

**ALBERT EINSTEIN**  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

**HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN**  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
PROCESSO SELETIVO 2025

**006. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)**

**PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA**

**Programa:** Neonatologia

- 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

## PEDIATRIA

01. Criança de 5 anos, sexo masculino, com sintomas de cansaço excessivo, palidez progressiva e febre intermitente nas últimas semanas. Os pais relatam que ele tem estado mais irritado e menos ativo do que o habitual, e recentemente notaram pequenas manchas roxas na pele. Ao exame físico, apresenta petéquias dispersas por todo o corpo, hepatomegalia a 3 cm do rebordo costal direito, esplenomegalia a 2 cm do rebordo costal esquerda, palidez mucocutânea e irritabilidade.

Qual dos seguintes achados mais provavelmente confirma o diagnóstico nessa criança?

- (A) Hemograma com anemia, leucocitose significativa com predominância de blastos e trombocitopenia.
- (B) Aumento da contagem de plaquetas com linfocitose absoluta no hemograma.
- (C) Presença de células em “anéis” e cristais de Charcot-Leyden em exame de sangue periférico.
- (D) Aumento isolado das enzimas hepáticas com contagem de leucócitos normal e elevação dos níveis de ferritina.

02. Adolescente de 13 anos previamente hígido, com queixa de dor abdominal recorrente e diarreia crônica há, aproximadamente, 4 meses. A dor é persistente e acompanhada por distensão abdominal e inapetência na maior parte do tempo. As evacuações ocorrem cerca de 4 a 6 vezes por dia, sempre semilíquidas, por vezes com a presença de sangue. O paciente perdeu 6 kg neste período e se mantém com a mesma estatura de 6 meses atrás; refere fadiga persistente e dores articulares em tornozelos e joelhos. Ao exame físico, observa-se palidez cutânea e sensibilidade à palpação abdominal difusa. Sem referências de doenças semelhantes em familiares ou contatos próximos. Carteira de vacinação completa e atualizada.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, espera-se encontrar na investigação laboratorial e/ou de imagens:

- (A) inflamação contínua e difusa, limitada à mucosa e submucosa, sem granulomas, especialmente no reto.
- (B) inflamação transmural, granulomas não caseosos e áreas de ulceração em biópsias do trato gastrointestinal.
- (C) testes de anticorpos antitransglutaminase são altamente sensíveis e específicos, e biópsia duodenal demonstra atrofia das vilosidades e aumento dos linfócitos intraepiteliais.
- (D) granulomas caseosos em biópsias do trato gastrointestinal.

03. Paciente de 6 anos com quadro de febre alta há 1 semana (máximo de 40 °C), tosse produtiva, dor torácica e desconforto respiratório progressivo. Ao exame físico, apresentava ausculta reduzida em todo hemitórax direito, com percussão hipertimpânica em terços médio e superior e maciça em terço inferior. Hemitórax esquerdo sem alterações de propedêutica pulmonar. Solicitada radiografia de tórax a seguir.

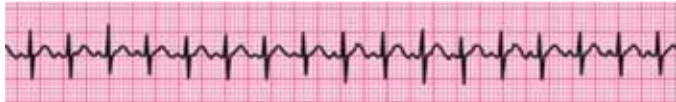


(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que descreve o diagnóstico mais provável para o caso.

- (A) Derrame pleural.
- (B) Abscesso pulmonar.
- (C) Pneumotórax.
- (D) Pneumonia.

04. Lactente de 6 meses com tosse, coriza e desconforto respiratório progressivo há 2 dias (chega a ficar “roxinho” nos lábios quando mama, segundo a mãe). Nega internações ou problemas de saúde prévios. Foi trazido ao pronto-socorro devido a piora do desconforto, palidez cutânea e inapetência, com importante comprometimento do estado geral. Ao exame físico, está em mau estado geral, descorado +++/4+, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pulsos finos, FC = 200 bpm, PA = 62 x 33 (43) mmHg, SatO<sub>2</sub> = 87% em ar ambiente, FR = 68 ipm, ausculta pulmonar com estertores crepitantes em bases e ausculta cardíaca com bulhas rítmicas normofonéticas com sopro sistólico +/6+ em borda esternal esquerda. Obtido ritmo cardíaco e radiografia de tórax a seguir.



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que contenha a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada para o caso.

- (A) Miocardite viral. Considerar ressuscitação volêmica com no máximo 10 ml/kg de cristalóide e, caso não haja resposta, iniciar droga vasoativa (dobutamina) e considerar diuréticos (furosemida).
- (B) Taquicardia supraventricular instável. Realizar adenosina 0,1 mg/kg caso haja acesso venoso prontamente disponível. Caso não haja resposta, realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- (C) Insuficiência cardíaca por cardiopatia congênita cianogênica não diagnosticada. Iniciar droga vasoativa (adrenalina ou dobutamina) até avaliação do especialista.
- (D) Taquicardia ventricular instável. Realizar cardioversão elétrica sincronizada e acionar avaliação do especialista.

05. Criança de 4 anos, sexo feminino, apresenta queixas de dor abdominal, perda de peso e distensão abdominal. Relatos parentais de cansaço e febre ocasional nas últimas duas semanas. A palpação do abdome revela massa de cerca de 5 cm em hipocôndrio esquerdo, firme e indolor, confirmada por meio de ultrassonografia de abdome.

Considerando as principais causas de neoplasia abdominal sólida, qual destas alternativas é verdadeira na diferenciação entre elas?

- (A) A massa abdominal palpável no neuroblastoma é geralmente bem delimitada e móvel, com tendência a crescer mais rapidamente em comparação ao tumor de Wilms.
- (B) A presença de hipertensão arterial e hematúria é mais comum no neuroblastoma do que no tumor de Wilms.
- (C) No neuroblastoma, a massa pode invadir os tecidos circundantes e estender-se para as adrenais, diferentemente do tumor de Wilms, que fica localizado apenas no tecido renal.
- (D) O neuroblastoma frequentemente resulta na elevação de catecolaminas e seus metabólitos, como o ácido vanililmandélico (VMA) e metanefrinas urinárias, o que não ocorre no tumor de Wilms.

06. Lactente de 1 ano com diagnóstico de bronquiolite com sinais evidentes de desconforto respiratório. Apesar das medidas de suporte, ausência de melhora clínica e necessidade de intubação (IOT); logo após o procedimento, apresentou melhora da saturação de oxigênio e do padrão respiratório e foi acoplado à ventilação mecânica com parâmetros elevados. Aproximadamente 1 hora depois, iniciou com piora progressiva da saturação (queda sustentada até 78%), diminuição da ausculta pulmonar e da expansibilidade à esquerda, com respiração assíncrona. Averiguada posição da cânula, adequada e não obstruída. Exame físico com aparente piora hemodinâmica, FC = 174 bpm, PA = 64 x 32 (40) mmHg e pulsos finos. Realizada radiografia de tórax a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando os dados apresentados, assinale a alternativa que descreve a melhor conduta para a condição atual do paciente.

- (A) Aumentar os parâmetros ventilatórios e solicitar drenagem do tórax à esquerda.
- (B) Aumentar os parâmetros ventilatórios para compensar a queda de saturação e assincronia respiratória, e iniciar droga vasoativa (adrenalina).
- (C) Realizar punção torácica de emergência no segundo espaço intercostal, na linha hemiclavicular, introduzindo jelco a 90° na borda superior da costela.
- (D) Realizar punção torácica de emergência no segundo espaço intercostal, na linha hemiclavicular, introduzindo jelco a 90° na borda inferior da costela.

07. Menino de 10 anos, com antecedente de encefalopatia crônica não evolutiva e epilepsia de difícil controle, dá entrada no pronto-socorro com convulsão tônico-clônica generalizada, sem outros sintomas. Mãe refere que a criança está convulsionando há cerca de 30 minutos, tempo que demorou para chegar ao hospital. Admitido na sala de emergência, precisou de duas doses de midazolam intramuscular (0,3 mg/kg cada) para resolução das crises. Cerca de 30 minutos depois, paciente mantém-se sonolento (estimada escala de coma de Glasgow de 10), com pupilas mióticas, sem nistagmo, sialorreico, FR = 14 ipm, SatO<sub>2</sub> = 98% em máscara de Venturi a 50%, sem sinais de desconforto respiratório, FC = 82 bpm, PA = 90 x 42 (65) mmHg.

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

- (A) A sonolência associada à miose pode significar persistência do quadro convulsivo, ainda que sem manifestação motora, o que indica administração de fenitoína 15 mg/kg em 20 minutos.
- (B) Deve-se manter o suporte ventilatório atual, garantir bom posicionamento de via aérea e aguardar a melhora do quadro neurológico, preferencialmente em ambiente de terapia intensiva.
- (C) O quadro sugere intoxicação por benzodiazepínico, especialmente pelas doses de midazolam, deve-se administrar flumazenil endovenoso 0,2 mg em 15 minutos para reversão.
- (D) Devido ao rebaixamento de nível de consciência por período prolongado, deve-se realizar a intubação orotraqueal para garantir proteção de via aérea.

08. Em um serviço de emergência, lactente de 6 meses e admitido com sinais rebaixamento do nível de consciência, sudorese e palidez cutânea há, aproximadamente, 2 horas. Mãe refere que notou início dos sintomas após realizar inalação com salbutamol, prescrita por suposta bronquiolite (sic). Ao exame físico, criança em mau estado geral, pálida, FC = 220 bpm, pulsos finos, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, PA = 64 x 33 (43) mmHg, FR = 60 ipm, sem alterações na ausculta pulmonar. Ao ser monitorizado obtém-se o ritmo cardíaco a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Assinale a alternativa que contenha a conduta mais adequada para o caso, de acordo com as melhores práticas segundo o PALS (*Pediatric Advanced Life Support*).

- (A) Desfibrilação com carga de 2 a 4 J/kg.
- (B) Cardioversão elétrica sincronizada com carga de 2 J/kg seguida de atropina endovenosa.
- (C) Manobra vagal (gelo em frente) e, caso não haja melhora, adenosina 0,1 mg/kg.
- (D) Adenosina 0,1 mg/kg EV se acesso imediato; mediante ausência de melhora, após segunda dose, cardioversão elétrica sincronizada 0,5 a 1 J/kg.

09. Paciente de 8 anos estava brincando em mata fechada quando referiu ter "pisado em um espinho". Sentiu uma dor leve-moderada no local, mas continuou brincando. Cerca de 3 horas depois, foi levado as pressas ao pronto-socorro com muita dor no pé, urina avermelhada e sangramento gengival. Ao exame físico, sinais inflamatórios importantes em pé direito (edema, bolhas e equimoses).

Frente a essa história e achados clínicos, qual é o agente peçonhento mais provável nesse caso?

- (A) Escorpião.
- (B) Centopeia.
- (C) Aranha-marrom (*Loxosceles*).
- (D) Aranha Viúva-Negra (*Latrodectus spp.*).

10. Paciente de 8 anos com asma mal controlada e trazido para avaliação em pronto-atendimento por sintomas de tosse seca e desconforto respiratório há um dia. À admissão, encontra-se em regular estado geral, taquidispneico, com FR = 48 ipm, SatO<sub>2</sub> = 86% em ar ambiente; presença de tiragens intercostal e de fúrcula e ausculta pulmonar com sibilos inspiratórios e expiratórios, com tempo expiratório prolongado. Não há prejuízo do nível de consciência. Realizadas três inalações com salbutamol e ipratrópio nas doses adequadas, além de corticoide sistêmico; mantido em máscara não reinalante.

Após todas essas medidas, paciente segue com desconforto respiratório, FR = 44 ipm, SatO<sub>2</sub> = 94% em máscara; ausculta pulmonar com o mesmo padrão inicial. Realizada radiografia de tórax a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual das alternativas a seguir contém a conduta mais adequada a ser realizada no momento?

- (A) Prescrever sulfato de magnésio 50 a 75 mg/kg endovenoso em 30 minutos.
- (B) Prescrever beta-2 agonista endovenoso contínuo e considerar intubação breve.
- (C) Iniciar suporte com cateter nasal de alto fluxo com gás hélio.
- (D) Iniciar suporte com ventilação não invasiva e administrar dexmedetomidina para sedação.

11. Escolar de 8 anos de idade, previamente hígido, iniciou há 10 dias quadro de febre de 38 graus, tosse, cefaleia, artralgia e odinofagia. Ficou afebril com 24 horas de evolução, porém, neste momento, é trazido ao atendimento médico por persistência dos demais sintomas e queixa de dispneia aos esforços e manchas no corpo iniciados há dois dias. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, hidratado, corado, acianótico, anictérico, tempo de enchimento capilar de 2 segundos, FR = 40 ipm, FC = 120 bpm, SatO<sub>2</sub> = 95%, discreta retração subdiafragmática, exantema maculopapular difuso. Orofaringe com hiperemia de mucosa sem exsudato. Otoscopia sem alterações. Murmúrios vesiculares universalmente audíveis com estertores crepitantes em base esquerda. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros. Sem outras alterações no exame físico. Solicitada radiografia de tórax que revelou imagem a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a hipótese diagnóstica e agente etiológico mais provável, a conduta mais adequada é:

- (A) iniciar azitromicina oral.
- (B) solicitar ecocardiograma.
- (C) iniciar amoxicilina oral.
- (D) iniciar ceftriaxona endovenosa.

12. Lactente de 14 meses iniciou há 5 dias quadro de coriza, espirros e tosse. Comparece hoje à consulta pediátrica acompanhado da mãe, pois apresentou dois picos febris, de 37,8 e 38 graus nas últimas 24 horas. Ao exame: Bom estado geral, hidratado, corado, acianótico, anictérico, eupneico. Otoscopia a seguir.



Otoscopia direita



Otoscopia esquerda

(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Em relação à conduta, assinale a alternativa mais correta.

- (A) Pode-se optar por observar clinicamente o paciente sem antibioticoterapia inicial.
- (B) É obrigatório o início imediato de tratamento com amoxicilina.
- (C) É obrigatório o início imediato de tratamento com amoxicilina – clavulanato.
- (D) É obrigatório o início imediato de tratamento com azitromicina.

13. Adolescente de 12 anos de idade comparece à primeira consulta de hebiatria. Sem acompanhamento regular e sem cartão vacinal. Nega doenças crônicas ou uso de medicações.

Assinale a opção que contém apenas vacinas que devem ser administradas para atualização de cartão vacinal de acordo com o Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

- (A) Hepatite A, Hepatite B, difteria e tétano (dT) e Papiloma Vírus Humano (HPV).
- (B) Meningo ACWY, Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola), Difteria, Tétano e Pertussis (DTP) e Febre Amarela.
- (C) Hepatite B, Febre Amarela, Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) e MeningoACWY.
- (D) Hepatite A, Papiloma Vírus Humano (HPV), Influenza e Febre Amarela.

14. Lactente de 3 meses de idade, previamente hígido, é admitido no setor de emergência com história de tosse e coriza há 4 dias, evoluindo com desconforto respiratório hoje. Ao exame, apresenta regular estado geral, hidratado, corado, FC = 157 bpm, FR = 68 ipm, SatO<sub>2</sub> 87% em ar ambiente, retração subcostal e tiragem de fúrcula, murmúrios vesiculares universalmente audíveis com sibilos e estertores difusos, ritmo cardíaco regular em 2 tempos.

Em relação ao tratamento mais adequado, assinale a alternativa correta.

- (A) Pode-se realizar teste terapêutico com salbutamol e, caso haja resposta, este deve ser mantido em associação com corticoide sistêmico.
- (B) Apesar de amplamente utilizada na prática clínica, a fisioterapia respiratória não é indicada pelas principais diretrizes internacionais.
- (C) O cateter nasal de alto fluxo é contraindicado nesses pacientes devido ao risco de insuficiência respiratória hipercápnica.
- (D) É indicado isolamento respiratório com precaução para gotículas e aerossóis.

15. Criança de 3 anos de idade é trazida à unidade de pronto atendimento com queixa de febre de 39 graus e prostração há 2 dias. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, hidratada, corada, acianótica, anictérica, eupneica, com linfonodo cervical anterior de 3 cm móvel, indolor e fibroelástico, e o achado mostrado na imagem a seguir. Ausculta cardiorrespiratória sem alterações.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Recebe alta com prescrição de amoxicilina por 10 dias, porém retorna em 72h com persistência da febre e demais achados clínicos, e surgimento de exantema maculopapular difuso, vômitos e edema e hiperemia de mãos e pés.

A conduta adequada é:

- (A) suspender amoxicilina, iniciar anti-histamínico e macrolídeo orais.
- (B) solicitar ecocardiograma.
- (C) administrar adrenalina intramuscular.
- (D) solicitar tomografia cervical.

16. Recém-nascido (RN), internado em UTI Neonatal há 7 dias, iniciou com distermias, hiperglicemia e labilidade à manipulação. Nasceu com 30 semanas de parto cesárea após eclampsia materna, pesando 1 200 g e Apgar 8/9. Precisou de suporte ventilatório desde a sala de parto, mantendo necessidade de ventilação não invasiva desde a admissão em UTI. No momento, apresenta como dispositivos: sonda orogástrica, acesso venoso central, prong-nasal, monitorização cardíaca e oxímetro. Considerando a hipótese diagnóstica, os exames que devem ser solicitados, além do hemograma, são:

- (A) hemocultura, urina 1, urocultura e análise líquórica com cultura.
- (B) proteína C reativa, urina 1, análise líquórica e radiografia do tórax.
- (C) proteína C reativa, hemocultura, urina 1, urocultura, análise líquórica com cultura e radiografia do tórax.
- (D) proteína C reativa, hemocultura, análise líquórica com cultura e radiografia do tórax.

17. RN do sexo masculino, filho de mãe hipertensa grave, nascido de 36 semanas. Peso: 2450 g, Apgar 9/10, sem necessidade de manobras de reanimação, amamentado já em sala de parto. Apresenta boa sucção, sem vômitos, eliminações satisfatórias. Ao exame físico com 36 horas de vida, pesava 2350 g e apresentava icterícia zona II; foi realizado BTC com valor de 9,5 mg/dL. (Normograma de Buthani para 36 horas de vida: P40 = 7 / P75 = 8,9 / P95 = 11,1)

A conduta adequada nesse momento é

- (A) acompanhar icterícia e realizar novo BTC em 6 horas.
- (B) iniciar complemento com fórmula láctea termo.
- (C) passar orientações sobre amamentação e corrigir a pega.
- (D) iniciar fototerapia com proteção ocular.

18. RN do sexo feminino, filha de mãe com diabetes gestacional controlada com dieta, nasceu com 39 semanas, pesando 3850 g, Apgar 9/10, sem necessidade de manobras de reanimação e amamentada já em sala de parto. Devido ao risco de hipoglicemia, foi instituído controle de dextro com 1, 3, 6, 12 e 24 horas de vida, com valores de 49, 52, 56, 54 e 59 mg/dL, respectivamente. No momento (30 horas de vida), apresenta-se sem alterações ao exame físico e amamentação efetiva.

A conduta adequada nesse momento é

- (A) seguir com seio materno em livre demanda e manter o controle de dextro de 12/12 horas.
- (B) seguir com seio materno em livre demanda e suspender o controle de dextro.
- (C) seguir com seio materno em livre demanda, reorientar a amamentação e manter o controle de dextro de 8/8 horas.
- (D) iniciar fórmula láctea termo, estimular a amamentação e manter o controle de dextro de 8/8 horas.

19. Gestante de 34 semanas procura pediatra para consulta pré-natal para tirar dúvidas e estabelecer vínculo. Durante a conversa, revela teve uma gestação prévia cuja criança veio a falecer após vacina de BCG, sem maiores detalhes. Ao final, ela pergunta sobre o teste do pezinho e é informada de que a melhor opção para o caso seria:

- (A) triagem neonatal ampliada.
- (B) triagem neonatal ampliada com Tandem.
- (C) triagem neonatal ampliada com SCID.
- (D) triagem bioquímica para doenças lisossômicas.

20. Maria procura o pediatra com dúvidas sobre o início da alimentação complementar de seu bebê de 5 meses.

Assinale a alternativa que apresenta a orientação apropriada.

- (A) Alimentos potencialmente mais alergênicos (ovo, peixe) devem ser introduzidos após o primeiro ano de vida.
- (B) Não há contraindicação para introduzir qualquer tipo de alimento nutricionalmente necessário no primeiro ano de vida.
- (C) Lactentes que se mantiverem em aleitamento materno necessitam de introdução alimentar diferente dos não amamentados.
- (D) Frutos do mar devem ser oferecidos apenas após os 4 anos de idade.

21. Durante uma consulta de rotina, observa-se que o paciente, um menino de 6 anos de idade, mantém a cabeça debruçada sobre os braços em cima da mesa, demonstrando sonolência. Ao questionar sobre a qualidade do sono, a mãe relata que a criança tem um sono agitado por “não conseguir respirar direito” (sic). Além da obstrução nasal, apresenta espirros em salva diariamente, especialmente pela manhã, coriza aquosa “como se estivesse sempre resfriado” (sic) e um prurido nasal e ocular constante, que já dura há alguns meses. Ao exame físico, observa-se cornetos nasais hipertrofiados, mucosa pálida e edemaciada, com presença de secreção aquosa bilateral; palato em ogiva; opacificação de membranas timpânicas bilateralmente; sinal de Dennie-Morgan presente e importante hiperemia conjuntival. Ausculta pulmonar normal. Xerose cutânea exacerbada.

Considerando que é a primeira vez que essa criança é avaliada, assinale a alternativa que apresenta corretamente a linha de raciocínio imediata.

- (A) A interferência significativa na qualidade de vida e no sono associada à frequência diária de sintomas justifica iniciar tratamento com corticoide tópico nasal.
- (B) Anti-histamínicos clássicos, ou de primeira geração, consistem na opção terapêutica de escolha para os momentos de crise, por proporcionar melhor qualidade de sono.
- (C) Nasofibroscopia ou radiografia de cavum e tomografia de seios paranasais devem preceder o início do tratamento, a fim de afastar outros processos anatômicos e/ou infecciosos.
- (D) A ação dos antagonistas de leucotrienos é superior à dos corticoides tópicos nasais no controle do quadro ocular associado.

**22.** Pré-escolar do sexo feminino com histórico de recusa alimentar, desde a introdução da alimentação complementar, vômitos frequentes e múltiplos episódios de engasgos durante as refeições. Submetida a endoscopia digestiva alta, que revelou a presença de até 90 eosinófilos/campo de grande aumento nas porções medial e distal do esôfago, com microabscessos eosinofílicos.

Em relação à hipótese diagnóstica dessa paciente, é correto inferir que

- (A) uma segunda endoscopia deve ser realizada para aferir reprodutibilidade dos achados.
- (B) os níveis séricos de IgE para proteínas alimentares devem direcionar a dieta de restrição.
- (C) tratamento com budesonida em gel ou inibidores de bomba de próton está indicado.
- (D) cursos intermitentes com corticoides sistêmicos podem evitar a estenose esofágica.

**23.** Um lactente de 6 meses é trazido para consulta pediátrica devido à preocupação da família sobre seu desenvolvimento. A mãe relata que, desde o nascimento, o bebê tem sido saudável, sem intercorrências significativas. No entanto, ela percebe que o desenvolvimento do seu filho parece mais lento em comparação com outras crianças da mesma idade. O bebê é alimentado exclusivamente com leite materno e tem um ganho de peso adequado. Ao exame físico, o bebê apresenta-se eutrófico, com peso e altura dentro dos padrões normais para a idade. O tônus muscular é levemente reduzido, e a resposta aos reflexos de preensão palmar e plantar está presente. Não há sinais de anormalidades congênitas.

Qual dos seguintes sinais, se detectado no exame clínico do lactente, seria identificado como um possível sinal de alerta para atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)?

- (A) Dificuldade persistente em usar o movimento de pinça ou não transferir objetos entre as mãos.
- (B) Dificuldade em se sentar sem apoio ou não fazer esforços para se levantar.
- (C) Emite alguns sons vocais, mas não balbucia sílabas repetidas, como “mamama” ou “papapa”.
- (D) Indiferença ou falta de reconhecimento de seus familiares, em especial os pais.

**24.** Na sala de parto um recém-nascido (RN) nascerá de 26 semanas de idade gestacional (IG), com peso estimado de 760 g. A paciente é primigesta, e a gestação foi obtida por meio de fertilização in vitro (FIV), sem nenhuma intercorrência até o momento. A mãe estava em repouso há cerca de 14 horas para inibir o trabalho de parto prematuro e recebeu uma dose de corticoide. No entanto, evoluiu com bolsa rota e febre e, portanto, decidiu-se pela resolução da gestação via parto vaginal. Ao chegar à sala de parto, é necessário assegurar-se de que

- (A) haverá no mínimo mais um profissional de saúde que prestará assistência direta ao RN, a temperatura da sala encontra-se entre 23-25 °C e há um reanimador manual neonatal (balão auto inflável) e um ventilador mecânico manual com peça T com circuitos próprios.
- (B) a monitorização imediata do RN deve incluir apenas oximetria de pulso, sem necessidade de monitoramento contínuo da frequência cardíaca, pois o controle do oxigênio administrado é suficiente para avaliar a estabilidade respiratória do recém-nascido.
- (C) o uso de corticoterapia pós-natal deve ser iniciado imediatamente (RN < 28 semanas de gestação), independentemente das condições clínicas ao nascimento, visando à prevenção da displasia broncopulmonar.
- (D) após o nascimento, o RN deve ser aspirado imediatamente com firmeza, a fim de remover todas as secreções das vias aéreas para prevenir aspiração de mecônio, ainda que não haja presença de líquido amniótico meconial.

**25.** Recém-nascido termo, adequado para a idade gestacional, filho de mãe diagnosticada com diabetes gestacional e polidrâmnio, em uso de insulina. Parto cesárea por distócia funcional, bolsa rota no ato, APGAR 8/9. Com 30 minutos de vida, paciente evoluiu com taquidispneia (retração subdiafragmática), mantendo saturação de O<sub>2</sub> entre 87-92% em ar ambiente e frequência cardíaca (FC) > 100 bpm. Optou-se por acoplar o CPAP ao paciente e transferi-lo para UTI neonatal para suporte respiratório. Com 18 horas de vida, paciente em CPAP, sinais vitais com FC de 178 bpm, temperatura axilar 37,0 °C, FR: 71 ipm, Sat O<sub>2</sub> 91% em CPAP. Exame físico: pele rendilhada, retração subdiafragmática e batimento de asa nasal, associado a gemência e agitação. Realizado raio X de tórax, que evidenciou pneumotórax superposto à direita e em base esquerda de menor tamanho, sem desvio do mediastino. A melhor conduta neste momento é

- (A) realizar drenagem torácica com tubo de 10-12 French na linha axilar média, entre o 5º ou 6º espaço intercostal, para alívio do pneumotórax.
- (B) realizar punção de alívio com agulha no 2º espaço intercostal, na linha hemiclavicular, para decompressão do pneumotórax.
- (C) aumentar FiO<sub>2</sub> e a pressão expiratória positiva na via aérea (EPAP) e coletar exames laboratoriais para investigar sepse neonatal precoce.
- (D) administrar furosemida para alívio sintomático precoce, considerando complicações como sobrecarga de volume.

**26.** Recém-nascido de trabalho de parto prematuro por corioamnionite (idade gestacional de 30 semanas), AIG, bolsa rota 3 horas antes do parto. APGAR 6/9. Mantido em ventilação mecânica nas primeiras 3 semanas de vida, evoluiu com taquidispneia. Radiografia de tórax revelou imagens compatíveis com pneumotórax hipertensivo. Realizada punção de alívio seguida por drenagem de tórax, com melhora dos sinais vitais. Cerca de 24 horas após o procedimento, o paciente evoluiu com redução do volume da diurese (três registros de diurese em 24 horas – 0,3 mL/kg/h), associado a ganho de peso de aproximadamente 140 g; pulsos cheios, extremidades quentes e perfundidas, mucosas hidratadas.

Diante do cenário clínico exposto, qual seria o manejo adequado mediante os achados laboratoriais (séricos e urinários), além do controle rigoroso do balanço hídrico?

- (A) Aumentar a oferta hídrica e administrar furosemida em caso de hipernatremia com sódio urinário > 40 mEq/L.
- (B) Aumentar a oferta hídrica por meio do maior aporte do volume de dieta em caso de hiponatremia hipotônica com sódio urinário > 40 mEq/L.
- (C) Administrar furosemida em baixas doses como prova terapêutica em caso de hiponatremia com osmolaridade sérica normal.
- (D) Restringir oferta hídrica em caso de hiponatremia hipotônica com sódio urinário > 40 mEq/L.

**27.** Lactente de 4 meses, nascida prematuramente com 30 semanas de idade gestacional e 1200 g. Permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por quatro semanas, onde recebeu suporte respiratório e nutrição parenteral. Após estabilização clínica, foi transferida para o berçário de cuidados intermediários e recebeu alta hospitalar com 8 semanas de vida. Atualmente está sendo acompanhada no ambulatório de prematuros para monitoramento de seu crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM).

Ao exame físico, a criança não sustenta a cabeça com firmeza, não rola sozinha e tampouco demonstra interesse em pegar objetos próximos. Consegue mover pernas e braços de maneira coordenada e emite alguns sons guturais.

Ao calcular sua idade corrigida, é correto concluir a respeito do DNPM dessa criança:

- (A) a motricidade grossa está adequada, enquanto a motricidade fina encontra-se em atraso.
- (B) todos os marcos esperados para a idade corrigida estão presentes.
- (C) os sinais de socialização e/ou comunicação estão atrasados.
- (D) o controle da cabeça está inadequado para a idade corrigida.

**28.** Paciente de 6 anos de idade é avaliado por queixa de perdas urinárias noturnas. Mãe refere que a criança foi desfraldada por volta dos 3 anos, sem intercorrências ou traumas, não apresenta escapes de diurese ou evacuação durante o dia, mas cerca de duas vezes na semana apresenta escape de urina durante a madrugada.

Em relação ao quadro de enurese noturna relatado, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se investigar o quadro, pois pode estar intimamente relacionado com aspectos emocionais, uma vez que a enurese não possui fatores genéticos associados.
- (B) Trata-se de um caso de enurese ainda esperada para a idade, caracterizada por até dois episódios de perda urinária involuntária por semana em menores de 7 anos.
- (C) Trata-se de um caso de enurese patológica e doenças sistêmicas como diabetes mellitus ou insipidus; infecção urinária e epilepsia devem ser avaliadas como diagnósticos diferenciais.
- (D) Deve-se iniciar intervenção terapêutica medicamentosa com desmopressina tão logo a criança tenha o diagnóstico de enurese patológica confirmado.

**29.** Escolar de 7 anos com histórico de tosse seca, falta de ar e cansaço aos exercícios. Nunca fez acompanhamento regular e utiliza broncodilatadores de curta duração sem orientação médica quase diariamente, com alívio parcial. Diante da forte hipótese de asma brônquica, foi solicitada espirometria para melhor conduzir o manejo terapêutico. Considerando que os achados espirométricos confirmaram o padrão obstrutivo, é esperado que entre os parâmetros avaliados encontre-se:

- (A) diminuição do volume expiratório em um segundo ( $VEF_1$ ) com índice de Tiffeneau (razão entre volume expiratório forçado em 1 segundo e capacidade vital forçada) reduzido.
- (B) redução tanto do volume expiratório em um segundo ( $VEF_1$ ) quanto da capacidade vital forçada (CVF), mas com índice de Tiffeneau normal ou aumentado.
- (C) independentemente do volume expiratório em um segundo ( $VEF_1$ ) basal, a reversibilidade maior de 7% e 200 mL após o uso de broncodilatador denota o padrão obstrutivo.
- (D) a curva fluxo-volume apresenta-se com volume reduzido, mas fluxo preservado.

**30.** Lactente de 18 meses, sexo masculino e previamente hígido, há 6 semanas apresenta lesões eritemato-edematosas confluentes, disseminadas por todo corpo, pruriginosas, migratórias, indolores, que desaparecem à vitropressão. A criança foi amamentada ao seio de forma exclusiva até os 6 meses de idade e desde então vem recebendo fórmula infantil polimérica à base de leite de vaca. Não há relatos de outros problemas de saúde e sua caderneta de vacinação está atualizada. O quadro teve início cerca de 2 semanas após início das atividades escolares, e a família refere um episódio isolado de febre (38 °C) dois dias antes do aparecimento das lesões. Em avaliação prévia, foram solicitados alguns exames de IgE específica que apontaram um valor de 1,31 kU/L (v.r < 0,35 kU/L) para leite de vaca e negativos para outros alimentos e aeroalérgenos.

Frente aos achados clínicos e laboratoriais, a melhor abordagem terapêutica seria:

- (A) restringir completamente leite de vaca e derivados da dieta da criança.
- (B) introduzir anti-histamínico de segunda geração e manter a dieta habitual.
- (C) iniciar dieta isenta de aditivos alimentares e administrar corticoide por via oral por 3 a 5 dias.
- (D) ampliar investigação diagnóstica, incluindo testes de IgG para alimentos.

**31.** Lactente de 7 meses, hígido, mantido em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, quando começou a introdução alimentar com papa de frutas. No momento encontra-se na fase de inclusão da papa principal. Até os 6 meses de vida, apresentava evacuações diárias, permeadas por fases com intervalos de 2-3 dias sem evacuar, sempre com padrão de fezes pastosas e eliminadas sem dor ou dificuldade. Atualmente, no entanto, a criança frequentemente apresenta esforço no momento da evacuação, com duração de até 10 minutos, acompanhado de gritos e choro.

A hipótese mais provável, bem como o respectivo manejo correspondem a:

- (A) disquesia do lactente – informar sobre a ausência de condições patológicas e orientar observação do quadro.
- (B) disquesia do lactente – orientar a oferta de alimentos laxativos e, se a medida for ineficaz, administrar polietilenoglicol.
- (C) constipação intestinal funcional – iniciar polietilenoglicol por três dias ou até que se perceba que houve esvaziamento das fezes retidas.
- (D) constipação intestinal funcional – orientar a oferta de alimentos laxativos, uma vez que a faixa etária não permite o uso de polietilenoglicol.

**32.** Adolescente do sexo masculino com queixa de hábito intestinal mais frequente que o habitual, fezes líquidas com a presença de sangue vivo em várias ocasiões e dor abdominal, há cerca de 6 meses. Cansaço e perda de peso (2 kg no período) são referidos, o que foi relacionado às lesões aftoides que o paciente vem apresentando, que dificulta a alimentação. No histórico familiar, mãe com diagnóstico de síndrome do intestino irritável (SII) e pai com asma na infância e alergias alimentares.

Assinale a alternativa correta em relação à avaliação diagnóstica do caso.

- (A) Administração de metronidazol 500-750 mg, 3 vezes ao dia, por 7-10 dias é recomendada antes de qualquer exame laboratorial ou de imagem.
- (B) Devido ao histórico familiar de SII e atopias, a restrição de leite de vaca e derivados deve ser orientada.
- (C) A história é fortemente positiva para Doença Inflamatória Intestinal, com comprometimento restrito a mucosa e submucosa.
- (D) A presença de fístulas e/ou abscessos perianais deve ser cuidadosamente investigada durante o exame físico.

**33.** Menina de 7 anos de idade comparece a consulta anual com queixa de que é a primeira de sua turma a ter que usar sutiã. A criança cresceu 6 cm no último ano, e o estadiamento puberal de Tanner no momento aponta estágio P1 e M2.

Considerando os achados clínicos, assinale a alternativa que descreva, respectivamente, a principal hipótese diagnóstica, a idade óssea esperada, a concentração de hormônio luteinizante (LH) esperada e seu manejo.

- (A) Telarca precoce; idade óssea normal; LH baixo; acompanhamento clínico.
- (B) Telarca precoce; idade óssea normal; LH aumentado; monitorar desenvolvimento de outros caracteres secundários.
- (C) Adrenarca precoce; idade óssea avançada; LH baixo; monitorar desenvolvimento de outros caracteres secundários.
- (D) Puberdade precoce; idade óssea avançada; LH aumentado; agonista de GnRH.

34. Paciente de 5 anos dá entrada no pronto-socorro com quadro de urticária generalizada, angioedema bipalpebral, falta de ar e vômitos, iniciados minutos após ingestão acidental de amendoim, alimento ao qual é alérgica, segundo seus responsáveis. Seus parâmetros clínicos apontam para pressão arterial de 100/65 mmHg, oximetria 94%, e a ausculta pulmonar revela sibilância difusa.
- O diagnóstico clínico e o respectivo manejo imediato são:
- (A) anafilaxia – difenidramina, metilprednisolona e ondansetrona por via endovenosa.
  - (B) choque anafilático – adrenalina por via via endovenosa.
  - (C) choque anafilático – adrenalina intramuscular, difenidramina, metilprednisolona e ondansetrona por via endovenosa.
  - (D) anafilaxia – adrenalina intramuscular.
35. Lactente de 14 meses, previamente hígido, apresenta lesões edemato-eritematosas por todo corpo há 48 horas. Ausência de relação causal com novos alimentos, medicamentos ou picadas de insetos. As lesões acometem tronco, membros e face, são migratórias e pruriginosas. Ao exame físico, subfebril (37,5 °C), presença de coriza hialina e tosse seca, sintomas iniciados há cerca de 3 dias.
- Qual a melhor abordagem terapêutica neste caso?
- (A) Solicitar hemograma e dosagem de imunoglobulinas E (IgE) específicas para os alimentos mais relacionados com alergias.
  - (B) Solicitar IgE específica para os medicamentos administrados para controle do quadro infeccioso.
  - (C) Iniciar anti-histamínico de segunda geração, independentemente do fator etiológico das reações.
  - (D) Iniciar anti-histamínico de primeira geração associado a baixas doses de corticoide por até 3 dias.
36. Escolar de 7 anos com histórico de edema bipalpebral há 48h e “urina escura” há 2 dias. Há cerca de duas semanas, usou amoxicilina por 10 dias para tratamento de “infecção de garganta”. Ao exame físico, bom estado geral, afebril. Pressão Arterial: 135/85 mmHg, frequência cardíaca: 90 bpm, frequência respiratória: 20 irpm. Presença de edema periorbital, referido como mais evidente pela manhã. Edema leve nas extremidades inferiores. Sem linfadenopatia, amígdalas não hiperemiadas. Abdome indolor à palpação, sinal de Giordano negativo, sem massas palpáveis. Ritmo cardíaco regular, sem sopros. Aparelho respiratório sem alterações. Exames solicitados:
- Urina I: aspecto turvo, hematúria: 3+, proteinúria: 1+; densidade 1020. Urocultura negativa.
  - Ureia e Creatinina elevadas, C3 sérico: diminuído, ASLO positivo.
- Assinale a alternativa correta em relação às características clínicas e ao manejo da principal hipótese diagnóstica dessa criança.
- (A) A biópsia renal é indicada para confirmação diagnóstica.
  - (B) Restrição hídrica é importante na fase de hipervolemia e oligúria.
  - (C) Cerca de 80% dos casos evoluem para insuficiência renal aguda.
  - (D) Diuréticos de alça (ex.: furosemida) estão contraindicados.
37. LMG, 4 anos, sexo masculino. Há 5 dias, a criança voltou de uma viagem a uma fazenda com diarreia líquida. Evoluiu com redução do volume urinário, dor abdominal difusa e algum edema ocular. Hoje apresentou sangue em uma das evacuações e “manchas avermelhadas” não pruriginosas em nádegas e membros inferiores. No momento, apresenta-se em regular estado geral, prostrado e subfebril (Temp. axilar 37 °C). Pressão arterial 125/80 mmHg, FC 110 bpm, FR 24 ipm. Presença de petéquias e equimoses em membros inferiores e edema nas pernas e pés. Abdome doloroso à palpação difusa, sem massas palpáveis.
- Em relação à investigação laboratorial, espera-se encontrar
- (A) testes de coagulação alterados.
  - (B) coprocultura positiva para *Entamoeba histolytica*.
  - (C) presença de esquizócitos em sangue periférico.
  - (D) ASLO positivo.

**38.** Lactente de 5 meses de idade, sexo masculino, é trazido pela assistente social de sua comunidade para orientações nutricionais. Nascido a termo, sem intercorrências perinatais, peso de 2800 g, estatura 47 cm, APGAR 9/10. Não foi amamentado e recebe leite de vaca integral desde o momento de alta da maternidade, inicialmente diluído em água e atualmente misturado com amido de milho. Apresenta-se sonolento e pouco contactuante. Exame físico atual: peso 4150 g, 55 cm, hipocorado, olhos encovados, fontanela anterior deprimida. Proeminências ósseas visíveis, abdome globoso, flácido, timpânico à percussão, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos aumentados. Decide-se pela internação para manejo inicial de desnutrição grave.

Quais devem ser os pilares terapêuticos para esta criança?

- (A) Correção de eventuais hipoglicemia e hipotermia; se suspeita de processo infeccioso, coletar culturas e iniciar antibioticoterapia.
- (B) Manter paciente sob observação, coletar culturas na suspeita de processos infecciosos, mas iniciar antibioticoterapia apenas após os resultados.
- (C) Correção de possíveis distúrbios eletrolíticos e antibioticoterapia empírica se suspeita de processos infecciosos.
- (D) Colher culturas independentemente de sinais de processos infecciosos e iniciar antibioticoterapia de largo espectro.

**39.** Criança de 10 anos com poliartralgia migratória com sinais de artrite já instalada em joelho direito. Há 3 semanas apresentou faringite estreptocócica confirmada por swab de orofaringe, tratada com homeopatia por opção da família e à revelia do pediatra que a acompanha.

Assinale a alternativa que, associada à artrite já bem documentada, contemplaria os critérios de Jones para o provável diagnóstico clínico de febre reumática.

- (A) Presença de intervalo PR prolongado no eletrocardiograma.
- (B) Elevação dos reagentes de fase aguda (VHS, PCR).
- (C) Febre.
- (D) Eritema marginado.

**40.** Cenário 1: Lactente de 2 meses com bom ganho pondo-estatural, em aleitamento materno exclusivo e hábito intestinal adequado apresenta placas eczematosas aderidas ao couro cabeludo, glabella, asas nasais e pavilhão auricular.

Cenário 2: Lactente de 2 meses de vida com importante irritabilidade desde a alta da maternidade, aleitamento materno exclusivo com ganho ponderal médio de 15 g/dia, apresenta lesões eczematosas em face e regiões extensoras de membros inferiores e superiores.

Ao comparar os dois cenários clínicos, é correto inferir que

- (A) no primeiro caso, o tratamento deve ter como objetivo o controle do prejuízo decorrente das alterações do gene da filagrina.
- (B) a administração de anti-histamínicos clássicos por 3 a 5 dias pode ser utilizada em ambos os casos.
- (C) a hidratação do caso 2 deve ser preferencialmente realizada com emolientes oleosos, como o óleo de amêndoas.
- (D) proteínas alimentares ingeridas pela nutriz podem ser incluídas entre os possíveis agentes etiológicos do caso 2.

**41.** Adolescente de 16 anos, eutrófico, procura orientações a respeito das formas de proteção própria e de seus parceiros contra doenças sexualmente transmissíveis, em especial o HIV. O paciente refere ser homoafetivo e sexualmente ativo e relata não utilizar preservativos em todas as relações sexuais, com diferentes parceiros.

De acordo com os protocolos atuais do Ministério da Saúde, qual seria a recomendação para o manejo da infecção por HIV nesse paciente?

- (A) Prescrever profilaxia pré-exposição ao HIV, indicada para adolescentes acima de 15 anos com mais de 35 quilos, sexualmente ativos.
- (B) Orientar que a profilaxia pós-exposição, se necessária, deve ser iniciada até uma semana após uma possível exposição ao HIV.
- (C) Informar que a profilaxia pré-exposição só pode ser prescrita com consentimento por escrito do adolescente e dos pais responsáveis.
- (D) Informar que a profilaxia pós-exposição com antirretrovirais deve ser administrada pelos 6 meses subsequentes à exposição sexual de risco.

42. Adolescente de 14 anos, sexo masculino, negro, com queixa de dor progressiva no quadril esquerdo há 6 meses, com irradiação para o joelho ipsilateral. Refere já ter apresentado dor discreta no quadril direito com melhora espontânea. Procura atendimento hoje por piora dos sintomas no quadril esquerdo após prática esportiva, sem trauma direto associado. Ao exame físico, nota-se obesidade, dismetria dos membros inferiores, deambulação claudicante com evidente aumento da rotação externa do membro inferior acometido em relação ao contralateral.

A principal hipótese diagnóstica no caso supracitado e o exame de imagem complementar indicado são, respectivamente:

- (A) displasia do desenvolvimento do quadril – ressonância magnética.
- (B) doença de Legg-Calvé-Perthes – tomografia computadorizada do quadril.
- (C) sinovite transitória do quadril – ultrassonografia.
- (D) epifisiólise da região proximal do fêmur – radiografia da bacia e quadris em frente e perfil.

43. Ao avaliar uma criança de 6 anos de idade em consulta de rotina, observa-se fâcies alongada com projeção dos incisivos superiores e retrognatía, palato em ogiva e ressecamento de lábios. A mãe refere que a criança apresenta sono agitado, ronca muito, comportamento irritado e disperso durante o dia, o que vem repercutindo na alfabetização. Apesar da intensa obstrução nasal, a criança nega sintomas de espirros, coriza ou prurido e nunca apresentou qualquer episódio de broncoespasmo. Pele hidratada, sem eczemas.

De acordo com o contexto apresentado, a conduta mais apropriada nesse momento seria:

- (A) fazer lavagem nasal diariamente e iniciar corticoide tópico nasal.
- (B) mensuração de IgE específica para aeroalérgenos.
- (C) nasofibroscopia ou raio X de cavum e polissonografia.
- (D) adenoamigdalectomia preventiva.

44. Durante o atendimento de uma criança de 3 anos, em que a queixa materna é de que o filho não para de chorar, percebe-se incongruências na história, especialmente relacionadas a lesões encontradas durante o exame físico. O paciente apresenta múltiplos ferimentos em estágios diferentes de cicatrização em locais atípicos para se pensar em acidentes (dorso, face, nádegas), além de evidente higiene inadequada.

Diante da suspeita de maus tratos, a obrigação do pediatra é

- (A) buscar membro da família que possa atestar a violência doméstica.
- (B) realizar notificação compulsória ao Conselho Tutelar.
- (C) elaborar boletim de ocorrência contra a mãe.
- (D) encaminhar a família para avaliação psicológica.

45. Paciente de 5 meses de idade, previamente hígido, é encaminhado para serviço de emergência por “dificuldade para respirar” (sic). Os sintomas iniciaram há 3 dias na forma de tosse secretiva, congestão nasal e coriza; há 24h evoluiu com muita irritabilidade e falta de ar. Diante da avaliação médica, o paciente foi internado em unidade de terapia intensiva com necessidade de suporte de oxigênio (cateter nasal de alto fluxo) para melhora do padrão respiratório. Painel de patógenos respiratórios: positivo para *Bordetella pertussis*.

Além dos pais, a criança convive com um irmão de 3 anos, até o momento sem sintomas respiratórios.

Qual o manejo terapêutico/preventivo apropriado para o paciente e para seu irmão contactante?

- (A) Azitromicina 10 mg/kg/dia por 5 dias para o paciente; 10 mg/kg/dia, no 1º dia, e 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º dia para o seu irmão.
- (B) Azitromicina 20 mg/kg/dia por 5 dias para o paciente; 10 mg/kg/dia durante 5 dias para o seu irmão.
- (C) Amoxicilina 90 mg/kg/dia durante 7 dias para o paciente e para o seu irmão independentemente da situação vacinal.
- (D) Amoxicilina 90 mg/kg/dia para o paciente; avaliar a carteira vacinal do irmão e iniciar quimioprofilaxia triplíce bacteriana incompleta.

46. Adolescente de 12 anos, há 3 dias iniciou quadro de febre alta (39,5 °C), acompanhada de cefaleia intensa (“dor atrás dos olhos”), mialgia generalizada e artralgia. Colhida sorologia, positiva para dengue. Hoje, os sintomas pioraram, com queda do estado geral, dor abdominal intensa e sonolência exacerbada. Prova do laço negativa.

Qual deve ser a conduta imediata?

- (A) A prova do laço negativa exclui a evolução para uma forma grave da dengue e permite que a paciente seja acompanhada ambulatorialmente.
- (B) Os novos sintomas caracterizam sinais de alarme e a paciente deve ser internada até estabilização.
- (C) Independentemente da prova do laço negativa, a paciente deve ser internada em leito de emergência e receber hidratação endovenosa com solução salina isotônica.
- (D) Expansão volêmica com soro fisiológico ou ringer lactato e alta para acompanhamento ambulatorial.

**47.** Maria, 5 meses, é uma lactente saudável, sem qualquer intercorrência desde o nascimento, amamentada exclusivamente ao seio materno até o momento. Uma vez que está prestes a iniciar a alimentação complementar, os pais pedem orientação para a introdução dos alimentos mais alergênicos, visto que a irmã mais velha apresenta diagnóstico comprovado de alergia ao leite de vaca.

Qual é a recomendação apropriada para a introdução alimentar de Maria?

- (A) Por se tratar de criança de alto risco para o desenvolvimento de alergias, alimentos mais alergênicos como ovo, peixe e castanhas devem ser introduzidos após o primeiro ano de vida.
- (B) A criança poderá receber todos os alimentos normalmente introduzidos na puericultura habitual, mas, na impossibilidade de manter o aleitamento materno, fórmulas hidrolisadas devem substituir as poliméricas.
- (C) Devido ao histórico da irmã, está indicada a avaliação de imunoglobulina E para os alimentos mais relacionados com alergias (leite, ovo, soja, trigo, amendoim e castanhas, peixes e frutos do mar) antes do início na introdução.
- (D) A introdução alimentar pode ser iniciada normalmente a partir dos 6 meses de idade de acordo com as necessidades nutricionais; mediante necessidade, fórmula polimérica pode substituir ou complementar o leite materno.

**48.** RN nascido a termo, com peso de 4 200 g. Evoluiu com icterícia prolongada, hipotonia e dificuldade para mamar, com episódios de bradicardia que estenderam sua permanência na UTI neonatal. Fontanela anterior ampla, macroglossia. Após 7 dias, o teste do pezinho apontou irregularidades na concentração de TSH, com valores elevados e alta suspeita de hipotireoidismo congênito.

A medida imediata mais apropriada seria

- (A) iniciar levotiroxina na dose de 10 mcg/kg/dia.
- (B) coletar imediatamente TSH e T4 livre para confirmação diagnóstica.
- (C) repetir o teste do pezinho antes dos 30 dias de vida.
- (D) aguardar 30 dias para coleta do T4 e TSH.

**49.** Menino de 4 anos com queixa de dor nas pernas há cerca de 1 mês. A dor é praticamente diária, a criança não abandona atividades físicas durante o dia, mas eventualmente acorda durante a noite se queixando. Apesar de não conseguir apontar o local específico, a dor parece acometer a região mais inferior de panturrilhas e canelas. As queixas ocorrem predominantemente ao final do dia e melhoram com repouso ou massagem. Movimentos articulares com amplitude aumentada, sem sinais flogísticos nas articulações. Não há achados anormais no exame físico.

Em relação ao caso descrito, é correto afirmar que

- (A) a “dor do crescimento” é um diagnóstico de exclusão e pode cursar com alteração importante das provas inflamatórias (VHS, PCR).
- (B) apesar de aparentemente benignas, as dores músculo-esqueléticas em crianças estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento de fibromialgia em fases mais tardias.
- (C) a Síndrome da Hiper mobilidade benigna não deve ser considerada em crianças menores de 5 anos devido à hiper mobilidade fisiológica até essa idade.
- (D) a ressonância magnética pode ser necessária para exclusão de osteocondroses como a doença de Osgood-Schlatter (tuberosidade anterior da tíbia) ou Sever (apófise do calcâneo).

**50.** Ao examinar um lactente hígido, de 3 meses, sem quaisquer intercorrências neonatais, em bom desenvolvimento pondo-estatural, ausculta-se um sopro cardíaco sistólico, no foco pulmonar. Não há irradiação para outras áreas e parece desaparecer com mudanças de decúbito.

Considerando o padrão do sopro descrito, um sinal de alerta para investigação mais aprofundada seria

- (A) sopro diastólico isolado.
- (B) sopro sistólico auscultado durante processo infeccioso.
- (C) timbre vibratório ou musical mais intenso na posição supina.
- (D) sopros de curta duração.

