



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ENARE - 2026

ENARE - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 23

Escolar, 8 anos, masculino, apresenta aumento de volume na parte posterior do joelho direito, percebido há cerca de duas semanas, sem história de trauma. Ao exame físico, nota-se massa firme, compressível, pouco dolorosa à palpação, localizada medialmente à fossa poplíteia, mais evidente com o joelho em extensão. Radiografia do joelho não mostra alterações ósseas. Considerando a principal hipótese diagnóstica, o teste realizado durante o exame físico que auxilia no diagnóstico é a avaliação por meio da

- A. ausculta.
- B. rotação interna.
- C. transiluminação.
- D. marcha acelerada.
- E. mobilidade passiva.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para **E**.

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Criança de 8 anos apresenta massa poplíteia firme e compressível, com variação de volume conforme posição do joelho, sugerindo *cisto de Baker*.

Fundamentação técnica:

- O **teste de mobilidade passiva** consiste em realizar movimentos de flexão e extensão do joelho enquanto se palpa a massa, avaliando a variação de tamanho e consistência típica do cisto comunicante com a articulação.
- A **transiluminação** pode evidenciar presença de conteúdo líquido, mas não caracteriza a comunicação sinovial e não é específica para o cisto de Baker.
- Segundo o Uptodate:

"Physical examination — A palpable popliteal mass may be identified on physical examination in a patient presenting with knee complaints or following an imaging study finding. In



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

such patients, the diagnosis of a popliteal cyst can usually be based upon physical examination alone.

We diagnose a popliteal cyst by looking for a medial popliteal mass that is most prominent with the patient standing and the knee fully extended and that softens when the knee is bent to 45 degrees (defined as Foucher's sign). The knee should also be examined with the patient lying supine to look for other diagnoses that may contribute to the patient's presentation."

Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para a alternativa **E** (mobilidade passiva).

Referências:

- https://www.uptodate.com/contents/popliteal-bakers-cyst?search=cisto%20de%20baker&source=search_result&selectedTitle=1~39&usage_type=default&display



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 37

Lactente de 11 meses, previamente hígido, está com vacinação atualizada e irá viajar para área de risco de febre amarela. A mãe deseja saber se ele pode ser vacinado. A recomendação atual, segundo o PNI e a SBP, é

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

Recurso:

À Banca Examinadora,

O enunciado descreve lactente de 11 meses, hígido e com vacinação atualizada, que viajará para área de risco de febre amarela. A alternativa considerada correta (A) orienta “administrar a vacina com pelo menos 10 dias antes da viagem, com reforço aos 4 anos”.

Contudo, segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI, edição 2025) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2025), a vacina contra febre amarela deve ser aplicada aos 9 meses de idade como dose de rotina em todo o território nacional (considerando a ampliação de áreas endêmicas e a unificação da recomendação).

Portanto, a criança de 11 meses, com vacinação atualizada, já recebeu a dose da vacina aos 9 meses.

Segundo o PNI (Calendário Nacional de Vacinação 2025), não há indicação de nova dose ou reforço antes dos 4 anos de idade, mesmo em situações de viagem para área de risco, desde que a dose prévia tenha sido administrada com pelo menos 10 dias de antecedência da exposição — condição já atendida no caso descrito.

Dessa forma, **solicito a anulação da questão por não haver alternativa correta, seguindo as recomendações do PNI 2025.**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Referências:

- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: Calendário Nacional de Vacinação – PNI 2025. Brasília: MS; 2025.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Imunizações, 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 71

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

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

Recurso:

Resumo da atividade: anulação da questão (não há resposta correta).

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: a banca não cita a idade gestacional do RN e vale lembrar que o PCDT atual coloca que crianças com alto risco devem receber profilaxia combinada com zidovudina + lamivudina + raltegravir granulado para solução oral 100 mg, durante 28 dias. Entretanto, o uso de raltegravir granulado 100 mg para solução oral somente está indicado para recém-nascidos expostos ao HIV a partir de 37 semanas de idade gestacional até 4 semanas de vida, sendo contraindicado em caso de idade gestacional inferior a 37 semanas ao nascimento e em crianças com peso inferior a 2 kg. Nesses casos, a opção para a profilaxia de situações de alto risco e idade gestacional entre 34 e 37 semanas deve ser zidovudina + lamivudina + nevirapina, durante 28 dias.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Portanto, como a banca não deixa claro a idade gestacional para definir o tratamento mais apropriado, solicito anulação da questão.

Fundamentação técnica:

- O esquema tríplice com zidovudina, lamivudina e nevirapina está sim indicado para recém-nascidos de alto risco para transmissão vertical do HIV, porém o uso de nevirapina só se justifica para aqueles idade gestacional entre 34 e 37 semanas, o que não podemos afirmar com base nas informações do enunciado. Os critérios que classificam este caso como alto risco incluem: ausência de TARV materna durante gestação, carga viral materna desconhecida e diagnóstico tardio. A contraindicação do aleitamento materno é absoluta e deve ser implementada imediatamente, com orientação sobre fórmula láctea e supressão da lactação materna.

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos anulação da questão.

Referências

- Ministério da Saúde — PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2024.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 75

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

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

Recurso:

À Banca Examinadora,

O enunciado descreve pré-escolar do sexo masculino, 3 anos, residente em área endêmica para leishmaniose visceral, apresentando febre há 30 dias, perda ponderal, hepatoesplenomegalia e pancitopenia, com confirmação diagnóstica pela presença de amastigotas em punção de medula óssea.

A alternativa considerada correta (B) orienta “internar e iniciar anfotericina B lipossomal, com ajuste conforme função renal e gravidade clínica”.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Contudo, segundo as **recomendações do Ministério da Saúde**, o tratamento de primeira escolha para **crianças imunocompetentes, maiores de 1 ano**, sem sinais de gravidade, é o **antimoniato de meglumina (Glucantime®)**, por 20 a 30 dias, podendo ser realizado em regime ambulatorial.

A **anfotericina B (lipossomal ou desoxicolato)** é reservada para casos específicos, como:

- idade < 1 ano ou > 50 anos;
- insuficiência ou transplante renal, hepático ou cardíaco;
- intervalo QTc > 450 ms ou uso de medicamentos que o prolongam;
- hipersensibilidade ou falha terapêutica ao antimonial;
- gestação;
- coinfeção pelo HIV;
- comorbidades ou uso de imunossupressores;
- escore de gravidade clínico ≥ 4 ou clínico-laboratorial ≥ 6 .

O paciente descrito **não se enquadra em nenhuma dessas situações** — é uma criança imunocompetente, sem comorbidades, com diagnóstico confirmado e sem critérios de gravidade clínica.

Dessa forma, a conduta adequada, conforme o protocolo vigente do Ministério da Saúde, seria o **uso de antimoniato de meglumina** (alternativa A), e não anfotericina B.

Portanto, **solicito a alteração do gabarito para a alternativa A**, de acordo com as recomendações oficiais.

Referências:

- **Ministério da Saúde.** *Leishmaniose visceral: recomendações para redução da letalidade no Brasil*. Brasília: MS; 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leishmaniose_visceral_reducao_letalidade.pdf



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

- **Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CVE/SP.** *Orientação para ficha de solicitação de Anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose.* São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2023. Disponível em: https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/leish/orientacao_ficha_de_solicitacao_de_anfotericina_b_lipossomal_para_pacientes_com_leishmaniose.pdf_ ()



@medway.residenciamedica



Medway