

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



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 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 prova!

Endocrinologia e Metabologia

1

Os inibidores de SGLT2 são medicações usadas no tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2 que apresentam, como principal indicação,

- (A) a melhora do controle glicêmico isoladamente.
- (B) a redução do risco de hipoglicemia.
- (C) a maior proteção cardiovascular e renal.
- (D) a perda de peso significativa.
- (E) o aumento da secreção de insulina.

2

A Cetoacidose Diabética (CAD) é uma condição grave que deve ser reconhecida entre as complicações agudas do diabetes e tratada prontamente.

Todo médico precisa saber reconhecer e fazer o diagnóstico da CAD, caracterizado principalmente por

- (A) hiperglicemia, acidose metabólica e hipocalemia.
- (B) hipoglicemia, acidose metabólica e hipercalemia.
- (C) hiperglicemia, alcalose metabólica e hipocalemia.
- (D) hipoglicemia, alcalose metabólica e hipercalemia.
- (E) hiperglicemia, acidose respiratória e hipocalemia.

3

O diabetes *mellitus* é uma doença crônica que resulta em uma imunidade comprometida progressivamente ao longo do tratamento.

Avalie se, para a vacinação dos pacientes com diabetes, recomenda-se vacinação contra

- I. Influenza.
- II. Pneumococos.
- III. Hepatite B.

Está correto o que se apresenta em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

4

Mulher de 62 anos, com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 recém diagnosticado, apresenta-se com hemoglobina glicada (HbA1c) de 9,8%. Ela informa que não sabia dessa doença crônica, mas notou que vem apresentando candidíase vaginal de repetição, acordando várias vezes à noite para ir ao banheiro.

A conduta mais apropriada para tratar o diabetes, nesse caso, seria iniciar

- (A) apenas dieta e exercícios físicos.
- (B) monoterapia com metformina.
- (C) metformina e insulina.
- (D) metformina e um inibidor de SGLT2.
- (E) metformina e inibidor de DPPIV.

5

Paciente de 48 anos, sexo masculino, com diabetes *mellitus* tipo 2 há 5 anos, em uso de metformina 2g/dia e glimepirida 4mg/dia. Apresenta HbA1c de 8,3% e IMC de 35 kg/m². Ele refere que vem apresentando alguns episódios de hipoglicemia. Nos exames, foi observada uma creatinina de 1,8 mg/dL (clearance de creatinina estimado de 40 mL/min).

Esse paciente se beneficiaria da seguinte conduta:

- (A) titular dose de metformina para 2,5 g/dia.
- (B) associar um inibidor de DPP-4 (gliptina) ao esquema atual.
- (C) suspender a glimepirida e iniciar insulina basal.
- (D) iniciar um agonista do receptor GLP-1 (liraglutida ou semaglutida).
- (E) encaminhar para avaliação de cirurgia bariátrica.

6

Paciente de 74 anos, sexo feminino, com diabetes tipo 2 há 13 anos, histórico de doença cardiovascular estabelecida (IAM) e insuficiência renal crônica (FG = 20 mL/min). Encontra-se em uso de insulina glargina 35UI/dia e sitagliptina 100 mg/dia, e apresenta HbA1c de 7,8%, mas com episódios frequentes de hipoglicemia, principalmente no período noturno.

A melhor conduta terapêutica para essa paciente é

- (A) aumentar a dose de insulina glargina para alcançar uma meta de HbA1c < 7%.
- (B) adicionar pioglitazona para melhora da resistência à insulina.
- (C) suspender a sitagliptina e reduzir a dose de insulina glargina em 20%, monitorando a glicemia capilar.
- (D) iniciar inibidor de SGLT2 para melhora do controle glicêmico e redução do risco cardiovascular.
- (E) indicar tratamento dialítico.

7

Paciente, 74 anos, em uso de metformina 1g/dia, com exames de glicose em jejum = 167 mg/dL; HbA1c = 7,6%; creatinina = 1,35 mg/dL (taxa de filtração glomerular - TFGe pelo CKDEPI) = 41 mL/min). Inicia dapagliflozina 10 mg; em uma segunda avaliação, nota-se piora da creatinina = 1,57 mg/dL (TFGe = 34 mL/min).

Diante desse cenário, deve-se

- (A) retirar a dapagliflozina, pois a TFGe < 45 mL/min contraindica seu uso.
- (B) diminuir a dose da dapagliflozina para 5 mg/dia, devido à piora da TFGe.
- (C) conservar a dose da dapagliflozina, pois a queda na TFGe é esperada.
- (D) permutar para empagliflozina 25 mg/dia, que pode ser utilizada para TFGe < 45 mL/min.
- (E) retirar a dapagliflozina devido à idade da paciente.

8

O tratamento do diabetes tem sofrido constantes avanços e as diferentes opções de análogos da insulina têm representado uma parte importante desse cenário.

Com relação a essas medicações, é correto afirmar que

- (A) apresentam meia vida e biodisponibilidade semelhantes aos da insulina NPH.
- (B) as insulinas basais de meia vida prolongada, como as insulinas glargina U100, glargina U300 e degludeca, apresentam meia vida semelhante.
- (C) para a obtenção de bom controle glicêmico, deve-se fracionar a insulinização basal em duas tomadas, mesmo para as insulinas de meia vida prolongada.
- (D) o perfil mais flat na curva de distribuição da insulina degludeca e da glargina U300 oferece menor risco de hipoglicemia.
- (E) com esses novos análogos de insulina basal, não há necessidade de cobertura dos picos prandiais com esquema bolus.

9

O sistema de bomba de infusão de insulina, utilizado em pacientes com DM1, representou um grande avanço no tratamento da doença nesses pacientes.

Deve-se, entretanto, estar atento ao risco de ocorrência de cetoacidose diabética, condição grave que tem como principal causa, nessa situação,

- (A) uma superdosagem de insulina fornecida por esse sistema.
- (B) a obstrução do cateter, limitando a entrada de insulina.
- (C) a hipoglicemia de rebote, pelo uso excessivo de insulina.
- (D) o consumo abusivo de carboidratos para equilibrar a insulina infundida.
- (E) a atividade física intensa não compensada pela insulina infundida.

10

A exploração dos conhecimentos sobre o sistema incretínico permitiu que utilizássemos novas drogas no tratamento do diabetes.

Sobre esse tratamento, é correto afirmar que

- (A) os análogos de GLP1 são uma boa opção de tratamento pois, além da melhora glicêmica, agregam perda de peso, proteção renal e cardiovascular.
- (B) os inibidores de DPP-IV podem ser usados juntamente com os análogos de GLP1 e potencializam sua ação.
- (C) os análogos de GLP1 não devem ser usados em paciente com doença renal crônica, mesmo nos seus estágios iniciais.
- (D) os inibidores de DPP-IV não devem ser usados em pacientes idosos, pois apresentam alto risco de hipoglicemia.
- (E) a potência para perda de peso é muito semelhante quando usamos os análogos de GLP1 e os inibidores de DPP-IV.

11

Mulher, 65 anos de idade, procura endocrinologista para fazer um *check-up*. Ela nega comorbidades, não faz uso de medicamentos e pratica atividade física regular. O resultado do perfil lipídico revelou: colesterol total: 230 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; triglicerídeos: 195 mg/dL; LDL: 141 mg/dL.

Esses exames permitem depreender que

- (A) a avaliação do perfil lipídico dessa paciente não tem validade pois ela não fez o jejum mínimo de 12h para a coleta.
- (B) a flexibilização do jejum pode ser adequada para a avaliação do perfil lipídico, mas não deve ser estimulada, pois não é confiável.
- (C) o colesterol não HDL não sofre a interferência do jejum e pode ser uma medida útil na avaliação do risco cardiovascular dessa paciente.
- (D) o nível de triglicerídeo dessa paciente não é confiável devido à falta de jejum adequado.
- (E) deve-se solicitar uma nova coleta de sangue com jejum de 12h para avaliação da dislipidemia dessa paciente.

12

Existem vários critérios utilizados para a classificação das estatinas, um dos quais referentes à sua potência.

Para que uma estatina seja considerada de alta potência, é necessário que ela seja capaz de

- (A) reduzir eventos cardiovasculares em pelo menos 50%.
- (B) aumentar o HDL e reduzir triglicerídeo em concomitância com a redução de LDL colesterol.
- (C) reduzir o LDL colesterol em pelo menos 30%.
- (D) reduzir as mortes por eventos cardiovasculares em pelo menos 30%.
- (E) levar a uma redução de LDL colesterol em pelo menos 50%.

13

Diante de uma paciente de 52 anos, sem comorbidades, que iniciou terapia hormonal com estrogênio oral e progesterona para tratar menopausa, algumas alterações no perfil lipídico podem ser esperadas.

Entre essas alterações, é correto citar

- (A) a redução dos triglicerídeos e do LDL.
- (B) a redução dos triglicerídeos, com aumento do LDL.
- (C) o aumento dos triglicerídeos e do LDL.
- (D) o aumento dos triglicerídeos, com redução no LDL.
- (E) a redução do HDL e do triglicerídeos.

14

Paciente de 38 anos, sexo feminino, com IMC de 37 kg/m², antecedentes de depressão e compulsão alimentar, já tentou diversos tratamentos à base de dieta e de medicações, sem sucesso.

Levando-se em consideração a melhor opção de tratamento da obesidade para essa paciente, deve-se

- (A) introduzir uma dieta mais restritiva e orientar atividade física de alto impacto.
- (B) introduzir sibutramina para reduzir o aporte calórico e melhorar saciedade.
- (C) indicar cirurgia bariátrica sem necessidade de acompanhamento psicológico.
- (D) encaminhar para tratamento com acupuntura e técnicas de relaxamento para melhor controle da compulsão.
- (E) iniciar liraglutida e/ou bupropiona + naltrexona com terapia cognitivo-comportamental (TCC) e acompanhamento psiquiátrico.

15

Paciente, 19 anos, com DM tipo 1 há 2 anos e diagnóstico por cetoacidose diabética. Apresentou albuminúrias de 745 e 432 mg/g, confirmadas em duas ocasiões, com intervalo de 3 a 6 meses. Tem hipertensão arterial. Está em uso de enalapril 40 mg/dia e anlodipino 10 mg/dia, além de insulinas (glargina e lispro). PA 150/95 mmHg e FC 95 bpm. Sem hipotensão postural. HbA1c de 7,8%, TFG de 64 mL/min/1,73 m².

Sobre esse caso, é correto afirmar que

- (A) outras causas de lesão renal, que não o DM, devem ser investigadas.
- (B) é mandatório iniciar um inibidor da SGLT2 para otimizar o tratamento da doença renal.
- (C) um antagonista do receptor da angiotensina II deve ser associado ao tratamento com o objetivo de diminuir ou normalizar a albuminúria.
- (D) o uso de medicamentos antagonistas não esteroidais do receptor mineralocorticoide (finerenona) está contraindicado pelo risco de hipercalemia.
- (E) para melhorar a hemodinâmica glomerular, deve-se iniciar espironolactona.

16

Mulher, 60 anos, com diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, em uso de metformina 2 g/dia, linagliptina 5 mg e dapaglifozina 10 mg/dia. Apresenta Hbglic = 7,2%, colesterol total = 280 mg/dL, HDL = 40 mg/dL, LDL = 182 mg/dL, triglicérides = 290 mg/dL.

Para a melhora da dislipidemia dessa paciente, devemos iniciar

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

17

Nos últimos anos, temos acompanhado a evolução do tratamento da obesidade com base na sua fisiopatologia.

Com relação às estratégias para tratar essa doença, assinale a afirmativa correta.

- (A) O objetivo do tratamento da obesidade é reduzir o Índice de Massa Corpórea (IMC), sem necessidade de tratamento a longo prazo.
- (B) A obesidade é uma doença crônica e deve ser tratada com o uso de medicações por tempo prologado.
- (C) Diante da estabilização do peso, pode-se suspender a medicação utilizada no tratamento inicial.
- (D) As estratégias de perda de peso devem incluir dietas rigorosas e restritivas de forma a atingir o déficit calórico adequado.
- (E) A cirurgia bariátrica surgiu como solução definitiva para tratamento da obesidade e sem preocupações com o ganho de peso.

18

A doença hepática gordurosa metabólica (DHGM) tem sido reconhecida como o componente hepático da síndrome metabólica e o seu rastreamento deve ser realizado na população de risco, principalmente em pacientes diabéticos.

Sobre as ferramentas de rastreamento dessa doença, assinale a afirmativa correta.

- (A) As transaminases são ferramentas sensíveis e, só quando alteradas, indicam a necessidade de investigação dos doentes.
- (B) O US é um método fidedigno para rastrear esses doentes indicando aqueles que devem ser avaliados quanto ao risco de fibrose.
- (C) A elastografia hepática é a melhor ferramenta de rastreamento, com custo-benefício maior para esse fim.
- (D) O Fibrosis-4 (Fib-4) é uma ferramenta útil de rastreamento desses doentes e deve ser usado para definir aqueles com risco aumentado de fibrose.
- (E) Todos os pacientes diabéticos deveriam ser submetidos a uma avaliação com elastografia, como ferramenta de rastreamento.

19

Paciente feminina, 42 anos, trabalhadora de escritório, procura atendimento com queixa de dor óssea difusa há 6 meses, principalmente em região lombar e membros inferiores, associada à fraqueza muscular proximal progressiva. Nega uso de medicações crônicas.

Traz exames laboratoriais: Cálcio total: 8,7 mg/dL (VR: 8,5-10,5); Cálcio iônico: 4,2 mg/dL (VR: 4,6-5,3); Fósforo: 2,3 mg/dL (VR: 2,5-4,5); PTH: 185 pg/mL (VR: 15-65); 25-hidroxi-vitamina D: 8 ng/mL (VR: > 30); Creatinina: 0,9 mg/dL; Albumina: 4,0 g/dL; cálcio urinário normal.

A conduta terapêutica mais apropriada para essa paciente é

- (A) iniciar imediatamente cálcio endovenoso, devido à hipocalcemia grave, e encaminhar para paratiroidectomia de urgência.
- (B) prescrever colecalciferol 50.000 UI/semana por 8 semanas, seguido de dose de manutenção.
- (C) administrar calcitriol 0,5 mcg/dia e bisfosfonatos para fazer prevenção de evolução para osteoporose.
- (D) indicar cálcio oral para supressão do PTH elevado, sem necessidade de reposição vitamínica.
- (E) realizar paratiroidectomia subtotal devido ao hiperparatireoidismo primário normocacêmico.

20

A tireoidite pós-parto pode ocorrer de 1 a 3 meses após o parto e se caracteriza por uma fase de hipertireoidismo, seguida por hipotireoidismo, com posterior recuperação da função tireoidiana na maioria dos casos.

A fase de tireotoxicose da tireoidite se diferencia da Doença de Graves por apresentar

- (A) níveis de T4 livre.
- (B) sintomas clínicos.
- (C) níveis de TSH.
- (D) presença de bócio.
- (E) captação baixa de iodo radioativo.

21

Paciente, 63 anos de idade, está em uso de amiodarona para tratamento de fibrilação atrial. Após quatro meses de uso do medicamento, retorna à consulta com piora das palpitações e apresentando tremores. Ao exame físico: PA 140 x 80 mmHg, FC 108 bpm com ritmo cardíaco irregular. Tireoide com volume discretamente aumentado e sem nódulos palpáveis. Ausência de alterações. Exames laboratoriais: TSH < 0,01 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0); T4 livre 2,8 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9); TRAB 3,5 U/L (VR: < 1,0). US da tireoide com aumento difuso da vascularização da glândula e sem nódulos.

Diante da impossibilidade de suspensão da amiodarona, a melhor conduta no momento é

- (A) iniciar glicocorticoide oral.
- (B) iniciar droga antitireoidiana.
- (C) iniciar betabloqueador.
- (D) observar clinicamente e reavaliar exames em três meses.
- (E) iniciar levotiroxina.

22

A tireoidite subaguda dolorosa, ou de De Quervain, acontece geralmente após um processo inflamatório, frequentemente viral, no qual o paciente, além de dor na região cervical, pode apresentar febre e disfunção tireoidiana.

Para tratar essa condição, devemos considerar o uso de

- (A) prednisona como tratamento de escolha para alívio da dor e com potencial de redução do risco de evolução para hipotireoidismo.
- (B) drogas antitireoidianas como tratamento importante da doença.
- (C) radioiodo para evitar agravamento da fase de hipertireoidismo.
- (D) anti-inflamatórios não hormonais, que podem ser usados em casos de dor leve/moderada.
- (E) levotiroxina, que deve ser iniciada na fase de hipotireoidismo, uma vez que a maioria dos pacientes evolui para hipotireoidismo definitivo.

23

Mulher, 52 anos de idade, assintomática, fez US de tireoide que revelou nódulo sólido bem delimitado, hipocogênico, sem microcalcificações, medindo 2,9 x 2,1 x 1,0 cm em 1/3 inf de LE de tireoide.

A respeito do manejo desse nódulo, é correto afirmar que

- (A) trata-se de um nódulo TI-RADS 4, e a sua punção é recomendada independentemente dos resultados dos exames laboratoriais.
- (B) trata-se de um nódulo TI-RADS 3 e, por ser maior do que 2,5 cm, a sua punção é recomendada independentemente dos resultados dos exames laboratoriais.
- (C) Mesmo sendo um nódulo TI-RADS 4, a punção deve ser considerada apenas após a realização de exames laboratoriais.
- (D) Trata-se de um nódulo TI-RADS 4, e sua punção com análise molecular é mandatória independentemente dos resultados dos exames laboratoriais.
- (E) Trata-se de um nódulo de baixo risco que deve ser acompanhado apenas com US após avaliação dos resultados dos exames laboratoriais.

24

Paciente de 29 anos, sexo feminino, com história de carcinoma medular da tireoide (CMT), diagnosticado há 6 meses, submetida à tireoidectomia total e ao esvaziamento cervical.

Levando-se em consideração que a linhagem celular do CMT deriva das células parafoliculares, o melhor marcador sérico para seguimento dessa paciente é

- (A) tireoglobulina.
- (B) calcitonina.
- (C) CEA.
- (D) cromogranina A.
- (E) alfa-fetoproteína.

25

Paciente, 48 anos, sexo feminino, com carcinoma papilífero de tireoide tratada com tireoidectomia total. O anatomopatológico revelou carcinoma papilífero de tireoide, subtipo clássico < 1,0 cm de diâmetro, ausência de invasão vascular ou extensão extratireoidiana. A paciente retorna 6 meses após a cirurgia referindo uso correto da levotiroxina e trazendo resultados de US cervical sem alterações TSH = 1,0 mU/L (VR: 0,4 a 4,5 mU/L), tireoglobulina 0,1 ng/mL e anticorpo antitireoglobulina negativo.

A conduta a ser adotada para essa paciente é

- (A) aumentar a dose de levotiroxina e não indicar radioiodoterapia, pois precisamos manter seu TSH suprimido.
- (B) manter a dose de levotiroxina e indicar radioiodoterapia, pois a paciente apresenta Ca papilífero de alto risco.
- (C) manter a dose de levotiroxina e não indicar radioiodoterapia pois trata-se de paciente com Ca papilífero baixo risco.
- (D) aumentar a dose de levotiroxina e indicar radioiodoterapia pois trata-se de paciente com Ca papilífero alto risco.
- (E) diminuir dose da levotiroxina e não indicar radioiodoterapia pois trata-se de paciente com Ca papilífero baixo risco.

26

Paciente de 65 anos, sexo feminino, com osteoporose estabelecida e múltiplas fraturas vertebrais prévias, apresenta dor óssea persistente e níveis de cálcio sérico continuamente elevados (12 mg/dL). A investigação diagnóstica revela hiperparatireoidismo primário com adenoma de paratireoide.

Nesse caso, a conduta mais apropriada para essa paciente é

- (A) prescrever bifosfonato intravenoso para reduzir o cálcio sérico.
- (B) iniciar calcitonina para inibir a reabsorção.
- (C) realizar densitometria óssea para avaliar a gravidade da osteoporose.
- (D) monitorar os níveis de cálcio e prescrever calcimiméticos (cinacalcete).
- (E) indicar paratireoidectomia minimamente invasiva.

27

A osteoporose é uma doença muitas vezes assintomática, que deve ser rastreada principalmente em grupos de risco.

Entre os principais fatores para o desenvolvimento dessa doença, encontra-se a(o)

- (A) obesidade.
- (B) sedentarismo.
- (C) tabagismo.
- (D) alcoolismo.
- (E) envelhecimento.

28

Mulher, de 52 anos, menopausada há 2 anos, apresenta significativo ressecamento vaginal, gerando piora de sua qualidade de vida. Tem antecedente de trombose venosa profunda (TVP) há 5 anos, sem recidiva desde então.

Considerando o histórico de TVP dessa paciente, a melhor estratégia para a melhora dos seus sintomas seria usar

- (A) terapia hormonal sistêmica com estrogênio e progesterona.
- (B) terapia hormonal sistêmica com estrogênio isolado.
- (C) tibolona.
- (D) estrogênio vaginal em baixa dose.
- (E) fitoterápicos (isoflavonas).

29

Na insuficiência ovariana prematura, ocorre perda da função dos ovários antes dos 40 anos de idade, com interrupção da produção de hormônios ovarianos (principalmente estrogênio) e cessação dos ciclos menstruais.

Para as pacientes que apresentam essa condição, a melhor conduta é

- (A) observação.
- (B) indução da ovulação.
- (C) uso de bifosfonatos.
- (D) uso de anticoncepcionais.
- (E) terapia hormonal até a idade habitual da menopausa.

30

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um distúrbio hormonal comum em mulheres em idade reprodutiva. Ela se caracteriza pela presença de hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial, ciclos menstruais irregulares, desenvolvimento de pequenos cistos nos ovários e dificuldade para engravidar.

Como tratamento de primeira linha para hirsutismo, em mulheres com SOP sem desejo gestacional, usa-se

- (A) metformina.
- (B) espironolactona.
- (C) finasterida.
- (D) anticoncepcional combinado.
- (E) eflornitina.

31

Homem, 34 anos de idade, hipertenso desde os 25 anos, encontra-se em uso de losartana 100 mg/dia, hidralazina 200 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e diltiazem 240 mg/dia, sem outras comorbidades. Em exame admissional de rotina, foi observada hipocalemia (K 3,1 mEq/L), de modo que foi encaminhado ao endocrinologista para investigação da hipertensão. A investigação revelou aldosterona: 41 ng/dL e atividade plasmática de renina < 0,03 ng/mL/h. A TC de abdômen mostrou uma lesão de limites precisos, homogênea, com índice de atenuação de 5UH, medindo 4,4 x 1,6 cm em adrenal direita.

Diante desse caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os anti-hipertensivos interferiram nas dosagens laboratoriais, sendo necessária sua substituição para nova avaliação.
- (B) Faz-se necessária a realização de mais um teste para confirmação diagnóstica de hiperaldosteronismo.
- (C) A realização do cateterismo de veias adrenais é mandatória para a confirmação diagnóstica nesse caso.
- (D) A adrenalectomia direita está indicada para o tratamento da hipertensão desse paciente.
- (E) Esse paciente pode ser tratado clinicamente com espironolactona, não sendo necessária indicação cirúrgica.

32

Paciente de 34 anos, sexo feminino, em investigação de hirsutismo e irregularidade menstrual. Apresenta elevação do sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA) e tomografia computadorizada (TC) abdominal com massa adrenal unilateral > 6 cm, irregular, heterogênea e densidade alta > 20 UI Hounsfield.

A conduta mais apropriada no caso é

- (A) realizar biópsia da massa adrenal para confirmar o diagnóstico de malignidade da lesão.
- (B) realizar a adrenalectomia unilateral, mas avaliar antes autonomia de secreção do cortisol.
- (C) iniciar espironolactona para controlar o hirsutismo e manter a lesão em observação.
- (D) realizar cintilografia com iodo-131 para avaliar a funcionalidade da massa adrenal.
- (E) observar a evolução clínica e hormonal para avaliar funcionalidade da lesão.

33

Homem de 35 anos procura emergência com história, há 4 meses, de crises caracterizadas por cefaleia intensa súbita, palpitações, sudorese profusa e sensação de morte iminente. Durante as crises, que duram cerca de 20 minutos, apresenta palidez cutânea importante. Entre as crises, mantém-se assintomático.

Ao exame físico durante a crise: PA: 220/130 mmHg (habitual: 130/85 mmHg); FC: 140 bpm sudorese profusa, tremores finos de extremidades.

A melhor conduta para definição diagnóstica desse paciente é

- (A) dosar cortisol livre urinário.
- (B) dosar aldosterona plasmática e atividade de renina.
- (C) dosar metanefrinas urinárias e plasmáticas.
- (D) dosar cortisol após 1 mg de dexametasona.
- (E) iniciar tratamento sem investigação adicional.

34

Paciente de 32 anos, sexo feminino, com queixa de galactorreia e amenorreia secundária há 4 meses. A investigação revela prolactina de 55 ng/mL (valor de referência: < 20 ng/mL) e ressonância magnética da hipófise normal.

Nesse caso, a conduta inicial mais apropriada é

- (A) iniciar cabergolina em dose baixa e reavaliar a prolactina em um mês.
- (B) programar teste de estímulo com TRH para avaliar a reserva hipofisária de prolactina.
- (C) interromper a investigação, pois a prolactina pode estar elevada devido ao estresse.
- (D) indicar cirurgia transesfenoidal para explorar a hipófise.
- (E) considerar outras causas de hiperprolactinemia, como uso de medicamentos e hipotireoidismo.

35

Homem, 25 anos com queixa de mal-estar, episódios de hipotensão e adinamia. Sem história de uso de medicamentos. Exames: cortisol às 8 horas = 2,2 e 2,8 mcg/dL (VR: 5 a 25 mcg/dL) e ACTH = 6,8 mcg/dL (VR: 7 a 63 pg/mL). TSH, T4 livre, GH, IGF-1, LH e FSH dentro da normalidade.

Diante desse caso, o próximo exame a ser realizado é

- (A) a RM de sela túrcica.
- (B) o teste de tolerância insulínica.
- (C) a tomografia de adrenais com contraste.
- (D) a dosagem do cortisol da meia-noite.
- (E) a dosagem de cortisol livre urinário.

36

Mulher, 36 anos, com insuficiência adrenal primária, faz uso de prednisona 5 mg e fludrocortisona 100 mcg/dia. Há 3 dias apresenta náuseas, vômitos, diarreia acentuada, febre e hipotensão significativa.

Essa paciente deve

- (A) iniciar a solução de reidratação oral e triplicar a dose da prednisona.
- (B) receber hidratação venosa e hidrocortisona intravenosa ou intramuscular.
- (C) administrar solução de reidratação oral e duplicar a dose da prednisona e da fludrocortisona devido à febre.
- (D) receber hidratação venosa e triplicar a dose da prednisona e da fludrocortisona devido à febre.
- (E) colher hemoculturas e duplicar a dose do glicocorticoide.

37

Paciente de 45 anos, sexo masculino, com queixa de cefaleia bitemporal e diminuição da libido. Apresenta campimetria visual com hemianopsia bitemporal e ressonância magnética da hipófise com macroadenoma selar (2,5 cm de diâmetro), comprimindo o quiasma óptico. Após avaliação hormonal, foi definido como macroadenoma não funcionante.

A conduta mais adequada para o caso é

- (A) iniciar medicação (agonistas dopaminérgicos) para reduzir o tamanho do adenoma.
- (B) realizar radioterapia para destruir as células tumorais.
- (C) realizar cirurgia transesfenoidal para ressecção do adenoma.
- (D) iniciar reposição de hormônios e acompanhar a evolução.
- (E) observar a evolução clínica e hormonal.

38

Paciente feminina, 32 anos, apresenta, há 3 anos, obesidade centrípeta, face em lua cheia, estrias violáceas abdominais, hirsutismo, amenorreia e hipertensão arterial. Foi encaminhada para investigação que evidenciou os seguintes exames laboratoriais: cortisol urinário de 24h = 450 µg (VR: 50-190), ACTH = 85 pg/mL (VR: 10-60), teste de supressão com 1mg de dexametasona - cortisol = 18 µg/dL.

Com base nesses resultados, o próximo passo na investigação da paciente é

- (A) pedir uma tomografia de abdômen com contraste para avaliar as adrenais dessa paciente.
- (B) solicitar uma RNM de sela túrcica para avaliar a presença de um tumor hipofisário produtor de ACTH.
- (C) iniciar tratamento para obesidade da paciente e repetir os exames em 6 meses, pois sugerem resultados falso-positivos.
- (D) solicitar uma tomografia de tórax para afastar um tumor pulmonar produtor de ACTH.
- (E) solicitar uma tomografia de crânio para avaliar um tumor produtor de CRH.

39

Menina de 7 anos é trazida pela mãe devido ao aparecimento de broto mamário bilateral há 6 meses, pelos pubianos esparsos e aceleração do crescimento. Altura atual no percentil 90 (era P50 há 1 ano). Idade óssea: 10 anos; LH basal: 2,4 UI/L; RNM de crânio normal.

Com relação a esse caso, é correto afirmar que

- (A) a paciente é portadora de puberdade precoce central, e pelo avanço da idade óssea se beneficiará de tratamento.
- (B) a paciente é portadora de puberdade precoce central, mas nenhum tratamento é requerido, pois não haverá influência na estatura final da paciente.
- (C) a paciente não requer nenhum exame adicional, apenas acompanhamento da evolução dos caracteres sexuais.
- (D) a paciente é portadora de puberdade precoce periférica e deve-se investigar uma causa para se instituir tratamento adequado.
- (E) a idade óssea da paciente encontra-se dentro do desvio padrão adequado, não havendo necessidade de seguimento.

40

Paciente, 9 anos, sexo feminino, com história de baixa estatura. A mãe relata que a criança sempre foi a menor da turma, mas isso se acentuou há 1 ano. Ao exame físico: altura < percentil 5 para idade, peso no percentil 10, proporções corporais normais, sem dismorfismos faciais evidentes. Sua história de desenvolvimento neuropsicomotor sempre foi normal.

A velocidade de crescimento no último ano foi de 3,5 cm/ano. Exames laboratoriais iniciais sem anormalidades. A idade óssea mostrou atraso de 2 anos em relação à idade cronológica.

Diante desse caso, a melhor conduta seria

- (A) iniciar prontamente a reposição com hormônio de crescimento (GH) devido a uma baixa estatura grave.
- (B) solicitar dosagem de IGF-1 e IGFBP-3, além de teste de estímulo para avaliação do eixo GH-IGF-1.
- (C) não considerar tratamento, pois a criança tem déficit de crescimento e ponderal discretos.
- (D) solicitar cariótipo e ressonância magnética de crânio pois a história é muito sugestiva de hipopituitarismo congênito.
- (E) reavaliar em 6 meses, pois a velocidade de crescimento é a esperada para a idade.

Pediatria

41

Uma lactente de 2 meses, previamente hígida, comparece à consulta de rotina com sintomas gripais leves há 3 dias. A mãe relata que a irmã de 3 anos está com tosse e febre.

Ao exame físico, a bebê está em bom estado geral, com FR: 42 irpm, FC: 138 bpm, temperatura axilar de 37,5 °C, ausculta com estertores finos esparsos bilaterais e leve retração subcostal. O calendário vacinal está em dia.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) iniciar antibiótico empírico por suspeita de pneumonia bacteriana.
- (B) solicitar radiografia de tórax para todos os lactentes com sintomas respiratórios.
- (C) observar evolução clínica, orientando sinais de alarme e retorno precoce.
- (D) prescrever broncodilatador de resgate por 5 dias.
- (E) iniciar corticoterapia oral por possível bronquiolite.

42

Recém-nascido do sexo masculino, com 3 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal sem intercorrências, Apgar 8/9, peso adequado para a idade gestacional. Mãe saudável, sem histórico de infecções ou uso de medicações durante a gestação, realizou pré-natal completo e ultrassonografias, sem alterações estruturais cardíacas detectadas.

Desde o nascimento, o RN apresenta cianose central persistente, não responsiva ao oxigênio suplementar por cateter nasal. Não há desconforto respiratório evidente. À ausculta cardíaca, nota-se sopro sistólico 2+/6+, audível no foco tricúspide. Pulmões com murmúrio vesicular presente e simétrico. A oximetria de pulso revela saturação pré-ductal 85% e pós-ductal de 84%. A gasometria arterial mostra acidose respiratória leve com hipoxemia. À exceção da cianose persistente, e do sopro já relatado não há outras alterações ao exame físico.

Diante da suspeita de cardiopatia congênita cianótica, foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou transposição das grandes artérias (TGA), com septo interventricular íntegro e comunicação interatrial pequena.

Com base no quadro clínico e nos achados ecocardiográficos, a conduta prioritária imediata é

- (A) indicar intubação e ventilação mecânica com FiO₂ 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para seps neonatal até elucidação completa.
- (E) solicitar angiotomografia de tórax.

43

Menino de 6 anos, previamente com desenvolvimento neuropsicomotor adequado, é trazido à consulta por regressão na linguagem expressiva há cerca de 4 meses.

A mãe relata que ele, que já falava frases completas, passou a ter dificuldade crescente para formar palavras e responder comandos verbais, mesmo sem alterações auditivas aparentes. O comportamento tornou-se mais irritadiço, com períodos de desatenção, isolamento e episódios noturnos em que se debate na cama, com rigidez e salivação excessiva.

O exame físico neurológico não apresenta déficits motores ou sensitivos, mas não executa comandos verbais simples nem emite frases coerentes. Teste de audiometria normal. Ressonância magnética de crânio sem alterações estruturais. EEG com padrão de descargas epileptiformes bilaterais, contínuas durante o sono, com predominância nas regiões temporais posteriores.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

- (A) epilepsia rolândica benigna.
- (B) síndrome de Lennox-Gastaut.
- (C) epilepsia mioclônica juvenil.
- (D) síndrome de Landau-Kleffner.
- (E) encefalite autoimune.

44

Menina de 5 anos apresenta palidez importante, cansaço aos esforços e irritabilidade progressiva. Ao exame físico apresenta peso e estatura adequados para a idade, palidez mucosa +/4+, frequência cardíaca: 120 bpm, ausculta cardíaca com sopro sistólico 1+/6+ no foco pulmonar e não há linfadenomegalia ou visceromegalias.

O hemograma revela: Hb 8,7 g/dL | Ht 26% | VCM 68 fL | CHCM 28 g/dL | RDW 18% | Leucócitos e plaquetas normais. Ferritina: 10 ng/mL. Ferro sérico: 25mcg/dL, TIBC: 420mcg/dL, saturação de transferrina: 6%, o PCR está abaixo do limite de detecção.

A principal suspeita diagnóstica é de

- (A) anemia ferropriva.
- (B) anemia de Fanconi.
- (C) talassemia beta maior.
- (D) leucemia linfoblástica aguda.
- (E) deficiência de vitamina B12.

45

Pré-escolar de 6 anos, com história prévia de asma, é levado ao pronto-socorro com dispneia progressiva, sibilância difusa, FR: 52 irpm, SatO₂: 89% em ar ambiente, batimento de asa do nariz e fala entrecortada. A mãe nega febre e rinorreia. Não há história de contato com indivíduos com infecção de vias aéreas. No manejo inicial são administradas duas doses de salbutamol inalatório com espaçador.

Nesse caso, as seguintes medidas são preconizadas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Iniciar oxigenoterapia.
- (B) Repetir broncodilatadores em dose escalonada.
- (C) Administrar azitromicina oral.
- (D) Iniciar corticoterapia sistêmica.
- (E) Avaliar necessidade de internação.

46

Lactente de 7 meses, sexo feminino, apresenta febre há 3 dias, sem sinais localizatórios. Ao exame físico, mostra-se irritada, com temperatura de 38,9 °C, sem alterações em vias aéreas ou na otoscopia. Urina coletada por sondagem revela leucócitos ++, nitrito positivo.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) solicitar urocultura e aguardar ambulatorialmente o resultado para tratar.
- (B) tratar empiricamente com antibiótico oral e reavaliar em 72 h.
- (C) solicitar urocultura, internar e iniciar antibiótico parenteral imediatamente.
- (D) repetir exame de urina após 24h de observação.
- (E) iniciar antipirético e hidratação oral exclusiva.

47

Lactente de 5 meses, amamentado exclusivamente com fórmula, apresenta fezes com muco e sangue há duas semanas. Boa aceitação alimentar, sem vômitos, ganho ponderal adequado. Mãe relata história de rinite alérgica.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) gastroenterite bacteriana.
- (B) alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não-IgE mediada.
- (C) invaginação intestinal.
- (D) colite ulcerativa.
- (E) constipação com fissura anal.

48

Escolar de 9 anos apresenta febre há 5 dias, artrite em grandes articulações de caráter migratório e lesões eritematosas em tronco. Exame físico: sopro sistólico em foco mitral. ASLO aumentado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) artrite idiopática juvenil.
- (C) artrite séptica.
- (D) doença de Lyme.
- (E) febre reumática.

49

Recém-nascido com 4 dias de vida apresenta vômitos em jato, sucção pobre e letargia. Exame: desidratado, fontanela afundada. Glicemia 28 mg/dL, sódio 128 mEq/L, potássio 6,2 mEq/L.

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

- (A) hipoglicemia por infecção neonatal.
- (B) hiperplasia adrenal congênita.
- (C) hipotireoidismo congênito.
- (D) erros inatos do metabolismo.
- (E) insuficiência hepática neonatal.

50

Adolescente de 14 anos comparece à consulta desacompanhado, referindo desejo de iniciar acompanhamento para orientação sobre saúde sexual e contracepção. Relata já ter iniciado vida sexual e não deseja que os pais sejam informados.

Segundo o ECA e as normas éticas, a conduta mais adequada para o caso é

- (A) exigir presença dos pais para autorizar atendimento.
- (B) registrar a consulta, mas comunicar os responsáveis.
- (C) garantir sigilo e realizar atendimento conforme solicitado.
- (D) encaminhar o adolescente ao Conselho Tutelar.
- (E) notificar o Ministério Público por risco social.

51

Menina de 6 anos e 9 meses é trazida ao consultório por apresentar aumento do volume mamário há 4 meses, associado a um crescimento acelerado e a odor axilar. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com estatura no percentil 97, mama em estágio M2, ausência de pelos pubianos, velocidade de crescimento acima de 8 cm/ano e idade óssea estimada em 9 anos. A dosagem basal de LH foi de 0,3 mUI/mL, e após estímulo com GnRH apresentou pico de LH de 6,2 mUI/mL. Dosagens de estradiol foram discretamente elevadas. Exame neurológico sem alterações.

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica e a conduta mais apropriada são

- (A) Puberdade precoce periférica – solicitar ressonância de pelve e dosar HCG.
- (B) Puberdade precoce central idiopática – iniciar análogo de GnRH e realizar RNM de crânio.
- (C) Adrenarca precoce – acompanhamento clínico sem necessidade de tratamento.
- (D) Variante da normalidade – reavaliar em 6 meses sem exames complementares.
- (E) Hiperplasia adrenal congênita – iniciar corticoterapia e dosar aldosterona.

52

Lactente de 11 meses, previamente hígido, está com vacinação atualizada e irá viajar para área de risco de febre amarela. A mãe deseja saber se ele pode ser vacinado.

A recomendação atual, segundo o PNI e a SBP, é

- (A) administrar a vacina com pelo menos 10 dias antes da viagem com reforço aos 4 anos.
- (B) não vacinar, pois a vacina é contraindicada em menores de 12 meses e adotar medidas preventivas sem vacinação.
- (C) aplicar a vacina da dengue pela possibilidade de fazer proteção cruzada.
- (D) aplicar a vacina e repetir aos 12 meses.
- (E) administrar apenas com laudo médico e termo de consentimento formal.

53

Recém-nascida do sexo feminino, nascida de parto vaginal com 38 semanas de gestação, apresenta peso ao nascer de 2.200 g. A mãe tem 37 anos e realizou pré-natal com ultrassonografia morfológica alterada, mas não fez cariótipo fetal.

Ao exame físico, nota-se presença de microcefalia, fenda labial bilateral, polidactilia pós-axial em ambas as mãos, hipotonia generalizada e sopro cardíaco holossistólico audível em borda esternal esquerda. A ultrassonografia transfontanela revelou holoprosencefalia, e o ecocardiograma evidenciou comunicação interventricular ampla.

Assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada para esse caso.

- (A) Síndrome de Edwards – confirmar com cariótipo e encaminhar para cirurgia cardíaca precoce.
- (B) Síndrome de Down – iniciar estimulação precoce e investigação cardiológica.
- (C) Síndrome de Turner – dosar hormônios tireoidianos e iniciar estrógenos na puberdade.
- (D) Síndrome de Patau – solicitar cariótipo e instituir cuidados paliativos com foco em conforto.
- (E) Síndrome de Noonan – investigação genética e correção cirúrgica das más-formações.

54

Lactente, 10 meses de idade, é trazido ao pronto-socorro com história de convulsão na manhã do atendimento. A mãe relata história de febre há cerca de 2 dias (até 39 °C), associada a irritabilidade e redução do apetite. Fora avaliado no dia anterior, recebendo diagnóstico de otite média aguda à direita e iniciando amoxicilina (está em uso há cerca de 24 horas) e antipiréticos.

A crise convulsiva desta manhã fora em vigência de febre (38,5 °C) de forma tônico-clônico generalizada, com cianose labial transitória durante cerca de 4 minutos. Não há história prévia de convulsões e mãe nega trauma. A gestação fora sem intercorrências, o desenvolvimento neuropsicomotor está adequado para a idade, sem doenças crônicas conhecidas. Vacinação: esquema vacinal incompleto – recebeu as vacinas do 2º e 4º mês de vida, porém não recebeu as doses previstas para 6 meses (incluindo *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumococo).

Não há história familiar de epilepsia, embora o pai relate ter tido convulsões febris na infância. Ao exame a criança está com o estado geral regular, chorosa e irritada alternando com sonolência leve responsiva a estímulos. Temperatura: 38,3 °C; FC: 150 bpm; FR: 34 irpm; SpO₂: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

Você realiza exames laboratoriais iniciais cujos resultados são: hemograma: Hb 11,5 g/dL; leucócitos 15.800/mm³ (neutrófilos 72%, bastões 5%, linfócitos 20%, monócitos 3%); plaquetas 320.000/mm³ – leucocitose com neutrofilia e discreto desvio à esquerda. Proteína C-reativa (PCR): 8,5 mg/dL (VN < 1,0); Glicemia à admissão: 92 mg/dL. O EAS (urina tipo 1), o Raio X de tórax, os eletrólitos séricos e escórias renais são normais.

A conduta mais adequada neste momento, entre as listadas, é

- (A) realizar punção lombar e iniciar antibioticoterapia empírica adequada se necessário.
- (B) iniciar medicação anticonvulsivante profilática de longa duração (como fenobarbital), mantendo também antipiréticos agressivamente a cada 4-6 horas.
- (C) solicitar eletroencefalograma (EEG) imediato e encaminhar para avaliação com neurologista pediátrico, devido ao risco de epilepsia após a crise convulsiva febril.
- (D) acompanhar ambulatorialmente sem investigar de forma invasiva, por se tratar de uma convulsão febril simples; orientar medidas antipiréticas e observar evolução, com retorno em caso de nova convulsão.
- (E) realizar neuroimagem cerebral (TC de crânio) imediatamente, para descartar lesão estrutural intracraniana ou outras causas neurológicas.

55

Recém-nascida do sexo feminino, nascida a termo, parto vaginal, peso ao nascimento de 3.350 g, sem intercorrências durante a gestação ou parto. Apgar 8/9. No exame físico de rotina realizado nas primeiras 24 horas de vida, o pediatra observa assimetria de pregas cutâneas nos membros inferiores, encurtamento aparente de membro inferior esquerdo e limitação à abdução da coxa esquerda. Realiza a manobra de Ortolani e sente um 'clunk' positivo no quadril esquerdo. O quadril direito não apresenta alterações ao exame físico.

A conduta mais indicada nesse caso é

- (A) observar e reavaliar em 1 mês, pois os sinais clínicos são comuns e autolimitados nos primeiros dias de vida.
- (B) agendar avaliação com ortopedista para 4 meses de idade, quando será possível confirmar o diagnóstico.
- (C) iniciar uso de órtese nas primeiras duas semanas a fim de assegurar sucesso terapêutico.
- (D) solicitar radiografia de bacia em AP.
- (E) considerar displasia apenas com sinais bilaterais.

56

Menino de 6 anos, previamente hígido, é trazido ao pronto atendimento com lesões cutâneas pruriginosas no abdome, coxas e membros superiores há 5 dias. As lesões iniciaram como pápulas eritematosas que evoluíram para vesículas agrupadas com base eritematosa, com posterior formação de crostas melicéricas. Não há febre ou outros sintomas sistêmicos. A mãe relata que a criança frequente escola e recentemente teve contato com um primo que apresentou lesões semelhantes.

Ao exame físico, observam-se múltiplas lesões crostosas com áreas de exsudação na região periumbilical e membros superiores, além de algumas vesículas íntegras e pústulas em estágio inicial. Não há sinais de sistêmicos. Não se notam linfadenomegalia, lesões orais ou mucosas.

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada são

- (A) Varicela e iniciar aciclovir oral e isolamento domiciliar por até 7 dias.
- (B) Escabiose com sobreinfecção bacteriana e prescrever ivermectina oral e antibiótico tópico.
- (C) Dermatite atópica com liquenificação e orientar cuidados com emolientes e iniciar corticosteroide tópico.
- (D) Eczema herpético e encaminhar para hospitalização e iniciar aciclovir intravenoso.
- (E) Impetigo e iniciar antibioticoterapia oral e reforçar medidas de higiene.

57

Lactente do sexo masculino, 6 meses de idade, sem história de internações prévias, é trazido à consulta por apresentar diarreia crônica com fezes volumosas, amareladas, fétidas e oleosas desde os 3 meses de vida. A mãe relata que o bebê tem dificuldade para ganhar peso, apesar de se alimentar bem. Exame físico: paciente ativo, com peso e estatura abaixo do percentil 3 para a idade, presença de baqueteamento digital e leve distensão abdominal. Não há alterações respiratórias evidentes no momento da consulta. Foi realizado teste do pezinho ampliado, com suspeita de alteração metabólica, ainda sem confirmação diagnóstica.

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica é

- (A) solicitar coprocultura e iniciar antibioticoterapia empírica.
- (B) iniciar dieta isenta de lactose e solicitar teste de hidrogênio expirado.
- (C) solicitar dosagem de tripsina imunorreativa e teste do suor.
- (D) realizar teste genético para intolerância à frutose e orientar dieta restritiva.
- (E) prescrever enzimas pancreáticas e avaliar resposta clínica antes de investigação adicional.

58

Lactente do sexo masculino, 7 meses de idade, previamente hígido, é trazido à emergência com história de início súbito de episódios de choro intenso, acompanhado de flexão das pernas contra o abdome, intercalados com períodos de aparente bem-estar. Nas últimas 6 horas evoluiu com vômitos biliosos e eliminação de fezes com muco-sanguinolentas. Ao exame físico: irritado, pálido, frequência cardíaca 168 bpm, pressão arterial 90/55 mmHg, temperatura 37,4 °C. Abdome discretamente distendido; à palpação, nota-se massa alongada e firme no hipocôndrio direito. Sem sinais de peritonite. De imediato, você solicita dois acessos venosos para iniciar a reposição volêmica.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o seguinte exame deve ser solicitado como próximo passo para confirmar o diagnóstico:

- (A) radiografia abdominal em decúbito dorsal e ortostase.
- (B) ultrassonografia abdominal com Doppler colorido.
- (C) radiografia do tórax em PA e perfil direito.
- (D) tomografia computadorizada de abdome com contraste intravenoso.
- (E) cintilografia com tecnécio-99m (pesquisa de mucosa ectópica).

59

Paciente de 9 anos, cursando o 3º ano do ensino fundamental, é trazido pela mãe por apresentar, há cerca de 2 anos, comportamento cada vez mais desafiador e conflituoso em casa e na escola. Relatos incluem discussões frequentes com adultos, recusa em obedecer regras, irritabilidade, e tendência a culpar os outros por seus próprios erros. Na escola, o paciente costuma contestar professores e provocar colegas, sem, contudo, envolver-se em agressões físicas graves ou destruição de propriedade.

Os episódios são diários e prejudicam muito a dinâmica familiar e a acadêmica. Não há evidência de crises de raiva explosiva acompanhadas de agressão física nem de sintomas persistentes de humor deprimido ou eufórico. Questionado sobre o relacionamento com os irmãos, a mãe refere discussões verbais, mas sem agressão física. Não há histórico de uso de substâncias, maltrato ou doença crônica. Ao exame não se notam anormalidades físicas, neurológicas ou cognitivas. Os marcos neuropsicomotores do menino estão dentro dos limites de normalidade.

Com base nesses achados, dos diagnósticos a seguir, o mais provável é

- (A) Transtorno de Conduta.
- (B) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) – subtipo combinado.
- (C) Transtorno Opositor Desafiante (TOD).
- (D) Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor.
- (E) Transtorno do Espectro Autista (TEA) – nível 1.

60

Paciente do sexo masculino, 10 anos, portador de leucemia linfoblástica aguda em indução (dia 14 de quimioterapia), com neutropenia absoluta (< 500 cél/mm³) com cateter venoso central tipo Port-a-Cath. É atendido na emergência com febre de 39,2 °C, prostração progressiva e extremidades frias há 3 horas. Na triagem apresenta: PA 78/45 mmHg (percentil < 5 para a idade), FC 152 bpm, FR 32 ipm, SatO₂ 93 % em ar ambiente, tempo de enchimento capilar 5 s, pulsos periféricos filiformes. Diurese das últimas 6 h: 0,3 mL/kg/h. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome sem visceromegalias. Pele sem exantemas visíveis. Exames iniciais: lactato sérico 4,2 mmol/L, leucócitos totais 1.500 cél/mm³ com 4 % neutrófilos, hematócrito 28 %, plaquetas 48.000/mm³, PCR 10 mg/dL. Glicemia 84 mg/dL. Cateter aparentemente pérvio, sem sinais flogísticos cutâneos. Equipe de enfermagem já obteve acesso venoso periférico calibre 20 G bilateralmente. Diante do quadro descrito, das seguintes condutas, assinale a que representa o manejo inicial mais adequado ainda na primeira hora de atendimento (terapia de “hora de ouro”).

- (A) Administrar rapidamente bolus de 20 mL/kg de cristalóide isotônico aquecido, coletar hemoculturas preferencialmente de todos os lúmens do cateter e periferia, iniciar antibióticos de amplo espectro com cobertura antipseudomonas + glicopeptídeo e, se a hipotensão persistir após 40 mL/kg, começar norepinefrina em infusão contínua por acesso periférico sob monitorização rigorosa.
- (B) Iniciar anfotericina B lipossomal devido ao alto risco de infecção fúngica em neutropênicos e observar a perfusão tecidual antes de administrar fluidos, para evitar sobrecarga hídrica
- (C) Iniciar dopamina a 10 µg/kg/min imediatamente, evitando infusão de fluidos para não precipitar edema pulmonar, comum em pacientes imunossuprimidos.
- (D) Administrar dipirona para controle da febre e aguardar resultados de culturas antes de iniciar antibioticoterapia, para reduzir o risco de resistência bacteriana
- (E) Solicitar transfusão de plaquetas profilática antes de qualquer intervenção, haja vista que a contagem está $< 50.000/mm^3$, postergando a ressuscitação volêmica até estabilizar a hemostasia.

61

Recém-nascida do sexo feminino, com 38 semanas e pré-natal adequado sem intercorrências. Nasce de parto vaginal com líquido amniótico claro, de mãe que não fez uso sedativos. Peso ao nascer: 3.150 g. No momento do nascimento, a equipe identifica que a bebê está hipotônica, em apneia e apresenta FC de 80 bpm. Foi realizado aquecimento, posicionamento da via aérea e estímulo tátil por 30 segundos, sem resposta. Apgar: 3 no 1º minuto e 6 no 5º minuto. Inicia-se então ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara e balão autoinflável. Após 30 segundos, há melhora da frequência cardíaca para 110 bpm, porém a apneia persiste.

Diante do quadro descrito, a próxima conduta no manejo dessa apneia persistente deve ser

- (A) prosseguir com VPP por mais 30 segundos e reavaliar o tônus antes de iniciar compressões torácicas.
- (B) realizar intubação orotraqueal para garantir via aérea patente e eficaz, mantendo a ventilação assistida.
- (C) iniciar massagem cardíaca imediatamente, pois a apneia persistente indica falência circulatória iminente.
- (D) administrar naloxona intramuscular, considerando apneia secundária à possível exposição a opioide materno.
- (E) interromper a ventilação e observar por 30 segundos para avaliar se há esforço respiratório espontâneo retardado.

62

Lactente masculino de 6 meses, nasceu a termo com 39 semanas via parto vaginal, peso ao nascer 3.200 g. Recebeu vitamina K, BCG e 1ª dose de hepatite B na maternidade. Aos 5 meses, foi internado por pneumonia grave e candidíase oral refratária. Investigação imunológica: linfócitos T CD3+ 180 cél/mm³, linfócitos B CD19+ 22 cél/mm³, NK 45 cél/mm³ com o diagnóstico de Imunodeficiência Combinada Severa (SCID) ligada ao X. Realiza IVIG mensal (400 mg/kg), TMP-SMX e fluconazol profiláticos. Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) programado em 2 meses.

A conduta vacinal mais apropriada neste momento é

- (A) manter todas as vacinas inativadas indicadas para idade e iniciar influenza inativada anual; contraindicar vacinas vivas.
- (B) administrar imediatamente MMR e varicela em dose reduzida para imunizar antes do TCTH.
- (C) suspender todo esquema vacinal até após reconstituição imune pós-TCTH, evitando inclusive inativadas.
- (D) aplicar dose de reforço de BCG e postergar demais vacinas.
- (E) substituir permanentemente vacinas por IVIG mensal e antibióticos profiláticos.

63

Paciente feminino, 4 anos e 3 meses, encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia pediátrica por atraso de crescimento e episódios de diarreia intermitente há 8 meses. Pais referem distensão abdominal progressiva, irritabilidade e perda ponderal de 1,2 kg no período. No histórico alimentar, a criança consome pão, massas e farináceos diariamente. Gestação sem intercorrências; aleitamento materno exclusivo até 5 meses; alimentação complementar introduzida aos 7 meses.

Antecedentes familiares: mãe com tireoidite de Hashimoto, primo materno com doença celíaca. Exame físico: peso 13,1 kg (< p5), estatura 94 cm (< p5), IMC 14,8 kg/m²; abdome globoso, sem visceromegalias; mucosas hipocrômicas; unhas quebradiças. Sem edemas. Desenvolvimento neuropsicomotor preservado para idade. O laboratório revela: Hemograma: Hb 9,2 g/dL, VCM 70 fL, RDW 17%; ferritina 9 ng/mL (VR > 15 ng/mL); albumina 4,1 g/dL; PCR < 0,5 mg/dL; IgA sérica total 110 mg/dL (VR 20-150 mg/dL); coprocultura e exame parasitológico negativos.

Considerando o quadro clínico e a suspeita de doença celíaca, o próximo passo diagnóstico mais adequado é

- (A) solicitar anticorpo IgA anti-transglutaminase tecidual (anti-tTG) concomitantemente à dosagem de IgA total, mantendo a dieta com glúten até conclusão da investigação.
- (B) iniciar dieta isenta de glúten imediatamente e reavaliar clinicamente em 8 semanas para confirmação diagnóstica.
- (C) indicar colonoscopia com biópsias múltiplas do cólon e íleo terminal para avaliar processo inflamatório.
- (D) realizar endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais com o paciente em dieta isenta de glúten.
- (E) solicitar tipagem HLA-DQ2/DQ8 e, se positiva, instituir dieta isenta de glúten sem necessidade de exames adicionais.

64

Lactente masculino, 3 meses de idade, nascido a termo, parto vaginal, peso ao nascer 3 100 g, com bom desenvolvimento neuropsicomotor. A mãe refere que há cerca de 4 semanas percebeu sudorese excessiva durante as mamadas e aumento da frequência respiratória. Relata também dificuldades para ganhar peso apesar da boa aceitação alimentar.

Exame físico: peso atual 4.100 g (< p3), frequência respiratória 56 ipm, frequência cardíaca 158 bpm, perfusão periférica preservada. Ausculta cardíaca revela sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa, intensidade +3/6, sem frêmito. Pulsos periféricos amplos e simétricos. Ausculta pulmonar com estertores finos bibasais. Fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Radiografia de tórax: cardiomegalia e aumento da vascularização pulmonar. Oximetria: 97% em ar ambiente.

Diante do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é

- (A) tetralogia de Fallot com fluxo pulmonar aumentado.
- (B) comunicação interventricular (CIV) perimembranosa com hiperfluxo pulmonar.
- (C) estenose pulmonar crítica com insuficiência cardíaca congestiva.
- (D) comunicação interatrial (CIA) tipo *ostium secundum* com repercussão hemodinâmica.
- (E) canal arterial persistente (PCA) com hipertensão pulmonar irreversível.

65

Recém-nascido do sexo masculino, 14 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal sem intercorrências. Peso ao nascer 3.250 g. Alimentação exclusivamente ao seio materno. Mãe procura emergência por episódios de vômitos em jato e letargia nas últimas 24 h. Relata diminuição da diurese. Ao exame: nota-se RN pálido, anictérico, peso atual 2.980 g, FC 178 bpm, PA 58/34 mmHg, FR 68 ipm, temperatura 36,4 °C, enchimento capilar em 4 segundos. Genitália externa masculina normal, sem hipospádia ou criptorquidia. Fontanela normotensa.

O laboratório inicial revela: glicemia capilar 46 mg/dL; gasometria arterial: pH 7,29 / HCO₃⁻ 17 mEq/L / BE -8 mEq/L; sódio 124 mEq/L, potássio 6,8 mEq/L, Cloro 96 mEq/L; ureia 38 mg/dL, creatinina 0,6 mg/dL; 17-hidroxiprogesterona sérica colhida 2 horas após admissão: 11 000 ng/dL (VR < 200 ng/dL).

Considerando os achados clínicos e laboratoriais, o diagnóstico mais provável é

- (A) sepse neonatal tardia por enterobactéria produtora de endotoxina.
- (B) estenose hipertrófica de piloro com alcalose metabólica hipoclorêmica.
- (C) acidose tubular renal distal (tipo 1).
- (D) hiperplasia congênita da suprarrenal por deficiência de 21-hidroxilase – forma perdedora de sal.
- (E) hipotireoidismo congênito com crise de mixedema.

66

Paciente masculino, 5 anos de idade, história de hidronefrose bilateral detectada no pré-natal. Realizou ablação endoscópica de válvula de uretra posterior (VUP) com 10 dias de vida. Evoluiu com infecções urinárias de repetição no 1º ano, tratadas ambulatorialmente. Está em seguimento nefrológico.

Nas últimas consultas, os pais relatam poliúria (4,2 L/m²/dia), noctúria, atraso de crescimento (P < p3) e episódios de urgência miccional. Exame físico: PA 112/70 mmHg (p95 para idade/estatura), peso 14 kg, estatura 96 cm. Abdome sem massas; bexiga não palpável pós-micção. Laboratório: creatinina 1,2 mg/dL (eTFG 42 mL/min/1,73 m²), ureia 58 mg/dL, bicarbonato 18 mEq/L, potássio 4,9 mEq/L. Urina de 24 h: proteinúria 240 mg/m²/dia. US recente: rins diminuídos (comprimento 6,5 cm; z-score -2), córtico-medular hiperecogênica; bexiga com parede espessada (6 mm) e volume residual 50 mL. O paciente utilizava sulfametoxazol-trimetoprima profilática desde o primeiro ano, suspensa há 4 meses. Não faz cateterismo intermitente.

Com base no quadro atual e visando retardar a progressão da insuficiência renal crônica, a conduta imediata a ser tomada é

- (A) realizar estudo urodinâmico e iniciar terapia de baixa pressão vesical (antimuscarínico + cateterismo vesical intermitente), além de alcalinização oral.
- (B) aumentar ingestão proteica para 2,5 g/kg/dia e suplementar creatina para otimizar ganho ponderal.
- (C) introduzir furosemida em altas doses para reduzir poliúria e prevenir sobrecarga de volume.
- (D) encaminhar para hemodiálise imediata, pois a taxa de filtração glomerular < 45 mL/min/1,73 m² é indicação absoluta.
- (E) manter observação expectante até que eTFG caia abaixo de 30 mL/min/1,73 m² e então listar para transplante renal.

67

Paciente masculino, 9 anos, previamente hígido, é levado à emergência com febre persistente (picos de 39 °C há 4 dias), dor abdominal difusa, vômitos, diarreia aquosa e exantema maculopapular em tronco e membros. Há 3 semanas, mãe e irmão apresentaram teste positivo para SARS-CoV-2 (variante Ômicron XBB sublinhagem). A criança não foi testada na ocasião e permaneceu assintomática. Exame físico: PA 88/50 mmHg, FC 132 bpm, FR 30 ipm, SpO₂ 96 % em ar ambiente, temperatura 38,8 °C. Conjuntivite não purulenta, hiperemia labial. Ausculta cardíaca normal. Os exames laboratoriais revelam: hemograma: leucócitos 5 300 cél/mm³ (linfócitos 12 %), plaquetas 128 000 /mm³; PCR 195 mg/L, ferritina 780 ng/mL, D-dímero 2 200 ng/mL; Troponina I 0,23 ng/mL (VR < 0,04); Procalcitonina 0,7 ng/mL; RT-PCR para SARS-CoV-2: negativo; sorologia SARS-CoV-2 IgG nucleocapsídeo: positiva. Ecocardiograma: fração de ejeção 50 %, discreta dilatação da artéria coronária direita (Z-score +2,5).

Com base no quadro apresentado, o diagnóstico mais provável é

- (A) COVID-19 aguda sintomática com pneumonia viral.
- (B) síndrome inflamatória multissistêmica associada à COVID-19 (MIS-C).
- (C) doença de Kawasaki clássica.
- (D) choque tóxico estafilocócico.
- (E) apendicite aguda complicada com peritonite.

68

Lactente masculino, 5 semanas de vida, nascido a termo sem intercorrências, é trazido ao ambulatório porque a mãe percebe que desde o nascimento o bebê mantém a cabeça inclinada para a direita e o queixo voltado para a esquerda. Nega febre, trauma ou sinais neurológicos.

Ao exame físico, nota-se inclinação lateral da cabeça para a direita com rotação contralateral do queixo, sem limitação passiva importante. Palpa-se “massa” fusiforme de aproximadamente 1,5 × 0,8 cm no terço médio do esternocleidomastoideo (ECM) direito, sem hiperemia ou dor. Desenvolvimento psicomotor apropriado. A ultrassonografia cervical mostra espessamento do ECM direito, ecotextura fibrótica, sem alterações ósseas. Não há assimetria facial significativa nem plagiocéfalia franca.

A conduta inicial mais adequada para esse paciente é

- (A) tranquilizar os pais e reavaliar apenas quando a criança iniciar a marcha, pois a condição costuma regredir espontaneamente até 2 anos.
- (B) iniciar imediatamente fisioterapia com alongamentos passivos do ECM e posicionamento ativo, acompanhado de avaliação mensal do progresso.
- (C) prescrever colar cervical rígido em uso contínuo por seis semanas para manter o pescoço em posição neutra.
- (D) programar liberação cirúrgica do esternocleidomastoideo direito nas próximas duas semanas para evitar deformidades craniofaciais.
- (E) solicitar tomografia computadorizada de crânio e coluna cervical antes de tomar qualquer decisão terapêutica.

69

Adolescente feminino, 14 anos, é levada ao pronto-socorro por ingestão intencional de aproximadamente 25 comprimidos de fluoxetina 20 mg (dose total estimada: 500 mg) há cerca de 1 hora, após discutir com pais sobre notas escolares. Ao chegar, relata arrependimento parcial, mas permanece retraída, negando ideação suicida imediata.

Antecedentes: episódio prévio de automutilação (cortes superficiais) há 6 meses, fazia acompanhamento em um serviço de saúde mental, porém abandonou o seguimento. Sem comorbidades clínicas conhecidas. Uso regular de fluoxetina 20 mg/dia para depressão moderada, prescrita há 4 meses.

Exame inicial: FC 98 bpm, PA 108/66 mmHg, FR 18 ipm, SatO₂ 98 % em ar ambiente, T 36,7 °C. Consciente, orientada, fala pausada, olhar no chão. Pupilas isofotorreagentes. Abdome flácido, indolor, sem vômitos. Sem alterações neurológicas focais. Cicatrizes lineares antigas nos antebraços. ECG: ritmo sinusal, QTc 470ms. Os exames laboratoriais iniciais revelam glicemia 88 mg/dL, eletrólitos e função renal normal.

Com base nas diretrizes atuais de manejo de tentativa de suicídio em crianças e adolescentes, a conduta inicial adequada neste momento é

- (A) admitir em unidade de observação pediátrica, iniciar monitorização cardíaca contínua, administrar carvão ativado dose única (1 g/kg) via oral/naso-gástrica, solicitar parecer psiquiátrico de emergência e envolver família em plano de segurança antes da alta.
- (B) realizar lavagem gástrica imediata e administrar eméticos para induzir vômitos, mantendo observação de 6 h.
- (C) iniciar benzodiazepínico profilático IV para prevenir convulsões, depois alta ambulatorial, solicitando retorno em 72 h ao CAPS.
- (D) encaminhar diretamente para internação em UTI pediátrica sem monitorização pré-hospitalar, ou necessidade de esvaziamento gástrico pois todo QTc > 450 ms exige suporte avançado imediato.
- (E) liberar para casa após aconselhamento breve, visto que fluoxetina possui ampla margem terapêutica e risco de toxicidade grave é baixo.

70

Paciente masculino, 12 anos, com história de leucemia linfoblástica aguda (LLA) diagnosticada há 9 meses, atualmente em fase de consolidação do tratamento com quimioterapia, incluindo dexametasona, metotrexato e vincristina.

A mãe relata que, nas últimas semanas, o paciente apresenta ganho ponderal importante, fraqueza muscular proximal, pletora facial, estrias violáceas no abdome e alteração do humor. Ao exame físico: PA 135/85 mmHg, glicemia capilar 168 mg/dL, IMC no percentil 97. Não há sinais de puberdade avançada ou atraso puberal. Nega cefaleia, vômitos ou alterações visuais.

Com base no quadro clínico descrito, assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada.

- (A) Diabetes mellitus tipo 1 – iniciar insulinoterapia e suspender a dexametasona imediatamente.
- (B) Puberdade precoce central – solicitar ressonância magnética de sela túrcica e dosar LH basal.
- (C) Síndrome de Cushing iatrogênica – manter vigilância clínica e avaliar redução gradual da dose de corticosteroide.
- (D) Síndrome metabólica – iniciar metformina e dieta hipocalórica rigorosa.
- (E) Neuropatia periférica induzida por vincristina – suspender a vincristina e encaminhar à fisioterapia.

71

Recém-nascido do sexo masculino, parto vaginal, Apgar 8/9, peso adequado para a idade gestacional, nascido em hospital terciário após gestação sem acompanhamento pré-natal adequado. Mãe com sorologia positiva para HIV confirmada durante o trabalho de parto, sem uso de terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação. Carga viral materna desconhecida. Não houve rotura prolongada de membranas nem uso de fórceps. A mãe não apresenta outras comorbidades e deseja amamentar. O recém-nascido encontra-se estável, em boas condições clínicas nas primeiras horas de vida.

A conduta imediata mais apropriada para esse recém-nascido é

- (A) iniciar zidovudina (AZT) oral por 4 semanas e permitir o aleitamento materno com seguimento ambulatorial mensal.
- (B) iniciar esquema de profilaxia com três drogas (zidovudina, lamivudina e nevirapina) e contraindicar aleitamento materno.
- (C) não iniciar profilaxia, apenas observar, pois o RN encontra-se assintomático.
- (D) iniciar nevirapina isolada por 6 semanas, liberar aleitamento e aguardar testes de HIV para definição de conduta.
- (E) indicar zidovudina intravenosa no RN.

72

Lactente feminina, 1 mês e 10 dias de vida, nascida a termo, com peso adequado ao nascer, vem apresentando baixo ganho ponderal nas últimas semanas. Alimentada exclusivamente ao seio, com boa pega e sucção eficaz; a mãe relata produção láctea adequada. Há uma semana, iniciou vômitos pós-prandiais, em jato, com piora progressiva. A criança mantém-se hipoativa, com leve icterícia em escleras.

Ao exame físico: fontanela normotensa, perfusão periférica preservada, sem sinais de desidratação grave. Exames laboratoriais revelam bilirrubina total 8,5 mg/dL (predomínio indireto), glicemia 72 mg/dL, sódio 132 mEq/L, potássio 4,7 mEq/L, pH 7,20, HCO₃⁻ 14 mEq/L, anion gap aumentado.

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é

- (A) erro inato do metabolismo – galactosemia clássica.
- (B) hiperplasia congênita da adrenal – forma perdedora de sal.
- (C) síndrome de Reye.
- (D) hepatite neonatal idiopática.
- (E) estenose hipertrófica de piloro.

73

Lactente masculino, 8 meses, 8 kg, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro com diagnóstico de bronquiolite viral aguda. Apresenta esforço respiratório moderado, tiragem intercostal, batimento de asa nasal, frequência respiratória de 68 irpm, saturação periférica de oxigênio (SpO₂) de 89% em ar ambiente, sem sinais de exaustão. Está afebril, hidratado, normotenso, com ausculta pulmonar evidenciando sibilos difusos. Após falha com cateter nasal convencional com oxigênio a 2 L/min, optou-se pela instituição de oxigenoterapia com cateter nasal de alto fluxo (CNAF).

Os parâmetros ventilatórios iniciais mais adequados para uso do CNAF nesse paciente são

- (A) fluxo de 2 L/min, FiO₂ 100%, com cânula ocupando 90% do diâmetro da narina.
- (B) fluxo de 3 L/kg/min (24 L/min), FiO₂ 40%, cânula de tamanho adequado (ocupando até 50% da narina).
- (C) fluxo de 1 L/kg/min (8 L/min), FiO₂ 100%, com cânula nasal de diâmetro total das narinas.
- (D) fluxo de 10 L/min, FiO₂ 21%, cânula de tamanho pequeno para maior conforto.
- (E) fluxo de 6 L/min, FiO₂ 50%, cânula que oclui totalmente as narinas para maior pressão positiva.

74

Lactente do sexo feminino, 10 meses, é trazida à consulta por apresentar atraso no crescimento e episódios recorrentes de vômitos. A mãe relata que a criança se alimenta bem, mas não ganha peso como o esperado. Ao exame físico, apresenta estatura e peso abaixo do percentil 3, fontanela anterior ampla e tônus muscular reduzido. Exames laboratoriais mostram: pH arterial 7,29, bicarbonato 14 mEq/L, ânion gap normal, potássio 2,9 mEq/L, cloro 113 mEq/L. Glicemia e função renal normais. Urina com pH de 6,5 e ausência de glicosúria ou proteinúria.

Com base nesses achados clínicos e laboratoriais, assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta inicial.

- (A) Acidemia orgânica – iniciar dieta restrita em proteínas e internação hospitalar imediata.
- (B) Acidose tubular renal distal – iniciar reposição de bicarbonato e citrato de potássio.
- (C) Acidose tubular renal proximal – suspender alimentação oral e iniciar diálise peritoneal.
- (D) Síndrome nefrótica congênita – iniciar corticoide e controle da proteinúria.
- (E) Acidemia láctica – iniciar suplementação com biotina e monitorização intensiva em UTI.

75

Pré-escolar do sexo masculino, 3 anos, residente em área rural de estado endêmico para leishmaniose visceral, é trazido à consulta com história de febre diária há 30 dias, perda ponderal, inapetência e aumento progressivo do abdome. Ao exame físico: palidez cutaneomucosa, hepatoesplenomegalia importante e linfonodomegalia cervical discreta. Hemograma evidencia pancitopenia (Hb 8,1 g/dL, leucócitos 2.300/mm³, plaquetas 78.000/mm³), proteína C reativa elevada e hipergamaglobulinemia. Teste rápido rK39 para leishmaniose foi positivo e a punção de medula óssea confirmou a presença de amastigotas.

A conduta terapêutica inicial mais adequada para esse caso é

- (A) iniciar tratamento ambulatorial com antimoniato de meglumina por via intramuscular por 30 dias.
- (B) internar e iniciar anfotericina B lipossomal, com ajuste conforme função renal e gravidade clínica.
- (C) prescrever corticoterapia associada a antifúngico empírico, aguardando confirmação da doença.
- (D) repetir a punção de medula óssea para novo exame e acompanhar clinicamente antes de iniciar qualquer terapia.
- (E) iniciar azitromicina oral e acompanhar por 10 dias, devido à possibilidade de infecção bacteriana associada.

76

Pré-escolar masculino, 4 anos, previamente hígido, estava alimentando-se com pedaço de carne quando subitamente iniciou tosse intensa seguida de silêncio súbito, cianose perioral e queda ao solo. A criança encontra-se em apneia, inconsciente, porém com pulso palpável a 90 bpm. Não há expansibilidade torácica e os esforços ventilatórios estão ausentes. A obstrução de vias aéreas por corpo estranho é fortemente suspeitada.

A conduta imediata mais adequada nesse cenário é

- (A) iniciar manobra de Heimlich em pé.
- (B) iniciar ventilação com bolsa-válvula-máscara imediatamente, mesmo sem liberar as vias aéreas.
- (C) realizar até 5 tentativas de ventilação com pressão positiva antes de considerar obstrução de via aérea.
- (D) iniciar manobras de desobstrução com compressões torácicas e inspeção oral, evitando ventilação até desobstrução.
- (E) realizar aspiração orotraqueal imediatamente para remover o corpo estranho antes de qualquer outra medida.

77

Escolar do sexo feminino, 10 anos, previamente hígida, apresenta aumento progressivo de volume em região cervical direita há 6 semanas, associado a febre vespertina baixa, sudorese noturna e perda ponderal de 2 kg. Ao exame físico, nota-se linfonodo cervical posterior direito, de consistência endurecida, indolor, medindo cerca de 3 cm, sem sinais flogísticos cutâneos. Ausculta pulmonar sem alterações. Radiografia de tórax sem infiltrados ou adenomegalias hiliares evidentes. Prova tuberculínica (PPD) positiva (15 mm). Hemograma com leucócitos 7.200/mm³, VHS 48 mm/h. Ultrassonografia cervical confirma linfonodo hipoeoico com áreas de necrose central. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) revelou granuloma caseoso e bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na baciloscopia direta.

O diagnóstico mais provável para esse caso é

- (A) tuberculose linfonodal (tuberculose ganglionar cervical).
- (B) linfoma de Hodgkin em fase inicial.
- (C) adenite por *Bartonella henselae* (doença da arranhadura do gato).
- (D) linfadenite bacteriana aguda por *Staphylococcus aureus*.
- (E) metástase de carcinoma papilífero da tireoide.

78

Adolescente do sexo masculino, 14 anos, comparece à consulta para avaliação de rotina. É nadador competitivo, treinando 2 horas por dia, 6 dias por semana. Apresenta medidas antropométricas dentro da normalidade (IMC: 20 kg/m², estágio puberal G4P4). Refere dieta variada e aumento recente do gasto energético devido à intensificação dos treinos. Ele e seus pais questionam sobre a necessidade de uso de suplementos proteicos e vitaminas para “melhorar o desempenho” e “evitar fadiga”. O recordatório alimentar revela: Ingestão proteica de 1,6 g/kg/dia, calorias adequadas para idade e nível de atividade, nenhum sinal clínico de carência nutricional, exames laboratoriais normais (hemograma, ferritina, vitamina D, B12).

A conduta mais apropriada em relação à suplementação nutricional nesse caso é

- (A) recomendar suplementação proteica para apoiar a hipertrofia muscular e melhorar o desempenho atlético.
- (B) iniciar suplementação com multivitamínicos para prevenir possíveis deficiências subclínicas devido à alta demanda física.
- (C) introduzir suplementos de aminoácidos de cadeia ramificada (BCAA) para reduzir a fadiga e promover recuperação.
- (D) recomendar creatina monoidratada para melhorar o desempenho anaeróbico em esportes de alta intensidade.
- (E) contraindicar suplementação, reforçar uma alimentação adequada baseada em alimentos e monitorar crescimento e desempenho.

79

Escolar do sexo feminino, 11 anos, previamente hígida, apresenta queixas de febre vespertina, fadiga, perda de peso, dor articular em joelhos e punhos, além de lesões eritematosas em região malar que poupam o sulco nasolabial. Ao exame físico, apresenta-se pálida, com pressão arterial de 130/90 mmHg, hepatomegalia discreta e edema de membros inferiores. Exames laboratoriais revelam: Hb 9,2 g/dL, leucócitos 2.800/mm³, plaquetas 110.000/mm³, urina 1 com proteinúria 3+ e hematúria microscópica. Função renal: ureia 52 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL. FAN positivo (1:640, padrão nuclear pontilhado fino), anti-DNA nativo positivo, C3 e C4 reduzidos.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada.

- (A) Artrite idiopática juvenil – iniciar AINE e acompanhamento ambulatorial.
- (B) Lúpus eritematoso sistêmico juvenil – iniciar pulsoterapia com metilprednisolona e solicitar biópsia renal.
- (C) Púrpura trombocitopênica idiopática – iniciar imunoglobulina intravenosa.
- (D) Glomerulonefrite pós-estreptocócica – tratar com antibiótico e repouso.
- (E) Nefrite lúpica isolada – iniciar corticoide oral em baixa dose e reavaliar em 30 dias.

80

Criança do sexo masculino, 5 anos, é levada ao pronto atendimento por vizinhos após ser encontrada sozinha em casa, chorando, trancada e sem supervisão adulta. Relata que costuma ficar sozinho por horas, sem saber onde estão seus pais. Apresenta vestimentas inadequadas, sinais de higiene precária, baixo peso e relato de alimentação irregular.

Ao exame, está em bom estado geral, mas com sinais de desnutrição leve e atraso no desenvolvimento da linguagem. Não há sinais de agressão física.

Com base no caso e na legislação brasileira, a conduta mais adequada é

- (A) registrar o caso apenas em prontuário e orientar a família sobre cuidados domiciliares, visto que não há sinais de violência física.
- (B) encaminhar imediatamente a criança para abrigo institucional e impedir qualquer contato com os pais antes da avaliação judicial.
- (C) solicitar avaliação psiquiátrica imediata da criança e encaminhar aos pais com recomendação de terapia familiar.
- (D) encaminhar a criança para casa com termo de responsabilidade assinado pelos vizinhos, mantendo acompanhamento ambulatorial.
- (E) notificar formalmente o caso de suspeita de negligência à autoridade competente, conforme previsto no ECA, e manter vigilância compartilhada com a rede de proteção.

Realização

