

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 016	Data e horário da prova:
Infectologia Pediátrica (613).	<i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i>

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

PEDIATRIA

Itens de 1 a 60

Um lactente de 3 meses de vida, saudável, é levado pela mãe ao posto de saúde. A mãe tem dúvidas acerca da amamentação, achando que o seu leite não está sendo suficiente, pois ouviu a mãe dela comentar que, na família, ninguém produz leite forte. A vizinha expôs que deve ser o cansaço e a falta de boa alimentação, aconselhando-a a beber água e descansar. Ela não acreditou na vizinha e perguntou ao médico se pode dar outro leite ao lactente.

Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. A mãe não precisaria perguntar, pois o bebê já está na idade de iniciar a alimentação.
2. O cansaço e o estresse podem influenciar o reflexo de ejeção do leite, inibindo-o.
3. A manutenção do volume do leite é influenciado pela hidratação materna.
4. Deve-se averiguar a sucção do bebê durante a mamada, pois a produção do leite aumenta com a sucção eficaz do lactente.
5. A hipogalactia é frequente e não se relaciona com a sucção.
6. Uma vez que o leite final é de maior densidade calórica, recomenda-se esvaziar a mama e depois oferecer a mama contralateral.
7. A vizinha estava certa em aconselhar a mãe a oferecer água para o lactente.
8. Deve-se aconselhar a mãe a oferecer outro leite, já que geralmente é necessário fazer um complemento para os bebês.

O pediatra está de plantão em uma maternidade da periferia de uma grande cidade. Na madrugada, uma gestante em período expulsivo dá entrada nessa maternidade. A mãe levou seu cartão de pré-natal com preenchimento adequado e com consultas regulares, mas, para sua surpresa, a idade gestacional é compatível com 33 semanas pela DUM.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. A sobrevida de recém-nascidos prematuros (RNPT), definidos como os nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas, reflete a estrutura e a qualidade do cuidado antenatal, e o pediatra deve estar preparado para receber esse recém-nascido (RN) na assistência ao parto.
10. É fundamental, em todo parto prematuro, a presença de dois a três profissionais de saúde, com pelo menos um pediatra apto a intubar e indicar massagem cardíaca e medicações.
11. Quando um RNPT não melhora ou não atinge níveis desejáveis de SatO₂, com a ventilação por pressão positiva (VPP) em concentração de O₂ a 30%, a primeira medida é aumentar imediatamente a oferta de oxigênio suplementar.
12. No RN abaixo de 34 semanas, indica-se o clampamento imediato do cordão umbilical, independentemente de sua vitalidade.

13. No atendimento ao RN saudável de mães com suspeita ou infecção pelo Sars-CoV-2, deve-se adiar a amamentação e o contato pele a pele.
14. A oximetria de pulso detecta, de forma contínua, a frequência de pulso, mas demora para detectá-la e subestima a frequência cardíaca (FC), podendo levar a um aumento desnecessário de intervenções para o neonato, na sala de parto.

Um lactente de 10 dias de vida é levado à unidade básica de saúde (UBS) em virtude de a mãe notar “olhos amarelados” no filho. Ela relata que ele já saiu um pouco amarelo da maternidade, de onde teve alta com três dias de vida após colher sangue. O grupo sanguíneo da mãe e do bebê é A +.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

15. A prematuridade, independentemente do peso ao nascer, é considerada um dos fatores de risco mais importantes para hiperbilirrubinemia em razão da capacidade diminuída da conjugação hepática da bilirrubina e da dificuldade na sucção e deglutição para manter uma oferta adequada de leite materno.
16. Deve-se pesquisar, nesse caso, a presença de cefalo-hematoma, porém a icterícia seria de resolução rápida, não durando 10 dias.
17. A icterícia fisiológica apresenta progressão cefalocaudal.

A mãe de uma criança de 4 anos de idade levou a filha ao setor de emergência com queixa de que a menina “sacudiu o corpo todo”, pela primeira vez, após ter dado uma medicação para febre. Ela relata que a criança estava com temperatura de 38 °C, poucos espirros, tosse seca e que a crise foi rápida, não sabendo especificar o tempo.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

18. A crise convulsiva febril simples pode-se apresentar como tônico-clônica generalizada e tem curta duração, menor que 15 minutos.
19. No caso mencionado, a epilepsia é o mais provável diagnóstico, cujos fatores de risco incluem atraso do desenvolvimento e crise febril complexa.
20. Caso a criança chegasse ao hospital ainda em crise, seria preconizada administração de benzodiazepínicos, como o diazepam, por via intravenosa IV.
21. O estado de mal epilético é uma emergência médica, muito frequente na crise convulsiva febril em função da imaturidade da criança.
22. Em lactentes com histórico de insulto neurológico prévio, como uma encefalopatia crônica não progressiva desde o nascimento, isso pode ocasionar uma lesão neurológica estática, sendo causa de crises convulsivas não febris.

Área livre

Uma criança de 3 anos de idade apresenta tosse produtiva, espirros e febre de 38 °C há cinco dias. A mãe refere que a filha não quer brincar durante o episódio febril, mas, quando a febre passa, ela melhora; porém notou um “cansaço” nela. Ao exame, a criança encontra-se quieta no colo da mãe, febril (38 °C), com FR = 50 irpm, FC = 120 bpm e SatO₂ = 97%.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

23. A pneumonia é a principal causa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade nos países em desenvolvimento.
24. No caso em questão, a mãe poderia observar o “cansaço” da criança por meio da frequência respiratória, que está normal para a idade.
25. Nesse caso, seria preciso esperar sibilos na ausculta pulmonar, pois isso é comum na pneumonia adquirida na comunidade (PAC).
26. Em crianças de 2 meses a 5 anos de idade com PAC, a presença de tiragem subcostal classifica-a como tendo pneumonia grave.
27. A aspiração de corpo estranho é um diagnóstico diferencial importante na criança com sibilância.

Os pais levam uma criança de 4 anos de idade à consulta médica. Relatam que a menina não quer mais ir à escola, porque os amigos evitam brincar com ela por estar sempre cheirando a xixi. Na anamnese, a mãe refere que a filha urina muito na cama, durante o dia, não sente vontade de fazer xixi e, quando percebe, já está molhada. Sempre foi assim. A mãe fica preocupada também porque a criança cai muito e notou que o pé dela é torto desde que nasceu. A menina nasceu bem, a termo, com bom peso e bom Apgar, porém foi logo encaminhada à unidade de terapia intensiva (UTI) para aguardar a cirurgia da medula.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

28. É frequente a deformidade dos pés, podendo-se encontrar pé equinovaro, pé varo, cavo-varo e pé equino.
29. O desfralde antes dos 2 anos de idade pode ser a causa da incontinência urinária.
30. É necessário solicitar um estudo urodinâmico, em que é avaliada a pressão da musculatura detrusora.
31. Os defeitos do fechamento do tubo neural (DFTN) são malformações congênitas frequentes, que ocorrem em virtude de uma falha no fechamento adequado do tubo neural embrionário durante o final da gestação.
32. Quase todos os pacientes são portadores de distúrbios esfinterianos, vesicais e anais, de difícil controle, que causam predisposição a infecções urinárias.
33. A hidrocefalia está associada a mais de 70% dos casos, o que pode ser uma causa de deterioração neurológica consequente a disfunção do sistema de drenagem.

Considere um recém-nascido (RN) do sexo masculino, com 24 horas de vida, nascido de parto vaginal, a termo, com peso ao nascer de 3.335 g, Apgar 9, no 1º minuto e 10, no 5º. Durante o exame físico, o pediatra nota uma musculatura abdominal muito flácida, com a pele dessa região enrugada, aparência de “ameixa seca”, em batráquio. Apresenta aparelho cardiopulmonar normal, genitália masculina com ambos os testículos criptorquídicos. FR = 50 irpm, FC = 120 bpm e SatO₂ = 98%. O RN evoluiu com retenção urinária e aumento das escórias renais.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

34. O diagnóstico deve ser feito precocemente, preferencialmente intraútero, e o tratamento, sobretudo das anormalidades do sistema urinário, não deve ser retardado.
35. A correção da criptorquidia deve ser feita até 1 ano de vida.
36. Embora os rins possam ser normais, a displasia renal e a hidronefrose são comuns, mas a insuficiência renal não é comum.
37. No sexo feminino, há números elevados de ocorrências como as do caso descrito.
38. É necessária a solicitação de ecocardiograma para avaliar anomalias cardíacas que estão presentes em 10% dos casos.

Uma criança de 8 anos de idade, portadora de síndrome de Down, ao ser atendida em consulta de seguimento, apresentou as seguintes mensurações: peso = 34 kg (percentil 90-95); altura = 1,18 cm (percentil 25); e IMC = 25 (percentil 95). Ao exame, encontra-se em BEG, corada, hidratada, FC = 80 bpm, FR = 30 irpm e SatO₂ = 97% em AA. Quanto ao aparelho cardiovascular, verifica-se RCR, 2T, sem sopros, constatando-se também precórdio calmo, pulmonar e abdome sem alterações.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

39. Antes de indicar atividade física, tais como natação, ginástica ou futebol, para perda de peso ou manutenção da saúde, recomenda-se radiografia da coluna cervical em posição neutra em perfil, flexão e extensão.
40. O acompanhamento odontológico é importante nos primeiros anos de vida e, durante a idade escolar, é feito quando ocorrem queixas.
41. Em relação ao IMC, observa-se um percentil aumentado, configurando um excesso de peso. Para tal avaliação, podem ser utilizadas as curvas da Caderneta da Criança.
42. A Síndrome do caso clínico descrito é a alteração cromossômica mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população.
43. O fenótipo na síndrome de Down tem uma expressividade variada, apesar de existirem três possibilidades do ponto de vista citogenético.
44. A comunicação aos pais, na maternidade, não deve ser realizada, mesmo quando sinais e sintomas são característicos. O esclarecimento deve ser feito em serviço especializado.

Durante a visita de alojamento conjunto, ao solicitar a caderneta de acompanhamento obstétrico da mãe de um recém-nascido (RN), verificaram-se sorologias para sífilis positivas no primeiro trimestre da gestação. A gestante foi tratada com benzilpenicilina benzatina na dose total de 7,2 milhões UI. O VDRL da mãe após o tratamento reduziu de 1:32 para 1:8.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

45. Caso o RN seja assintomático ao exame e VDRL 1:8, ainda assim a criança foi exposta à sífilis.
46. Na consulta do 6º mês de vida, o VDRL deverá ser não reagente nos casos em que a criança não tiver sido infectada.
47. O teste treponêmico no bebê deve ser realizado em todas as consultas de puericultura, para acompanhamento juntamente com o da mãe.
48. O intervalo entre doses da benzilpenicilina benzatina pode ser espaçado, para evitar a dor, fazendo-se aplicação de 1,2 milhão a cada mês.
49. No início do acompanhamento pré-natal, é aconselhável pedir o teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente, aguardando o não treponêmico.
50. Mesmo quando houver histórico de tratamento prévio, o lactente que for diagnosticado com sífilis congênita durante o seguimento deverá ser tratado com penicilina.
51. Atraso no desenvolvimento pode ter como causa a sífilis congênita tardia.
52. Nas crianças com alteração inicial do líquido, neurosífilis, a punção líquórica posterior deve ser reservada quando aparecerem sinais e sintomas neurológicos.

Os avós levam uma criança de 1 ano de idade ao posto de vacinação para atualização da caderneta. Durante a conversa com o agente comunitário de saúde, os avós relatam preocupação com um exame ao nascimento, apesar de o neto estar bem, sem adoecimento. Contam que o primeiro teste do pezinho deu uma alteração na tireoide e, quando foi repetido, o resultado foi normal. Mesmo assim, eles não se mostraram tranquilos e ficam com medo de dar vacina, principalmente durante a pandemia.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

53. Caso a criança, no momento da visita ao posto de saúde, apresentasse sinais de doenças do trato respiratório superior, com febre, tosse e (ou) coriza ou ainda diarreias leves, estaria contraindicada a vacinação.
54. Pode ser administrada a vacina de varicela, que é de vírus vivo atenuado.
55. O hipotireoidismo congênito, doença que pode ser diagnosticada pela triagem neonatal, deve ser confirmado após coleta de sangue do recém-nascido.
56. Na idade de 12 meses de vida, deve ser aplicada a primeira dose da vacina triplice viral, segundo o Ministério da Saúde. Ela não poderá ser aplicada junto com a vacina da febre amarela.
57. O tratamento do hipotireoidismo congênito deve ser expectante, reavaliando, nas consultas de puericultura, o desenvolvimento neuropsicomotor.
58. Não há evidências acerca da interação da Covid-19 e a resposta imune às vacinas.
59. É necessário aproveitar a visita ao posto de saúde para avaliar a marca da vacinação BCG no lactente, pois, caso essa cicatriz vacinal não esteja presente, deve-se revaciná-lo.
60. A vacina BCG e a do sarampo, que devem ser verificadas no cartão vacinal, são vacinas de vírus vivos atenuados.

INFECTOLOGIA

Itens de 61 a 120

Determinado senhor de 61 anos de idade, morador de Manaus (AM), marcou consulta médica por quadro clínico de mal-estar, cefaleia, astenia, icterícia, náuseas e vômito há uma semana. O médico, após anamnese e exame físico, solicitou exames laboratoriais, incluindo sorologias para hepatites virais, receitou sintomáticos e agendou o retorno. No retorno, os exames apresentaram anti-HAV IgG reagente, anti-HAV IgM não reagente, HBsAg reagente, anti-HBs Ag não reagente, anti-HBc total reagente, anti-HBc IgM reagente, HBeAg reagente, anti-HBe não reagente e anti-HCV não reagente.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

61. O paciente já teve infecção pelo vírus da hepatite A ou foi vacinado de hepatite A. Segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações, são indicadas duas doses da vacina, com intervalo de seis meses entre as doses.
62. Para tratamento desse paciente que tem hepatite B com HBeAg reagente, a alfapeginterferona está indicada pelo protocolo do Ministério da Saúde do Brasil, com aplicação subcutânea semanal, por 48 semanas.
63. O diagnóstico sorológico da hepatite Delta baseia-se na detecção de anticorpos anti-HDV IgG em paciente com suspeita de exposição recente para o agente infeccioso. Pacientes portadores de hepatite B, residentes em áreas endêmicas (como é o caso do paciente descrito) ou com antecedente epidemiológico correspondente, são candidatos a investigação.
64. O médico, após análise dos exames sorológicos, faz diagnóstico de que o paciente tem hepatite B aguda.
65. A hepatite B crônica pode evoluir com cirrose hepática. O estadiamento da cirrose hepática deve ser feito por meio de biópsia hepática ou elastografia, que é imprescindível para o monitoramento clínico e a definição da modalidade de tratamento.
66. O esquema de vacina da hepatite B para pessoas que vivem com HIV (PVHIV) são oito doses nos intervalos de 0, 30, 60 e 180 dias.
67. O paciente deve ser orientado quanto à prevenção das hepatites virais, acerca de seus contatos domiciliares e parceiros sexuais, e com relação ao uso adequado de preservativo e do não compartilhamento de instrumentos perfurocortantes e de objetos de higiene pessoal, como escovas de dente, alicates de unha e lâminas de barbear ou de depilação.
68. Na hepatite B crônica, o rastreamento do câncer hepático deve ser feito com ultrassom de abdome a cada seis meses. O marcador alfafetoproteína não é mais recomendado por sua baixa sensibilidade.

Área livre

Uma jovem de 22 anos de idade recebeu resultado de exame reagente para HIV por meio do banco de sangue no qual ela era doadora. Em consulta com infectologista, relata que, há três anos, fez doação de sangue e tinha exame negativo para HIV. Também conta que, há um ano e meio, teve um quadro de febre, cefaleia, astenia, adenopatia cervical, dor de garganta, exantema e mialgia, que se resolveram em 12 dias, sem uso de nenhuma medicação específica. Na época, procurou um clínico geral que a diagnosticou com dengue, mas não foi solicitada nenhuma sorologia, apenas um hemograma com plaquetopenia de $90.000/\text{mm}^3$, sem nenhuma outra alteração. A paciente não teve nenhuma doença desde então, é solteira, heterossexual e não usa drogas e nem preservativo em todas as relações sexuais.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

69. É muito importante que o médico, diante de um quadro viral agudo, considere a infecção aguda pelo HIV entre os diagnósticos possíveis e investigue potenciais fontes de exposição ao vírus. O diagnóstico da infecção aguda pelo HIV pode ser realizado mediante a detecção da carga viral do vírus.
70. Tratar-se essa paciente com antirretrovirais, testar outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e realizar profilaxia pré e pós-exposição fazem parte das estratégias de prevenção do HIV.
71. Entre os exames complementares iniciais para a abordagem inicial dessa paciente, os exames específicos necessários são contagem de linfócitos CD4+ (LT-CD4+), carga viral para HIV e genotipagem.
72. A falha virológica em um paciente com HIV/Aids é caracterizada por um exame de carga viral detectável, após o paciente já ter indetectado a carga viral em vários exames anteriores consecutivos.
73. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) indica, para essa paciente, caso ela tenha contagem de linfócitos CD4+ maior ou igual a $350 \text{ células}/\text{mm}^3$, as seguintes vacinas: *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), tríplice viral e vacina do HPV (a depender da idade), varicela, hepatite A e B (se paciente suscetível), *influenza* anual e a vacina pneumo 23. 13 e meningoc.
74. Se a paciente estiver gestante, a terapia antirretroviral poderá ser iniciada a partir da 14ª semana de gestação, logo após a coleta de exames e antes mesmo de se obterem os resultados de LT-CD4+ e de carga viral para HIV, principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal, com o objetivo de alcançar a supressão viral, que é fator determinante na redução da transmissão vertical, o mais rapidamente possível.
75. Se essa paciente infectada pelo HIV mantiver LT-CD4+ acima de $350 \text{ células}/\text{mL}$ durante anos, sem uso de antirretrovirais, ela pode ser chamada de “controladora de elite”.
76. Se a paciente for candidata a usar, para o tratamento com antirretrovirais, a combinação abacavir com lamivudina (ABC/3TC), que é uma alternativa para os pacientes com contraindicação aos esquemas com tenofovir e lamivudina (TDF/3TC), o teste HLA-B*5701 deve preceder o uso do abacavir para avaliar o risco de reação de hipersensibilidade pelo fármaco. O abacavir não deve ser administrado a pacientes que apresentem um resultado negativo para HLA-B*5701.

Certa paciente de 18 anos de idade, acompanhada pela irmã, deu entrada no ambulatório para consulta médica com queixa de disúria, polaciúria e nictúria. Nega febre e dor lombar. Nega episódios anteriores e corrimento vaginal. Tem vida sexual ativa e usa DIU de cobre. Ao exame físico, mostrou-se em BEG, corada, hidratada, anictérica, acianótica e orientada, com abdome plano, flácido, mas doloroso na região suprapúbica e com ruídos hidroaéreos (RHA) presentes. Observaram-se AR = MVF sem ruídos adventícios; ACV = RCR 2T BNF sem sopros; PA = $120 \text{ mmHg} \times 80 \text{ mmHg}$; FC = 90 bpm; FR = 18 irpm; e T = $37,1^\circ \text{C}$. A irmã da paciente, então, aproveitou a consulta para mostrar ao médico alguns exames de rotina que ela tinha feito, pois estava preocupada por estar com infecção na urina. Apresentava-se totalmente assintomática, e o exame físico dela era normal. Ela não estava gestante e já teve infecção de urina há seis meses, quando foi tratada com antimicrobianos. O exame alterado era uma urocultura com *Escherichia coli* resistente a sulfas, ciprofloxacino, cefalosporina de primeira, segunda e quarta geração e sensível a nitrofurantoína, cefaloprina de terceira geração, carbapenêmicos e aminoglicosídeos.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

77. O diagnóstico da paciente é cistite não complicada, e os antibióticos recomendados para cistite não complicada em mulheres são fosfomicina trometamol (3 g por via oral, em dose única) e nitrofurantoína (100 mg por via oral, a cada seis horas, por cinco dias). Essas drogas têm mecanismos de ação únicos e baixas taxas de resistência. Também apresentam altas concentrações urinárias e são ativos contra bactérias produtoras de betalactamase de espectro estendido (ESBL).
78. O padrão-ouro para o diagnóstico de infecção do trato urinário (ITU) é uma cultura de urina positiva, apesar de, no caso da paciente, não ser indicado coleta de material para cultura. A cultura de urina e o teste de sensibilidade aos antimicrobianos devem ser realizados em gestantes, mulheres com suspeita de pielonefrite aguda e em infecções recorrentes, em razão do maior risco de resistência bacteriana.
79. A ITU recorrente é definida como a repetição de pelo menos três ITUs em seis meses. Em cada episódio, o paciente deve apresentar sintomas agudos de início e bacteriúria $\geq 10^2 \text{ UFC}/\text{mL}$ no exame de urina (EAS).
80. O diagnóstico da irmã da paciente é de bacteriúria assintomática e não deve ser indicado tratamento antimicrobiano para ela. Atualmente, a indicação de tratamento de bacteriúria assintomática é consenso apenas em duas situações: no caso de gestantes e antes de procedimento urológico invasivo.
81. A *E. coli* da urocultura relatada no caso clínico deve ser classificada como multirresistente, provável produtora de ESBL. O antibiótico de escolha para tratamento dessa bactéria é da classe dos carbapenêmicos.
82. Para pacientes com infecção urinária de repetição, existem profilaxias sem uso de antimicrobianos, fortemente recomendadas, como *cranberry*, estrógeno vaginal e imunoprofilaxia.

Um homem de 35 anos de idade foi levado ao pronto-socorro com febre, queda do estado geral, prostração e rigidez de nuca de início há 24 horas. Não se verificaram outras alterações aos exames clínico geral e neurológico. O médico optou por realizar a punção líquórica. Os exames do paciente indicaram os resultados descritos na tabela a seguir.

Exame	Resultado do paciente	Referência
Aspecto e cor	Turvo e xantocromático	Límpido e incolor
Celularidade	650 leucócitos/mm ³	0 a 5 leucócitos/mm ³
Neutrófilos	67%	0
Linfócitos	22%	0
Monócitos	11%	0
Glicose	28 mg/dL	45 mg/dL a 100 mg/dL
Proteínas	96 mg/dL	15 mg/dL a 50 mg/dL
Cloretos	610 mEq/L	680 mEq/L – 750 mEq/L
Gram	Diplococos gram positivos	Negativo
Pesquisa fungos	Negativo	Negativo

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

83. A ceftriaxona segue como a droga de escolha para o tratamento empírico das meningites bacterianas no Brasil. No caso das meningites bacterianas comunitárias, os três principais patógenos envolvidos (pneumococo, meningococo e hemófilo) são tratados com ceftriaxona em monoterapia, conduta a ser iniciada imediatamente para esse paciente.
84. O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia dos contactantes próximos desse paciente é a rifampicina, que deve ser administrada preferencialmente em até 48 horas da exposição ao doente, considerando o prazo de transmissibilidade e o período de incubação da doença.
85. O médico reclamou ao laboratório porque não fizeram a pesquisa de BAAR no líquido. Em resposta, informou-se que não há pessoa treinada para realizar esse exame, pois as duas microbiologistas estão afastadas por Covid-19. Então, o médico solicita parecer do infectologista, com receio de o paciente ter meningite tuberculosa pelas alterações líquóricas e pelo quadro clínico dele.
86. Se o paciente tivesse uma meningite viral, as alterações do líquido seriam incolores ou opalescentes, celularidade de 5 a 500 linfócitos/mm³, glicose e cloreto normais, proteína levemente aumentada e a pesquisa de gram seria negativa.
87. Como as meningites bacterianas não induzem imunidade permanente após a doença, é indicado para o paciente, na sua alta, orientar as vacinas contra meningite. As meningites por pneumococo, meningococo e hemófilo podem ser evitadas por meio de vacinação com as respectivas vacinas: vacina polissacarídica 23-valente e vacina pneumocócica 10 ou 13-valente, vacina meningococo C ou ACWY e vacina meningococo B, e, por fim, vacina Hib ou penta ou hexavalente.
88. O paciente, após três dias de tratamento com cefalosporina de terceira geração, manteve febre e prostração. O infectologista suspeita de resistência ao antibiótico e, como a cultura ainda não está disponível, ele suspende esse medicamento e inicia a vancomicina.

89. Após internar o paciente, o médico indica precaução para gotículas, a fim de evitar a disseminação da meningite no ambiente hospitalar.

Um caminhoneiro de 41 anos de idade, que viaja frequentemente para as regiões Norte (Rondônia), Nordeste e Sudeste (São Paulo), tabagista, procura atendimento médico por febre diária há 15 dias, associada a episódios de tremedeira, cefaleia e mialgia, além de estar astênico e indisposto. Não consegue trabalhar. Exames de sangue demonstraram anemia e trombocitopenia. O médico solicita um exame de gota espessa com alta parasitemia por *Plasmodium vivax*.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

90. Os medicamentos antimaláricos são disponibilizados gratuitamente em todo o território nacional, em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Para esse caso, o médico prescreveu corretamente cloroquina, em associação com primaquina, por sete dias.
91. O paciente melhorou, tendo remissão completa dos sintomas após três dias de tratamento correto para malária por *vivax*. Entretanto, voltou a apresentar febre diária após quatro dias do término do tratamento e retornou ao médico que optou por repetir o exame da gota espessa, que se mostrou positivo para o *Plasmodium vivax* (1 parasita/campo). Assim, ele decidiu repetir o tratamento com cloroquina e primaquina, porém estendendo a primaquina por 14 dias. Nas infecções por *Plasmodium vivax*, alguns esporozoítos originam formas evolutivas do parasito, denominadas hipnozoítos, que são os responsáveis pelas recaídas da doença.
92. O diagnóstico diferencial é feito com febre tifoide, febre amarela, leptospirose, hepatite infecciosa, leishmaniose visceral, doença de Chagas aguda, salmoneloses septicêmicas e endocardites.
93. Se o paciente não receber terapêutica específica, adequada e oportuna, os sinais e sintomas podem evoluir para formas graves e complicadas, dependendo da resposta imunológica do organismo, do aumento da parasitemia e da espécie de plasmódio. As formas graves estão relacionadas à parasitemia elevada, acima de 2% das hemácias parasitadas, podendo atingir até 30% dos eritrócitos.

Área livre

Um paciente de 35 anos de idade refere-se a início de tosse produtiva, febre baixa, sudorese (principalmente à noite) e perda ponderal não mensurada há um mês. Relata também episódios de vômitos após ingesta alimentar há aproximadamente duas semanas e nega dor torácica, hemoptise e diarreia. Ao exame físico, constatam-se os seguintes resultados: RER; FR = 24 ipm; FC = 90 bpm; e PA = 120 mmHg \times 70 mmHg. Quanto ao aparelho respiratório, nota-se MV rude e diminuído em base direita e abolido em base esquerda, observando-se creptos, roncos e sibilos bilaterais. Acerca do aparelho cardiovascular, percebe-se BNFT em 2T sem sopros ou desdobramentos. Verificaram-se abdome plano, flácido, indolor, sem visceromegalias, RHA +; sem rigidez de nuca; Glasgow 15; extremidades frias; e edema +/4+ em MMII.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

94. Para esse caso, as hipóteses diagnósticas podem ser neoplasias, infecções fúngicas, pneumonia nocardiose, abscesso pulmonar, tuberculose, outras micobacterioses, doenças autoimunes ou silicose.
95. Como o paciente tem tosse há mais de três semanas, necessita-se pesquisar tuberculose pulmonar. Para isso, o diagnóstico bacteriológico de melhor qualidade de que se dispõe é a pesquisa de bacilo álcool-ácido (BAAR) no escarro.
96. A coleta de escarro para a pesquisa de BAAR deve ser de, no mínimo, três amostras para o diagnóstico de tuberculose do paciente, mas podem ser solicitadas amostras adicionais.
97. Nesse caso em que o paciente tem tosse seca, pode-se utilizar a técnica do escarro induzido, usando nebulizador ultrassônico e solução salina hipertônica (5 mL de NaCl 3% a 5%), que deve sempre ser realizada em condições adequadas de biossegurança e acompanhada por profissional capacitado.
98. Outra possibilidade de fazer o diagnóstico da tuberculose nesse paciente seria o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) em amostras de escarro de adultos. Ele também detecta a resistência à rifampicina, com uma sensibilidade de 95%, além de o resultado sair em duas horas; porém, o TRM-TB não está disponível em nenhuma unidade da rede pública no País.
99. Se o paciente confirmar, com a bacterioscopia, o diagnóstico de tuberculose pulmonar, o exame radiológico (raios X ou tomografia computadorizada de tórax) deve ser dispensado.
100. O paciente informou que foi vacinado, na infância, com a vacina BCG e mostrou a marca no braço direito. Por isso, questionou a hipótese de tuberculose pulmonar. O profissional explicou que a vacina protegia apenas contra as formas graves da tuberculose, por exemplo, a tuberculose meníngea, e, por causa disso, todos os adultos estão suscetíveis à doença.
101. Se o paciente confirmar o diagnóstico de tuberculose, ele deverá fazer um teste rápido para HIV, pois todo paciente com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV. De acordo com os fluxogramas de diagnóstico da infecção pelo HIV que envolvem o teste rápido, o diagnóstico somente pode ser estabelecido após a realização de um teste rápido, e o laudo deverá ser emitido por um profissional de saúde habilitado.

Em julho de 2020, um estudante de medicina veterinária do Distrito Federal teve um acidente ofídico com uma cobra naja. O estudante ficou em coma na unidade de terapia intensiva e recuperou-se após receber o soro antiofídico. A cobra é originária de países da África e da Ásia, e é considerada uma das mais venenosas do mundo. Até então, não se tinha conhecimento da espécie no Brasil.

No que se refere aos acidentes com animais peçonhentos e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

102. No Brasil, o acidente ofídico mais comum é o botrópico que tem como manifestações locais dor, edema, equimose e bolhas na região da picada, bem como manifestações sistêmicas. As complicações locais mais comuns são síndrome compartimental, abscesso e necrose, e as sistêmicas são choque e insuficiência renal aguda.
103. Nos acidentes crotálicos, as manifestações locais são discretas, às vezes com parestesia e eritema. Já as manifestações sistêmicas são mais evidentes e neurotóxicas, como ptose palpebral, turvação visual e oftalmoplegia. A insuficiência renal aguda é a principal complicação e causa de óbito.
104. Nos acidentes com escorpião, o tratamento específico (administração do soro antiescorpiônico) é indicado para todos os casos, pois o tempo entre o acidente e o início das manifestações sistêmicas graves é relativamente mais curto do que nos acidentes ofídicos.
105. Nos acidentes com aracnídeos, o envenenamento é causado pela inoculação de toxinas por intermédio do aparelho inoculador (quelíceras) de aranhas, podendo determinar alterações locais e sistêmicas. O tratamento soroterápico é indicado para pacientes classificados clinicamente como moderados ou graves nos acidentes com aranha marrom (*Loxosceles*) ou armadeira (*Phoneutria*). Em acidente com aranha viúva-negra (*Latrodectismo*), o tratamento é sintomático e de suporte.

Área livre

Em 2016, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passou a usar a nomenclatura infecções sexualmente transmissíveis (IST) no lugar de doenças sexualmente transmissíveis (DST). O termo IST é mais adequado e já era utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A denominação “D”, de “DST”, vem de doença, que significa ter sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já as infecções podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais.

A respeito das ISTs e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 106.** O diagnóstico de sífilis deve ser feito primeiramente com um teste não treponêmico. Em caso de dúvidas, deve-se solicitar um teste treponêmico para confirmar o diagnóstico. O monitoramento da sífilis deve ser realizado com um teste não treponêmico.
- 107.** O tratamento da sífilis primária, secundária e latente recente é feito com uma dose de penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única.
- 108.** Nas uretrites sem identificação do agente etiológico, indicam-se ceftriaxone IM e ciprofloxacina VO.
- 109.** O objetivo do tratamento das verrugas anogenitais por HPV é a destruição das lesões identificáveis para modificar a história natural da infecção pelo HPV, evitando as recidivas das verrugas. As opções de tratamento são ácido tricloroacético (ATA) 80%-90%, podofilina 10%-25%, eletrocauterização, exérese cirúrgica, crioterapia, para tratamento domiciliar, imiquimode ou podofilotoxina.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças virais continuam surgindo e representam um sério problema de saúde pública. Nos últimos 20 anos, várias epidemias virais, como a síndrome respiratória aguda grave coronavírus (Sars-CoV), de 2002 a 2003, e a influenza H1N1, em 2009, foram registradas. Mais recentemente, o Coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (Mers-CoV) foi identificado pela primeira vez na Arábia Saudita em 2012. Em uma linha do tempo que chega aos dias atuais, uma epidemia de casos com infecções respiratórias baixas, inexplicáveis, detectadas em Wuhan, a maior área metropolitana na província de Hubei da China, foi relatada, pela primeira vez, à OMS na China, em 31 de dezembro de 2019. Em 11 de fevereiro de 2020, o Diretor-Geral da OMS anunciou que a doença causada por esse novo CoV era um “Covid-19”, que é a sigla para “doença coronavírus 2019”.

CASCELLA, M.; RAJNIK, M.; CUOMO, A.; DULEBOHN, S.C.; DI NAPOLI, R. (2020). *Features, Evaluation and Treatment Coronavirus*. Disponível em: <ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 20 out. 2020, com adaptações.

Com base nas informações do texto apresentado e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 110.** A doença pelo Sars-CoV-2 (Covid-19) é uma emergência de saúde pública de importância internacional, portanto deveria ter notificação imediata, mas, como é uma pandemia e os profissionais de saúde não teriam tempo hábil para notificar todos os casos, é necessário notificar apenas os casos graves, que evoluem para síndrome respiratória aguda grave (SGRAG).

- 111.** Na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR), achados de opacidade em vidro fosco periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis, são achados sugestivos de pneumonia viral por Sars-CoV-2.
- 112.** Para o diagnóstico de Sars-CoV-2, dispõe-se de testes imunológicos, por imunocromatografia, teste rápido para detecção de anticorpo IgM e (ou) anticorpo IgG, teste enzimaimunoensaio – ELISA IgM – ou imunoensaio por eletroquimioluminescência – ECLIA IgG. A principal limitação desses testes é a necessidade de realização, de forma geral, a partir do oitavo dia do início dos sintomas.
- 113.** Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os hospitais brasileiros devem notificar os casos de transmissão intra-hospitalar de Covid-19, definido como paciente internado por mais de 14 dias e com infecção pelo Sars-CoV-2, confirmada por RT-PCR em tempo real, em amostra coletada após o 14º dia de internação hospitalar.

Um paciente de 65 anos de idade, assintomático, ao realizar testes sorológicos de triagem, oferecidos por um mutirão da saúde no seu bairro, descobriu um resultado de Anti-HCV reagente. Foi encaminhado ao médico infectologista que solicitou exames laboratoriais e de imagem para o paciente.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 114.** O infectologista não precisa solicitar nenhum exame para confirmar o diagnóstico de hepatite C, uma vez que o anti-HCV reagente é suficiente para confirmação do diagnóstico de hepatite C crônica.
- 115.** O médico solicitou genotipagem para hepatite C e confirmou genótipo tipo três. Para esse genótipo, o infectologista prescreveu sofosbuvir e daclatasvir.
- 116.** Para prescrever o tratamento da hepatite C crônica, o médico deve pedir biópsia hepática ou elastografia hepática para avaliar o grau de fibrose hepática, já que a indicação do tratamento é para fibrose maior ou igual a três.

Área livre

Um paciente etilista foi internado em hospital em razão de quadro de pneumonia comunitária com tomografia de tórax com consolidação em ápice esquerdo. No oitavo dia de internação, o paciente evoluiu com insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica e acesso central. Então, ele foi encaminhado à unidade de terapia intensiva. No dia da intubação, foram coletados cultura do aspirado traqueal e hemoculturas em duas amostras em sítios diferentes. Realizou-se tomografia de tórax com nova imagem, por meio da qual se percebeu consolidação em base direita. No aspirado traqueal, cresceu *Klebsiella pneumoniae*, com sensibilidade apenas para aminoglicosídeos e colistina. As hemoculturas mostraram-se negativas.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

117. O diagnóstico do paciente é de uma nova pneumonia classificada, portanto, em pneumonia associada à ventilação mecânica.
118. O provável mecanismo de resistência dessa *Klebsiella pneumoniae* é a produção de carbapenemase.
119. O infectologista solicitou instituir precaução de contato para esse paciente, uma vez que a bactéria isolada é multirresistente e, pelo protocolo institucional, esse perfil de bactéria deve ser isolado.
120. Caso as duas hemoculturas viessem positivas, com crescimento de *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (MRSA), o antibiótico de escolha seria oxacilina para o tratamento dessa infecção.

Área livre

Área livre