

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA (ATENDPEDT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



### TEMPO

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



### NÃO SERÁ PERMITIDO

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



### INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!



## Endocrinologia e Metabologia

1

Um homem de 42 anos, com história de obesidade, diabetes e hipertensão, apresenta-se ao exame físico com: IMC = 35 kg/m<sup>2</sup>, PA = 140x90 mmHg e cintura abdominal = 102 cm. O exame de laboratório indica glicemia de jejum = 222 mg/dL, hemoglobina glicada = 8,5% Ur = 42 mg/dL e Cr = 0,9 mg/dL. Ele relata que, apesar da mudança de estilo de vida, não vem melhorando.

Diante desse caso, deve-se considerar que:

- (A) a insulínização é obrigatória para esse paciente, visando um controle glicêmico mais efetivo e rápido;
- (B) o análogo de GLP1 está indicado, pois, além da melhora glicêmica e metabólica, pode trazer proteção renal e cardiovascular;
- (C) uma sulfonilureia é a melhor escolha, pois o fundamental é controlar a glicemia, independente de outras metas metabólicas;
- (D) o inibidor de SGLT2 não deve ser usado, pois a glicemia está muito elevada e há risco de piora da função renal;
- (E) o uso da metformina é suficiente para atingir as metas glicêmicas e metabólicas desse paciente.

2

Um homem de 55 anos, com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, em uso de metformina 2g/dia e inibidor do SGLT2 (dapaglifozina) 10 mg/dia. Procura atendimento com um endocrinologista. Seus exames indicam:

- hemoglobina glicada = 7,0 %;
- colesterol total = 280 mg/dL;
- HDL = 45 mg/dL;
- LDL = 175 mg/dL;
- triglicérides = 280mg/dL.

Como opções de tratamento da dislipidemia desse paciente, deve-se iniciar:

- (A) ezetimibe como primeira opção;
- (B) fibrato em virtude da hipertrigliceridemia;
- (C) estatina de alta potência – rosuvastatina ou atorvastatina;
- (D) estatina - pitavastatina e associar um fibrato;
- (E) ezetimibe associado a um fibrato.

3

O diabetes é uma doença que pode se associar a complicações, tanto micro quanto macrovasculares.

Com relação ao rastreamento dessas complicações, é correto afirmar que:

- (A) a avaliação da neuropatia diabética requer atenção às queixas de dor, à parestesia, à diminuição de sensação de tato ou hipersensibilidade, sem necessidade de rastreamento adicional;
- (B) a retinopatia diabética aparece mais tardiamente; por isso, a recomendação é de avaliação de fundo de olho naqueles pacientes com DM2 com mais de 10 anos de diagnóstico da doença;
- (C) a microalbuminúria permite detectar pequenas quantidades de perda de proteína na urina e pode ser um indicador precoce de lesão renal no diabetes;
- (D) o protocolo de rastreamento das complicações crônicas nos pacientes com DM1 e DM2 é igual em suas indicações;
- (E) a avaliação da taxa de filtração glomerular, obtida através da creatinina urinária, é um marcador confiável para rastreamento da doença renal associada ao diabetes.

4

A epidemia de obesidade e suas consequências tem reforçado a importância de seu tratamento a longo prazo. Quando se inicia uma intervenção para essa doença, estabelece-se a possibilidade de prevenção de outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Assim deve-se considerar que:

- (A) o tratamento da obesidade com medicação deve ser evitado;
- (B) medicamentos estão indicados para pacientes com IMC > 24 kg/m<sup>2</sup>;
- (C) o tratamento para obesidade só deve ser instituído para aqueles que apresentarem doenças associadas;
- (D) o melhor tratamento para a obesidade consiste em psicoterapia associada a atividade física;
- (E) no tratamento da obesidade deve-se definir o comportamento alimentar do paciente para guiar a melhor escolha do fármaco a ser utilizado.

5

Nos últimos anos, a evolução no tratamento do diabetes mellitus tem ocorrido com base na sua fisiopatologia.

Com relação às drogas utilizadas para tratar essa doença, considera-se que:

- (A) os análogos de GLP-1 levam a pancreatite, apesar dos seus benefícios no controle do peso e da glicemia;
- (B) a pioglitazona não deve ser usada em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada;
- (C) os inibidores da SGLT2, apesar de associados a proteção renal, devem ser evitados em pacientes com albuminúria;
- (D) os inibidores de DPP-IV têm um risco aumentado de hipoglicemia, por isso devem ser evitados em idosos;
- (E) a metformina deve ser a droga inicial, mas pode levar a deficiência de folato.

6

Uma mulher de 56 anos, com antecedente de infarto do miocárdio há 3 anos, procura atendimento para perda de peso. Ao exame, foram registrados:

- IMC = 38 kg/m<sup>2</sup>,
- PA = 120 x 80 mmHg,
- FC 82 bpm,
- cintura com 102 cm.

Com relação a seu tratamento para obesidade, deve-se considerar que:

- (A) a sibutramina é uma boa opção, pois a paciente encontra-se com PA e FC controladas;
- (B) o orlistate está contraindicado, pois pode aumentar o risco cardiovascular da paciente;
- (C) a melhor opção é iniciar liraglutida, pois, além do benefício de perda de peso, tem segurança cardiovascular;
- (D) a fluoxetina pode ser indicada, pois resultados de perda de peso a longo prazo têm sido comprovados;
- (E) o tratamento medicamentoso para essa paciente não deve ser considerado em virtude da idade e da comorbidade que possui.

**7**

Um paciente de 48 anos, com DM2 há cerca de 3 anos e com esteatose hepática ao US, encontra-se em uso de estatina para controle de sua dislipidemia. Ele informa que, mais recentemente, as suas glicemias têm ficado mais elevadas. Levou exames de laboratório que demonstraram:

- hemoglobina glicada = 7,1 %,
- colesterol total = 192 mg/dL,
- HDL = 50 mg/dL,
- LDL = 82 mg/dL,
- triglicerídeos = 300 mg/dL.

A melhor conduta para esse paciente é:

- (A) substituir a estatina por um fibrato;
- (B) associar um fibrato e ezetimibe;
- (C) insulinar o paciente e iniciar um fibrato;
- (D) reforçar a dieta, MEV e aumentar dose da estatina;
- (E) tirar a estatina e introduzir um ômega 3 e vitamina E.

**8**

A doença hepática gordurosa metabólica caracteriza-se pela presença de gordura no fígado associada a fatores de risco de síndrome metabólica.

Sobre essa condição, é correto afirmar que:

- (A) o risco cardiovascular inexistente nessa doença;
- (B) o vírus da hepatite C é a principal causa dessa doença;
- (C) o INR e albumina devem ser solicitados para avaliar a função hepática nos pacientes com essa condição;
- (D) a esteatose hepática é uma doença benigna que não requer intervenção;
- (E) a elastografia hepática pode ser usada como método não invasivo para avaliar casos com risco de fibrose.

**9**

Nos últimos anos, observou-se uma revolução tecnológica no tratamento do diabetes.

Com relação às diferentes opções de análogos de insulina, considera-se que:

- (A) nos pacientes com DM2, não há diferença na insulinização basal com NPH e análogos de insulina;
- (B) para obtenção de um controle glicêmico adequado, deve-se calcular a dose de insulina basal em pelo menos 1 UI/Kg;
- (C) para obtenção de uma insulinização basal adequada, faz-se necessário dividir as doses da insulina degludeca em pelo menos 2 doses diárias;
- (D) as insulinas degludeca e glargina U300 têm como vantagem a meia vida prolongada, perfil mais *flat* na curva de distribuição da insulina, e, assim, menos riscos de hipoglicemia;
- (E) quando se usam análogos de insulina de ação prolongada, não há necessidade de se utilizar controle glicêmico diário, pois estes controlam a glicemia por mais de 24h.

**10**

Um homem de 59 anos, com infarto do miocárdio (IAM) prévio, encontra-se em uso de rosuvastatina 40 mg/dia, AAS e medicações para pressão. Ao exame físico, foram obtidos os seguintes resultados:

- IMC = 27 kg/m<sup>2</sup>,
- PA = 130/80 mmHg,
- FC = 62 bpm.

Seus exames de laboratório revelam:

- glicemia = 102 mg/dl,
- HbA1c = 5,7%,
- LDL = 55 mg/dl,
- HDL = 35 mg/dl,
- triglicerídeos = 220 mg/dl.

A melhor conduta para esse caso é:

- (A) dosar CPK e associar um fibrato;
- (B) diminuir a dose da rosuvastatina;
- (C) dosar CPK e, caso normal, aumentar a dose da estatina;
- (D) manter dose da rosuvastatina, reforçar dieta e associar um ezetimibe;
- (E) iniciar tratamento com metformina e trocar a rosuvastatina pela atorvastatina de 40 mg.

**11**

Um paciente de 17 anos, com diagnóstico de DM1 há 7 anos, comparece à emergência por apresentar dor abdominal, náuseas e desidratação há 5 dias. Ao exame físico, encontra-se sonolento, desidratado++/4+ e com PA = 9x5 mmHg. Seus exames laboratoriais apresentam:

- glicemia = 404 mg/dL,
- hemoglobina glicada = 11 %,
- Na = 143 mg/dL,
- K = 4.0 mEq/L,
- gasometria com PH = 7.3.

Sobre esse caso, é correto afirmar que:

- (A) a reposição de bicarbonato, em virtude da acidose severa, deve ser feita;
- (B) os níveis de potássio, em geral, não modificam a conduta a ser adotada;
- (C) uma gastroenterite em paciente DM1; exige o tratamento da infecção;
- (D) um esquema de hidratação venosa vigorosa e insulinização plena são fundamentais para o tratamento desse paciente;
- (E) a via de administração da insulina pode ser subcutânea, intramuscular ou venosa, pois isso não influencia os mapas de controle glicêmico.

**12**

Uma paciente de 28 anos, DM1 há 18 anos, refere piora do controle glicêmico ao acordar, apesar do aumento da dose de insulina basal nas últimas duas consultas. Está pesando 55 kg, no momento, encontra-se em uso de glargina U300 40 UI + esquema com insulina ultrarrápida conforme controle de glicemia capilar antes do café, almoço e jantar.

Com relação a esse caso:

- (A) deve-se aumentar a dose de insulina basal em cerca de 20% para controle de glicemia matutina;
- (B) deve-se trocar a insulina U300 por um análogo de insulina com meia-vida mais prolongada;
- (C) deve-se introduzir uma correção com insulina ultrarrápida na ceia para cobrir a glicemia matutina;
- (D) deve-se dividir a dose da glargina U300 em duas doses para melhor controle da glicemia da manhã;
- (E) é possível a hiperglicemia matutina ter relação com a hipoglicemia na madrugada e uma monitorização em tempo real pode confirmar essa hipótese.

**13**

Uma paciente de 35 anos procurou um médico por aumento da região cervical. Ao exame físico, apresentava volume tireoidiano aumentado; o US revelou nódulo sólido, hipocogênico, com margens parcialmente definidas e focos ecogênicos em seu interior de 2,7x1,8x1,4 cm em LE. A função tireoidiana veio normal e, na avaliação da PAAF, a citologia apresentou um resultado compatível com BETHESDA V.

Diante disso, a melhor conduta é:

- (A) acompanhar nódulo com US anual;
- (B) acompanhar paciente com PAAF seriada;
- (C) iniciar levotiroxina para redução do nódulo;
- (D) encaminhar a paciente para radioiodoterapia;
- (E) encaminhar a paciente para resolução cirúrgica.

**14**

Uma mulher de 38 anos é levada à emergência com quadro de desorientação, febre, agitação, tremores, náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta PA = 150 x 70 mmHg, FC = 130 bpm, temperatura de 39 °C, ritmo cardíaco irregular e tireoide aumentada de volume. Os exames de laboratório registraram:

- TSH < 0,01 mUI/L (VR 0,4-4,0 mUI/L),
- T4L = 5,2ng/dL (VR 0,7-1,7 ng/dL).

Sobre esse caso, cabe ao médico da emergência:

- (A) iniciar droga antitireoidiana e chamar um cirurgião para resolução;
- (B) iniciar droga antitireoidiana e betabloqueador para estabilizar a paciente;
- (C) fazer iodeto de potássio imediatamente, pois isso vai ajudar a estabilizar o quadro;
- (D) fazer apenas o betabloqueador e, só após estabilizar, a paciente iniciar droga antitireoidiana;
- (E) fazer AAS e iniciar antibioticoterapia, pois uma infecção deve ter descompensado a paciente.

**15**

Uma paciente de 27 anos, nuligesta, com 14 semanas de gestação, procura atendimento para sua primeira consulta de pré-natal. Ela está preocupada pois seu exame de glicose veio alterado (98 mg/dL).

Com base nesse resultado, é correto afirmar que:

- (A) a paciente apresenta glicemia de jejum normal, e nenhum cuidado adicional se faz necessário;
- (B) a paciente deve ser encaminhada para a nutrição, mas não apresenta risco de diabetes;
- (C) a paciente apresenta diabetes gestacional com base na glicemia de jejum;
- (D) a realização de um teste de tolerância a glicose (TOTG) se faz necessária para confirmação do diagnóstico;
- (E) o conhecimento sobre a história familiar da paciente é fundamental; caso seja positiva para diabetes, deve-se solicitar TOTG.

**16**

Uma mulher de 59 anos foi encaminhada ao especialista para avaliar US de tireoide que apresentava nódulo sólido, hipocogênico, de contornos regulares, sem microcalcificações, localizado no terço inferior do lobo direito, medindo 1,1 x 1,2 x 1,1 cm.

O procedimento médico mais adequado é:

- (A) pedir TSH e acompanhar o nódulo com US;
- (B) tratar com levotiroxina para redução do nódulo;
- (C) encaminhar a paciente para punção aspirativa para biópsia guiada por US;
- (D) solicitar cintilografia e, em caso de nódulo funcionante, encaminhar para punção;
- (E) encaminhar para cirurgia, visto tratar-se de nódulo com alta suspeita de malignidade.

**17**

Uma mulher de 34 anos, com história de perda de 7 kg nos últimos três meses, insônia e palpitações busca auxílio médico. Ao exame físico apresenta:

- IMC = 20,5 kg/m<sup>2</sup>,
- FC = 128 bpm,
- ritmo cardíaco irregular,
- pressão arterial a 130 x 70 mmHg.

A tireoide está aumentada difusamente, sem nódulos palpáveis.

Verifica-se proptose bilateral. Seus exames laboratoriais revelam:

- TSH = 0,001 (VR 0,4-4,0 mUI/L),
- T4 livre = 3,7 (VR 0,7-1,7 ng/dL),
- T3 = 380 (VR 80-180 ng/dL),
- TRAb = 7,0 (VR <1,75 UI/mL).

Sobre esse caso, deve-se considerar:

- (A) iniciar levotiroxina 100 ug;
- (B) indicar cirurgia de urgência;
- (C) acompanhar função tireoidiana;
- (D) iniciar tapazol e betabloqueador;
- (E) indicar tratamento com dose de terapêutica- I<sup>131</sup> - 100 mCi.

**18**

Um homem de 45 anos, com queixa de palpitações, sudorese e tremores de extremidades há 15 dias, comparece a uma consulta médica. Ao exame físico, atesta-se tireoide aumentada de volume difusamente e dolorosa à palpação, sem eritema, registram FC = 124 bpm e PA = 130 x 60 mmHg, sem proptose. Os exames laboratoriais registram:

- TSH = 0,01 (VR 0,4-4,0 mUI/L),
- T4 livre = 2,7 (VR 0,7 a 1,8 ng/dL),
- TRAb = 1,0 (VR <1,75 UI/mL)
- cintilografia com captação baixa.

Sobre esse caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) tireoidite;
- (B) doença de Graves;
- (C) uso exógeno de hormônio tireoidiano;
- (D) hipotireoidismo central;
- (E) hipotireoidismo primário.

**19**

O hipotireoidismo primário é uma doença bem prevalente que tem na tireoidite de hashimoto a sua principal causa.

Sobre essa condição, é correto afirmar que:

- (A) tanto homens como mulheres são acometidos por essa doença em igual frequência;
- (B) as dosagens de T4T e T3T são necessárias para afastar essa condição;
- (C) a presença de um TSH aumentado, com Anti-TPO+, confirma o diagnóstico;
- (D) a realização de um US de tireoide se faz necessária para seu tratamento;
- (E) o diagnóstico é feito de forma diferente em crianças e adultos.

**20**

Um paciente de 28 anos, encontra-se com 12 semanas de gestação. Na sua avaliação laboratorial do pré-natal foram observados:

- TSH = 12 (VR 0,4-4,0 mUI/L),
- T4 livre = 0,7 (VR 0,7-1,7 ng/dL).

Sobre essa paciente, deve-se considerar que:

- (A) pode-se apenas acompanhar a função tireoidiana da paciente, pois essas alterações são esperadas no início da gestação;
- (B) o hCG é um hormônio homólogo ao TSH, e isso pode estar elevando esse hormônio, não havendo necessidade de tratamento para o caso;
- (C) este é um caso de hipotireoidismo e o tratamento com levotiroxina é obrigatório, pois a paciente está gestante;
- (D) deve-se solicitar a dosagem de T3 para se realizar a confirmação de hipotireoidismo;
- (E) pode-se tratar de um tumor hipofisário produtor de TSH e a paciente deve ser encaminhada para uma RNM de hipófise.

**21**

Uma paciente com hipotireoidismo informa que deseja gestar e está preocupada com a medicação que usa. Ela então pergunta a seu médico como deverá proceder.

O médico deve informar à paciente que ela:

- (A) deverá diminuir a dose de levotiroxina na gestação;
- (B) pode usar o polivitamínico junto com a levotiroxina;
- (C) pode usar a levotiroxina a qualquer hora do dia pelo fato de estar grávida;
- (D) pode aumentar a dose de levotiroxina em 30-50% durante a gestação;
- (E) deve suspender a medicação nos três primeiros meses e só depois retomar o seu uso.

**22**

Uma paciente de 25 anos, com diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide, que ao histopatológico foi descrito com variante clássica, < 1 cm, unifocal, sem invasão vascular ou linfática foi se consultar com um(a) endocrinologista.

Para melhor controle dessa paciente, deve-se:

- (A) encaminhá-la para radioiodoterapia com  $I^{131}$  - 100 mCi;
- (B) pedir cintilografia de tireoide para monitorar recidiva local;
- (C) monitorar o risco de recidiva com pesquisa de corpo inteiro (PCI);
- (D) manter alvo de TSH < 0.01 mUI/L e acompanhar com tireoglobulina;
- (E) manter alvo de TSH entre 0,5-2,0 mUI/L e acompanhar com tireoglobulina.

**23**

Uma mulher de 26 anos, com diagnóstico de diabetes e hipertensão há 6 meses, apresenta aumento de 18 kg nos últimos 4 anos. Ao exame, apresenta: *acanthosis nigricans* cervical, giba, abdômen globoso com estrias violáceas. Tem IMC = 31 kg/m<sup>2</sup> e está com PA = 150x90 mmHg.

Sobre esse caso, considera-se que:

- (A) a paciente deve iniciar liraglutida para tratar obesidade, independentemente da causa;
- (B) a dosagem de ACTH é suficiente para o diagnóstico dessa paciente;
- (C) a dosagem do cortisol após 1 mg de dexametasona ou do cortisol livre urinário devem ser solicitados;
- (D) a dosagem de catecolaminas deve ser solicitada para se realizar o diagnóstico da causa secundária da hipertensão da paciente;
- (E) a prioridade é o tratamento do diabetes e da hipertensão independentemente da causa, de forma a atingir as metas glicêmicas e pressóricas para a idade.

**24**

A hipertensão é uma doença comum, mas, em algumas situações, pode se associar a causas secundárias.

Faz-se necessário investigar uma causa endócrina de hipertensão em paciente:

- (A) masculino, 52 anos, negro, hipertenso há 2 anos, obeso e diabético;
- (B) feminina, 55 anos, com história de hipertensão e DAC na família;
- (C) feminina, 32 anos, hipertensa com queixas de cefaleia, sudorese e palpitações, associados a sensação de morte iminente;
- (D) masculino, 49 anos, com descontrole da pressão apesar do uso de losartana 50mg de 12/12h associada a um diurético;
- (E) masculino, 68 anos, com AVE prévio e pressão de 180 x 110 mmHg em uso de diurético.

**25**

Uma paciente de 49 anos apresenta-se com obesidade central, fraqueza muscular e estrias violáceas. Ao procurar atendimento no posto de saúde, realiza exames laboratoriais, que revelam um cortisol basal < 1 ug/dL e ACTH < 1 pg/ml.

Sobre esse caso, é correto afirmar que:

- (A) trata-se de um caso de síndrome de Cushing e deve-se solicitar uma tomografia de adrenal;
- (B) essa paciente apresenta insuficiência adrenal secundária e deve-se instituir o tratamento com glicocorticoide;
- (C) para que se possa fechar o diagnóstico de síndrome de Cushing, deve-se pedir uma dosagem de cortisol salivar;
- (D) para que se confirme o diagnóstico de síndrome de Cushing, deve-se solicitar uma RNM de hipófise;
- (E) a paciente deve estar utilizando glicocorticoide, que, dependendo do tempo de uso e da dose, pode resultar nesse quadro.

**26**

Uma paciente de 52 anos, com história de dores articulares, fez uso de doses elevadas de glicocorticoide, média de 40 mg de prednisona oral por 3 anos. Recentemente foi orientada a reduzir a dose do corticoide para 5 mg. Ela informa que começou a apresentar cansaço, fraqueza e queda de pressão. Ao exame físico, verificou-se IMC = 31 kg/m<sup>2</sup>, abdômen globoso, atrofia de MMII e PA = 100x50 mmHg.

Sobre essa paciente, deve-se considerar que:

- (A) a dose de 40 mg de prednisona deveria ser mantida, pois ela apresenta sintomas de insuficiência adrenal;
- (B) apresenta doença de Cushing, que deve ser investigada para afastar uma causa endógena associada ao quadro;
- (C) a permuta de prednisona para dexametasona deve ser considerada, por sua maior potência e meia vida mais longa;
- (D) um mineralocorticoide deve ser associado, pois a paciente apresenta sintomas de insuficiência adrenal e queda de pressão;
- (E) essa paciente deve ser submetida a um desmame mais lento da medicação, pois está apresentando sintomas de síndrome de retirada de glicocorticoide.

**27**

Um paciente de 55 anos, em investigação para dor abdominal, realizou tomografia de abdômen, que demonstrou uma lesão de 2,2 cm em adrenal esquerda com baixa densidade e com características de adenoma. Nega DM ou HAS.

Diante desse achado de incidentaloma de adrenal, o procedimento adequado é:

- (A) indicar cirurgia;
- (B) fazer uma biópsia;
- (C) pedir tomografia seriada;
- (D) não solicitar investigação adicional;
- (E) fazer dosagem de cortisol após supressão noturna com 1 mg de dexametasona.

**28**

Uma menina de 8 anos foi encaminhada ao endocrinologista por apresentar aumento de pelos, acne e aumento dos níveis pressóricos. Na investigação, foi observado aumento dos níveis de testosterona e LH < 0,1 mUI/L. Uma tomografia de abdômen revelou uma massa de adrenal heterogênea e irregular de 6,5 cm.

Com relação a esse quadro, deve-se:

- (A) pedir tomografia seriada para acompanhar a lesão;
- (B) não se preocupar, pois a paciente não abriu puberdade precoce;
- (C) pedir um exame de cariótipo para afastar uma causa de puberdade precoce;
- (D) pedir US de pélvico para afastar uma causa ovariana para esse hiperandrogenismo;
- (E) avaliar a funcionalidade da lesão de adrenal e indicar tratamento cirúrgico por provável carcinoma de adrenal.

**29**

Sobre o hiperaldosteronismo primário, considera-se que:

- (A) paroxismos, com sintomas semelhantes a síndrome do pânico, podem ocorrer;
- (B) a hipertensão resistente está presente nessa condição e se associa a tremores e sudorese;
- (C) é uma doença rara e a hipopotassemia associada ao quadro é uma condição essencial para o diagnóstico;
- (D) é uma causa frequente de hipertensão secundária, principalmente nos casos de hipertensão resistente;
- (E) seu tratamento é geralmente cirúrgico, pois sua causa mais frequente é um adenoma produtor de aldosterona.

**30**

Uma paciente de 27 anos refere idas frequentes à emergência por sensação de morte iminente. Há 1 ano, vem apresentando paroxismos com palpitações, sudorese e picos hipertensivos (PA 210 x140 mmHg) e, mesmo com doses máximas de enalapril, anlodipino e hidroclorotiazida, a PA segue sem controle. Os exames de creatinina e potássio estão normais.

Na investigação da etiologia dessa hipertensão, o(s) exame(s) primordial(ais) é(são):

- (A) cortisol e ACTH;
- (B) sódio urinário;
- (C) aldosterona e renina;
- (D) metanefrinas plasmáticas e urinárias;
- (E) ECO, ECG e holter.

**31**

Uma mulher de 24 anos, com amenorreia há 4 meses, notou a presença de descarga mamária positiva bilateralmente e cefaleia. Por isso, procurou assistência médica.

Sobre esse caso, deve-se considerar:

- (A) RNM de hipófise para afastar um tumor hipofisário;
- (B) o uso de anticoncepcional oral para tratar da amenorreia da paciente;
- (C) a dosagem de beta-hCG, função tireoidiana, LH, FSH, estradiol e prolactina;
- (D) a sua irregularidade menstrual como algo não preocupante, pois deve estar ligada à síndrome dos ovários policísticos;
- (E) indicação de US transvaginal, pois fatores mecânicos e sinéquias podem ser a causa da amenorreia.

**32**

Um paciente de 56 anos com queixa de astenia, perda de peso e inapetência procura atendimento médico. Ele refere que vem apresentando tonturas e náuseas, e a esposa informa que notou o marido mais bronzeado. Ao exame físico, verificam-se:

- IMC = 19 kg/m<sup>2</sup>,
- PA = 100x50 mmHg,
- hiperpigmentação na pele.

O exame laboratorial registra:

- sódio = 130 mEq/L,
- potássio = 5,6mEq/L.

Sobre esse caso, deve-se considerar que:

- (A) o paciente pode ser portador de síndrome inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH);
- (B) o paciente é portador de uma insuficiência adrenal secundária e uma RNM de hipófise deve ser solicitada;
- (C) a presença de hiponatremia e de hipercalemia apontam para a possibilidade de insuficiência adrenal primária; dosagens de cortisol e ACTH devem ser solicitadas;
- (D) a possibilidade de um hipotireoidismo primário deve ser considerada e a dosagem de TSH e t4L deve ser feita;
- (E) hiponatremia de causa medicamentosa deve ser afastada e a história psiquiátrica do paciente verificada.

**33**

Sobre as alterações hormonais que ocorrem na menopausa, deve-se considerar que:

- (A) a diminuição do FSH e a redução do estradiol ovariano marcam esse período;
- (B) irregularidades dos ciclos menstruais podem ocorrer, devido à diminuição do nível do LH;
- (C) o aumento do FSH, LH e diminuição do estradiol são alterações laboratoriais observadas;
- (D) uma avaliação de prolactina deve ser feita para se afastar outra causa de amenorreia nessa fase;
- (E) dosagens dos hormônios hipofisários precisam ser realizadas para afastar outras causas de hipogonadismo.

**34**

Uma mulher de 25 anos, com hirsutismo, acne e irregularidade menstrual, refere dificuldade para manter peso desde a adolescência, com aumento de 3 kg após a pandemia. Ao exame físico, apresenta:

- acanthosis *nigricans* cervical e axilar,
- Ferriman = 8,
- IMC = 26 kg/m<sup>2</sup>,
- PA = 120x70 mmHg.

O diagnóstico mais provável para essa paciente é:

- (A) tumor ovariano;
- (B) tumor de adrenal;
- (C) hipotireoidismo;
- (D) tumor hipofisário;
- (E) síndrome dos ovários policísticos (SOP).

**35**

Uma mulher de 40 anos, com cansaço e astenia há 1 ano, apresentou história de hemorragia uterina importante no parto da última filha e não conseguiu amamentar pela agalactia. Também informa que, desde então, não voltou a menstruar.

Sobre esse caso, deve-se considerar que:

- (A) a paciente tem anemia e por isso mantém queixas de adinamia;
- (B) essa paciente tem hipotireoidismo primário, o que justificaria uma prolactina baixa e a agalactia;
- (C) os hormônios hipofisários devem apresentar níveis altos para essa alteração;
- (D) o quadro da paciente é compatível com uma crise por estresse pós-traumático, o que justifica a amenorreia e a agalactia;
- (E) a paciente deve ter apresentado necrose hipofisária após hemorragia uterina, o que justificaria a agalactia e amenorreia.

**36**

Um paciente de 54 anos iniciou há 6 meses com poliúria, polidipsia e nictúria. O volume urinário diário estava em 9 L, o que atrapalhava suas atividades diárias e a rotina de sono. Procurou atendimento médico, sendo observados:

- glicemia = 82mg/dl,
- HbA1c = 5,3%,
- função renal normal,
- densidade urinária = 1002.

A melhor conduta é:

- (A) pedir ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio para afastar diabetes *insipidus*;
- (B) solicitar osmolaridade plasmática e fazer um teste do desmopressina (DDAVP) para fechar diagnóstico de diabetes *insipidus*;
- (C) considerar o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e iniciar tratamento com metformina;
- (D) iniciar antidepressivo, pois o quadro pode responder com uso de inibidores de receptação de serotonina;
- (E) pedir a dosagem de hormônios tireoidianos, pois hipotireoidismo pode associar-se a essas alterações.

**37**

Uma paciente de 62 anos buscou atendimento médico apresentando:

- cálcio = 9,0 mg/dl (8,2-10,4),
- P = 3,5 mg/dl (2,6-4,5),
- albumina = 4,5 g/dl (3,5-5,5 mg/dl),
- vitamina D = 18 ng/ml,
- PTH = 92 pg/ml (12-65),
- creatinina e fosfatase alcalina normais.

O diagnóstico de osteoporose foi confirmado pela densitometria óssea com T score de coluna L1-L4 = -2,6.

Sobre esse caso, o esperado é(são):

- (A) fraturas múltiplas em ossos longos;
- (B) piora rápida da função renal com necessidades dialíticas;
- (C) estabilidade do quadro, sem necessidade de intervenção adicional;
- (D) alterações na cintilografia óssea que corroboram o diagnóstico de osteoporose;
- (E) provável normalização do PTH com reposição de vitamina D, compatível com hiperparatireoidismo secundário.

**38**

Uma paciente de 34 anos, com história de câimbras e parestesias que se iniciaram após recente cirurgia de bócio multinodular, consulta-se com um endocrinologista. A família refere que ela apresentou episódio de tremor compatível com crise convulsiva. Ao exame físico, apresenta-se com de Trousseau e Chevostek positivos.

Trata-se de um caso de:

- (A) hiperparatireoidismo primário;
- (B) hipotireoidismo primário;
- (C) hipoparatiroidismo;
- (D) tumor hipofisário;
- (E) hipertireoidismo.

**39**

Uma mulher de 57 anos, com litíase renal de repetição, procurou um ortopedista, que pediu uma densitometria óssea e fez diagnóstico de osteoporose. Na avaliação laboratorial, a paciente apresentava:

- PTH = 111 pg/mL (VR 12-72),
- cálcio = 12mg/dl,
- creatinina = 0,7mg/dl,
- 25-OHD = 35 ng/mL.

Sobre esse caso deve-se considerar que:

- (A) o tratamento da osteoporose com bifosfonato precisa ser iniciado, pois a perda de massa óssea se deve à menopausa da paciente;
- (B) o quadro clínico dessa paciente não requer nenhum tratamento específico, pois a perda de massa óssea é algo esperado e compatível com a idade;
- (C) essa paciente apresenta hiperparatireoidismo primário, devendo-se solicitar calciúria de 24h; o aumento da excreção urinária de cálcio se associa a esse quadro;
- (D) o diagnóstico é de hiperparatireoidismo secundário; devem ser otimizados os níveis de vitamina D acima do apresentado;
- (E) a prioridade do tratamento é a litíase renal da paciente; uma vez resolvida essa questão, é esperada melhora da massa óssea.

**40**

A vitamina D é um pré-hormônio, e o metabolismo desta vitamina exerce uma ação crucial para a sua ação.

Sobre essa vitamina, é correto afirmar que:

- (A) o colecalciferol sofre ação no fígado e se converte na sua forma ativa, o calcitriol 1,25 (OH)D;
- (B) a 25(OH)D deve ser administrada em todos pacientes para atingir níveis séricos adequados;
- (C) a produção da vitamina D depende de sua conversão na pele em ação enzimática e não fotolítica;
- (D) a deficiência de vitamina D na população brasileira é baixa, pois o fato de ela estar exposta ao sol, na maior parte do ano, a protege;
- (E) a ação da 1,25 (OH)D é regular o metabolismo do cálcio e do fósforo por meio de processos de absorção intestinal e reabsorção renal destes íons.

## Pediatria

**41**

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçozinho). A saturação de O<sub>2</sub> foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

**42**

Um lactente de 9 meses, com fácies sindrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

**43**

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

**44**

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatra;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pômbero-estatural.

**45**

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

**46**

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

**47**

Durante tratamento de amidalite com amoxicilina, um adolescente apresentou placas urticariformes difusas, com necessidade de atendimento na emergência.

Após tratamento da urticária, a orientação correta é:

- (A) trocar a amoxicilina por cefadroxil;
- (B) trocar a amoxicilina por azitromicina;
- (C) trocar a amoxicilina por sulfametoxazol-trimetoprima;
- (D) suspender a amoxicilina e aplicar dose única de penicilina benzatina;
- (E) manter o antibiótico após melhora do quadro urticariforme.

**48**

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

**49**

Um lactente de 2 meses se submete a radiografia de tórax para avaliar quadro de cansaço com crises de cianose. O laudo do exame descreve coração com formato de "tamanco holandês".

O médico conclui, corretamente, que o paciente apresenta:

- (A) hipertrofia de cavidades esquerdas;
- (B) hipertensão pulmonar;
- (C) hipertrofia do ventrículo direito;
- (D) persistência do canal arterial;
- (E) coarctação da aorta.

**50**

Uma criança com 18 meses de idade foi afastada da creche devido ao aparecimento de pequenas vesículas no tronco, genitália e regiões palmares e plantares. Ela apresenta, também, febre alta e lesões aftosas em orofaringe. Outras crianças da creche estão com o mesmo quadro.

Com base no quadro clínico, o pediatra fez, corretamente, o diagnóstico de:

- (A) impetigo;
- (B) herpes simples;
- (C) varicela;
- (D) escarlatina;
- (E) coxsackievirose.

**51**

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tíbia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

**52**

Um médico, residente da pediatria, atendeu uma criança que evoluiu para parada cardiorrespiratória. Ele realizou, sob supervisão, manobras de reanimação, sem sucesso. Não fez anotações da evolução e tratamento no prontuário.

A conduta do residente deve ser considerada:

- (A) correta, pois como residente não tem essa obrigação;
- (B) correta, pois a criança faleceu;
- (C) errada, pois ele não deveria ter participado da reanimação cardiorrespiratória;
- (D) correta, pois na emergência não há necessidade de registro no prontuário;
- (E) errada, pois todo atendimento deve ser registrado no prontuário.

**53**

Na primeira consulta de um recém-nascido em aleitamento materno exclusivo com satisfatório ganho ponderal, a mãe refere que a criança chora muito.

Nessa situação, o pediatra deve orientar a mãe a:

- (A) oferecer chupeta para o bebê;
- (B) complementar a alimentação com fórmula infantil;
- (C) amamentar em livre demanda;
- (D) oferecer leite materno na mamadeira durante a madrugada;
- (E) oferecer chá de camomila e água nos intervalos das mamadas.

**54**

Uma criança de 8 anos, com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95 para idade e sexo, é levada à consulta pela mãe, que está preocupada com o ganho ponderal excessivo do filho.

As orientações médicas devem ser para:

- (A) a adesão ao tratamento medicamentoso com sibutramina;
- (B) a redução da ingestão de proteínas e o aumento do consumo de carboidratos;
- (C) a necessidade de redução do peso pelo maior risco de desenvolver doença hepática não alcoólica;
- (D) a diminuição de atividade física pelo risco aumentado de lesões;
- (E) a realização de dieta cetogênica.

**55**

Um pai está preocupado com seu filho de 15 anos, que tem apresentado queda do rendimento escolar, desinteresse pelos esportes que praticava, comportamento hostil com familiares, perda de peso e irritação ocular (“olhos vermelhos”) com fotofobia.

Considerando as informações do pai, o médico faz a hipótese diagnóstica adequada de:

- (A) distúrbio do sono;
- (B) síndrome de ansiedade generalizada;
- (C) uso de drogas ilícitas;
- (D) erro de refração ocular;
- (E) alterações comportamentais próprias da adolescência.

**56**

Uma criança, portadora de doença falciforme, é admitida na emergência com priapismo há 24 horas, que não respondeu ao tratamento habitual.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) aplicação de compressas frias;
- (B) redução da hidratação;
- (C) repouso absoluto;
- (D) injeção local de fenilefrina;
- (E) prescrição de corticoide.

**57**

Um paciente de 8 anos, com sobrepeso, apresenta pressão arterial (PA) entre o percentil 90 e 95 para sexo, idade e altura. A pressão arterial nunca havia sido aferida. Nega sintomas.

É correto afirmar que:

- (A) o paciente está normotenso;
- (B) ele deve ser encaminhado ao nefrologista;
- (C) a medicação anti-hipertensiva deve ser iniciada;
- (D) o paciente está hipertenso, mas sem necessidade de tratamento;
- (E) a PA deve ser aferida mais duas vezes, com cálculo da média das aferições, para definição diagnóstica.

**58**

Um lactente de 6 meses, internado com bronquiolite, está em suporte ventilatório.

Sobre a necessidade de analgesia/sedação do paciente, é correto afirmar que:

- (A) deve ser realizada sedação, sem necessidade de analgesia;
- (B) deve ser utilizado o pancurônio, sem necessidade de sedação/analgesia;
- (C) deve ser realizada sedação com benzodiazepínico e analgesia com tramadol;
- (D) não há necessidade de analgésicos ou sedativos se o paciente estiver ventilando bem;
- (E) deve ser realizada analgesia com meperidina pelo baixo risco de dependência química.

**59**

Os pais de uma criança de 4 anos com fimose perguntam ao médico sobre a necessidade de cirurgia.

O médico deve:

- (A) indicar postectomia;
- (B) informar que a cirurgia tem alto potencial de complicações;
- (C) aguardar ocorrência de infecção urinária para indicar cirurgia;
- (D) aguardar queixa de dificuldade para urinar para indicar a cirurgia;
- (E) explicar que a cirurgia aumenta risco futuro de infecções sexualmente transmissíveis.

**60**

Um recém-nascido de mãe adolescente com 15 anos recebe alta com orientação para que seja realizado o registro civil de nascimento (RCN) da criança.

As orientações para o procedimento devem incluir:

- (A) a necessidade da presença do pai e da mãe para registro no cartório;
- (B) a não obrigatoriedade de apresentação de documentos de identidade dos pais;
- (C) a obrigatoriedade de que o registro seja realizado na Vara da Infância e da Juventude, por ser a mãe menor de idade;
- (D) a necessidade da presença de um dos avós do bebê, caso a mãe não seja emancipada;
- (E) a necessidade de apresentação de certidão de casamento ou contrato de união estável dos pais.

**61**

Durante consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 8 meses demonstra preocupação com o desenvolvimento psicomotor de sua filha, que é bem diferente do de outras crianças da mesma idade. Ela não responde ao olhar ou sons, faz movimentos repetitivos, tem dificuldade em aceitar novos alimentos e comportamento agitado.

O pediatra corretamente:

- (A) considera o comportamento do bebê normal para a idade;
- (B) considera que o bebê pode ser hiperativo;
- (C) indica matriculá-lo na creche para melhor socialização;
- (D) prescreve um complexo vitamínico para melhora no desenvolvimento;
- (E) aplica o formulário M-CHAT-R/F para auxiliar no diagnóstico.

**62**

Um lactente de 7 meses, com salivação excessiva, coceira nas gengivas e irritabilidade, ao exame, apresenta erupção parcial do dente incisivo central inferior esquerdo.

Sobre a saúde oral dessa criança, devem ser dadas as seguintes orientações:

- (A) a escovação dos dentes é necessária quando completar 1 ano;
- (B) a chupeta deve ser oferecida;
- (C) a utilização de anestésico tópico para redução do desconforto;
- (D) a suspensão do aleitamento materno está indicada quando nascerem os dentes pelo risco de lesão mamária;
- (E) a escovação dos dentes deve ser realizada com pequena quantidade de creme dental para bebê.

**63**

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematúria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

**64**

Um paciente de 1 ano e 3 meses, com síndrome gripal, realizou teste rápido para SARS-CoV-2, que foi positivo. O exame físico identificou estertores subcrepitantes difusos, e a radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial peri-hilar, bilateralmente.

O tratamento deve ser:

- (A) internado em enfermaria para observação da resposta ao tratamento sintomático;
- (B) domiciliar, nebulizando com corticoide e beta-2 adrenérgico;
- (C) internado, para realização de antibiótico venoso;
- (D) domiciliar, com uso de sintomáticos;
- (E) internado em unidade de terapia intensiva com administração de oxigênio.

**65**

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

**66**

Uma mãe informa que recebeu comunicado da escola sobre caso de meningite meningocócica na turma do seu filho de 6 anos.

O pediatra deve orientá-la a:

- (A) iniciar quimioprofilaxia na criança, com rifampicina;
- (B) colher hemograma da criança;
- (C) deixar o filho em isolamento por 7 dias;
- (D) procurar o posto de saúde para vaciná-lo para meningite ACWY;
- (E) procurar emergência para que a criança seja examinada, mesmo sem sintomas.

**67**

Na avaliação de rotina de uma criança de 7 anos, foi observado ganho ponderal excessivo nos últimos 6 meses.

Em relação à realização de exercícios físicos, o paciente deve ser orientado a:

- (A) evitar atividades de flexibilidade pelo risco de lesões articulares;
- (B) evitar exercícios ao ar livre, devido à exposição solar;
- (C) priorizar exercícios extenuantes que estimulam a produção do hormônio de crescimento;
- (D) fazer 60 minutos diários de atividade física de moderada a vigorosa intensidade;
- (E) iniciar atividades físicas estruturadas (danças, lutas, esportes coletivos) após os 8 anos.

**68**

Uma criança de 5 anos, atendida na emergência com queixa de coriza e tosse há 5 dias, tem usado desloratadina com pouca melhora. Ontem iniciou dor nos tornozelos e dor abdominal intensa, além de terem aparecido petéquias elevadas nas nádegas e nos membros inferiores, com discreto edema de mãos e tornozelos.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- (A) leucemia;
- (B) farmacodermia;
- (C) distúrbio da coagulação;
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

**69**

Um adolescente que estava praticando surfe apresentou, subitamente, dor em queimação na perna. Após sair do mar, observou lesão de queimadura na panturrilha esquerda.

No posto do salva-vidas, foi corretamente realizada:

- (A) limpeza da lesão com água doce;
- (B) aplicação de urina do paciente na lesão;
- (C) aplicação de pasta d'água no local;
- (D) limpeza da lesão com água do mar e aplicação de vinagre;
- (E) fricção da lesão com água morna para retirada do veneno.

**70**

Uma lactente de 10 meses, com episódios de melena e anemia, foi avaliada na emergência, onde o cirurgião pediátrico realizou toque retal, que foi livre de sangramento, e clister opaco, sem evidências de pólipos intestinais.

Com o objetivo de elucidação diagnóstica, deve-se solicitar:

- (A) pesquisa de elementos anormais nas fezes;
- (B) colonoscopia;
- (C) ressonância magnética do abdômen;
- (D) seriografia esôfago-gastro-duodenal;
- (E) cintilografia intestinal com Tc-99.

**71**

Uma menina de 7 anos, portadora de epilepsia, associou carbamazepina ao esquema anticonvulsivante prévio por descontrole de crises. Após uma semana do início da medicação, evoluiu com melhora das crises, mas há 24 horas apresenta anorexia, cefaleia e exantema maculopapular eritematoso em face e tórax, doloroso ao toque, com formação de bolhas no centro e ocupando 40% da superfície corporal. Há lesões em conjuntiva e mucosa oral.

A hipótese diagnóstica, com base nos dados apresentados, é:

- (A) necrólise epidérmica tóxica;
- (B) eritema multiforme;
- (C) síndrome de Stevens-Johnson;
- (D) penfigoide bolhoso;
- (E) vasculite.

**72**

Joana, mãe de 4 filhos, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar há 7 dias (BAAR positivo no escarro espontâneo), ao sair da maternidade. Procura a unidade básica de saúde para avaliação dos menores. Todos estão assintomáticos e têm radiografias de tórax normais. As idades e os resultados da prova tuberculínica (PT) estão descritos a seguir.

- Criança A: 8 dias de vida; não realizou PT; não vacinada com BCG;
- Criança B: 1 ano; PT = 6 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Criança C: 3 anos; PT = 0 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Adolescente D: 12 anos; PT = 5 mm; vacinado com BCG ao nascer.

A conduta correta para cada caso, nesse momento, é:

- (A) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (B) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (C) criança A: realizar PT e, se positiva, iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (D) criança A: realizar BCG e não realizar PT pela idade; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (E) criança A: aguardar até o terceiro mês de vida para realizar PT; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas.

**73**

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

**74**

Uma menina de 2 anos é trazida à emergência porque sofreu trauma de crânio após queda da cama dos pais (altura de 50 cm), há 30 minutos. Apresentou um episódio de vômito após a queda, mas não teve alteração no nível de consciência. No momento, pontua 15 na escala de coma de Glasgow e está assintomática.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) alta hospitalar com observação domiciliar;
- (B) observação clínica por 2 horas e alta após, se assintomática;
- (C) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 6 horas;
- (D) observação clínica por no mínimo 6 horas e alta após, se assintomática;
- (E) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 12 horas.

**75**

Uma menina de 10 anos chega à emergência com edema de lábios e língua, broncoespasmo e vômitos. Os sintomas se iniciaram há 30 minutos, após uso de anti-inflamatório para cefaleia.

A hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) angioedema; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (B) anafilaxia; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (C) angioedema; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (D) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (E) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:10000.

**76**

Um menino de 7 anos é admitido na emergência com cefaleia de forte intensidade, febre alta e vômitos há 24 horas. Ao exame, apresenta-se prostrado e com rigidez de nuca, além de exibir petéquias em membros superiores e tronco. A punção lombar é realizada, e o resultado do líquido é sugestivo de meningite bacteriana.

A antibioticoterapia de escolha para o caso é:

- (A) ceftriaxona (100 mg/kg/dia);
- (B) ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (C) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (D) ceftriaxona (50 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (E) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + ampicilina (200 mg/kg/dia).

**77**

Um adolescente de 12 anos apresenta febre (38 – 38,5 °C) há 14 dias, cansaço e dor de garganta. Ao exame, placas esbranquiçadas em amígdalas, linfonodomegalias em cadeias cervicais anteriores bilaterais e esplenomegalia. Refere que, no segundo dia dos sintomas, procurou emergência e foi liberado com amoxicilina, mas evoluiu com exantema maculopapular, no segundo dia do antibiótico, que foi suspenso.

A provável etiologia para o quadro é:

- (A) vírus da dengue;
- (B) vírus Epstein-Barr;
- (C) *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A;
- (D) zika vírus;
- (E) parvovírus B19.

**78**

A asma é uma doença pulmonar crônica que necessita de controle para evitar perda progressiva da função pulmonar.

O tratamento intercrise tem como principal fármaco:

- (A) corticoide inalatório;
- (B) antileucotrieno;
- (C) broncodilatador de longa duração;
- (D) broncodilatador de curta duração;
- (E) corticoide sistêmico na menor dose possível.

**79**

Na vasculite por imunoglobulina A, algumas manifestações clínicas requerem tratamento com corticoterapia sistêmica, dentre elas:

- (A) oligoartrite aguda e hemorragia pulmonar;
- (B) púrpura palpável e envolvimento gastrointestinal grave;
- (C) orquite e envolvimento gastrointestinal grave;
- (D) necrose de pele e oligoartrite aguda;
- (E) artralgia e vasculite cerebral.

**80**

Na distopia testicular, o testículo é palpável, mas não se encontra na posição anatômica adequada.

O tratamento cirúrgico está indicado:

- (A) dentro do segundo ano de vida;
- (B) após o primeiro ano de vida;
- (C) após o segundo ano de vida;
- (D) após confirmação da distopia por ultrassonografia;
- (E) no primeiro ano de vida, passados os primeiros 6 meses.

RASCUNHO

Realização

