

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
(ATHEHEPET01)

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!

Hematologia e Hemoterapia

1

Uma paciente de 13 anos de idade comparece a uma unidade de emergência relatando que teve sua menarca 3 dias antes, e desde então apresenta perda menstrual de grande volume, e praticamente contínua, chegando a ter que trocar 15 absorventes por dia. Tem história de sangramento excessivo quando da queda dos dentes provisórios, de surgimento frequente de manchas roxas nas pernas, sem que tenha ocorrido trauma, e de hematoma bucal, sempre que morde a bochecha. O exame físico era normal, exceto pela presença de palidez cutâneo-mucosa (+/4+). O teste de gravidez foi negativo e o hemograma mostrou anemia leve (hemoglobina: 11 g/dL), leucometria normal e contagem de plaquetas de 20.000/ μ L. O coagulograma revelou um tempo de protrombina de 14 segundos, com RNI de 1,15, e PTTa de 52 segundos, com padrão de 36 segundos.

Para a confirmação diagnóstica, deve-se solicitar:

- (A) dosagem de fator IX da coagulação;
- (B) tromboelastograma;
- (C) dosagem do fator VIII e pesquisa do inibidor do fator VIII da coagulação;
- (D) dosagem de fator de Von Willebrand e de cofator de ristocetina;
- (E) dosagem de fator X da coagulação e do fibrinogênio.

2

Uma paciente portadora de beta-talassemia major cujo tratamento consiste em transfusões regulares, a cada 3 a 4 semanas, visando a manter a dosagem de hemoglobina acima de 10 g/dL, apresenta sobrecarga de ferro e aloimunização antieritrocitária.

Para a prevenção dessas complicações, é obrigatória a utilização das seguintes estratégias:

- (A) uso de deferroxamina subcutânea e transfusão de sangue desleucocitado;
- (B) uso de deferiprona e transfusão de sangue fenotipado;
- (C) uso de deferasirox associado a deferroxamina e transfusão de sangue irradiado e desleucocitado;
- (D) uso de deferasirox e transfusão de troca automatizada;
- (E) uso de deferiprona e de transfusão de sangue submetido a inativação de patógenos.

3

Um paciente de 60 anos de idade, com queixa de cefaleia constante e mal-estar indefinido, iniciados cerca de dois meses antes, faz exames de rotina. O hemograma mostra uma intensa leucocitose (250.000 leucócitos/ μ L), com desvio escalonado da série granulocítica. As séries vermelha e plaquetária estão normais. O paciente foi encaminhado para o hematologista. Este solicitou cariótipo, que mostrou positividade para o cromossomo Philadelphia, e pesquisa de BCR-ABL, que também foi positiva.

A conduta imediata a ser tomada com esse paciente é:

- (A) leucaférese;
- (B) plasmaférese;
- (C) antibioticoterapia de amplo espectro;
- (D) início imediato de inibidor de tirosino-quinase em regime ambulatorial;
- (E) internação e início de terapia citorrredutora.

4

Uma paciente de 18 anos de idade apresenta quadro de epistaxe súbita, 1 semana após quadro viral. Seu hemograma de urgência mostra uma contagem de plaquetas de 5.000/ μ L, sem anemia e sem alteração nos leucócitos. O clínico levanta a suspeita de púrpura trombocitopênica imunológica (P.T.I.) e encaminha a paciente para o hematologista, solicitando que este realize um mielograma.

A alteração do mielograma que confirma o diagnóstico de P.T.I. é:

- (A) excesso de megacariócitos;
- (B) presença de plaquetas gigantes;
- (C) células da linhagem mononuclear com efeito citopático induzido por vírus;
- (D) presença de grumos plaquetários;
- (E) amegacariocitose.

5

Uma paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, recebeu uma transfusão de hemácias devido a hemorragia pós-operatória. 30 minutos após o início da transfusão, ela desenvolveu febre de 39,4 °C, calafrios, ansiedade, náuseas, vômitos e dor abdominal. Sua pressão arterial caiu de 110/70 mmHg (pré-transfusão) para 90/60 mmHg, e a frequência cardíaca passou a ser de 120 bpm. Ela passou a referir dispnéia, com uma saturação de oxigênio de 92%.

O quadro apresentado pela paciente é característico de:

- (A) sobrecarga circulatória (TACO);
- (B) lesão pulmonar aguda relacionada a transfusão (TRALI);
- (C) contaminação bacteriana do sangue transfundido;
- (D) reação hemolítica aguda;
- (E) reação febril não hemolítica.

6

Um paciente de 39 anos, portador de leucemia mieloide aguda, necessita submeter-se a um transplante de medula óssea alogênico. Ele tem apenas um irmão biológico, que é filho do mesmo pai e da mesma mãe e tem uma contraindicação à doação de medula óssea. A busca por doadores compatíveis, não aparentados, no banco nacional e em bancos internacionais de doadores voluntários de medula óssea, resultou infrutífera. Os transplantadores optaram pela realização de um transplante haploidêmico.

Esse tipo de transplante envolve:

- (A) transplante de células-tronco hematopoiéticas cuja compatibilidade HLA está presente apenas para os genes HLA de classe II;
- (B) condicionamento pré-transplante com ciclofosfamida e radioterapia corporal total;
- (C) uso profilático de fototerapia extracorpórea (fotoférese) para evitar a doença do enxerto contra hospedeiro (GVHD/DECH);
- (D) transplante de medula óssea doada por um parente de 1º ou 2º grau e da qual se retirou, no laboratório, a maioria dos linfócitos T presentes no enxerto;
- (E) utilização de um doador aparentado com 50% de compatibilidade HLA com o receptor do transplante.

7

Um paciente de 68 anos de idade, hipertensa de longa data, foi diagnosticada com leucemia linfocítica crônica a partir dos resultados de um hemograma de rotina. Três meses depois, procurou o seu médico devido a astenia e dispneia intensas, com instabilidade hemodinâmica; o hemograma mostrava anemia grave (2,5 g/dL de hemoglobina). O quadro era compatível com anemia hemolítica autoimune (AHA), com teste direto da antiglobulina positivo. O médico-assistente internou a paciente, iniciou corticosteroide em altas doses (pulsoterapia) e prescreveu transfusão urgente de concentrado de hemácias. O serviço de hemoterapia informou, após realizar as provas de compatibilidade pré-transfusionais, que não havia hemácias compatíveis para a transfusão.

A decisão a ser tomada, em relação à transfusão, é:

- (A) não transfundir até que cesse a produção do autoanticorpo e haja sangue compatível;
- (B) transfundir hemácias O negativo após excluir a presença de aloanticorpos;
- (C) transfundir apenas se for possível conseguir bolsas de hemácias Rh nulo (Rh null);
- (D) utilizar ferro injetável de ação rápida e eritropoietina para apressar a correção da anemia;
- (E) Retirar o autoanticorpo por plasmaférese para só então realizar o procedimento transfusional.

8

Uma paciente de 60 anos, com leucemia mieloide aguda, recém-diagnosticada, apresenta leucocitose (60.000 leucócitos/ μ L) e vai ser submetida a quimioterapia de indução.

Para a prevenção da síndrome de lise tumoral, além de manter o paciente hidratado e controlar a diurese, é essencial monitorar:

- (A) o grau de hemólise;
- (B) o teor de fragmentação dos leucócitos;
- (C) dosagem de troponina, PCR ultrasensível e Dímero-D;
- (D) dosagem de creatinina, de potássio, de ácido úrico e de LDH;
- (E) fosfatase alcalina leucocitária.

9

Um paciente soropositivo para HTLV, de 60 anos idade, desenvolve adenomegalia generalizada. A histopatologia do gânglio linfático retirado mostrou linfócitos anormais, clivados, com padrão folicular, arquitetura alterada e envolvimento da cápsula. A imunofenotipagem do sangue periférico, feita por citometria de fluxo, mostrou os seguintes resultados: CD2+, CD3+, CD4+, CD5+, CD7-, CD8-, CD25+, CD30-.

Esses resultados sugerem o diagnóstico de:

- (A) doença de Hodgkin;
- (B) linfoma do manto;
- (C) síndrome de Sézary;
- (D) linfoma de células T;
- (E) leukemia linfoblástica aguda.

10

Dentre as medicações que podem modificar a evolução da doença falciforme (DF), a hidroxureia é aquela cuja eficácia está mais bem estabelecida.

A respeito do uso e do efeito da hidroxureia na DF, é correto afirmar que:

- (A) diminui o percentual de hemoglobina S e aumenta o de hemoglobina F do paciente;
- (B) sua principal ação é estimular a eritropoiese;
- (C) está contraindicada em caso de filtração glomerular abaixo de 60 mL/min/1,73 m²;
- (D) está contraindicada em pacientes com idade inferior a 12 anos;
- (E) melhora as crises álgicas, mas aumenta a necessidade transfusional.

11

Uma paciente de 19 anos de idade, portadora de doença falciforme, politransfundida, apresenta piora da anemia, com queda de 2,8 gramas/dL em relação à sua dosagem basal de hemoglobina. Uma transfusão simples de duas bolsas de concentrados de hemácias foi indicada, sendo que a sua última transfusão havia acontecido quatro meses antes. A paciente era do grupo O negativo, com fenótipo dce/dce. A pesquisa de anticorpos irregulares (P.A.I.) pré-transfusional foi positiva e o teste de Coombs direto foi negativo. O aloanticorpo identificado foi um anti-e (anti-Rh5).

A hipótese que explica esse resultado é:

- (A) mutação do gene Ce do sistema Rh;
- (B) presença de autoanticorpo;
- (C) efeito de dose devido à homozigose do antígeno e (Rh5);
- (D) presença de anticorpo frio;
- (E) reação transfusional hemolítica tardia com anticorpo aderido às hemácias previamente transfundidas.

12

Uma criança de 3 anos de idade, do sexo masculino, portadora de hemofilia A grave e em tratamento profilático com o uso de fator VIII recombinante (35 UI/Kg, 2 vezes por semana), começa a apresentar hemartroses de joelho e tornozelo. Seu hematologista solicitou pesquisa de inibidor de fator VIII, que foi positiva, com um título de 180 Unidades Bethesda. Foi iniciado um esquema de imunotolerância, sem resposta após 1 ano de tratamento.

Considerando-se o quadro clínico do paciente, a estratégia terapêutica a ser empregada para a profilaxia seria:

- (A) complexo protrombínico parcialmente ativado (Feiba);
- (B) concentrado de fator VII recombinante;
- (C) emicizumab;
- (D) fator VIII de origem plasmática;
- (E) imunossupressão.

13

O esquema atual de tratamento de primeira linha para a leucemia promielocítica aguda (M3) inclui:

- (A) citarabina e metotrexate;
- (B) ATRA e tróxico de arsênio;
- (C) ibrutinibe e ciclofosfamida;
- (D) fludarabina e venetoclax;
- (E) idarrubicina e ifosfamida.

14

Em um paciente com suspeita clínica de leucemia mieloide aguda e que apresenta trombocitopenia, um aspirado de medula óssea (mielograma) só pode ser realizado se a contagem de plaquetas estiver acima de:

- (A) 50.000 plaquetas/ μ L;
- (B) 20.000 plaquetas/ μ L;
- (C) 100.000 plaquetas/ μ L;
- (D) 10.000 plaquetas/ μ L;
- (E) não há contraindicação, mesmo com contagens abaixo de 10.000/ μ L.

15

Um paciente de 58 anos, portador de mieloma múltiplo, é encaminhado para se submeter a um segundo transplante de medula óssea. 1 ano antes, havia sido submetido a um primeiro transplante de medula autólogo. Naquela ocasião, a coleta de células-tronco CD34+ do sangue periférico, após uso do agente mobilizador habitual, resultou pouco frutífera, tendo-se atingido o número mínimo de células para o transplante após quatro coletas subsequentes, ao longo de 3 dias.

Para o novo transplante, a recomendação para aumentar a probabilidade de êxito da mobilização pré-coleta é:

- (A) uso de G-CSF em altas doses;
- (B) uso de plerixafor;
- (C) uso de G-CSF e dexametasona;
- (D) coleta de células-tronco da medula óssea e não do sangue periférico;
- (E) efbemalenograstim alfa.

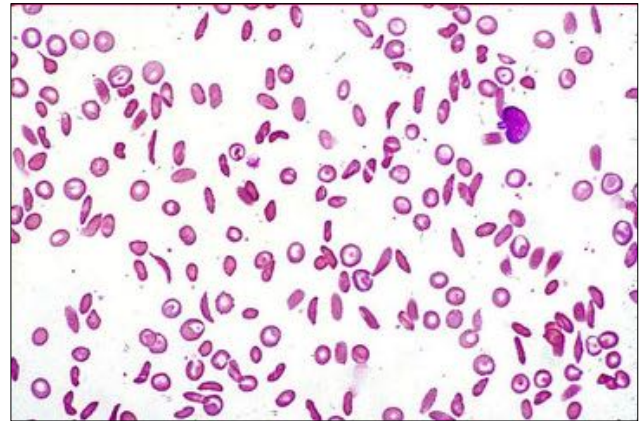
16

Em relação à data para a qual uma transfusão está programada para um paciente que nunca foi previamente transfundido, a coleta de amostra do paciente para a pesquisa pré-transfusional de anticorpos irregulares (P.A.I.) precisa ser feita até:

- (A) o dia da transfusão;
- (B) 24 horas antes da data da transfusão;
- (C) até uma semana antes;
- (D) até 3 dias antes da transfusão;
- (E) até 6 horas antes da transfusão.

17

Uma criança de 5 anos de idade é encaminhada para o hematologista com história de anemia crônica, infecções de repetição e crises algicas esporádicas. O hematologista faz um esfregaço do sangue periférico, cuja imagem pode ser vista abaixo.



Com base na história e na imagem, o diagnóstico provável é:

- (A) sepse;
- (B) metaplasia mieloide agnôgena;
- (C) anemia ferropriva;
- (D) doença falciforme;
- (E) alfa-talassemia.

18

Um paciente de 60 anos de idade, 50 kg, portador de mieloma múltiplo, será submetido a um transplante autólogo de medula óssea. O volume total de células-tronco coletadas por aférese foi de 250 mL, e a contagem de células CD34+ no produto foi de 600 células/ μ L.

Com base nesses resultados, é correto afirmar, acerca do número de células-tronco CD34+ colhidas, que:

- (A) o número total de células CD34+ colhidas foi 3×10^4 /kg de peso do paciente;
- (B) o número de células colhidas ficou abaixo do mínimo necessário para o transplante, o que indica que o paciente não é transplantável;
- (C) a coleta foi insuficiente para o transplante e mais três coletas serão necessárias para atingir o número mínimo de células-tronco necessárias para o transplante;
- (D) só é possível calcular o número de células CD34+ coletadas quando se souber o total de células mononucleares coletadas;
- (E) com o total de células CD34+ coletadas, é possível realizar o transplante.

19

A situação clínica na qual o uso da solução de albumina humana a 20% está indicado é:

- (A) desnutrição grave;
- (B) tratamento da hipovolemia;
- (C) desidratação;
- (D) cirurgia para retirada de tumor cerebral;
- (E) pós-parectese evacuadora.

20

Um paciente portador de leucemia mieloide aguda foi submetido a um transplante de medula óssea alogênico. Três semanas após, quando já havia ocorrido a “pega” do transplante, começa a apresentar *rash* cutâneo não pruriginoso generalizado e diarreia sanguinolenta. As provas de função hepática mostravam aumento significativo de ALT, AST e bilirrubinas. No hemograma – que três dias antes estava próximo da normalidade, com anemia leve (10 g/dL de hemoglobina, trombocitopenia moderada (80.000 plaquetas/ μ L) e neutrófilos de 1.200 / μ L – houve piora da anemia (hemoglobina: 7 g/dL) e da trombocitopenia (30.000 plaquetas/ μ L).

Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é:

- (A) recidiva precoce da leucemia;
- (B) infecção por citomegalovírus (CMV);
- (C) doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) grau IV;
- (D) sepse;
- (E) doença veno-oclusiva do fígado.

21

Uma paciente de 18 anos de idade tem o diagnóstico de anemia aplástica confirmado pela biópsia de medula óssea, que mostrou uma celularidade inferior a 15%, com células hematológicas residuais inferiores a 20%. Seu hemograma de internação mostra hemoglobina de 5 g/dL, contagem de granulócitos de 180/ μ L, contagem de plaquetas de 8.000/ μ L e reticulócitos inferiores a 20.000/ μ L.

O tratamento de primeira linha dessa paciente deve ser feito com:

- (A) ciclosporina;
- (B) globulina antitímocito;
- (C) suporte transfusional, exclusivamente;
- (D) transplante de células-tronco hematopoéticas;
- (E) eltrombopag.

22

Um paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, desenvolve um quadro agudo de isquemia cerebral e é internado. No hemograma, as séries branca e vermelha estão normais, mas há plaquetopenia (10.000 plaquetas/ μ L). No esfregaço do sangue periférico, há esquizócitos. Os exames bioquímicos mostram marcada elevação de LDH, marcadores de função renal e hepática normais e diminuição dos níveis de ADAMTS-13.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) síndrome antifosfolípido (SAF);
- (B) síndrome hemolítico-urêmica (SHUA);
- (C) púrpura trombocitopênica trombótica (PTT);
- (D) síndrome de Evans;
- (E) trombofilia por deficiência de proteína C.

23

Um jovem de 18 anos de idade procura médico com quadro de adenomegalia cervical. Ao exame físico, há gânglios indolores e aumentados de volume em cadeia cervical, bilateralmente. Tomografia computadorizada de tórax é normal, e a ressonância magnética de abdômen mostra esplenomegalia moderada, sem hepatomegalia e sem adenomegalias abdominais ou retroperitoneais. A biópsia de linfonodo e a imuno-histoquímica são compatíveis com doença de Hodgkin.

Diante desse quadro, o estadiamento da doença é:

- (A) grau I;
- (B) grau II;
- (C) grau III;
- (D) grau IV;
- (E) os dados são insuficientes para definir o estadiamento.

24

A tipagem ABO e Rh de um doador de sangue de 1ª vez mostrou os seguintes resultados:

Tipagem ABO direta		Tipagem ABO reversa		Tipagem Rh	
Anti-A	Anti-B	Hemácias A	Hemácias B	Anti-D	Controle
-	++++	++++	-	-	-

O laboratório realizou uma técnica para excluir D fraco e D parcial, em gel, e o resultado final estabeleceu que o paciente era D fraco.

Com isso, a bolsa de concentrado de hemácias preparada a partir dessa doação deve ser rotulada como:

- (A) A positivo;
- (B) B positivo;
- (C) A negativo;
- (D) B negativo;
- (E) AB positivo.

25

O TRALI – sigla em Inglês para lesão pulmonar aguda induzida pela transfusão – é um efeito adverso raro, porém muito grave, das transfusões sanguíneas.

As medidas que podem ser implementadas para a sua prevenção são:

- (A) desleucocitação com filtro de leucócitos em linha das bolsas de concentrados de hemácias e de concentrados de plaquetas;
- (B) irradiação de concentrados de hemácias e de concentrados de plaquetas;
- (C) não utilização para transfusão de plasmas doados por pessoas do sexo feminino;
- (D) *crossmatch* entre o plasma do receptor e os linfócitos do doador;
- (E) uso de concentrados de plaquetas HLA-compatíveis.

26

Um homem de 42 anos chega a um centro de trauma, após ter sido atropelado, apresentando múltiplos pontos de fratura e de hemorragia. A equipe do centro ativa o protocolo de transfusão maciça e informa ao serviço de hemoterapia.

As recomendações atuais em relação aos hemocomponentes a serem enviados para a ressuscitação hemoterápica preveem o envio de:

- (A) 6 bolsas de concentrados de hemácias;
- (B) um conjunto composto por plasma, concentrado de hemácias e concentrado de plaquetas (5 a 6 bolsas de cada tipo de componente);
- (C) 5 bolsas de concentrado de hemácias e 8 bolsas de crioprecipitado;
- (D) concentrado de fibrinogênio (2g) e 6 bolsas de concentrado de hemácias;
- (E) 5 bolsas de concentrado de hemácias e 5 bolsas de concentrado de plaquetas.

27

Durante o seu pré-natal, uma gestante do grupo A Rh negativo, na 28ª semana de gravidez da sua segunda gravidez, apresenta uma pesquisa de anticorpos irregulares (P.A.I.) positiva.

A conduta a ser tomada é:

- (A) solicitar a realização teste de identificação de anticorpos antieritrocitários;
- (B) programar a aplicação de imunoglobulina anti-D na 32ª semana;
- (C) aplicar imediatamente imunoglobulina intravenosa poliespecífica na gestante, 1g/kg, dose única;
- (D) programar exsanguíneotransfusão para o pós-parto;
- (E) solicitar teste de Coombs direto.

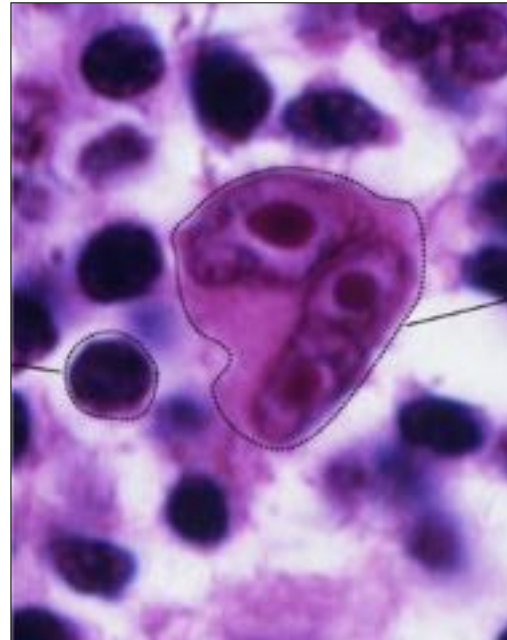
28

As características do hemograma que devem levar o médico a pensar em anemia por deficiência de vitamina B12 e fazê-lo solicitar a dosagem desta vitamina são:

- (A) microcitose, aumento de reticulócitos, trombocitose;
- (B) macrocitose, hipercromia, hemácias em lágrimas;
- (C) trombocitopenia, hipocromia, aumento de reticulócitos;
- (D) diminuição de haptoglobina e aumento de LDH sérica;
- (E) diminuição de reticulócitos, macrocitose, hipersegmentação dos leucócitos.

29

Uma paciente de 25 anos procura o médico com queixa de prurido intenso, febrícula diária e perda de peso moderada; esses sintomas surgiram dois meses antes da consulta. Na consulta, o hematologista constata discreta adenomegalia occipital. Um gânglio é biopsiado, e a histopatologia identifica a célula que é mostrada na imagem abaixo.



Essa imagem e esse quadro clínico caracterizam, respectivamente:

- (A) linfoblasto e linfoma T;
- (B) célula *natural killer* com nucléolo aberrante e linfoma não Hodgkin de células B;
- (C) plasmoblasto e mieloma múltiplo;
- (D) pro-mielócito e leucemia pró-mielocítica;
- (E) célula de Reed Sternberg e doença de Hodgkin.

30

Uma das complicações mais frequentes das aféreses terapêuticas é dormência perioral.

A ação imediata que se impõe diante desse tipo de reação adversa é:

- (A) dipirona intravenosa;
- (B) trocar o acesso venoso;
- (C) parar imediatamente o procedimento;
- (D) diminuir a velocidade de infusão do anticoagulante;
- (E) infundir sulfato de magnésio por via intravenosa.

31

A frequência e os critérios específicos para a doação por aférese de duplo concentrado de hemácias, de acordo com norma vigente no país, são os seguintes:

- (A) intervalo mínimo de 6 meses (para mulheres) entre cada doação e hemoglobina mínima de 14 g/dL;
- (B) intervalo mínimo de 6 meses entre cada doação para mulher e de 4 meses para homens, hemoglobina > 13 g/dl para mulheres e maior que 14 g/dL para homens;
- (C) intervalo de 1 ano entre cada doação e hemoglobina maior que 13 g/dL para homens e mulheres;
- (D) mesmos intervalos usados para a doação de sangue total e hemoglobina > 13,5 g/dL;
- (E) intervalo de 4 meses entre cada doação permitida apenas para homens com hemoglobina > 15 g/dL.

32

Um paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, é internado para tratamento de indução de uma leucemia mieloide aguda. Depois de administrados os medicamentos que fazem parte do bloco de tratamento, o paciente entra em aplasia de medula óssea, com profunda neutropenia (< 500 neutrófilos/ μ L), anemia e plaquetopenia, mas ainda não apresenta febre.

O esquema de antibioticoterapia profilática deve incluir os seguintes medicamentos:

- (A) ceftazidima e voriconazol;
- (B) meronem, ceftazidima e aciclovir;
- (C) vancomicina, meropenem e anfotericina lipídica;
- (D) ciprofloxacina, voriconazol, aciclovir;
- (E) fluconazol e cefalexina.

33

Um paciente de 25 anos de idade, portador de doença falciforme (DF), apresenta crises vaso-oclusivas frequentes, com dor de grande intensidade que quase sempre o obriga a procurar a emergência.

Para avaliação inicial do paciente na emergência, está recomendado(a):

- (A) uso imediato de opioides;
- (B) uso exclusivo de anti-inflamatórios;
- (C) aplicação da escala analógica da dor;
- (D) hidratação venosa;
- (E) uso de ansiolíticos.

34

Um paciente politraumatizado, vítima de atropelamento, é atendido na via pública pela ambulância do SAMU. A vítima apresenta fratura exposta de pernas e sangramento profuso, por múltiplos pontos.

A medida terapêutica que deve ser feita ainda na fase pré-hospitalar é:

- (A) transfundir plasma fresco congelado;
- (B) infundir ácido tranexâmico em bolo;
- (C) transfundir sangue total;
- (D) infundir concentrado de fator VII recombinante;
- (E) infundir solução de gelatina.

35

O anticorpo monoclonal anti-CD20 está indicado para o tratamento de pacientes com leucemia linfocítica crônica (LLC) e linfoma não Hodgkin de células B (LNH-B).

O efeito adverso mais frequente desse medicamento, quando usado para tratar LLC ou LNH-B, é:

- (A) infecção por *Pneumocystis jirovecii*;
- (B) anafilaxia;
- (C) insuficiência renal;
- (D) infecções virais e bacterianas;
- (E) taquicardia supraventricular.

36

O tratamento de escolha para pacientes com púrpura trombocitopênica imunológica (P.T.I.) refratária ao tratamento com imunoglobulina e com corticosteroides é:

- (A) anti-CD20;
- (B) eltrombopag;
- (C) anagrelida;
- (D) esplenectomia;
- (E) eciclofosfamida.

37

Um paciente recebeu transfusão de duas bolsas de concentrado de hemácias e apresentou reação febril (38,1 °C) 2 horas após o término da transfusão. As provas de compatibilidade sanguínea foram repetidas com a amostra pré-transfusional e com uma amostra colhida após a transfusão, com os seguintes resultados:

	Tipagem ABO direta		Tipagem ABO reversa	
	Anti-A	Anti-B	Hemácias A	Hemácias B
Amostra pré-transfusão	Negativo	Negativo	++++	++++
Amostra pós-transfusão	Negativo	Negativo	++++	++++

	Tipagem Rh		P.A.L.
	Anti-D	Controle	
Amostra pré-transfusão	+++	Negativo	+
Amostra pós-transfusão	+++	Negativo	+

O teste de Coombs direto foi negativo com a amostra pré-transfusional e foi positivo em dupla população com a amostra pós-transfusional.

A hipótese que explica o quadro clínico e laboratorial do paciente é:

- (A) incompatibilidade ABO;
- (B) reação febril não hemolítica;
- (C) síndrome de hiper-hemólise;
- (D) anemia hemolítica autoimune;
- (E) reação hemolítica tardia.

38

Uma paciente de 44 anos de idade, portadora de doença de Basedow Graves em tratamento com propiltiuracil, desenvolve febre alta, tosse e dor torácica à direita. Procura uma emergência, onde é feito o diagnóstico de pneumonia, e é encaminhada para internação. No hemograma, as séries vermelha e plaquetária estão normais, e a contagem de leucócitos é de 2.100/μL, com 1.900 células mononucleares e 200 granulócitos/μL.

Diante desse quadro, além de antibiótico(s) para a pneumonia, o tratamento imediato deve incluir:

- (A) substituição de propiltiuracil por metimazol;
- (B) pulsoterapia com metilprednisolona;
- (C) G-CSF;
- (D) irradiação da tireoide com iodo¹³¹;
- (E) transfusão de concentrado de granulócitos.

39

Doses elevadas e com duas ou mais tomadas diárias de ferro por via oral, para o tratamento da anemia ferropriva, podem resultar em falta de resposta clínica.

A explicação para esse fenômeno é:

- (A) taquifilaxia;
- (B) saturação das moléculas de ferritina;
- (C) inibição do transporte de ferro pela transferrina;
- (D) aumento do teor de hepcidina pelas altas doses de ferro, com posterior diminuição da absorção do ferro;
- (E) diminuição do teor de ferroportina, que resulta em diminuição da captação de ferro pela medula.

40

Um adolescente de 14 anos é encaminhado para um hematologista para investigar história de anemia desde a infância. O exame físico é normal, exceto pela palidez cutâneo-mucosa (+/4+) e por esplenomegalia moderada. No hemograma, os índices hematimétricos são os seguintes:

- hemácias: 3.800.000/uL;
- hemoglobina: 8 g/dL;
- hematócrito: 23,5%;
- VCM: 71 fL;
- CHCM: 30;
- RDW: 19.

O hematologista solicita uma curva de fragilidade osmótica, que se mostra muito alterada.

O tratamento a ser proposto para esse adolescente deve ser:

- (A) ferro oral por pelo menos 6 meses;
- (B) esplenectomia;
- (C) prednisolona por via oral;
- (D) ferro intravenoso;
- (E) transfusão.

Pediatria

41

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho). A saturação de O₂ 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 hematuria 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

