

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROCESSO SELETIVO 2025

005. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

PRÉ-REQUISITO EM MEDICINA INTENSIVA OU PEDIATRIA

Programa: Medicina Intensiva Pediátrica

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 2 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. O profissional do time de resposta rápida do hospital é acionado via código azul para o atendimento de um paciente de 8 meses na enfermaria de pediatria, supostamente em parada cardiorrespiratória (PCR). Ao chegar no leito e checar responsividade e pulso central, confirma a PCR. No monitor cardíaco nota-se o seguinte ritmo:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Tendo em vista as melhores práticas segundo o *Pediatric Advanced Life Support (PALS)* e considerando que você está acompanhado de dois profissionais de enfermagem, assinale a alternativa que descreve a melhor conduta a ser iniciada para esse paciente.

- (A) Solicitar epinefrina endovenosa imediatamente; iniciar compressões torácicas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Checar ritmo e pulso a cada 2 minutos e repetir epinefrina a cada 3 a 5 minutos.
- (B) Realizar desfibrilação com 2 J/kg; logo após, iniciar compressões torácicas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Checar ritmo e pulso a cada 2 minutos e solicitar dose de epinefrina após o segundo choque.
- (C) Solicitar epinefrina endovenosa imediatamente; iniciar compressões torácicas na proporção de 30 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Checar ritmo e pulso a cada 2 minutos e repetir epinefrina a cada 3 a 5 minutos.
- (D) Iniciar compressões torácicas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Checar ritmo e pulso a cada 2 minutos e solicitar epinefrina após 3 a 5 minutos.

02. Paciente de 4 anos, em tratamento de linfoma de Hodgkin com localização primária em mediastino, dá entrada no pronto-socorro e rapidamente é levado à sala de emergência após avaliação inicial. Mãe refere queda no estado geral, palidez cutânea, inapetência, náuseas, vômitos e diminuição da diurese há 1 dia. Ao exame físico, aparenta em mau estado geral, descorado +++/4+, sudoreico e com rebaixamento do nível de consciência. FC = 188 bpm, PA = 54 x 30 (34) mmHg, tempo de enchimento capilar de 6 segundos, mucosas secas, pulsos periféricos ausentes, pulsos centrais finos, bulhas cardíacas com discreta hipofonese, turgência jugular. FR = 54 ipm, com tiragens de fúrcula e subcostal moderadas.

Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que descreve corretamente o tipo de choque desse paciente e a conduta inicial específica apropriada.

- (A) Choque cardiogênico descompensado. Iniciar droga vasoativa que promova inotropismo e vasoconstrição, com objetivo de elevar a pressão arterial.
 - (B) Choque obstrutivo descompensado. Iniciar droga vasoativa que promova inotropismo e solicitar radiografia de tórax para auxiliar o diagnóstico – se confirmado, realizar punção torácica no 2º espaço intercostal com jelco a 90º.
 - (C) Choque hipovolêmico descompensado. Iniciar reposição volêmica com cristalóide 20 mL/kg em 20 minutos e considerar início de droga vasoativa caso persista com sinais de hipoperfusão tecidual após 60 mL/kg de expansão.
 - (D) Choque obstrutivo descompensado. Iniciar droga vasoativa que promova inotropismo e solicitar ecocardiograma para auxiliar o diagnóstico e guiar pericardiocentese.
03. Um lactente de 1 ano e 6 meses é trazido ao pronto-socorro após cair do carrinho de bebê em movimento. A mãe relata que a criança bateu com a cabeça no chão, mas permaneceu consciente e chorou imediatamente após o impacto. No exame físico, a criança está alerta, sem sinais de alteração do estado de consciência, sem vômitos e com um pequeno hematoma palpável no couro cabeludo em região temporal.
- Com base nas diretrizes da *Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN)*, assinale a alternativa que indica a conduta apropriada para esse caso.
- (A) Realizar tomografia computadorizada (TC) devido ao mecanismo de lesão grave envolvendo queda de altura com hematoma temporal.
 - (B) Observar a criança por 12 a 24 horas e realizar TC apenas se houver deterioração do estado clínico.
 - (C) Realizar TC devido ao mecanismo do trauma grave em paciente com menos de 2 anos.
 - (D) Não realizar TC, pois a criança está alerta e não apresenta sinais de alteração neurológica significativa no momento.

04. Paciente de 6 anos é trazido à emergência pelos pais devido a febre alta persistente e letargia progressiva nas últimas 12 horas. Os pais relatam que ele estava bem até a noite anterior, quando começou a apresentar febre de até 39,8 °C e recusa alimentar. Hoje pela manhã, a criança não quis sair da cama e apresentou estado sonolento, mal interagindo com os pais. Ao chegar à emergência, o paciente foi deitado na maca, estava sonolento e difícil de acordar, respondendo minimamente aos estímulos verbais. Ao exame físico: FC = 162 bpm, PA = 72 x 31 (44) mmHg, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pulsos periféricos finos e extremidades frias, FR = 34 ipm, SatO₂ = 91% em ar ambiente, petéquias e púrpuras espalhadas pelo corpo, sem sinais meníngeos.

Assinale a alternativa que contém o diagnóstico provável para esse paciente, tendo em vista as novas definições de sepse pediátrica (critérios de Phoenix).

- (A) Sepse grave secundária a uma meningococemia.
- (B) Sepse secundária a uma meningococemia.
- (C) Sepse grave secundária a uma encefalite.
- (D) Choque séptico secundário a uma meningococemia.

05. Paciente masculino de 6 meses é levado ao pronto-socorro pelos pais devido a febre alta, há 2 dias (máximo de 39,4 °C), associada a irritabilidade e recusa alimentar. Já haviam levado o filho em outro serviço há 1 dia, mas optaram por evadir. A mãe relata que o paciente já teve dois episódios prévios de infecção urinária, confirmados com exames complementares, e está em acompanhamento com nefrologista. Não há outros sintomas associados, histórico de doenças crônicas ou uso recente de antibióticos. Ao exame físico paciente encontra-se febril (38,6 °C), irritado, sem alterações relevantes em região abdominal ou gênito-urinária.

Exame do outro serviço: urina tipo 1 (por saco coletor) com 43 mil leucócitos, 16 mil hemácias e bactérias +/4+.

É solicitado o exame de urina (urina tipo 1 e urocultura) por sonda vesical de alívio. Os pais mostram-se apreensivos, pois as coletas anteriores sempre foram por saco coletor, por isso lhes é explicado que a coleta por sonda vesical de alívio, nesse contexto, é importante pois

- (A) leucocitúria e bacteriúria são achados comuns e esperados em crianças febris quando a coleta é feita por saco coletor.
- (B) a presença de leucocitúria é sempre sugestiva de infecção quando coletada por sonda de alívio, o que não se aplica na coleta por saco coletor.
- (C) a coleta de urina tipo 1 sempre deve ser realizada por sonda de alívio.
- (D) o uso de saco coletor pode aumentar a taxa de resultados falso-positivos para bacteriúria.

06. Um menino de 6 anos é levado ao consultório pelo pai devido à presença de urina escurecida há 2 dias. O pai relata que a criança não apresenta dor ao urinar, febre ou outros sintomas associados. Não há histórico familiar de doenças renais. Ao exame físico, paciente está em bom estado geral e ao urinar há presença de hematúria macroscópica.

Realizados exames complementares com urina tipo 1 com > 1 milhão de hemácias e presença de dismorfismo eritrocitário.

Com base no caso clínico descrito, qual é o diagnóstico diferencial provável para explicar a hematúria nesse paciente.

- (A) Glomerulonefrite.
- (B) Nefrolitíase.
- (C) Infecção do trato urinário.
- (D) Trauma renal.

07. Menina de 13 anos, com diagnóstico conhecido de anemia falciforme, dá entrada no pronto-socorro trazida pelos pais com relato de fortes dores em membros inferiores. Quando questionada refere dor nota 10 de 10. Já fez uso em casa de paracetamol com codeína, sem melhora. Você opta por prescrever morfina, mas a enfermeira do pronto-socorro informa que paciente veio há 1 semana com a mesma queixa e suspeita que haja algum tipo de adição ao opioide, sugerindo então uma conduta diferente.

Nesse contexto, assinale a alternativa que descreve a conduta adequada para o caso.

- (A) Manter a prescrição de morfina, uma vez que se trata de paciente com patologia conhecida pelo potencial de geração de dor. Além disso, a dor mal tratada pode retroalimentar o processo de falcização de hemácias.
- (B) Prescrever placebo (soro fisiológico), deixando claro para a paciente que ela está recebendo morfina, sendo uma boa estratégia para verificar se há ou não adição ao opioide.
- (C) Prescrever tramadol em dose alta associado a antiemético, sendo uma boa alternativa entre os opioides para substituir a morfina nesses casos.
- (D) Prescrever ceterolaco, um anti-inflamatório potente que diminui a necessidade do uso de opioides em paciente com anemia falciforme, diminuindo a possibilidade de adição.

08. Um menino de 2 anos é levado ao pediatra para consulta de rotina. Os pais relatam que a criança está se alimentando bem, encontra-se aparentemente saudável, mas nas últimas semanas notaram que seu abdome parecia estar mais inchado. Além disso, referem que ele se cansa facilmente e tem estado mais irritado que o normal. Não há histórico prévio de patologias relevantes, episódios febris ou perda de peso. Ao exame físico, a palpação abdominal revelou uma massa firme e não dolorosa no flanco direito, sem outros sinais aparentes de infecção. A criança estava afebril e apresentava um estado geral bom.

Considerando as principais neoplasias abdominais da infância e a importância do exame físico abdominal de rotina, qual das alternativas corresponde adequadamente aos achados clínico-laboratoriais encontrados que poderiam conduzir a investigação diagnóstica?

- (A) O tumor de Wilms é mais comum em crianças em idade escolar e início da adolescência.
- (B) O nefroblastoma geralmente é bilateral.
- (C) Equimoses periorbitais (“olhos de guaxinim”) podem indicar metástase para a região orbital no neuroblastoma.
- (D) As catecolaminas urinárias estão elevadas no nefroblastoma.

09. Um menino de 12 anos comparece ao ambulatório de pediatria com sintomas de atraso no crescimento, baixo ganho de peso, fadiga e intolerância ao frio há 4 meses. O exame físico revela FC = 59 bpm, pele seca e pálida, e um bócio leve. Exames laboratoriais mostram: TSH: 15 mU/L (normal: 0,5 – 4,5 mU/L), T4 livre: 0,6 ng/dL (normal: 0,8 – 2,0 ng/dL), T3 livre: 1,9 pg/mL (normal: 2,3 – 4,2 pg/mL). Anticorpos anti-tireoperoxidase (anti-TPO) estão presentes em altos títulos.

Considerando as informações expostas, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável.

- (A) Tireoidite de Hashimoto.
- (B) Hipotireoidismo central.
- (C) Hipotireoidismo subclínico.
- (D) Doença de Iodo.

10. Paciente de 5 anos dá entrada no pronto-socorro com história de náuseas, vômitos e dor abdominal difusa intermitente há 4 dias, até então tratada como gastroenterocolite viral. Referia muita sede. Quadro foi piorando, sendo que há 1 dia mãe notou respiração mais ofegante. Ao exame físico, sinais de desidratação grave, rebaixamento de nível de consciência, sem sinais meníngeos. FC = 144 bpm, PA = 97 x 44 (67) mmHg, FR = 48 ipm, SatO₂ = 96% em ar ambiente. Glicemia capilar = 432 mg/dL.

Assinale a alternativa que contém, respectivamente, a alteração da gasometria mais compatível para esse paciente e o que se espera que aconteça do ponto de vista laboratorial como comprovação de tratamento adequado.

- (A) Acidose metabólica com ânion gap normal; manutenção do ânion gap e queda do bicarbonato.
- (B) Alcalose metabólica com ânion gap normal; elevação do ânion gap e queda do bicarbonato.
- (C) Acidose metabólica com ânion gap elevado; queda do ânion gap e elevação do bicarbonato.
- (D) Acidose metabólica com ânion gap elevado; manutenção do ânion gap e queda do bicarbonato.

11. Menina de 10 anos com queixa de episódios recorrentes de dor de cabeça, geralmente latejante, mais de um lado, associada a náuseas e sensibilidade à luz e ao som. Ela também menciona que esses episódios costumam durar de 4 horas a 3 dias e são acompanhados por irritabilidade e perda de apetite durante os episódios. Não há história prévia de trauma craniano, febre ou sinais neurológicos focais.

Com base nas informações fornecidas, qual é o diagnóstico mais provável para as cefaleias dessa paciente?

- (A) Cefaleia tensional crônica.
- (B) Enxaqueca.
- (C) Cefaleia tensional episódica.
- (D) Cefaleia secundária.

12. Paciente de 4 anos dá entrada no pronto-socorro com história de diarreia líquida há 3 dias. Os pais referem que os episódios de evacuação são frequentes (cerca de 8 vezes por dia) e que hoje começaram a vir com sangue. Além disso, há 2 dias vem apresentando febre (temperatura máxima de 38,9 °C) e vômitos eventuais. Ao exame físico, a criança está irritada, em regular estado geral, com sinais de desidratação moderada e dor abdominal difusa à palpação profunda.

Com base nas recomendações do Ministério da Saúde para manejo do paciente com diarreia, assinale a alternativa correta.

- (A) Iniciar terapia com zinco 20 mg 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias, para ajudar na recuperação da mucosa intestinal e reduzir a duração da diarreia.
- (B) Administrar solução de reidratação oral (SRO) após a resolução dos vômitos, apenas para evitar a piora da desidratação.
- (C) Suspender a alimentação da criança temporariamente para evitar irritação do trato gastrointestinal durante o tratamento.
- (D) Prescrever loperamida para reduzir a frequência das evacuações, visando o alívio dos sintomas e a prevenção de desidratação.

13. Escolar de 7 anos com queixas recorrentes de dor abdominal nos últimos 6 meses, caracterizada como difusa e sem localização específica. Ocorre de forma intermitente, muitas vezes relacionada com períodos de estresse emocional na escola e com referido alívio após administração de analgésico (dipirona). Não há histórico de febre, perda de peso, diarreia ou vômitos. Ao exame físico, o paciente está hidratado, sem sinais de distensão abdominal ou sensibilidade à palpação.

Com base no caso clínico apresentado, qual é a abordagem diagnóstica inicial mais apropriada?

- (A) Solicitar exames laboratoriais e de imagem para excluir causas orgânicas de dor abdominal, como intolerância alimentar.
- (B) Iniciar tratamento empírico com inibidores de bomba de prótons (IBP) para aliviar a dor abdominal e descartar a possibilidade de refluxo gastroesofágico oculto.
- (C) Orientar os pais sobre a natureza benigna do quadro funcional e recomendar estratégias para o manejo do estresse.
- (D) Recomendar dieta de exclusão de glúten e lactose como prova terapêutica.

14. Lactente de um mês em consulta de puericultura, com sintomas referidos como regurgitações frequentes após as mamadas, sem sinais de desconforto ou irritabilidade acentuada. No exame físico, o bebê está alerta, hidratado, sem alterações à palpação abdominal, com ganho ponderal adequado desde o nascimento.

Com base no caso clínico apresentado, qual é a orientação adequada para o manejo desse bebê?

- (A) Iniciar inibidores da bomba de prótons (IBPs) em baixas doses.
- (B) Solicitar ultrassonografia abdominal para avaliação de hipertrofia da musculatura pilórica.
- (C) Orientar a mãe sobre medidas de posicionamento após as mamadas e monitorar o ganho de peso.
- (D) Recomendar a diluição do leite materno em espessante apropriado para a idade.

15. Criança de 6 anos é levada ao serviço de emergência após ser encontrada submersa em uma piscina por aproximadamente 5 minutos. No momento da admissão, está consciente, com tosse intensa e expulsão de espuma pela boca, e queixa de dor torácica. Ao exame físico, ausculta com estertores difusos, FR = 34 ipm, SatO₂ = 88% em ar ambiente, leve tiragem subcostal, FC = 134 ipm, pulsos periféricos cheios.

Assinale a alternativa que descreve a conduta inicial adequada nesse caso.

- (A) Monitorizar, oferecer oxigênio com máscara não-reinalante a 15 L/min, realizar radiografia de tórax e manter vigilância do padrão respiratório.
- (B) Monitorizar, realizar imediatamente intubação orotraqueal como medida preventiva, visto a gravidade do afogamento, e solicitar vaga de UTI.
- (C) Monitorizar, oferecer oxigênio com cateter simples de oxigênio a 1 L/min e observar evolução pelo período de 6 a 8 horas antes da alta hospitalar.
- (D) Monitorizar, iniciar ventilação não invasiva para garantir pressão positiva e reabsorção do líquido aspirado, solicitar radiografia de tórax e vaga de UTI.

16. Menina de 4 anos é encontrada pelos pais ao lado de uma caixa de medicamentos aberta. Por aparentar dificuldade para se manter acordada, a criança é levada ao serviço de emergência cerca de 2 horas após o ocorrido. Os pais não trazem a caixa, mas referem que a avó (que mora na mesma casa) faz uso de medicação controlada para dormir.

Ao exame físico, nota-se rebaixamento de nível de consciência (escala de coma de Glasgow = 13), miose, FR = 16 ipm, FC = 88 bpm e PA = 86 x 38 (50) mmHg.

Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que contém a conduta correta para resolução do quadro.

- (A) Passagem de sonda para lavagem gástrica com solução salina.
- (B) Passagem de sonda para administração de carvão ativado na dose de 1 a 2 g/kg.
- (C) Administração de flumazenil endovenoso.
- (D) Administração de soro fisiológico 20 a 40 mL/kg.

17. Criança de 5 anos com história de febre alta (39,8 °C) há 24h, vômitos e, há algumas horas, rebaixamento de nível de consciência. À admissão no setor de emergência, estima-se uma pontuação de 9 na escala de coma de Glasgow. Além disso, estão presentes no exame físico rigidez de nuca e sinal de Brudzinski bilateral.

Com relação à coleta de líquido cefalorraquidiano nessa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A punção lombar deve ser realizada imediatamente, antes do início da antibioticoterapia para meningite, e a coleta do exame após o início do antibiótico resultaria em uma interpretação incorreta dele.
- (B) A punção não deve ser realizada nesse caso, uma vez que a prioridade imediata seria o início da antibioticoterapia para meningite e a coleta posterior seria alterada pela medicação.
- (C) É recomendada a realização de tomografia de crânio antes da punção lombar, uma vez que o rebaixamento de nível de consciência pode ser um sinal de hipertensão intracraniana.
- (D) A punção lombar deve ser realizada após a intubação da paciente, uma vez que o rebaixamento de nível de consciência é grave e o posicionamento para a punção pode dificultar a manutenção de via aérea pérvia.

18. Um menino de 7 anos é trazido às pressas ao pronto-socorro após colapso súbito durante atividade física. O paciente não responde e não foi detectado pulso central. Foram iniciadas compressões torácicas e obtido o ritmo a seguir após monitorização.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

De acordo com as recomendações do *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, qual alternativa descreve a melhor sequência de condutas para esse caso?

- (A) Solicitar epinefrina endovenosa imediatamente; iniciar compressões torácicas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Checar ritmo e pulso a cada 2 minutos e repetir epinefrina a cada 3 a 5 minutos.
- (B) Realizar desfibrilação com 2 J/kg; logo após, iniciar compressões torácicas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Solicitar dose de epinefrina logo após o primeiro choque e dose de amiodarona após o segundo choque.
- (C) Solicitar dose de sulfato de magnésio endovenoso imediatamente; iniciar compressões torácicas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Checar ritmo e pulso a cada 2 minutos e solicitar epinefrina após o término do primeiro ciclo.
- (D) Realizar desfibrilação com 2 J/kg; logo após, iniciar compressões torácicas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Solicitar dose de epinefrina apenas após o segundo choque e dose de amiodarona após o terceiro choque.

19. Menino de 2 anos é trazido ao pronto-socorro após acidente de carro. Testemunhas relatam que o paciente estava no banco de trás no colo de um passageiro, sem cinto de segurança. À avaliação inicial, apresenta-se levemente sonolento, pálido, com bom padrão respiratório e saturação, com pulsos finos, tempo de enchimento capilar de 6 segundos, PA = 52 x 30 (40) mmHg, FC = 184 bpm e grande hematoma visível em região abdominal, com dor importante à palpação.

Sobre a reposição volêmica para esse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A ressuscitação com fluidos nesse caso (um choque hemorrágico) deve começar com a infusão rápida de cristalóide isotônico em bôlus de 20 mL/kg. Logo após o primeiro bôlus já deve ser realizada a infusão de concentrado de hemácias, não havendo benefício de continuar a ressuscitação somente com os cristalóides.
- (B) A solução de cristalóide escolhida na ressuscitação volêmica desse paciente deve ser preferencialmente aquecida a 39 °C para diminuir a possibilidade de hipotermia.
- (C) A solução de cristalóide isotônico pode ser realizada em qualquer acesso, inclusive o acesso intraósseo, se for necessário. No entanto, caso seja indicado concentrado de hemácias, é mandatório que se obtenha um acesso venoso para sua administração.
- (D) O uso de concentrado de hemácias deve ser considerado rapidamente, devendo ser evitada administração de mais de 30 mL/kg pelo risco de aloimunização.

20. Adolescente de 15 anos é admitido após ter sofrido choque elétrico ao tocar um fio desencapado. Ao exame físico, apresenta sinais de queimaduras de entrada e saída no corpo, está consciente, alerta, mas com bulhas arrítmicas à ausculta cardíaca. FC = 84 bpm, PA = 114 x 77 (84) mmHg, pulsos cheios, perfusão sem alterações. Ao ser monitorizado apresenta o seguinte ritmo:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando o quadro apresentado, assinale a alternativa que descreve a conduta mais adequada para o paciente.

- (A) Manter monitorização eletrocardiográfica contínua, realizar coleta de exames laboratoriais (eletrólitos, troponina, creatinofosfoquinase e função renal) e solicitar vaga de UTI.
- (B) Manter monitorização eletrocardiográfica contínua, realizar coleta de exames laboratoriais (eletrólitos, troponina, creatinofosfoquinase e função renal), iniciar amiodarona 5 mg/kg em 60 minutos e solicitar avaliação cardiológica e vaga em UTI.
- (C) Manter monitorização eletrocardiográfica contínua, realizar cardioversão elétrica sincronizada com 0,5 J/kg após sedação adequada e solicitar vaga em UTI.
- (D) Manter monitorização eletrocardiográfica contínua, realizar cardioversão química com adenosina 0,1 mg/kg e ponderar início de amiodarona e avaliação do cardiologista caso o ritmo cardíaco não tenha melhorado.

21. Escolar de 8 anos com quadro de cefaleia há 3 dias, em região frontal e ao final do dia, depois que retorna da escola. Já apresentou quadros similares anteriormente que melhoraram com dipirona e ibuprofeno. Paralelamente, paciente faz acompanhamento, há 1 ano, por síndrome nefrótica córtico-dependente, atualmente em uso de prednisona, espironolactona e anlodipino. Ao exame físico, está alerta, orientado, com FC = 118 bpm e PA = 156 x 99 (115) mmHg em repouso.

Assinale a alternativa que descreve a conduta apropriada em relação à pressão arterial do paciente.

- (A) Trata-se de valor muito elevado de pressão arterial para uma criança; deve-se solicitar vaga em UTI para iniciar tratamento com anti-hipertensivo endovenoso (nitroprussiato de sódio), objetivando-se queda lenta da PA para evitar isquemia de órgãos alvo.
- (B) Paciente não tem qualquer sintoma ou comprometimento secundário à elevação da pressão arterial. Deve-se tratar a cefaleia com analgésico simples e encaminhar ao nefrologista para ajuste ambulatorial dos anti-hipertensivos.
- (C) O quadro parece sugestivo de cefaleia tensional, com indicação de analgésico simples e mudanças de hábito de vida. No entanto, deve-se investigar possível comprometimento de órgãos alvo por meio de fundoscopia, exame neurológico, avaliação cardiológica e avaliação renal.
- (D) A hipertensão arterial deve-se provavelmente ao quadro de dor aguda e possível aferição incorreta, pela dificuldade de se medir PA em ambiente de pronto-socorro infantil. Deve-se inicialmente administrar analgésico simples, garantir aferição correta e reavaliar após.

22. Em um pronto atendimento, uma criança é atendida com dor nos olhos, lacrimejamento e dificuldade para manter o olho direito aberto após uma brincadeira no tanque de areia na escola, quando um amiguinho jogou areia em seu rosto. O exame local revela conjuntiva hiperêmica e uma sensação de corpo estranho, mas não há sinais evidentes de trauma penetrante.

Qual é a abordagem inicial apropriada para o manejo desse caso?

- (A) Lavagem ocular com solução fisiológica 0,9% e oclusão do olho como pomada anestésica.
- (B) Assepsia com água boricada e encaminhamento ao oftalmologista.
- (C) Encaminhamento imediato ao oftalmologista para inspeção com lâmpada de fenda e avaliação de possíveis lesões adicionais.
- (D) Manter a lubrificação ocular constante e observação domiciliar, uma vez que há ausência de corpo estranho evidente.

23. Um menino de 5 anos foi internado na UTI pediátrica com diagnóstico recente de leucemia linfóide aguda, ainda sem tratamento, mas com programação breve de início de corticoide. Exames iniciais mostram hemograma com 340 mil leucócitos (95% de blastos), K = 4,5, Na = 144, P (fósforo) = 11,4 (normal até 6), Ca total = 5,8 (normal entre 8 e 10), Ca iônico = 0,88 (normal de 1,15 a 1,3), AU (ácido úrico) = 15,8 (normal até 8), ureia e creatinina normais.

Em relação ao quadro atual, assinale a alternativa que descreve a conduta inicial mais adequada a ser realizada pelo intensivista.

- (A) Iniciar hidratação basal (100 mL/kg/dia), prescrever alopurinol, atentar para débito urinário e balanço hídrico, coletar exames laboratoriais da parte eletrolítica com frequência, corrigir o cálcio com 0,5 mg/kg de gluconato de cálcio e iniciar sevelamer como quelante do fósforo.
- (B) Iniciar hiperidratação com oferta hídrica de 2 a 3 L/m²/dia, prescrever alopurinol, atentar para débito urinário e balanço hídrico, coletar exames laboratoriais da parte eletrolítica com frequência, corrigir o cálcio com 0,5 mg/kg de gluconato de cálcio e iniciar sevelamer como quelante do fósforo.
- (C) Iniciar hiperidratação com oferta hídrica de 2 a 3 L/m²/dia, prescrever rasburicase, atentar para débito urinário e balanço hídrico, coletar exames laboratoriais da parte eletrolítica com frequência, corrigir o cálcio com 0,5 mg/kg de gluconato de cálcio e iniciar sevelamer como quelante do fósforo.
- (D) Iniciar hiperidratação com oferta hídrica de 2 a 3 L/m²/dia, prescrever rasburicase, atentar para débito urinário e balanço hídrico, coletar exames laboratoriais da parte eletrolítica com frequência e corrigir o cálcio apenas se houver sintomas compatíveis com hipocalcemia ou alteração eletrocardiográfica.

24. Lactente de 8 meses apresenta, há cerca de duas semanas, episódios de flexão repentina dos braços e pernas, seguidos de uma rápida extensão do corpo, mais frequentemente após as refeições. Não há outros sintomas associados. O exame físico revela um desenvolvimento neuropsicomotor atrasado e sinais de irritabilidade.

Qual a conduta apropriada para investigação diagnóstica e correto manejo dessa criança?

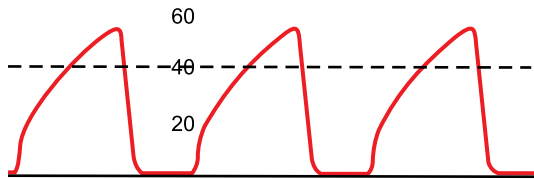
- (A) Iniciar tratamento com um anticonvulsivante (preferencialmente ácido valproico ou levetiracetam) para controle das convulsões e monitorar a resposta ao tratamento.
- (B) Solicitar uma tomografia computadorizada do crânio para investigar possíveis causas estruturais subjacentes e realizar coleta de líquido cefalorraquidiano posteriormente para excluir causas infecciosas.
- (C) Realizar um eletroencefalograma (EEG) para identificar padrões típicos de espasmos infantis e confirmar o diagnóstico de síndrome de espasmos infantis (antiga síndrome de West).
- (D) Encaminhar para uma avaliação neurológica detalhada e iniciar terapia ocupacional e fonoaudiológica para lidar com o atraso no desenvolvimento.

25. Paciente de 6 anos com quadro inicial de febre elevada (39,8 °C), cefaleia, vômitos e rebaixamento de nível de consciência. Há 4 horas passou a apresentar lesões purpúricas na pele. Hemodinamicamente instável, sem melhora neurológica ou hemodinâmica após ressuscitação volêmica e início de droga vasoativa. Considerando a situação crítica, foi indicada intubação orotraqueal.

Assinale a alternativa que contém a melhor opção para a sequência rápida de intubação para esse paciente.

- (A) Cetamina, fentanil e rocurônio.
- (B) Propofol, fentanil e rocurônio.
- (C) Etomidato, fentanil e rocurônio.
- (D) Midazolam, morfina e rocurônio.

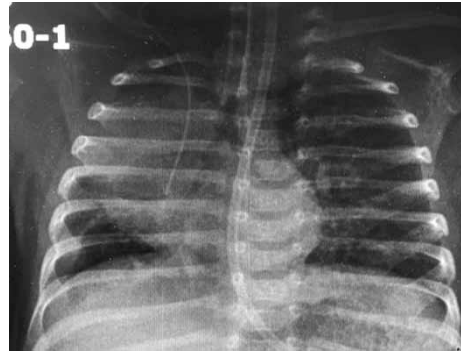
26. Criança de 5 anos em franca insuficiência respiratória, com FR = 8 ipm, $\text{SatO}_2 = 68\%$ em ar ambiente e uso importante de musculatura acessória. Realizada intubação orotraqueal com cânula 5,5 com cuff. Após o término do efeito do bloqueador neuromuscular, paciente voltou a apresentar piora do padrão respiratório e queda de saturação, além da curva de capnografia a seguir:



Com base nos dados apresentados, qual é a hipótese e a conduta adequada para o desconforto do paciente, que persiste mesmo após a intubação?

- (A) Provável doença com componente obstrutivo; a curva de capnografia aponta dificuldade expiratória, com necessidade de ajuste da ventilação, administração de beta-2 agonista inalatório, corticoide sistêmico e possível bloqueio neuromuscular.
- (B) A curva de capnografia sugere uma obstrução do tubo orotraqueal, com necessidade de aspiração de vias aéreas e troca de cânula caso não haja melhora.
- (C) A cânula utilizada para a intubação do paciente foi de tamanho inadequado, evidenciado após o fim do efeito do bloqueador; realizar a troca da cânula para uma de número menor.
- (D) A curva de capnografia e a piora súbita do paciente apesar da intubação sugerem pneumotórax por barotrauma; solicitar radiografia de tórax para confirmar a hipótese e acionar equipe para drenagem torácica.

27. Lactente de 2 meses com quadro de tosse produtiva, coriza e desconforto respiratório progressivo há 4 dias. Diagnosticado com bronquiolite, precisou ser acoplado ao cateter nasal de alto fluxo. No entanto, evoluiu com insuficiência respiratória, sendo indicada intubação orotraqueal. Após intubação, realizada radiografia de tórax a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base na patologia do paciente, na idade e na radiografia de tórax após a intubação, assinale a alternativa que descreve os parâmetros de ventilação mecânica mais adequados para acoplar o paciente ao ventilador (ventilação a pressão controlada, modo assistido-controlado).

- (A) PEEP: 10, T_{insp}: 0,4 s, FR: 36 ipm, FiO₂ 100%, P_{insp} suficiente para fazer volume corrente de 6 a 8 mL/kg.
- (B) PEEP: 7, T_{insp}: 0,55 s, FR: 30 ipm, FiO₂ 100%, P_{insp} suficiente para fazer volume corrente de 6 a 8 mL/kg.
- (C) PEEP: 4, T_{insp}: 0,55 s, FR: 24 ipm, FiO₂ 100%, P_{insp} suficiente para fazer volume corrente de 4 a 6 mL/kg.
- (D) PEEP: 7, T_{insp}: 0,75 s, FR: 32 ipm, FiO₂ 100%, P_{insp} suficiente para fazer volume corrente de 4 a 6 mL/kg.

28. Lactente de 12 meses com quadro de febre e tosse há 48 horas. Ao exame, encontra-se irritado, hipocorado 1+/4+, acianótico, anictérico, com tiragem subcostal e retração de fúrcula em ar ambiente, saturação 88% em ar ambiente, ausculta respiratória com murmúrio vesicular reduzido em base esquerda e estertores crepitantes nessa topografia. Paciente acoplado em cateter nasal de oxigênio e monitorizado com oxímetro de pulso. Solicitada radiografia de tórax e, nesse ínterim, queda de saturação para 80% e piora dos parâmetros clínicos, com sonolência, palidez cutânea, frequência respiratória de 15 ipm e cardíaca de 80 bpm.

A conduta imediata correta envolve o uso de

- (A) máscara não reinalante.
- (B) ventilação com pressão positiva.
- (C) ventilação não invasiva.
- (D) cateter nasal de alto fluxo.

29. Lactente de 18 meses, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro com história de tosse seca e coriza há dois dias, evoluindo com desconforto respiratório há poucas horas. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, hidratado, corado, com murmúrios universalmente audíveis e estridor inspiratório e expiratório em repouso, tiragem subcostal moderada, pulsos amplos e tempo de enchimento capilar de 2 segundos.

Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A conduta imediata deve ser monitorização do paciente em leito de emergência, instalação de oxigenioterapia e obtenção de dois acessos venosos calibrosos para medicação endovenosa.
- (B) A presença de estridor em repouso denota maior gravidade do quadro, o que indica a necessidade de realizar inalação com epinefrina.
- (C) A corticoterapia sistêmica está indicada somente em caso de falha no tratamento inicial.
- (D) O tratamento indicado é de suporte, podendo ser feito teste terapêutico com salbutamol devido à gravidade do caso.

30. Criança de 7 anos de idade é admitida no pronto-socorro com febre há um dia, cefaleia holocraniana e vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, hipocorada 1+/4+, desidratada 2+/4+, acianótica, anictérica, pulsos periféricos amplos, tempo de enchimento capilar de 2 segundos, ausculta cardiorrespiratória normal, sinal de Brudzinski positivo. Foi coletado liquor, cuja análise laboratorial revelou: 1 500 células (90% polimorfonucleares), glicose 20 mg/dL, proteína 700 mg/dL, bacterioscopia com presença de diplococos gram-negativos. A glicemia capilar no momento da coleta era de 80 mg/dL.

Considerando as orientações do Ministério da Saúde sobre o agente etiológico mais provável conforme a interpretação do liquor, assinale a alternativa correta.

- (A) A quimioprofilaxia dos contactantes próximos é indicada apenas para crianças menores de 4 anos não vacinadas.
- (B) O tratamento antimicrobiano pode ser realizado com penicilina cristalina por 7 dias.
- (C) O bloqueio vacinal é sempre indicado para os contactantes próximos.
- (D) A notificação deve ser realizada após a confirmação do diagnóstico.

31. Criança de 4 anos de idade comparece a consulta pediátrica com queixa de febre intermitente há 4 semanas, associada a inapetência. Ao exame físico, apresenta massa cervical anterior direta de 4 cm, hiperemiada, móvel e pouco dolorosa à palpação. Já recebeu curso de 10 dias de cefalexina para tratamento de adenite, com término há 48 horas, sem melhora. Foi solicitada ultrassonografia cervical, que evidenciou conglomerado linfonodal de 4 cm no maior eixo, com área de necrose central.

Considerando o diagnóstico mais provável, a conduta mais adequada é

- (A) coletar sorologia para vírus Epstein-Barr, citomegalovírus e toxoplasmose.
- (B) iniciar teste terapêutico com amoxicilina-clavulanato.
- (C) solicitar PET-TC de região cervical.
- (D) realizar punção aspirativa por agulha fina e pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes.

32. Recém-nascido de parto vaginal a termo, sem intercorrências, Apgar 8/9, mãe com histórico de polidrâmnio detectado no terceiro trimestre, evoluiu, nas primeiras 48 horas de vida, com distensão abdominal e não eliminação de mecônio. Foi realizada ultrassonografia abdominal, que sugeriu diagnóstico de ileo meconial. Aos 15 dias de vida, recebe resultado de teste do pezinho alterado.

Em relação à doença presumida, é correto afirmar:

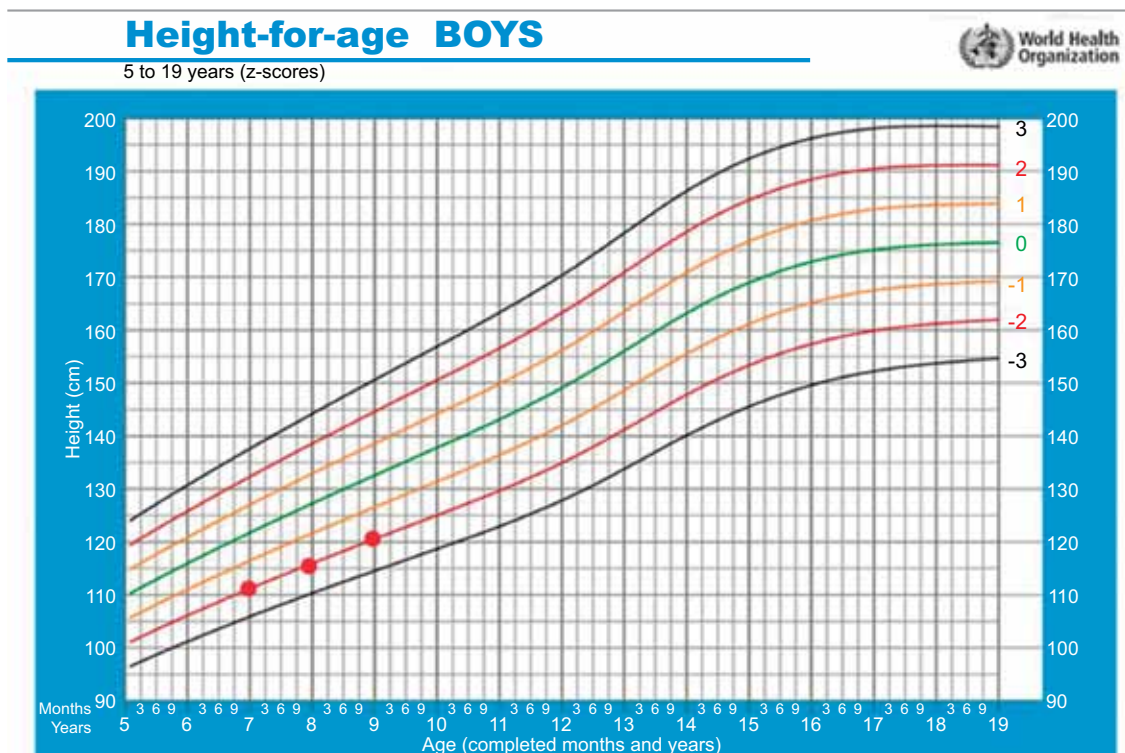
- (A) o cenário clínico-laboratorial observado dispensa exames adicionais para confirmação diagnóstica.
- (B) a diabetes mellitus tipo 1 é complicação comum, geralmente manifestada nos primeiros 5 anos de vida.
- (C) a análise genética pode ser indicada para fins diagnósticos, ainda que sem implicações nas possíveis intervenções terapêuticas.
- (D) a monitorização da colonização bacteriana pulmonar deve ser realizada de forma rotineira.

33. Criança de 2 anos de idade, do sexo masculino, comparece a consulta pediátrica de rotina. Na avaliação, o médico percebe que a criança corre, escala móveis sem ajuda, arremessa uma bola com as mãos, fala algumas palavras simples sem formular frases, segue instruções simples e gosta de brincar de girar as rodas do carrinho. Não sabe pedalar um triciclo ou pular sobre um pé só, não brinca de faz de conta, não aponta com o dedo para pedir ajuda ou mostrar coisas interessantes, não responde quando chamada pelo nome e faz pouco contato visual.

Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Uma pontuação na escala M-CHAT-R entre 8 e 20 confirma o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista.
- (B) Deve-se orientar estímulos adequados à criança, com redução do tempo de exposição a telas, e aplicar a escala M-CHAT-R somente aos 3 anos de idade.
- (C) Há atraso do desenvolvimento em todos os campos: motor, da linguagem, socioemocional e cognitivo. Portanto, a criança não é elegível à aplicação do M-CHAT-R.
- (D) Deve-se encaminhar a criança para intervenção multidisciplinar mesmo antes de ser estabelecido um diagnóstico final.

34. Escolar de 9 anos, do sexo masculino, comparece a consulta pediátrica preocupado por ser o mais baixo da turma. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, impúbere. A mãe apresenta o gráfico de altura para idade da caderneta de saúde, ilustrado a seguir. Altura da mãe: 1,56 m; altura do pai: 1,72 m.



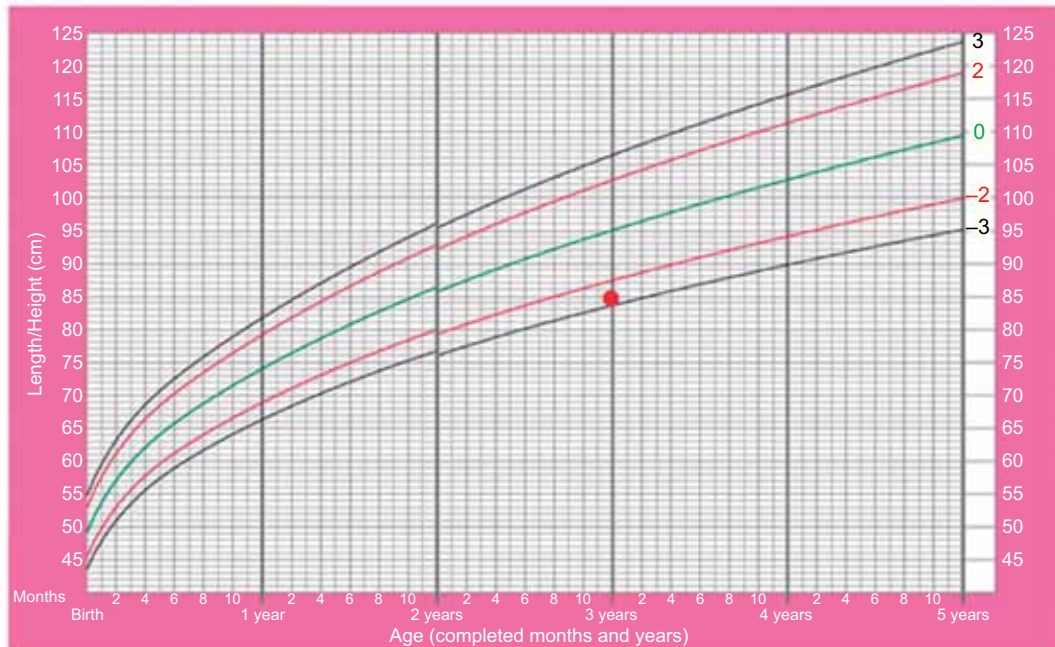
Em relação às orientações que devem ser realizadas nesse momento, assinale a alternativa correta.

- (A) O alvo genético de estatura do paciente é de 1,57 m.
- (B) A idade estatural do paciente é de 8 anos.
- (C) Já era esperado o início do estirão puberal, devendo-se encaminhar o paciente para coleta de exames laboratoriais.
- (D) É esperada nesse momento uma idade óssea atrasada em relação à idade cronológica.

35. Criança de 3 anos de idade, residente de abrigo, dá entrada no pronto-socorro pediátrico acompanhada pela cuidadora, que refere tosse produtiva há 5 dias e prostração intensa hoje. Nega febre. Ao exame, a criança apresenta-se em regular estado geral, desidratada 1+/4+, hipocorada 3+/4+, acianótica, anictérica, pulsos periféricos amplos e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. FC: 95 bpm, FR: 42 ipm, SatO₂: 96% em ar ambiente. Murmúrios vesiculares universalmente audíveis com estertores crepitantes em base direita. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas. Os gráficos de estatura para idade e de IMC por idade da admissão estão representados a seguir.

Length/height-for-age GIRLS

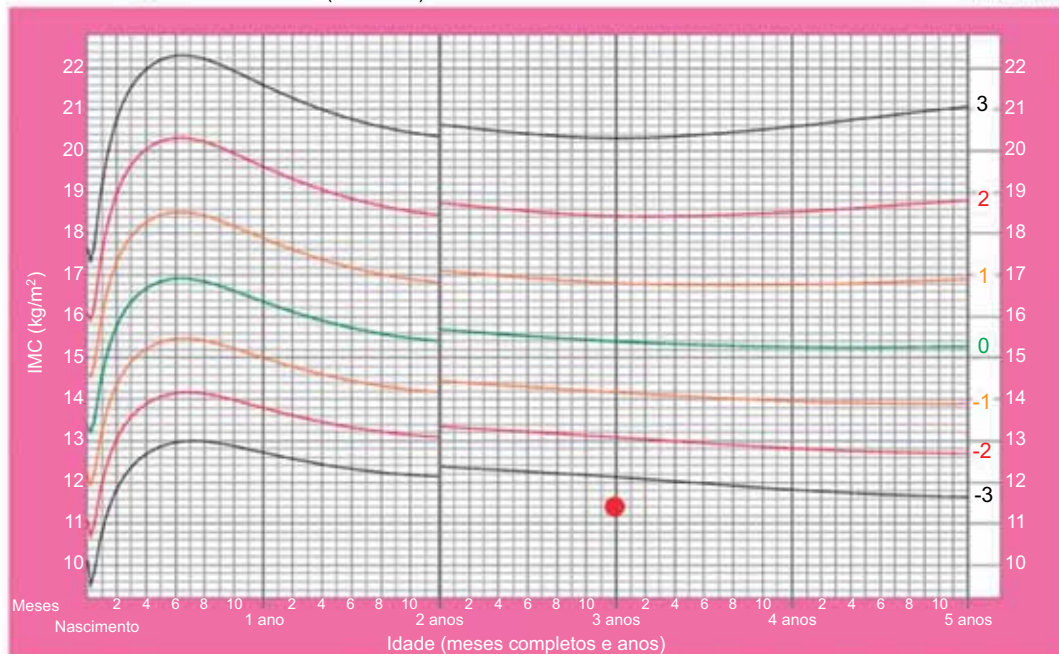
Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Em relação ao tratamento inicial, além de solicitar internação hospitalar e iniciar antibioticoterapia, deve-se

- (A) iniciar imediatamente a suplementação dos micronutrientes essenciais: vitamina A, ferro e zinco.
- (B) ter cautela no início da alimentação, sendo preferível manter em dieta zero nas primeiras 48 horas.
- (C) tratar e prevenir a hiperglicemia, a hipotermia e a desidratação, complicações frequentes da fase de estabilização.
- (D) utilizar preferencialmente a via oral para a reidratação, em vista da ausência de choque hipovolêmico.

36. Durante plantão em maternidade, chega ao Centro de Parto Humanizado (CPH) uma gestante sem pré-natal, com altura uterina de 34 cm, bolsa rota há 1 hora e contrações de 5 em 5 minutos. O pediatra que fará a sala de parto deixa todos os materiais prontos para reanimação neonatal. Ao nascimento, o pediatra nota que o recém-nascido apresenta falha do fechamento da parede abdominal à direita do coto umbilical e tem as alças intestinais expostas. A primeira ação do profissional foi proteger a parede abdominal com compressas úmidas e passar uma sonda nasogástrica aberta com saco coletor.

Assinale a alternativa que apresenta correta e respectivamente o diagnóstico e a sequência terapêutica.

- (A) Gastrosquise – estabilização e investigação de outras malformações antes de um procedimento cirúrgico.
- (B) Onfalocele – estabilização e investigação de outras malformações antes de um procedimento cirúrgico.
- (C) Gastrosquise – realização de abordagem cirúrgica imediata.
- (D) Onfalocele – realização de abordagem cirúrgica imediata.

37. Recém-nascido apresenta cianose, após três horas do nascimento, mas sem sinais de desconforto respiratório. No ecocardiograma, foi constatado que existe transposição das grandes artérias. O paciente foi encaminhado para a UTI neonatal, onde foi iniciada infusão de prostaglandina e acionada avaliação de cardiologista pediátrico.

A intervenção nesse caso consiste em

- (A) cirurgia de Jatene.
- (B) cirurgia de Blalock.
- (C) procedimento de Rashkind.
- (D) procedimento de bandagem.

38. Lactente de 3 meses de vida internado para investigação por quadro de febre, vômitos e quadro convulsivo a esclarecer. Ao exame físico, regular estado geral, com cabelos escassos e secos, lesões do couro cabeludo, lesões ulceradas na região de fraldas e fígado palpável 2 cm abaixo do rebordo costal. Após exames de sangue e urina confirmarem o diagnóstico e ser iniciado tratamento adequado, evoluiu com regressão das alterações clínicas.

Qual das alternativas representa o Erro Inato de Metabolismo descrito nesse cenário clínico?

- (A) Fenilcetonúria.
- (B) Galactosemia.
- (C) Deficiência de biotinidase.
- (D) Doença de Niemann-Pick.

39. Criança de 2 anos, sexo masculino, com déficit pondero-estatural desde o segundo semestre de vida, após desmame e introdução da alimentação complementar. Paralelamente à desaceleração das curvas antropométricas, o paciente apresenta fezes volumosas, semilíquidas e de aspecto brilhante. Ao exame físico, encontra-se emagrecido, com distensão abdominal importante e hipotrofia de membros superiores/inferiores e de glúteos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa condizente com a adequada investigação laboratorial.

- (A) Teste genético negativo para HLA DQ2 e DQ8 descartaria o diagnóstico.
- (B) Endoscopia digestiva alta e colonoscopia consistem nos principais exames de imagem.
- (C) Os testes sorológicos apresentam baixa acurácia até os 4 anos de vida devido à hipogamaglobulinemia fisiológica.
- (D) Fórmulas extensamente hidrolisadas ou à base de aminoácidos devem ser introduzidas até que o diagnóstico seja estabelecido.

40. Gestante de 28 anos, grávida de 38 semanas, procura atendimento em um Hospital Amigo da Criança para realizar o parto de seu segundo filho. Seu pré-natal foi completo e sem intercorrências, com exames laboratoriais normais e ultrassonografias apontando crescimento fetal adequado.

O selo de qualidade Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), conferido pelo Ministério da Saúde, pode ser emitido para estabelecimentos que incluem, entre suas premissas:

- (A) suporte e atendimento às mães e seus bebês durante o período de internação hospitalar.
- (B) garantir livre acesso ao recém-nascido apenas pela mãe durante as primeiras 24 horas, a fim de reduzir a taxa de infecções.
- (C) alojamento conjunto parcial nos casos de parto cesariana, incluído na promoção do Cuidado Amigo da Mulher.
- (D) aspiração das vias aéreas e uso de oxigênio inalatório logo após o parto, a fim de assegurar a rápida amamentação.

41. RN com 28 dias de vida apresentou, ao nascimento, sinal de Ortolani positivo à esquerda. Ultrassonografia de quadril bilateral revela Classificação de Graf IIa à direita e Graf III à esquerda.

Neste momento, qual o tratamento recomendado?

- (A) Conservador, com avaliação mensal pelo ortopedista.
- (B) Redução aberta ou osteotomia pélvica.
- (C) Órtese de quadril.
- (D) Utilização de suspensório de Pavlik.

42. João é um menino previamente saudável, que, há cerca de 2 meses, começou a apresentar dor nos joelhos, inicialmente de forma intermitente e, nos últimos dias, mais constante. A mãe relata que a dor é mais intensa pela manhã, acompanhada de rigidez articular. Após cerca de 1 hora, a rigidez melhora, mas o edema nas articulações persiste ao longo do dia. Há 2 semanas, a dor também começou a afetar os tornozelos, levando a episódios de claudicação. Hoje procura atendimento médico devido a piora da dor e febre alta (39,2 °C). Não há relato de trauma ou infecções recentes que justifiquem os sintomas. O exame físico não revela outras alterações além do aparelho músculo-esquelético: edema bilateral dos joelhos, mais pronunciado no joelho direito, com calor local. Dor à palpação e limitação dos movimentos de flexão e extensão. Nos tornozelos, edema discreto bilateral, com sensibilidade à palpação. Limitação na dorsoflexão.

Em relação aos possíveis exames de imagem com finalidade diagnóstica, o que seria indicado no caso?

- (A) Artrocentese com análise do líquido sinovial.
- (B) Não há necessidade de exames de imagem nesse primeiro momento.
- (C) Ultrassonografia para avaliar tendão patelar e tuberosidade tibial.
- (D) Ressonância magnética para avaliar as condições da cartilagem adjacente.

43. Durante o exame físico inicial de um recém-nascido, notou-se baixa implantação das orelhas, prega epicântica, macroglossia, hipotonia generalizada e hálux afastado.

Com base nos achados clínicos, qual a cardiopatia mais associada a essa síndrome genética?

- (A) Persistência do canal arterial.
- (B) Atresia de pulmonar.
- (C) Comunicação interatrial.
- (D) Defeito do septo atrioventricular.

44. Lactente de 45 dias com história de diminuição das mamadas e da diurese há 2 dias; hoje apresenta pico de febre de 39,3 °C (temperatura axilar). Exame físico revela sinais de desidratação leve (mucosas levemente secas, fontanela ligeiramente deprimida, FC pouco aumentada), ausculta pulmonar sem ruídos adventícios, boa perfusão periférica. Otoscopia sem alterações. Pele íntegra, sem qualquer lesão.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta nesse caso deve ser:

- (A) estimular o aleitamento materno, administrar antitérmicos em domicílio e observar evolução.
- (B) coletar exames séricos e urinários e manter sob observação hospitalar.
- (C) expansão volêmica com Ringer lactato, coleta de liquor cefalorraquidiano, exames séricos e urinários.
- (D) coletar exames séricos, urinários e liquor cefalorraquidiano com culturas e iniciar antibioticoterapia empírica imediata.

45. JPG é um adolescente de 14 anos estudante do 8º ano do Ensino Fundamental de uma escola particular. O paciente foi levado pela mãe ao consultório devido a uma mudança de comportamento nas últimas semanas. Ele está retraído, evita sair de casa, demonstra falta de interesse pelas atividades de que costumava gostar e começou a recusar-se a ir à escola. Nos últimos dias, João mencionou casualmente que alguns colegas de classe o estavam incomodando e que se sentia ridicularizado por seu peso e sua aparência. Também tem se queixado de dores de cabeça frequentes, insônia e perda de apetite. A mãe notou que ele tem evitado interagir com amigos e passa a maior parte do tempo no quarto, muitas vezes jogando videogames ou assistindo à TV.

O *bullying* e o *cyberbullying* consistem em violência física ou psicológica reiterada, e a intervenção precoce pode minimizar suas consequências. Nesse âmbito, é correto afirmar que

- (A) ações punitivas imediatas para os agressores, como suspensão e expulsão, consistem em medidas cabíveis às escolas, a fim de coibir a prática do *bullying*.
- (B) a inclusão de um interlocutor adulto pode reiterar questões relacionadas à agressão, o que justifica orientar corretamente a criança a lidar pessoalmente com seu agressor.
- (C) o *cyberbullying* pode ocorrer sem intencionalidade, e as repercussões geralmente apresentam menor magnitude em relação às formas verbais ou físicas do *bullying*.
- (D) tanto os alvos (vítimas) quanto os autores (agressores) apresentam maior risco de desenvolver problemas de saúde mental e problemas sociais ao longo da vida.

46. Uma adolescente de 15 anos, com atividade sexual ativa com um parceiro fixo, vai ao médico para obter orientações sobre prevenção de gestação indesejada. Mãe vai junto à consulta da filha, por considerá-la muito jovem.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta corretamente a abordagem médica adequada, de acordo com o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina).

- (A) O médico deve respeitar a autonomia da paciente, ainda que ela seja menor de idade.
- (B) O médico tem o dever de compartilhar com os responsáveis da paciente a conduta sugerida para ela.
- (C) Os responsáveis legais da paciente podem e devem opinar sobre a conduta médica.
- (D) É vetado ao médico negar a participação de responsáveis pela paciente na consulta, ainda que a adolescente expresse esse desejo.

47. Criança de 5 anos, com diagnóstico confirmado de imunodeficiência comum variável, apresenta carteira vacinal incompleta.

Com base no diagnóstico, assinale a alternativa que apresenta corretamente as orientações sobre a adequação das vacinas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria.

- (A) Vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral – MMR), vacina oral contra poliomielite (VOP), vacina contra a febre amarela e contra varicela estão contraindicadas.
- (B) Vacina contra a gripe (influenza), hepatite B, pneumocócica conjugada e meningocócica não devem ser administradas.
- (C) Nenhuma vacina deve ser administrada pelo risco aumentado de infecção disseminada.
- (D) Todas as vacinas indicadas para a idade da criança podem e devem ser administradas como fator de proteção contra infecções potencialmente graves.

48. H.G. é uma menina de 7 anos de idade, com história de eczema difuso desde os primeiros meses de vida, quando ainda estava em aleitamento materno exclusivo. As lesões caracterizam-se por intenso prurido, eritema associado, distribuição por todo o corpo, com piora em fossas cubitais e poplíteas; apresenta múltiplas lesões infectadas e áreas de liquenificação nos cotovelos, nos joelhos e no pescoço. Seus exames laboratoriais apontam para eosinofilia periférica elevada (1800 eosinófilos/microL), imunoglobulina (IgE) total > 5000 IU/mL e IgEs específicas em altos níveis séricos para inalantes e alimentos. Paralelamente ao quadro cutâneo, a criança apresenta diagnóstico de rinite alérgica persistente e asma parcialmente controlada.

Com base nos achados clínico-laboratoriais, assinale a alternativa que corresponde corretamente ao manejo terapêutico adequado a essa paciente hipotética.

- (A) A presença de IgE específica para alimentos reflete relação causal, e a dieta de exclusão deve ser orientada com base nos resultados laboratoriais positivos.
- (B) Imunossuppressores sistêmicos (ciclosporina, metotrexato) podem ser considerados em casos refratários ao tratamento tópico.
- (C) Omalizumabe, um anticorpo monoclonal que bloqueia a via das interleucinas 4 e 13, é opção terapêutica eficaz e segura nessa faixa etária.
- (D) A pulsoterapia com corticosteroides está indicada nesse caso, devido à associação com outras condições atópicas (rinite, asma).

49. A administração indiscriminada de antibioticoterapia na infância pode acarretar resistência bacteriana e consequente ineficácia no tratamento de infecções. Com o objetivo de assegurar o uso adequado e evitar a prescrição excessiva ou inadequada de antibióticos, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda, por meio de diretrizes detalhadas, situações clínicas nas quais a indicação de terapias antimicrobianas se faz realmente necessária.

Assinale a alternativa que apresenta uma correta indicação de antibioticoterapia e, respectivamente, a primeira opção de escolha.

- (A) Lactente de 6 meses, primeiro episódio de otite média aguda (abaulamento da membrana timpânica e sinais/sintomas de inflamação aguda) – amoxicilina-clavulanato em dose alta (80-90 mg/kg/dia).
- (B) Escolar com febre $\geq 39^\circ\text{C}$ e secreção nasal purulenta por mais de 3 dias – amoxicilina ou amoxicilina-clavulanato.
- (C) Faringite confirmada por teste rápido ou cultura de *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A) – em caso de hipersensibilidade a penicilinas, utilizar cefalosporinas de segunda geração.
- (D) Pneumonia comunitária – macrolídeo.

50. Recém-nascido a termo, com 3200 g e 51 cm, fruto de gestação sem intercorrências; segundo filho de um casal consanguíneo (primos de primeiro grau). O primeiro filho, nascido há 3 anos, faleceu, ainda na maternidade, por “complicações de uma pneumonia” (sic), apesar de também ter nascido a termo e sem complicações perinatais.

Supondo que o médico não tenha acesso a informações adicionais a respeito da *causa mortis* do primeiro filho e que seja o responsável pelo recém-nascido atual, assinale a alternativa que apresenta corretamente a providência recomendada antes da alta.

- (A) Vacinação com BCG e hepatite B o mais precocemente possível para reduzir a chance de infecções.
- (B) Introdução de quimioprofilaxia imediata com antibacterianos e antifúngicos.
- (C) Orientação de fazer a coleta capilar de TREK e KREK.
- (D) Isolamento do recém-nascido e monitoramento de sinais de infecção.

