

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025


Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (ATNEUPEDT01)


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!

Neurologia

1

Mulher de 24 anos, com 20 semanas de gestação, apresenta ruptura de contato e movimentos tônico-clônicos generalizados. Relata queda com trauma de crânio há 2 semanas.

Das drogas antiepilépticas abaixo, a mais segura na gestação é:

- (A) lamotrigina;
- (B) valproato;
- (C) topiramato;
- (D) fenitoína;
- (E) tiopental.

2

Mulher de 19 anos, sem histórico psiquiátrico prévio, apresenta alterações de comportamento há 15 dias. Família relata pensamentos persecutórios e agressividade. Apresenta insônia e queixa de cefaleia constante. Relato de febre não aferida.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) delirium;
- (B) esquizofrenia;
- (C) encefalite;
- (D) epilepsia;
- (E) transtorno bipolar.

3

Menino de 11 meses é internado na emergência hemiplégico. Segundo a avó, a criança, iniciou há 3 semanas febre diária somente a noite, com tosse e expectoração abundante. Há 3 dias não movimenta o braço e a perna esquerda. Nos antecedentes, parto e desenvolvimento psicomotor normais; vacinações em dia. Pai e tio, que moram com a criança, têm "fraqueza no pulmão". Ao exame estava febril, sonolento, irritado, chorando ao ser manuseado; papila óptica de bordas imprecisas bilateralmente e rigidez de nuca.

Foi iniciado tratamento com rifampicina + etambutol + isoniazida após o seguinte resultado preliminar do exame do liquor:

- (A) aspecto claro, 105 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 64 mg/%, glicose 18 mg/%, bacterioscopia direta negativa;
- (B) aspecto purulento, 1050 leucócitos/mm³ (> polimorfos), proteína 84 mg/%, glicose 15 mg/%, Gram positivo para diplococcus;
- (C) aspecto límpido, 500 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 50 mg %, glicose 40 mg/%, bacterioscopia direta negativa;
- (D) aspecto turvo, 300 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 120 mg %, glicose 20 mg/%, cultura positiva no meio de Sabouraud;
- (E) aspecto xantocrômico, 300 hemácias/mm³, proteína 40 mg/%, glicose 50 mg/%, bacterioscopia direta negativa.

4

Pais e professores de um colégio público receberam a notícia de que um dos alunos havia sido internado no dia anterior com meningite meningocócica.

Diante desse quadro, os alunos da sala e os professores foram corretamente orientados a:

- (A) tomar rifampicina oral na dose de 100 mg/kg/dose, de 12/12 horas, por sete dias;
- (B) tomar ciprofloxacina oral na dose 500 mg, de 12/12 horas, por sete dias;
- (C) tomar sulfadiazina oral na dose de 150mg/kg/dose de 6/6 horas, por cinco dias;
- (D) injetar benzetacil (IM) em dose única de 1.200.000 unidades;
- (E) tomar rifampicina oral na dose de 10 mg/kg/dose, de 12/12 horas, por dois dias.

5

Aluna de medicina que constantemente é chamada à atenção pelos professores porque dorme profundamente durante as aulas é encaminhada ao neurologista. Após anamnese e exames, foi estabelecida a hipótese diagnóstica de narcolepsia, com base nos seguintes dados:

- (A) hiperfagia, cataplexia e presença do alelo HLA DQB1*0602;
- (B) perda do tônus de membros inferiores durante o riso, insônia e presença do alelo DQB1*0802;
- (C) alucinações visuais e auditivas persistentes, insônia, presença do alelo HLA DQB1*0802;
- (D) associação com o alelo HLA DQB1 0602*, alucinações hipnagógicas, cataplexia;
- (E) agressividade, cataplexia, presença do alelo HLA DQB1*0602, alucinações auditivas a qualquer hora do dia.

6

Paciente de 40 anos é submetido a investigação de coluna cervical por ressonância magnética por estar apresentando, há alguns meses, alterações sensitivas em membros superiores. Tais alterações foram caracterizadas, ao exame, como anestesia térmico-dolorosa com preservação da sensibilidade tátil e da sensibilidade profunda.

O laudo da RM que confirmaria a síndrome seria:

- (A) extensa lesão medular posterior com hiperintensidade em T2, captação de contraste e aumento do diâmetro medular;
- (B) extensa lesão central entre C2 a C8 com hipointensidade em T1 e hiperintensidade em T2, sem captação de contraste;
- (C) lesão na região anterior da medula entre C7 e C8 com hiperintensidade em T2 captando contraste;
- (D) hérnia de disco lateral bilateralmente comprimindo a raiz C8, sem captação de contraste;
- (E) hérnia de disco mediana em C5 causando lesão medular hiperintensa no nível da compressão.

7

Mulher de 30 anos, com diagnóstico de miastenia gravis e tendo como seqüela ptose palpebral bilateral assimétrica, procura a emergência com dispneia. É feita a hipótese de crise miastênica. Após medicação com anticolinesterásicos, observa-se piora da hipoventilação pulmonar associada a sudorese, bradicardia e hipotensão arterial.

Nesse contexto, para justificar a suspensão da medicação e administração de atropina (2mg EV), é preciso que se encontre(m), no exame da pupila:

- (A) síndrome de Claude Bernard Horner;
- (B) pupilas midriáticas;
- (C) pupilas mióticas;
- (D) pupilas anisocóricas, com miose à esquerda;
- (E) pupila tônica de Adie.

8

Numa emergência, dá entrada um paciente de 70 anos que, hoje, desenvolveu hemiplegia à direita associada a outras manifestações neurológicas, indicando que a topografia da lesão isquêmica se situava na região anterior da ponte.

No exame, foram identificadas as seguintes alterações:

- (A) ptose palpebral e estrabismo divergente à esquerda e desvio da comissura labial para a esquerda;
- (B) lagofthalmia à esquerda, desvio da comissura labial para a direita e estrabismo convergente à esquerda;
- (C) desvio da comissura labial para a esquerda e estrabismo divergente à direita;
- (D) lagofthalmia à direita, desvio da comissura labial para a esquerda e paralisia da abdução do globo ocular esquerdo;
- (E) oftalmoplegia internuclear à direita e síndrome vestibular à direita.

9

Mulher de 40 anos refere “dor de cabeça” desde a infância, com crises agudas de intensa hemicrania pulsátil precedidas de sintomas visuais “em fortificação”.

São características dessa cefaleia primária:

- (A) alterações típicas no eletroencefalograma e lesões na tomografia computadorizada de crânio;
- (B) predomínio no sexo masculino, sem vinculação genética e com boa resposta terapêutica a carbamazepina nas crises agudas;
- (C) predomínio no sexo feminino, com vinculação genética e boa resposta terapêutica a triptanos na prevenção de crises;
- (D) predomínio no sexo masculino, sem vinculação genética e com boa resposta terapêutica com oxigenioterapia;
- (E) predomínio no sexo feminino, com forte vinculação genética e boa resposta terapêutica a anti-inflamatórios não esteroides nas crises prolongadas.

10

Mulher de 40 anos é internada com cefaleia intensa e rigidez de nuca. A pressão do líquor é de 240 cm de água e o exame do LCR identifica 180 células/mm³ (90% de linfócitos e 10% de monócitos) e 80 mg/dl de proteínas com glicorraquia normal. A família informa que a paciente tem ótima saúde, porém nos últimos 10 anos esta é a quarta internação com sintomas semelhantes. Somente agora o vírus relacionado a essa síndrome meníngea recorrente foi identificado no LCR por PCR, firmando o diagnóstico final de meningite:

- (A) na doença de Behçet;
- (B) de tipo Mollaret, por reativação do herpes vírus tipo 2;
- (C) aguda linfocítica na síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada;
- (D) no lúpus eritematoso sistêmico;
- (E) na neoplasia.

11

Homem de 50 anos é internado com síndrome vertiginosa aguda, disfonia, disfagia, ataxia cerebelar e alteração diminuída da sensibilidade, sendo feita a hipótese de síndrome de Wallenberg. Ao exame é também identificada síndrome de Claude Bernard Horner, que ocorre por lesão localizada:

- (A) no núcleo simpático ocular no nível C8 medular;
- (B) no núcleo hipotalâmico;
- (C) no feixe descendente simpático;
- (D) em fibras pós-ganglionares situadas entre o plexo pericarotídeo e a órbita;
- (E) em fibras pré-ganglionares situadas entre a medula e a cadeia ganglionar cervical.

12

Mulher de 20 anos com diagnóstico de esclerose múltipla (EM) desenvolve, de forma subaguda, disfunção visual unilateral. O neurologista indica medicação a ser usada EV por cinco dias consecutivos.

A medicação padrão-ouro para tratamento de surto na EM é:

- (A) ciclofosfamida (1 g diluída em 200 ml SG, EV, correr em 3 horas);
- (B) metilprednisolona (1 g diluída em 200 ml SG, EV, correr em 3 horas);
- (C) imunoglobulina humana (400 mg por quilo de peso por 2 dias);
- (D) dexametasona (4 mg 1 vez ao dia, EV, por três dias);
- (E) metilprednisolona (100 mg, EV, diariamente por 30 dias).

13

Menina de 10 anos é levada ao neurologista porque apresenta dificuldade no relaxamento muscular das mãos, sem dor, ao acordar. Não há atrofia muscular e a percussão da região tenar bilateralmente com martelo demonstra o fenômeno. A eletromiografia confirmou o diagnóstico. A mãe, atualmente com 40 anos, refere que, desde pequena, tem o mesmo problema, que em nada a prejudicou, afinal, trabalha como secretária, se casou, teve dois filhos e tem atividades de vida diária normais. Os sintomas melhoram com um medicamento oral que usa regularmente.

Esse medicamento é:

- (A) diazepam (1 comprimido de 5 mg a noite);
- (B) carbamazepina (1 comprimido de 200 mg, até 2 vezes ao dia);
- (C) clonazepam (5 gotas três vezes ao dia);
- (D) prometazina (1 comprimido de 50 mg a noite);
- (E) fenobarbital (1 comprimido de 100 mg a noite).

14

Mulher de 15 anos desenvolve, de forma lenta e insidiosa, atrofia e fraqueza muscular proximal bilateral em membros inferiores e atrofia e fraqueza bilateral distal em membros superiores atingindo musculatura das mãos e da loja flexora de antebraços. Após confirmação pela eletroneuromiografia, é diagnosticada a seguinte forma de miopatia:

- (A) polimiosite;
- (B) distrofia miotônica;
- (C) distrofia tipo-cintura membros;
- (D) miosite de corpúsculos de inclusão;
- (E) distrofia fácio-escápulo-humeral.

15

Criança de 6 anos com encefalopatia crônica da infância caracterizada por síndrome de Little procura centro de reabilitação para tratamento da marcha.

A marcha desse paciente é classificada como:

- (A) helicópode;
- (B) em tesoura;
- (C) escarvante;
- (D) astásica-abásica;
- (E) dispráxia.

16

Céline Dion, cantora canadense, expôs publicamente num vídeo do YouTube as manifestações neurológicas de sua doença (síndrome da pessoa rígida – SPR). Nas imagens, aparece deitada com contrações musculares intensas de músculos axiais muito dolorosas.

As características laboratoriais da SPR são:

- (A) doença imunomediada associada a anticorpos ANTI-GM1;
- (B) condição imunológica associada a anticorpos ANTI-MOG;
- (C) condição imunológica com títulos altos de ANTI-GFAP;
- (D) condição imunológica com títulos elevados de ANTI-GAD;
- (E) condição imunológica associada ao ANTI-AQP4.

17

Dois irmãs, de 15 e 18 anos, são levadas ao neurologista com suspeita de facomatose. Apresentam, desde a primeira infância, manchas café com leite no abdômen e face, telangiectasias oculares, ataxia e movimento coreoatetóticos.

A hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Louis-Bar;
- (B) doença de Bourneville;
- (C) doença de Von Recklinghausen;
- (D) doença de Sturge Weber;
- (E) melanose neurocutânea.

18

Menina de 10 anos vem à consulta neurológica trazida pelos pais porque, há cerca de 6 meses, o pé “entorta” para dentro, sem dor, durante a marcha. Inicialmente procuraram um ortopedista, que afastou problema articular. Como agora também observa que o pé esquerdo está “entortando”, decidiram procurar um neurologista. Diante desse quadro, é feita uma prova terapêutica para a hipótese de uma determinada doença genética autossômica.

Na doença em questão, o sintoma apresentado é responsivo ao seguinte medicamento:

- (A) cloridrato de triexifenidil;
- (B) ciclobenzaprina;
- (C) baclofeno;
- (D) levodopa;
- (E) carbamazepina.

19

Paciente feminina, 59 anos, com diagnóstico de esclerose múltipla há 10 anos, sem tratamento preventivo, procura neurologista com quadro de episódios recorrentes de dor facial unilateral em região mandibular à esquerda em choque e de forte intensidade há 1 mês. A dor dura segundos. A ressonância magnética de crânio evidenciou lesões hiperintensas em T2/FLAIR em substância branca periventricular e justacortical bilateral, sem captação de contraste.

A opção terapêutica de escolha é:

- (A) baclofeno;
- (B) gabapentina;
- (C) carbamazepina;
- (D) rizotomia por balão;
- (E) descompressão cirúrgica do nervo trigêmeo.

20

Paciente de 65 anos, hipertensa e tabagista, apresenta subitamente hemiplegia braquiocrural à direita, desvio da comissura labial para a esquerda, ptose palpebral à esquerda, midríase parálitica à esquerda e paralisia dos movimentos oculares (medial, superior e inferior) à esquerda.

O diagnóstico topográfico da lesão é:

- (A) fibras transversas da ponte;
- (B) pirâmide bulbar;
- (C) pedúnculo cerebral;
- (D) teto do mesencéfalo;
- (E) assoalho do quarto ventrículo.

21

Lactente de 6 meses é levado a consulta de rotina com o pediatra, e a mãe relata que ele vem apresentando episódios de contrações abruptas dos braços e cabeça para frente há 1 mês. O desenvolvimento está normal até o momento. Um EEG é solicitado, e o resultado indica um padrão de hipsarritmia.

Considerando-se o quadro clínico desse paciente, a conduta inicial mais adequada é iniciar:

- (A) ácido valproico;
- (B) prednisolona;
- (C) levetiracetam;
- (D) canabidiol;
- (E) etossuximida.

22

Paciente masculino de 46 anos, previamente hígido, é levado ao serviço de emergência por familiares com quadro de diplopia há 3 dias. Nas últimas 24 horas, está com dificuldade para deambular. Ao exame clínico apresenta PA = 120 x 80 mmHg, FC = 90 bpm, tórax e abdômen inocentes, sem edema em membros inferiores. Ao exame neurológico está acordado, lúcido e orientado, com discurso fluente e coerente. Abertura ocular preservada, com paralisia dos movimentos oculares extrínsecos. Demais nervos cranianos sem alterações. Força preservada nos 4 membros. Arreflexia profunda e hipotonia nos 4 membros. Dismetria nos 4 membros.

Nesse cenário clínico, o principal diagnóstico etiológico é:

- (A) síndrome de Miller-Fisher;
- (B) encefalite de Bickerstaff;
- (C) síndrome de Weber;
- (D) ataxia por anti-GAD;
- (E) síndrome miastênica.

23

Paciente de 25 anos, sexo feminino, relata que há 6 meses vem apresentando cansaço, queda das pálpebras e diplopia ao final do dia, que melhoram ao descansar e dormir. No exame neurológico, é observada ptose palpebral à direita com queixa de diplopia após manobras de esgotamento, sem outras alterações.

Diante desse cenário clínico, a investigação complementar inicial deve incluir:

- (A) eletroneuromiografia e anticorpo anti-MUSK;
- (B) ressonância magnética de crânio e exame do liquor;
- (C) angioressonância de crânio arterial e venosa;
- (D) eletroneuromiografia de fibras finas e anticorpo anti-LRP4;
- (E) tomografia computadorizada de tórax e anticorpo antirreceptor de acetilcolina.

24

Paciente masculino de 10 anos é levado ao neurologista pelos pais, que relatam que a criança apresenta episódios de agitação poucas horas após adormecer. Eles descrevem que o filho grita, chora, parece estar assustado, mostra-se confuso ao ser questionado sobre o que está sentindo, chega a sentar na cama, fica vermelho e suado, e o coração dispara. Ao se acalmar, volta a dormir e, no dia seguinte, não se lembra do que acontece. Inicialmente achavam que era ansiedade, mas, pela recorrência, estão preocupados e buscam avaliação.

O transtorno do sono apresentado pelo paciente é:

- (A) sonambulismo;
- (B) despertar confusional;
- (C) crise epiléptica;
- (D) terror noturno;
- (E) distúrbio comportamental do sono REM.

25

Paciente de 40 anos procura ambulatório de neurologia com queixa de fraqueza e atrofia nas mãos e pé direito se desenvolvendo há 6 meses. Ao exame neurológico, é constatada paresia para extensão da mão esquerda, abdução dos dedos da mão direita e fraqueza para dorsoflexão do pé direito, atrofia e arreflexia nos segmentos afetados. Exame da sensibilidade mostrou-se normal.

O diagnóstico síndrome é consistente com:

- (A) polineuropatia;
- (B) síndrome da ponta anterior da medula;
- (C) mononeuropatia afetando os nervos mediano esquerdo, ulnar direito e tibial direito;
- (D) multiradiculopatia afetando as raízes C5, C6, C7, L5 e S1;
- (E) mononeuropatia múltipla afetando os nervos radial esquerdo, ulnar direito e fibular direito.

26

Paciente de 25 anos, feminina, branca, acorda pela manhã com fraqueza de membro inferior direito. Após 1 semana, melhora mesmo sem tratamento. No momento do atendimento está assintomática. Ao exame neurológico, é observado reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita. Solicitada ressonância magnética de crânio e coluna cervical e torácica. Diante do resultado, a paciente foi diagnosticada com esclerose múltipla e encaminhada para centro de referência.

Os achados da ressonância que corroboraram o diagnóstico foram:

- (A) lesões hiperintensas em T2 em região periventricular, justacortical e pedúnculo cerebelar médio, sendo que uma delas apresentava captação de contraste;
- (B) lesões hiperintensas em T2 em região periventricular e coroa radiada, sendo que uma delas apresentava hipossinal em T1;
- (C) lesões hipointensas em T2 em região subcortical, ponte e cerebelo, sendo que duas delas apresentavam captação de contraste;
- (D) lesão hiperintensa em T2 com captação de contraste em medula cervical nível C3-C4;
- (E) lesões hiperintensas em T2 e hipointensas em T1 em região nucleocapsular.

27

Senhor com 62 anos e sem comorbidades vem à consulta acompanhado por sua esposa, que refere notar, há mais de seis meses, que ele está mais parado, andando com dificuldade. Diz que pela manhã ela precisa ajudá-lo a se levantar da cama. Há 3 meses surgiu discreto tremor na mão direita, que ela observa mais quando estão sentados vendo a novela. O neurologista examina o paciente e observa rigidez maior à direita, tremor de repouso intermitente na mão direita e bradicinesia. Prescreve então uma medicação de uso contínuo. O paciente retorna à consulta após 4 meses relatando melhora da mobilidade. Quando questionado sobre atividades que realiza no cotidiano, relata estar apresentando compulsão por jogos, o que não apresentava anteriormente.

A medicação relacionada a esse quadro é:

- (A) levodopa;
- (B) pramipexol;
- (C) mantidam;
- (D) rasagilina;
- (E) biperideno.

28

Mulher de 23 anos apresenta, desde a adolescência, cefaleia hemcraniana de média a forte intensidade, pulsátil, associada a foto e fonofobia, náuseas, que dura em geral de 6 a 8 horas, melhorando após o sono. Em função da frequência das crises de cefaleia, ela vem usando analgésicos comuns 15 dias por mês nos últimos 3 meses. A mãe apresentava, até os 50 anos de idade, quadro semelhante. Os exames laboratoriais e de neuroimagem foram normais.

Diante desse cenário, a conduta inicial é:

- (A) iniciar topiramato frente ao diagnóstico de cefaleia tensional frequente;
- (B) iniciar propranolol frente ao diagnóstico de migrânea episódica;
- (C) iniciar amitriptilina frente ao diagnóstico de cefaleia tensional crônica;
- (D) iniciar antagonista CGRP frente ao diagnóstico de migrânea crônica;
- (E) iniciar ciclobenzaprina e anti-inflamatório frente ao diagnóstico de cefaleia tensional episódica infrequente.

29

Paciente atendida no ambulatório de neurologia aos 23 anos de idade relata que, desde os 13 anos, apresenta crises caracterizadas por automatismos de membros superiores e movimentos mastigatórios, com perda de contato com os familiares. Nessas crises, o quadro rapidamente evolui para perda da consciência e postura tônica simétrica dos 4 membros, seguidas de atividade clônica, liberação esfinteriana, mordedura da língua e confusão mental no período pós-ictal. A frequência das crises é variável, mas elas têm sido mais frequentes nos últimos 2 anos.

Pela classificação da ILAE 2017, é correto classificar as crises epiléticas dessa paciente como:

- (A) início generalizado motor tônico-clônico;
- (B) início generalizado não motor atípica;
- (C) início focal motor disperceptivo com evolução tônico-clônica bilateral;
- (D) início desconhecido não motor com parada comportamental;
- (E) início focal não motor perceptivo com generalização secundária.

30

Criança de 5 anos de idade vem apresentando, na escola, episódios em que não responde quando é chamada, mantendo olhar fixo, com duração de segundos. A professora observa movimentos despropositados nos dedos das mãos e piscamentos. Esses episódios ocorrem 3 ou 4 vezes ao dia. Nascida de parto sem intercorrências, com desenvolvimento psicomotor normal até o momento. O exame neurológico é normal. O EEG mostra paroxismos frequentes de pontas ondas a 3 ciclos por segundo. Iniciou anticonvulsivante (carbamazepina 200 mg/dia) com aumento da frequência das crises.

As crises descritas são sugestivas do seguinte tipo de epilepsia:

- (A) do lobo temporal;
- (B) do lobo frontal;
- (C) generalizada motora atônica;
- (D) generalizada não motora atípica;
- (E) generalizada não motora típica.

31

Mulher de 65 anos, hipertensa, apresentou, subitamente, perda de força em dimídio direito. Levada à emergência após duas horas do início dos sintomas, está acordada, não pronuncia nenhuma palavra e obedece a ordens verbais simples como abrir a boca e fechar os olhos. O médico confirma o déficit motor e observa desvio da comissura labial para a esquerda. PA = 210 x 120, FC = 80 bpm e ritmo cardíaco regular. A TC de crânio, realizada após 1 hora da entrada no hospital, evidenciou hipodensidade em região fronto-parietal esquerda (ASPECT = 9). Iniciada medicação anti-hipertensiva venosa e colhido exame de sangue. Após 1 hora, a PA estava 190 X 105 mmHg. Exames laboratoriais em andamento.

Em relação à conduta terapêutica de fase aguda, é correto afirmar que, neste momento:

- (A) está indicado tratamento com trombolítico alteplase;
- (B) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, pois a paciente está fora da janela terapêutica;
- (C) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, devido a hipertensão arterial;
- (D) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, devido às alterações da tomografia computadorizada;
- (E) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, pois ainda não há informações sobre o coagulograma.

32

Paciente feminina de 18 anos é levada ao neurologista com quadro de curso progressivo há 2 anos, de desequilíbrio de marcha e incoordenação motora apendicular, dificultando as atividades de vida diária. Ao exame são identificados nistagmo às miradas horizontais, disartria, dismetria nos quatro membros, arreflexia profunda, reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral e apalestesia distal em membros inferiores. Diagnóstico prévio de escoliose, sem outras comorbidades. Não há história familiar. Os pais são primos.

Uma causa genética foi aventada e confirmada com o seguinte exame:

- (A) expansão GAA no gene FXN localizado no cromossomo 9q13;
- (B) expansão CAG no gene CACNA1A localizado no cromossomo 19q13;
- (C) expansão CAG no gene ATXN3 localizado no cromossomo 14q.32.1;
- (D) atrofia cerebelar na ressonância magnética de crânio;
- (E) hipersinal nas fibras transversas na ponte na ressonância magnética de crânio.

33

Homem, 38 anos, sem comorbidades prévias, procura pronto-socorro com queixa de dormência e formigamento nos pés associados a lombalgia iniciados há 3 dias. Foi avaliado e liberado para casa com analgesia. Uma semana depois, ele retorna com incapacidade para deambular e dormência nas mãos há 24 horas. Ao exame, apresenta paraparesia (MRC=2), reflexos aquileus e patelares abolidos, sinal de Lasegue positivo bilateralmente e exame da sensibilidade normal.

Nesse cenário clínico, a confirmação do diagnóstico depende de:

- (A) exame de ressonância magnética de coluna torácica mostrando lesão medular;
- (B) exame do liquor com aumento de proteínas e celularidade normal;
- (C) exame de ressonância magnética da coluna cervical mostrando mielopatia espondilótica;
- (D) exame do liquor com pleocitose e aumento de proteínas;
- (E) exame de ressonância magnética de coluna lombossacra para identificar hérnia de disco extrusa L5-S1.

34

Homem de 78 anos, em uso de AAS por conta de uma coronariopatia, tropeça na rua, cai e sofre trauma frontoparietal à direita com formação de hematoma subgaleal. Na emergência, faz RX de crânio, que se mostra normal, e é liberado. Após 30 dias, passa a apresentar sonolência e confusão mental, e a andar com dificuldade. É levado ao hospital, sendo identificado no exame neurológico Glasgow 13 (abertura ocular = 4, resposta verbal = 4, resposta motora = 5), além de hemiparesia à esquerda. É submetido a TC de crânio, que confirma o diagnóstico de hematoma subdural crônico.

A imagem tomográfica é descrita como:

- (A) coleção hiperdensa intra-axial frontal à esquerda;
- (B) coleção hipodensa extra-axial em formato côncavo-convexo frontoparietal à direita;
- (C) coleção hiperdensa extra-axial em região frontotemporoparietal à esquerda;
- (D) coleção hipodensa extra-axial em região frontotemporoparietal bilateral;
- (E) coleção hipodensa intra-axial em região frontotemporoccipitoparietal à esquerda.

35

Mulher de 45 anos de idade, afrodescendente, apresenta quadro de perda visual grave em olho esquerdo de instalação subaguda. Procura oftalmologista, que constata grave comprometimento da acuidade visual e edema de papila em olho esquerdo. Solicita exames, que afastam etiologia isquêmica ou infecciosa. A RM de crânio mostrou hipersinal em FLAIR em nervos ópticos com captação de gadolínio em T1, sem alterações no parênquima cerebral. Diante da suspeita de síndrome do espectro da neuromielite óptica, realizou pesquisa do anticorpo antiaquaporina 4, que foi negativa. Após 6 meses evoluiu com quadro de soluços e vômitos intratáveis, apesar do uso de vários medicamentos sintomáticos, chegando a perder peso. Esse quadro durou 1 mês e melhorou espontaneamente. Realizou RM de crânio e levou o exame ao neurologista, sendo diagnosticada com neuromielite óptica.

A lesão encontrada que definiu o diagnóstico estava localizada em:

- (A) teto do mesencéfalo;
- (B) região anterior da ponte;
- (C) região periaquedutal;
- (D) região anterolateral do bulbo;
- (E) extensão caudal do assoalho do 4º ventrículo.

36

Menino de 5 anos, previamente saudável, é trazido de madrugada à emergência pelos pais. Há 24 horas iniciou quadro de inapetência, cefaleia, vômitos e febre. O quadro foi considerado pelo pediatra como virose. No entanto, o paciente apresentou crise convulsiva generalizada há 1 hora e desde então está sonolento, levantando a suspeita de meningite.

Para confirmação desse diagnóstico, as manobras semiológicas a serem realizadas são:

- (A) manobras de Gowers e Brudzinski;
- (B) manobras de Lasègue e Mingazzinni;
- (C) manobras de Barré e Kernig;
- (D) movimentação ativa da nuca e manobra de Lasègue;
- (E) movimentação passiva da nuca e manobra de Kernig.

37

Paciente, 30 anos, sexo feminino, obesa e tabagista, procura avaliação neurológica com queixa de dor em queimação na região palmar da mão direita, que se estende do 1º dedo à metade radial do 4º dedo. A dor é mais intensa à noite. Ao exame, observa-se discreta atrofia da região tenar e incapacidade de realizar a oposição do polegar.

O diagnóstico topográfico é consistente com nervo:

- (A) ulnar;
- (B) mediano;
- (C) radial;
- (D) axilar;
- (E) musculocutâneo.

38

Paciente feminina, 53 anos, vai à consulta médica com quadro de dificuldade de nomear objetos e construir frases há aproximadamente 2 anos. Mais recentemente, tem estado desorganizada, deixa alimentos estragando na geladeira e às vezes não consegue fazer a comida da forma correta. Quando questionados sobre o comportamento, familiares confirmam que está diferente, estando a paciente se insinuando para o vizinho, o que está gerando conflitos com o marido. A avaliação neuropsicológica evidenciou comprometimento de múltiplos domínios cognitivos, com predomínio de linguagem e funções executivas. Foram excluídas causas tratáveis de demência. Considerando dados demográficos e domínios cognitivos afetados, foi feita uma hipótese etiológica.

Sobre essa doença, é correto afirmar que:

- (A) associação com doença do neurônio motor está relacionada a mutação genética no gene C9orf72;
- (B) a ressonância magnética de crânio mostra atrofia de hipocampos e lobos frontais precocemente;
- (C) anticorpos monoclonais, quando iniciados precocemente, produzem retardo da perda cognitiva em 30%;
- (D) biomarcadores são encontrados no sangue e no líquido, e o padrão é redução da proteína Tau e Tau fosforilada;
- (E) o PET-CT com marcador para beta-amiloide é hoje considerado padrão-ouro para o diagnóstico.

39

Paciente de 75 anos tem diagnóstico de doença de Parkinson idiopática há 6 anos. Faz uso de levodopa na dose de 150 mg quatro vezes ao dia com intervalo de 6 horas entre as doses. A latência de efeito é de 30 minutos e a duração do efeito é de 3 horas; assim, cerca de 1 hora e meia antes da dose seguinte, ele evolui com acentuação do tremor e rigidez em membros superiores e dificuldade de marcha.

Diante desse quadro, a conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) associar à medicação amantadina 100 mg de 8/8h;
- (B) reduzir a dose total da levodopa;
- (C) associar à medicação biperideno 2 mg de 8/8h;
- (D) reduzir o intervalo entre as doses;
- (E) orientar administração da levodopa com as refeições.

40

Uma paciente de 8 anos é levada pelos pais a consulta com neurologista. Observam que, desde que ela adquiriu marcha, tinha dificuldade principalmente para pular, correr e subir escadas. Relatam que o quadro tem piorado lentamente, e hoje ela tem quedas frequentes e deambula com assistência de terceiros. Negam queixas cognitivas, afirmando que a filha tem bom desempenho escolar. De história familiar, informam que duas tias maternas tiveram pé equino na infância, e uma delas fez alongamento de tendão e tem dificuldade de locomoção. Ao exame neurológico, apresenta pés cavos, tetraparesia de predomínio distal, hipoestesia dolorosa em bota de cano curto, hipopalestesia distal em membros inferiores e marcha escarvante com apoio unilateral. O teste genético detectou duplicação do gene PMP22 no cromossomo 17.

Quanto ao diagnóstico, é correto afirmar que se trata:

- (A) de uma doença autossômica recessiva;
- (B) do tipo mais frequente de polineuropatia hereditária;
- (C) de uma polineuropatia sensitivo-motora axonal;
- (D) de uma doença mitocondrial ligada a mutação do DNA nuclear;
- (E) de uma polineuropatia adquirida já que a mutação encontrada não causa polineuropatia.

Pediatria

41

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçozinho). 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 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

