose diabética compensada, na fase de transição para hidratação de manutenção e reintrodução de dieta.

65

Lactente, sexo masculino, 7 meses de idade, ultrassonografia morfológica fetal sem anormalidades, febril (38,8 °C), apresentou exame da urina, por cateterismo vesical, com esterase leucocitária positiva, nitrito positivo e bacterioscopia (Gram) com bacilos gram-negativos. Uma amostra foi encaminhada para cultura e prescrito cefalexina. A cultura depois revelou *Proteus mirabilis* 80.000 UFC/mL.

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a opção correta a respeito da análise do caso e da respectiva conduta.

- (A) O *Proteus mirabilis* tem associação com fimose fisiológica e risco aumentado de alcalinização urinária, por possuir enzima urease, que hidrolisa ureia, eleva pH urinário e favorece a nefrolitíase por estruvita. A ultrassonografia de vias urinárias e renal deve ser realizada após resolução da infecção.
- (B) A contagem de colônias de 80.000 UFC/mL deve ser considerada inconclusiva por estar abaixo do ponto de corte de 100.000 UFC/mL para o método de coleta realizado. Suspender o antibiótico nesse momento e após 48 horas, proceder com nova coleta de urina por punção supra púbica.
- (C) Em lactente, com o primeiro episódio de ITU febril por germe Gram-negativo, o protocolo impõe a realização obrigatória da uretrocistografia miccional e da cintilografia renal com DMSA na fase hospitalar aguda para o rastreamento imediato de Refluxo Vesicoureteral e cicatrizes renais.
- (D) A antibioticoterapia empírica deve ocorrer com nitrofurantoína por via oral, visto que apresenta excelente penetração no parênquima renal, o *Proteus mirabilis* demonstra ótima sensibilidade ao quimioterápico e ainda permite o tratamento ambulatorial seguro.
- (E) O saco coletor plástico é alternativa para a coleta na emergência pela praticidade e menor invasão. A confirmação diagnóstica, no caso, ocorreria com o isolamento da bactéria, diante do crescimento mencionado, visto o ponto de corte ser superior a 50.000 UFC/mL.

66

Menino, 7 anos, hígido, residente em área endêmica para dengue está febril (acima de 39 °C) há 4 dias, tendo cedido espontaneamente há 8 horas. A criança está com dor abdominal intensa e contínua e apresentou dois episódios de vômitos nas últimas 3 horas.

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hipocoradas (+/4+), PA 90×60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito 48% (basal era 38%), leucócitos 2.800/mm³, aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

De acordo com as evidências e as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, trata-se de dengue

- (A) sem sinais de alarme, indicando-se hidratação oral e antiemético, sob supervisão, coleta de amostra para sorologia IgM e após cessado os vômitos, alta e acompanhamento ambulatorial.
- (B) sem sinais de alarme, a febre cedeu espontaneamente, sendo, então, indicada a hidratação oral domiciliar com orientações para retorno em 24 horas.
- (C) grave com choque, indicando-se imediatamente hidratação venosa agressiva com 20 mL/kg de solução colóide (albumina) e início de corticoterapia sistêmica para reduzir extravasamento plasmático.
- (D) com sinais de alarme, sendo indicada a internação para hidratação venosa com solução cristalóide com 10mL/kg, monitoramento contínuo, reavaliação clínica e laboratorial seriada.
- (E) grave, com plaquetopenia isolada é critério maior para gravidade, não dependendo de demais achados, sendo indicada a expansão volêmica rápida com solução de ringer lactato com 10mL/kg e reavaliação das plaquetas.

67

Pré-escolar, 4 anos, é atendida no ambulatório de pediatria em região com cocirculação de dengue, chikungunya e zika. Apresenta febre elevada (39,2 °C) há 3 dias, seguida por exantema maculopapular pruriginoso difuso, edema simétrico das articulações das mãos e tornozelos e artralgia. Nega sangramento, dor abdominal, vômitos ou cefaleia.

Ao exame: estado geral regular, exantema maculopapular difuso, edema articular simétrico nas articulações metacarpofalangianas e tornozelos bilateralmente, temperatura 38,4 °C, hemodinamicamente estável, fígado não palpável. Exames: plaquetas 185.000/mm³, hematócrito 36%, leucócitos 4.200/mm³, linfócitos 38%, aspartato aminotransferase 68 U/L. NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - não reagente e IgM para chikungunya: reagente.

De acordo com quadro e diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil/ Organização Panamericana de Saúde vigentes para as arboviroses, a conduta adequada é

- (A) prescrever cloroquina em dose pediátrica por 5 dias como tratamento específico para a fase aguda da infecção por chikungunya, conforme protocolo.
- (B) iniciar anti-inflamatório não esteroidal, como ibuprofeno, a fim de reduzir a limitação articular ocasionada pela inflamação e ser tratamento de escolha para a artralgia por chikungunya em crianças a partir do início dos sintomas.
- (C) solicitar RT-PCR para dengue e chikungunya em amostra de sangue coletada após o 7º dia de doença, pois a viremia tardia é o resultado que possui nível de evidência para confirmação diagnóstica nas arboviroses.
- (D) internar por risco de doença grave – poliartalgia concomitante a níveis elevados de aspartato aminotransferase em menores de sete anos de idade – e monitorar as enzimas hepáticas pelo risco de hepatite aguda grave.
- (E) iniciar paracetamol, hidratação, repouso e retorno em de 24 a 48 horas para reavaliação; evitar anti-inflamatório não esteroidal e ácido acetilsalicílico enquanto não for descartada dengue concomitante, devido à circulação regional.

68

Adolescente, 15 anos, previamente hígido, residente em área endêmica de esquistossomose, é internado por suspeita de Doença de Wilson (DW). Ele apresenta aumento progressivo do volume abdominal há quatro meses, perda ponderal discreta e fadiga.

Ao exame: orientado, consciente, ascite volumosa, circulação colateral discreta, baço a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Pressão arterial normal. Laboratório: Hemoglobina 12,4 g/dL; Plaquetas: 82.000/mm³; aspartato aminotransferase (AST) 76 U/L; alanina aminotransferase (ALT) 62 U/L; gama glutamiltransferase (GGT) 38 U/L; Bilirrubina total 1,5 mg/dL; Albumina 3,1 g/dL; INR 1,4. Paracentese - amostra: gradiente soro-ascite de albumina (SAAG) 1,7 g/dL; proteína no líquido ascítico 2,8 g/dL.

Ultrassonografia abdominal com doppler: hipertensão portal; esplenomegalia; fluxo portal preservado; fígado discretamente heterogêneo, sem sinais típicos de cirrose.

Para diferenciar DW da esquistossomose hepatoesplênica, assinala a afirmativa com melhor correlação entre os dados do caso, hipótese e eventual conduta.

- (A) A ausência de hiperbilirrubinemia significativa praticamente exclui diagnóstico de doença de Wilson, sendo importante solicitar a pesquisa parasitológica de fezes para confirmar esquistossomose hepatoesplênica crônica.
- (B) A presença de ascite volumosa praticamente exclui esquistossomose hepatoesplênica, tornando a dosagem de ceruloplasmina sérica e cobre urinário de 24 horas suficientes para confirmação diagnóstica de doença de Wilson.
- (C) Hipertensão porta e ALT/AST sugerem esquistossomose, mas se não definida, deve descartar DW com ceruloplasmina, cuprúria 24 horas, anéis de Kayser-Fleischer e, se necessário, cobre hepático, pois isoladamente, não possuem sensibilidade ou especificidade suficientes.
- (D) A presença de proteína elevada no líquido ascítico e o SAAG de 1,7g/dL, diferenciam de forma confiável esquistossomose hepatoesplênica de doença de Wilson, dispensando investigação etiológica adicional.
- (E) A ultrassonografia abdominal com doppler evidenciando fluxo portal preservado praticamente confirma esquistossomose hepatoesplênica e exclui doença de Wilson como causa da hipertensão portal.

69

Recém-nascido, sexo masculino, a termo, peso 3.720 g, apresenta hipertelorismo ocular, fissuras palpebrais com inclinação descendente, ptose palpebral bilateral, implantação baixa de orelhas com hélice espessada e rotação posterior, pescoço alado, *pectus carinatum* e *pectus excavatum*, sopro sistólico no foco pulmonar e SatO₂ 96%. Cariótipo (amniocentese) 46,XY.

De acordo com características morfológicas descritas no período neonatal e cariótipo, é correto afirmar que se trata de uma síndrome genética e que

- (A) as malformações renais frequentes são a agenesia e a hipoplasia.
- (B) a cardiopatia congênita mais associada é a comunicação interventricular
- (C) cursa com padrão estático de dismorfologia facial ao longo da vida.
- (D) a herança é autossômica dominante, afetando ambos os sexos igualmente.
- (E) no momento, está indicado ecocardiograma e infusão de prostaglandina a seguir.

70

Menina, branca, 7 anos e 4 meses, está na consulta com a avó que notou, há 3 meses, um botão mamário bilateral e discreta sensibilidade local, sem outras queixas. Bom estado geral, frequente escola e não há evidência de forte exposição a disruptores endócrinos.

Ao exame: peso no P85, estatura no P95 para a idade (acima do alvo genético que é de 1,58 m); PA normal, sem acne, sem pelos pubianos ou axilares; botão mamário palpável sob a aréola bilateralmente, sem nódulos suspeitos. Idade óssea (radiografia dos punhos) de 9 anos. Ultrassonografia pélvica: útero com comprimento de 3,8 cm, ovários com volume de 2,1 mL bilateralmente com pequenos folículos.

Com base nesses dados, nos critérios de desenvolvimento e no estadiamento de Tanner, assinale a opção correta.

- (A) A ultrassonografia pélvica com útero de 3,8 cm e ovários de 2,1 ml exclui puberdade precoce central, pois esses valores estão dentro da faixa pré-puberal. A conduta é reavaliar em 6 meses, acompanhar velocidade do crescimento e sinais puberais.
- (B) O botão mamário bilateral aos 7 anos e 4 meses está nos limites da normalidade para meninas brancas, cujo início puberal médio ocorre aos 10 anos. Não há recomendação de investigação adicional, deve-se reavaliar em 6 meses e monitorar crescimento e desenvolvimento.
- (C) O quadro sugere telarca prematura isolada - variante fisiológica benigna, por não haver pelos pubianos. A conduta é observação clínica, sem necessidade de exames de imagem ou laboratoriais, com acompanhamento do crescimento.
- (D) O avanço da idade óssea isolado confirma puberdade precoce periférica independente de gnrh. A conduta imediata é iniciar inibidor da aromatase para bloquear o avanço maturacional e retardando a menarca.
- (E) Início da telarca, avanço da idade óssea e ultrassonografia pélvica com sinais de ativação gonadal, trata-se de puberdade precoce central. Deve-se avaliar hormônio luteinizante basal pós estímulo com gnrh e ressonância magnética de crânio excluindo causa orgânica intracraniana.

71

Escolar, 7 anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro por conta de dor e limitação importante do movimento. Sua mãe nega trauma, embora seja notado aumento significativo do joelho direito em relação ao esquerdo. O início do quadro foi há mais de uma semana, com dor e aumento do volume do punho direito, já em fase de melhora. Quando perguntada, a mãe recorda que o paciente apresentou, há uns 20 dias, dor-de-garganta, febre alta e pontos vermelhos na parte interna superior da boca, que melhoraram após dois dias de antibiótico, não utilizado pelo tempo total prescrito.

Ao exame: REG. Febril (TAX = 38,5 °C), com face de dor, sem conseguir deambular adequadamente.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Anemia, dor óssea e esplenomegalia são manifestações frequentes.
- (B) Taquicardia, com ou sem febre, pode sugerir insuficiência cardíaca.
- (C) Há lenta resposta da dor articular aos anti-inflamatórios não hormonais.
- (D) O acometimento cardíaco é limitado ao endocárdio e miocárdio.
- (E) História familiar positiva não é uma característica deste quadro.

72

Adolescente, 13 anos, sexo feminino, é internada com dor torácica. Exames de imagem realizados evidenciam derrame pleural. Ela mora com a avó materna e nega contato com indivíduos com tosse crônica.

Ao exame: emagrecida, com hiperemia bilateral na região malar. Apresenta dentes em bom estado de conservação, mas notam-se algumas lesões ulceradas na boca.

Corroborar com a principal hipótese diagnóstica a presença de:

- (A) artrite erosiva com deformação das articulações das mãos.
- (B) elevação sérica do complemento, com aumento de CH50.
- (C) fator antinuclear positivo com títulos superiores a 1:80.
- (D) teste de Coombs indireto positivo na ausência de anemia hemolítica.
- (E) distúrbios neuropsiquiátricos associados à trombocitose.

73

Escolar, 9 anos, sexo feminino, é trazida à Clínica da Família por apresentar febre há 20 dias. O médico pergunta sobre outros sinais e sintomas. A mãe refere estranhar que, no momento da febre, a pele fica toda avermelhada e a filha fica muito prostrada, melhorando logo a seguir.

Ao exame: emagrecida, com dor, vermelhidão e aumento das articulações de ambos os joelhos e tornozelos. É notada a presença de linfadenomegalia e esplenomegalia. O fator antinuclear é negativo.

Avaliando-se essas informações, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) Febre Reumática por conta da febre e da característica da artrite.
- (B) Lupus Eritematoso Sistêmico devido à hiperemia da pele com febre.
- (C) Dermatomiosite pelo emagrecimento e alterações cutâneas.
- (D) Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica pela artrite e febre com rash.
- (E) Doença de Kawasaki pela idade e artrite de grandes articulações.

74

Pré-escolar, 3 anos, é levado ao pronto atendimento por claudicação.

Ao exame: dor à rotação interna do quadril direito. O médico explica a necessidade de realização de exames para avaliação da necessidade de internação e procedimento cirúrgico.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na osteomielite, na radiografia, pode ser visualizado o abscesso de Brodie.
- (B) Na displasia do desenvolvimento do quadril, a US não é o exame de escolha.
- (C) A radiografia mostra precocemente a necrose avascular da cabeça femoral.
- (D) Na radiografia do quadril, a epifisiólise costuma mostrar linha fisária regular.
- (E) Diferencia-se sinovite transitória do quadril com artrite séptica por meio da US.

75

Avô, que reside com seu filho, sua nora e seus netos é diagnosticado com tuberculose pulmonar, com BAAR +++. Na investigação dos contatos, a lactente, de 11 meses, apresentou prova tuberculínica negativa, radiografia normal e está assintomática.

A conduta correta é

- (A) seguir o acompanhamento pediátrico sem a realização de novos exames
- (B) realizar uma tomografia computadorizada do tórax por ser mais sensível
- (C) iniciar isoniazida 10mg/kg por 6 a 9 meses, com reavaliação mensal.
- (D) solicitar a repetição da prova tuberculínica em oito semanas e rever o caso.
- (E) prescrever rifampicina, isoniazida e pirazinamida por seis meses.

76

Apesar da grande frequência na Pediatria, muitas vezes é difícil estabelecer o diagnóstico etiológico das pneumonias agudas comunitárias (PAC).

Com base na faixa etária e no quadro clínico, assinale a associação correta.

- (A) *Chlamydia trachomatis* - febre persistente, tosse coqueluchoide e taquipneia
- (B) *Staphylococcus aureus* - mais frequente em escolares com toxemia grave
- (C) *Mycoplasma pneumoniae* - tosse, podendo haver sibilância e lesões de pele
- (D) *Bordetella pertussis* - início súbito, com tosse e desconforto respiratório
- (E) *Chlamydia pneumoniae* - febre alta, com dispneia e dor torácica

77

Em relação à Bronquiolite Viral Aguda (BVA), houve algumas medidas de prevenção da BVA pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) nos últimos dois anos, adotadas pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A vacina contra VSR está indicada para lactentes prematuros.
- (B) O nirsemabe é uma vacina aplicada antes da sazonalidade do VSR.
- (C) O palivizumabe tem a vantagem de ser aplicado em dose única anual.
- (D) O nirsevimabe foi incorporado para prematuros e algumas comorbidades.
- (E) Os anticorpos monoclonais anti-VSR oferecem proteção por 2 sazonalidades.

78

Recém-nascido, a termo, sexo masculino, apresenta quadro de íleo meconial. Anti-HIV materno - negativo. Os pais são primos. Recebe alta para acompanhamento com Pediatra. Realiza teste de triagem na Clínica da Família, mas a mãe comparece à consulta, aos 4 meses de vida do lactente, com o exame que mostra dosagem de IRT anormal, nas duas coletas, nos primeiros 30 dias. O acompanhamento pediátrico é irregular. Aos 18 meses, após 4 infecções respiratórias que demandaram internação, o lactente é encaminhado para investigação por baixo ganho ponderal e eliminação de fezes oleosas.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) é uma doença monogênica autossômica recessiva, sem variações clínicas.
- (B) as manifestações de má digestão e absorção costumam surgir tardiamente.
- (C) as classes de variantes IV, V e VI são associadas a manifestações graves.
- (D) além dos pulmões, não costuma haver disfunções em outros órgãos.
- (E) o conhecimento das variantes patogênicas tem implicação terapêutica.

79

Pré-escolar, com 3 anos, sexo feminino, dependente de oxigenioterapia desde um episódio de bronquiolite viral aguda aos sete meses, com internação por 20 dias em UTI. Após a alta, manteve sibilância persistente, necessitando de internação por mais três vezes por causa respiratória. Dosagem do cloro no suor: 28 mEq/L. Nasceu com 37 semanas, peso de nascimento de 2800 g.

Exame físico: peso = 12 kg, comprimento = 90 cm; FR = 36 IRPM, tiragem intercostal baixa, sibilos e estertores grossos difusos. Ecocardiograma: normal. TC de tórax: em ambos os pulmões, áreas de atenuação em mosaico alternando com áreas de parênquima normal, com espessamento das paredes brônquicas e bronquiectasias cilíndricas bilaterais. Nas imagens em expiração, observam-se áreas compatíveis com aprisionamento aéreo. Não são vistas consolidações parenquimatosas ou massas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Kartagener.
- (B) bronquiolite obliterante.
- (C) fibrose cística.
- (D) displasia broncopulmonar.
- (E) crises de asma por IVAS.

80

Pré-escolar, com 4 anos e 6 meses, é atendido com queixa de dor abdominal e diarreia. Sua mãe informa ter tido episódios recorrentes, com identificação de *giardia lamblia* no exame parasitológico de fezes. O médico solicita exames para confirmar sua hipótese diagnóstica.

Assinale a opção que identifica a associação patológica esperada nesse caso.

- (A) Acrodermatite enteropática.
- (B) Anemia perniciosa.
- (C) Deficiência seletiva de IgA.
- (D) Anemia por deficiência de ácido fólico.
- (E) Deficiência de vitamina D.

Realização

