

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# GASTROENTEROLOGIA 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!**

## Gastroenterologia

1

Na sala de parto de um hospital de grande porte, um pediatra presta assistência a um recém-nascido a termo com 3.100 kg, 49 cm, Apgar 4 no primeiro minuto e 3 segundos.

O profissional observa que o neonato está cianótico hiperpneico, o abdômen é escafoide, abolição do frêmito toracovocal à esquerda, desvio do *ictus cordis* para a direita. O RX de tórax revela a presença de alças intestinais no hemitórax esquerdo e desvio da silhueta cardíaca para direita.

Assinale a opção diagnóstica mais provável para o caso.

- (A) Hernia de Morgagni.
- (B) Hernia de Bochdalek.
- (C) Hérnia por rolamento.
- (D) Hérnia hiatal por deslizamento.
- (E) Síndrome da membrana hialina.

2

Paciente, 78 anos, natural do Rio de Janeiro, apresenta dificuldade de deglutição. Endoscopia digestiva alta sem alteração estruturais. Exame baritado do esôfago revela ondas terciárias, aperistalse e redução do relaxamento do EEI com as deglutições.

Esse relato indica

- (A) megaesôfago.
- (B) presbioesôfago.
- (C) anel de Schatzki.
- (D) doença do refluxo.
- (E) disfagia cricofaríngea.

3

Homem, branco, 43 anos, natural de Goiás, pedreiro, atendido no ambulatório queixando-se de palpitação, dispneia aos esforços e desconforto precordial. Nos últimos seis meses, vinha apresentando dificuldade para deglutir, sintoma que se acompanhava de plenitude pós-prandial, eructações e constipação intestinal (algumas vezes passava toda semana sem evacuar). Emagreceu 10 kg nesse período.

Nas últimas quatro semanas, acordou no meio da noite duas vezes sufocado. HPP- doença febril na infância sendo hospitalizado em sua cidade natal (desconhece o diagnóstico). Pneumonia há quatro anos. HFS- nunca bebeu ou fumou. Morava em casa de madeira em Goiás, sem água encanada. Atualmente mora em São Gonçalo – RJ, em casa de tijolo com água encanada. Exame físico: fâcies de doença crônica, emagrecido, hipertrofia da parótida, hipocorado +/4, eupneico, PA 110-80 mm Hg, FC 104 bpm, FC 22 irpm, TAX 37 °C, pulso irregular, tórax atípico, ictus sétimo EICE, 3 polpas digitais, linha axilar anterior, MV audível universalmente, crepitações inspiratórias iniciais nas bases pulmonares, abdômen atípico, flácido, indolor, fígado 1 dedo do RCD, hepatimetria 10 cm, traube livre, MMIIss- sem alterações.

Baseado nesses dados, o teste mais sensível para o diagnóstico etiológico do caso é

- (A) a hemocultura.
- (B) o xenodiagnóstico.
- (C) a reação de machado guerreiro.
- (D) a endoscopia digestiva alta com biópsia.
- (E) ELISA para detecção de anticorpos IgG específicos contra o *Trypanosoma cruzi*.

4

Nos portadores de cirrose hepática, independentemente da etiologia, a melhor vigilância para hepatocarcinoma é feita por intermédio dos seguintes exames seriados:

- (A) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 3 meses.
- (B) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (C) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 12 meses.
- (D) fosfatase alcalina, gamaglutamil transpeptidase e transaminases semelhantes.
- (E) tomografia abdominal computadorizada + CEA (antígeno carcino-embrionário) a cada seis meses.

5

Uma mulher de 48 anos procurou o ambulatório de gastroenterologia queixando-se de pirose associada a disfagia intermitente para sólidos não progressiva nos últimos 8 meses. Trazia uma endoscopia digestiva alta feita cinco anos antes, a qual revelava múltiplas erosões em mais de uma prega esofageana longitudinal.

Esse exame demonstrou ainda que a junção escamocolunar (JEC) se localizava 30 mm acima do pinçamento diafragmático. Na época, fez uso de ranitidina 300 mg duas vezes ao dia por 60 dias e elevação de cabeceira da cama com melhora sintomática. Uma nova endoscopia alta demonstrou, além dos achados anteriores, a presença de anel esofageano próximo JEC.

Baseado nos dados fornecidos, assinale a afirmativa correta.

- (A) A paciente tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau I.
- (B) A paciente tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau II.
- (C) A paciente não tratou corretamente, a despeito do resultado, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau I.
- (D) A paciente não tratou corretamente e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau II.
- (E) A paciente não tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau III.

**6**

Uma mulher de 47 anos foi internada para investigação de vários episódios de palidez e cianose seguidos de hiperemia das mãos. Vinha queixando-se, nos últimos oito meses, de dores nos punhos, tornozelos, joelhos e cotovelos e mãos inchadas. Referia também queimação retroesternal e sensação de “parada do alimento no esôfago”.

Ao exame: paciente hipocorada +/4, eupneica, presença de telangectasias na face e discreta microstomia. Havia edema das mãos e alterações da pigmentação da pele (lesões tipo vitiligo). Uma endoscopia realizada há 3 meses demonstrou erosões confluentes a partir do 1/3 distal do esôfago com discreta redução da luz do órgão. A paciente começou a fazer uso de ranitidina com melhora temporária do seu quadro clínico.

Assinale a opção que seria mais compatível com a manometria esofageana desse paciente.

- (A) Redução gradual na pressão do EES conduzindo.
- (B) Aperistalse do corpo esofageano e pressão basal do EEI aumentada.
- (C) Aperistalse do 1/3 distal do esôfago e pressão basal do EEI reduzida.
- (D) Contrações de alta amplitude, simultâneas no corpo do esôfago em pelo menos 20% das deglutições.
- (E) Aperistalse intermitente do esôfago estriado e relaxamentos parciais do EEI.

**7**

Um homem de 58 anos com passado de ingesta de 200 gramas de álcool há cerca de 30 anos, portador de asma brônquica, foi admitido na emergência com sangramento digestivo alto manifestado por hematêmese. Ele já possuía um diagnóstico anterior histopatológico de cirrose feito há seis anos, época em que se internou para esclarecimento de hepatomegalia e elevação de aminotransferases.

Após as medidas iniciais de estabilização cardiorrespiratória, foi submetido a endoscopia digestiva alta que revelou a presença de varizes esofágicas azuladas, com sinal da cor vermelha presente e em grande número, de grosso calibre maior que 1/3 da luz, tortuosas, a partir de terço proximal, sem esofagite e com varizes gástricas em cárdia.

Segundo a Sociedade Japonesa de Pesquisa em hipertensão portal, a classificação mais apropriada para as varizes quanto à cor e forma seria

- (A) Cw + F1.
- (B) Cb + F2.
- (C) Cw + F3.
- (D) Cb + F1.
- (E) Cb + F3.

**8**

Um homem de 43 anos, pedreiro, procurou assistência médica queixando-se de dor epigástrica em queimação, plenitude pós-prandial, fadiga e episódios diarreicos. A dor muitas vezes o despertava de madrugada melhorando com a alimentação e a ingestão de alcalinos. Emagreceu cerca de 5 kg desde o início da dor, há 2 meses. Submetido a endoscopia digestiva alta que revelou duas úlceras A2 Sakita na parede anterior do bulbo duodenal de cerca de 10 mm e uma terceira úlcera no antro de cerca de 8 mm. O teste rápido da urease foi negativo e os seis fragmentos colhidos das bordas da lesão ulcerada gástrica foram negativos para malignidade. O paciente não fazia uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), não bebia ou fumava. Tomografia abdominal revela massa de 2 cm na porção cefálica do pâncreas.

Baseado nos dados fornecidos e na principal hipótese diagnóstica, a melhor abordagem diagnóstica é

- (A) solicitar CA 19-9 e elastase fecal.
- (B) solicitar Cálcio, Ecoendoscopia e IgG4.
- (C) solicitar gastrina sérica e octreoscan.
- (D) solicitar RMN abdominal, CA 19-9 e CEA.
- (E) realizar teste respiratório do C14 para pesquisa do *H.pylori*.

**9**

Paciente masculino, 27 anos, previamente hígido, apresenta disfagia progressiva para sólidos, impação alimentar recorrente e episódios de dor torácica não cardíaca.

Endoscopia digestiva alta mostra anéis esofágicos concêntricos e estrias longitudinais. Biópsias revelam infiltração com mais de 15 eosinófilos por campo de grande aumento.

O diagnóstico mais provável é

- (A) esofagite eosinofílica.
- (B) doença do refluxo gastroesofágico refratária.
- (C) acalasia.
- (D) esofagite infecciosa por *candida*.
- (E) neoplasia de esôfago.

**10**

Paciente do sexo masculino, 33 anos, previamente assintomático, relata episódios esporádicos de hematoquezia (“sangue está pingando no vaso sanitário ao final da evacuação”), sem proctalgia, sem diarreia, sem muco ou pus nas fezes. Nega perda ponderal e dores abdominais. Nega comorbidades. Nega tabagismo e etilismo. Nega história familiar de câncer colorretal.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes por imunocromatografia.
- (B) solicitar colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal.
- (C) realizar exame proctológico completo.
- (D) solicitar retossigmoidoscopia flexível.
- (E) solicitar calprotectina fecal.

**11**

Paciente do sexo masculino, 38 anos, com história de doença de Crohn ileocecal diagnosticada há 10 anos. Evoluiu com estenoses cicatriciais e episódios de suboclusão intestinal, sendo submetido a íleo-colectomia direita com anastomose íleo-transversa há 14 meses. Retorna à consulta com dor abdominal intermitente, diarreia (> 6 episódios-dia) e perda ponderal. Está em uso de terapia imunobiológica com anti-TNF associada a imunossupressor (azatioprina). Seu médico assistente solicita colonoscopia, que mostra:

- anastomose íleo-transversa prévia, sem estenose;
- segmento de neo-íleo distal com múltiplas úlceras aftoides, algumas isoladas e outras em pequenos grupos (total estimado: 6-7); uma úlcera curta (entre 1 e 2 cm) confinada à anastomose; mucosa normal entre as ulcerações; ausência de inflamação difusa extensa.

Com base nesses achados, o escore de Rutgeerts mais adequado para classificar esse paciente é

- (A) Rutgeerts: i0.
- (B) Rutgeerts: i1.
- (C) Rutgeerts: i2.
- (D) Rutgeerts: i3.
- (E) Rutgeerts: i4.

**12**

Paciente feminina, 26 anos, apresenta fadiga crônica, desconforto abdominal pós-prandial e episódios esporádicos de diarreia, sem perda ponderal significativa. Tem histórico de anemia ferropriva refratária a suplementação oral.

Exames recentes mostram:

- Hemograma: anemia ferropriva.
- Sorologias: anticorpos transglutaminase tecidual IgA e anti-endomísio IgA negativos, mas paciente possui deficiência seletiva de IgA documentada.
- Endoscopia digestiva alta: mucosa duodenal levemente irregular, pregas parcialmente achatadas, sem erosões visíveis.
- Biópsia duodenal: linfocitose intraepitelial discreta, hiperplasia das criptas, atrofia vilosa parcial em algumas áreas.

Considerando o caso clínico, a conduta diagnóstica mais adequada é

- (A) iniciar dieta sem glúten empiricamente.
- (B) considerar doença de Crohn duodenal e solicitar colonoscopia.
- (C) revisar medicamentos e investigar enteropatia induzida por fármacos.
- (D) diagnosticar como Síndrome do Intestino Irritável e orientar dieta geral.
- (E) realizar dosagem de anticorpos IgG anti-transglutaminase ou antipeptídeo desaminado de gliadina e avaliar histologia para o diagnóstico de doença celíaca.

**13**

Um paciente de 42 anos, com histórico de obesidade e apneia obstrutiva do sono, apresenta queixas de sonolência diurna excessiva e dificuldade para controlar a ingestão alimentar, especialmente à noite. Ele relata que acorda várias vezes durante a noite e sente fome mesmo após refeições completas.

Exames laboratoriais mostram:

- leptina sérica elevada;
- grelina plasmática aumentada;
- resistência à insulina leve;
- perfil lipídico com triglicerídeos discretamente elevados.

Considerando o caso descrito, assinale a opção que melhor explica a interação entre os hormônios reguladores do apetite e a qualidade do sono do paciente.

- (A) A leptina elevada indica supressão do apetite, mas a resistência leptínica periférica impede que esse efeito ocorra, contribuindo para a hiperfagia noturna e a fragmentação do sono.
- (B) A grelina aumentada reflete adequação do apetite, melhorando a qualidade do sono, já que promove liberação de GH durante a noite.
- (C) A fragmentação do sono diminui a leptina e aumenta a grelina, criando um ciclo de hiperfagia diurna e redução do sono REM.
- (D) A resistência à insulina leva a queda da leptina, que por sua vez aumenta a grelina, melhorando a eficiência do sono e reduzindo a fome noturna.
- (E) O aumento simultâneo de leptina e grelina indica uma resposta compensatória normal ao jejum prolongado, sem impacto relevante na ingestão alimentar ou no sono.

**14**

Homem de 62 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta perda ponderal de 12 kg em 3 meses, anorexia e epigastralgia. Endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada na pequena curvatura gástrica, com bordas elevadas e infiltradas. A biópsia confirma adenocarcinoma gástrico. O paciente é submetido a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

O anatomopatológico revela:

- tumor de 4,2 cm infiltrando até a subserosa (pT3);
- metástase em 4 linfonodos regionais (pN2);
- ausência de metástases à distância (pM0).

O estadiamento patológico (pTNM, AJCC 8ª edição) desse paciente é

- (A) Estádio IIB.
- (B) Estádio IIIA.
- (C) Estádio IIIB.
- (D) Estádio IIIC.
- (E) Estádio IV.

**15**

Paciente do sexo feminino, 27 anos, com quadro de dor abdominal epigástrica que evoluiu com migração para fossa ilíaca direita há cerca de 8 horas, associada a náuseas, vômitos e hiporexia. Nega febre.

Ao exame físico, apresenta dor à descompressão de fossa ilíaca direita, sem dor à compressão ou defesa abdominal. Exames laboratoriais mostram leucocitose sem desvio à esquerda.

Considerando a possibilidade diagnóstica de apendicite aguda, o escore de Alvarado dessa paciente é

- (A) 3.
- (B) 4.
- (C) 5.
- (D) 6.
- (E) 7.

**16**

Paciente do sexo masculino, 39 anos, sem comorbidades, procura atendimento com queixa de pirose 3 a 4 vezes por semana, geralmente após refeições gordurosas. Não apresenta regurgitação noturna ou disfagia. Uso intermitente de antiácido traz alívio parcial. Endoscopia digestiva alta recente é normal. pHmetria de 24 horas mostra índice de refluxo (DeMeester) = 12 (normal < 14,7), com correlação sintoma-refluxo positiva (número de sintomas associados a episódios ácidos = 75%). Manometria esofágica com esfíncter esofágico inferior (EEI) com pressão normal, peristaltismo preservado, relaxamento completo do EEI durante a deglutição.

O diagnóstico mais provável é

- (A) esofagite eosinofílica.
- (B) refluxo gastroesofágico não erosivo (DRGE não erosiva).
- (C) doença do refluxo gastroesofágico erosiva (DRGE erosiva).
- (D) refluxo fisiológico com hipersensibilidade esofágiana.
- (E) acalásia.

**17**

Uma mulher de 50 anos foi submetida a um exame endoscópico alto para investigação de plenitude pós-prandial. O endoscopista observou a presença de uma erosão plana de cerca de 25 mm na região do antro, grande curvatura, classificada como I1c pela Sociedade Japonesa de Endoscopia Digestiva.

A biópsia revelou adenocarcinomas diferenciados com profundidade de invasão T1a e ausência de ulceração ou invasão linfo vascular. Ausência de *Helicobacter pylori* na biópsia. A paciente apresentava bom estado geral, PA 110-80 mm Hg, corada, RCR 2T, abdômen flácido, fígado e baço impalpáveis. Presença de placas com papilas aveludadas hiper pigmentadas no pescoço e axila. As enzimas hepáticas eram normais e uma TC abdominal foi considerada normal.

A partir do exposto, a melhor conduta terapêutica, levando em consideração a qualidade de vida, é

- (A) gastrectomia subtotal.
- (B) gastrectomia subtotal + quimioterapia.
- (C) dissecação endoscópica da mucosa (EMR).
- (D) dissecação endoscópica da submucosa (ESD).
- (E) gastrectomia total com dissecação linfonodal.

**ATENÇÃO: o caso a seguir refere-se às duas próximas questões.**

Homem, 50 anos, fadiga, astenia, artralguas, impotência sexual, insuficiência pancreática e escurecimento da pele. EDA exibe varizes de esôfago. Laboratório exibe elevação do ferro e da ferritina. Iniciadas flebotomias terapêuticas.

**18**

O marcador mais sensível para essa condição é

- (A) o ferro.
- (B) a ferretina.
- (C) a ferroportina.
- (D) a saturação da transferrina.
- (E) a capacidade total de ligação do ferro.

**19**

A mutação do gene HFE mais frequentemente encontrada nessa condição é

- (A) H63D.
- (B) TFR2.
- (C) C282Y.
- (D) HAMP.
- (E) SLC40A1.

**20**

Paciente, 28 anos, sueco, viajará para o Rio de Janeiro e permanecerá por 15 dias em dezembro. Seus exames mostram anti-HVA positivo, HBsAg negativo anti-HBc positivo e anti-HBs positivo.

Em relação à profilaxia da transmissão das hepatites virais, a conduta mais adequada seria

- (A) vacina contra hepatite B.
- (B) gamaglobulina apenas contra hepatite A.
- (C) gamaglobulina para proteção contra hepatite A.
- (D) vacina e gamaglobulina hiperimune contra A e B.
- (E) apenas tomar medidas de proteção contra exposição percutânea/permucosa.

**21**

Paciente HBsAg negativo, Anti-HBc negativo, HBeAg negativo, Anti-HBs positivo, Anti-VHC positivo.

Assinale a opção que melhor caracteriza a situação clínica desse paciente.

- (A) Hepatite B e C crônica.
- (B) Contato prévio com B e C.
- (C) Vacinado contra Hepatite B e C.
- (D) Hepatite C crônica e vacinado contra B.
- (E) Contato prévio com B e Hepatite C crônica.

**22**

Um homem de 43 anos foi atendido na emergência queixando-se de dor epigástrica de forte intensidade, início súbito, associada a vários episódios de vômitos alimentares. O paciente era portador de hipertensão arterial fazendo uso de 40 mg de furosemida ao dia e bebia cerca de 4 garrafas de cerveja em média nos finais de semana. O paciente se encontrava lúcido, taquicárdico e taquipneico. TAX 37,8 °C, PA 140-80 mm Hg, FR 36 irpm, FC 110 bpm. O abdômen era hipertimpânico, extremamente doloroso à palpação em mesogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Havia diminuição do frêmito toracovocal na base pulmonar esquerda.

Os exames laboratoriais mostravam: leucometria 15000 Hto 38%, glicemia 180 mg/dL, TGO 80, TGP 60, creatinina 4 mg/dL, amilase 500 U/l, triglicerídeos 1200 mg/dL. O paciente foi internado e acompanhado na clínica médica. Cerca de oito semanas após, seu exame revelava uma massa em mesogástrico e novo exame laboratorial revelava leucometria 8000 HTO 40%, glicemia 140 mg/dL, TGO 38, TGP 36, creatinina 2,1 mg/dL, amilase 440 U.

De acordo com esses dados, assinale a melhor opção com relação ao diagnóstico e a complicação apresentada.

- (A) Pancreatite aguda alcoólica e cistoadenoma pancreático.
- (B) Pancreatite aguda pela furosemida e abscesso pancreático.
- (C) Pancreatite aguda alcoólica e adenocarcinoma pancreático.
- (D) Pancreatite aguda por hipertrigliceridemia e pseudocisto de pâncreas.
- (E) Pancreatite aguda pela furosemida e neoplasia cística mucinosa pancreática.

**23**

Considere as seguintes condições:

- ( ) pseudopólipos
- ( ) apendicetomia tem efeito "protetor"
- ( ) Cobblestone
- ( ) eritema nodoso
- ( ) câncer de cólon

Associe o número (1) para retocolite ulcerativa e o número (2) para doença de Cronh. Leve em consideração que algumas das condições abaixo podem ocorrer nas duas doenças, mas apresentam maior prevalência em uma das duas.

Assim, a associação correta, na ordem apresentada, é:

- (A) 1 – 2 – 2 – 2 – 1.
- (B) 1 – 2 – 2 – 1 – 1.
- (C) 2 – 1 – 2 – 2 – 1.
- (D) 1 – 1 – 2 – 1 – 1.
- (E) 1 – 1 – 2 – 2 – 1.

**24**

Um homem de 46 anos é atendido na emergência queixando-se de fezes volumosas e fétidas associadas à presença de muitos gases nos últimos seis meses. Nos últimos 10 anos, apresentara dor abdominal intermitente localizada em mesogástrico com irradiação para as costas, piorando com as refeições. Nos últimos anos, a dor se tornou mais branda. Perdeu cerca de 15 kg durante a evolução da dor. Bebe desde os 15 anos, cerca de 60 g de álcool/dia.

O exame físico revela um paciente emagrecido, algumas telangectasias no tórax. Eritema palmar. Fígado palpado seis dedos abaixo do RCD, borda romba. TGO 220 (até 37), TGP 180, amilase 280 U, Somogy (até 180), ácido metilmalônico na urina normal, glicose 105 mg/dL, ácido fólico 6 ng/mL (acima de 3,9 ng/mL), Hto 41%, VCM 101 (80-100), fl leucometria 6800, morfologia normal, plaquetas 200000. RX simples de abdome mostrando calcificações na topografia do mesogástrico. US com pâncreas esclero atrofico, Wirsung dilatado, presença de cálculos na vesícula biliar.

Esses dados sugerem os diagnósticos de

- (A) pancreatite biliar crônica e hepatopatia alcoólica.
- (B) pancreatite biliar crônica e anemia megaloblástica.
- (C) pancreatite crônica alcoólica e anemia megaloblástica.
- (D) pancreatite crônica calcificada alcoólica e hepatopatia alcoólica.
- (E) pancreatite crônica (alcoólica e biliar) calcificada, hepatopatia alcoólica e anemia megaloblástica.

**25**

O principal mecanismo relacionado a pancreatite na hipertrigliceridemia é o(a)

- (A) mecanismo tóxico direto.
- (B) estímulo da secreção cloridopéptica.
- (C) estímulo imunológico levando a autoagressão do pâncreas.
- (D) obstrução dos ductos pancreáticos pela precipitação dos triglicerídeos.
- (E) quebra dos triglicerídeos pela lipase levando a lesão do endotélio vascular.

**26**

Assinale a melhor afirmativa em relação ao aparecimento do divertículo de Zenker.

- (A) Ocorre por uma possível constrição péptica.
- (B) Ocorre por fraqueza do ligamento frenoesofageano.
- (C) Ocorre por herniação da mucosa na altura do triângulo de Killian.
- (D) Ocorre por um aumento transitório do gradiente pressórico abdominotorácico.
- (E) Ocorre devido a destruição das fibras pós-ganglionares produtoras de óxido nítrico.

**27**

Em relação ao anel de Schatzki, é correto afirmar que

- (A) não há correlação entre o diâmetro do anel e o desenvolvimento de disfagia.
- (B) o quadro clínico geralmente se caracteriza por disfagia progressiva para sólidos.
- (C) o anel é frequentemente encontrado no esôfago médio, próximo ao arco aórtico.
- (D) a manometria esofageana deve ser realizada em situações onde a disfagia persista a despeito da dilatação com o intuito de identificar distúrbios motores.
- (E) embora sua etiologia não seja plenamente conhecida se acredita que possa ser resultante de uma constrição péptica secundária ao refluxo duodeno gástrico.

**28**

Paciente, 32 anos, submetido a exame endoscópico com preparo inadequado apresenta episódio de hematêmese que se seguiu ao esforço de vômito durante a introdução do aparelho.

A endoscopia alta realizada revela erosões não confluentes sobre prega esofágica isolada, uma laceração longitudinal de cerca de 2 cm na mucosa esofágica distal próximo a JEG com coágulo aderido e áreas de enantema no corpo gástrico.

A melhor opção em relação à etiologia do sangramento digestivo é

- (A) esofagite péptica.
- (B) úlcera de Dieulafoy.
- (C) síndrome de Mallory-Weiss.
- (D) lesão aguda da mucosa gastroduodenal.
- (E) gastrite endoscópica enantematosa do corpo.

**29**

Paciente de 52 anos, sexo masculino, relatando etilismo de 2 a 3 doses de bebida alcoólica por semana, sem comorbidades conhecidas. Relata que realizou transfusão sanguínea em 1991, após acidente automobilístico. Consulta apenas para realização de “exames de rotina”, sem queixas atuais. Refere apenas cansaço esporádico. Exame físico com bom estado geral, IMC 26, ausência de icterícia, circulação colateral ou ascite. Abdome com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito, indolor e com consistência preservada. Não apresenta esplenomegalia.

Exames laboratoriais:

- ALT: 92 U/L (valor de referência: até 41 U/L);
- AST: 85 U/L (valor de referência: até 40 U/L);
- GGT: 110 U/L (valor de referência: até 60 U/L);
- Bilirrubina total: 1,0 mg/dL (VR: até 1,2 mg/dL);
- Albumina: 4,0 g/dL (valor de referência: 3,5 – 5,0 g/dL);
- INR: 1,0;
- Plaquetas: 145.000 mm<sup>3</sup> (valor de referência: 150.000 – 400.000/mm<sup>3</sup>);
- Sorologias: anti-HCV (reagente), HBsAg (não reagente), anti-HBs (reagente) e anti-HBc total (reagente);
- PCR-HCV (RNA viral): 1.200.000 UI/mL;
- Genótipo HCV: 1<sup>a</sup>;
- Elastografia hepática (FibroScan): 12,5 kPa;
- Ultrassonografia de abdome: fígado de contornos regulares, parênquima heterogêneo, sem ascite ou lesões focais.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) apenas acompanhamento clínico, pois não há sinais de cirrose descompensada.
- (B) repetir RNA-HCV em 6 meses para confirmar infecção crônica.
- (C) iniciar tratamento com antivirais de ação direta.
- (D) realizar biópsia hepática, obrigatória antes de definir o tratamento.
- (E) indicar transplante hepático diante da fibrose avançada.

**30**

Mulher de 34 anos, previamente hígida, procura atendimento por dor abdominal difusa há 8 meses, associada a distensão abdominal e alteração de hábito intestinal, alternando episódios de diarreia e constipação. Relata melhora parcial dos sintomas após a evacuação. Nega febre, perda ponderal ou sangue nas fezes. História familiar negativa para doenças inflamatórias intestinais ou câncer colorretal.

Exame físico, abdome peristáltico, flácido, indolor e timpânico. Sem massas ou visceromegalias palpáveis. Exames laboratoriais com hemograma normal, PCR normal e calprotectina fecal de 120 mcg/g (valor de referência: < 50 mcg/g).

Considerando o quadro apresentado, a conduta mais adequada seria

- (A) iniciar tratamento sintomático para Síndrome do Intestino Irritável imediatamente, sem necessidade de novos exames.
- (B) solicitar colonoscopia imediata para descartar doença inflamatória intestinal.
- (C) repetir a calprotectina fecal em algumas semanas antes de definir conduta.
- (D) solicitar exames sorológicos para doença celíaca e iniciar dieta sem glúten.
- (E) iniciar corticoterapia para tratamento de colite microscópica.

**31**

Um homem de 52 anos chega ao pronto-atendimento com dor abdominal intensa na região epigástrica, irradiando para região dorsal, iniciada há cerca de 12 horas. Refere náuseas e vômitos. Há histórico de etilismo e colelitíase conhecida.

Ao exame, apresenta pressão arterial 110/70 mmHg, frequência cardíaca 102 bpm, temperatura 37,8 °C e sensibilidade marcada em epigástrico. Exames laboratoriais:

- Amilase: 480 U/L (valor de referência: < 100);
- Lipase: 650 U/L (valor de referência: < 60);
- PCR: 180 mg/L (valor de referência: < 5);
- Creatina: 1,2 mg/dL (valor de referência: 0,8 – 1,5 mg/dL).

Tomografia de abdome mostra aumento do pâncreas e líquido peripancreático, sem necrose evidente.

Dos critérios abaixo, assinale o que é considerado o principal fator de mau prognóstico na pancreatite aguda nesse caso.

- (A) Idade < 55 anos.
- (B) Hematócrito elevado > 44%.
- (C) Presença de cálculos biliares sem sintomas sistêmicos
- (D) Amilase < 3 vezes o valor normal.
- (E) PCR > 150 mg/dL nas primeiras 48 horas.

**32**

Paciente do sexo masculino, 48 anos, chega ao pronto-socorro com dor intensa em fossa ilíaca direita, náuseas e vômitos. Refere episódios prévios de dor pós-prandial em hipocôndrio direito. Nega febre. Exame físico com dor à palpação de hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo, sem icterícia.

Exames laboratoriais:

- Leucócitos: 15.000/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 4000 – 11000/mm<sup>3</sup>);
- PCR: 12 mg/mL (valor de referência: < 5);
- Bilirrubina total: 1,4 mg/dL (valor de referência: 0,3 – 1,2 mg/dL).
- Fosfatase alcalina: 85 U/L (valor de referência: 40 – 150 U/L).

Ultrassonografia abdominal com vesícula distendida, paredes espessadas (5 mm), presença de cálculos e líquido pericolecístico.

De acordo com os critérios do *Guideline de Tokyo* para o diagnóstico da colecistite aguda, é considerado um critério diagnóstico:

- (A) dor em quadrante superior direito ou sensibilidade à palpação do quadrante superior direito.
- (B) vômitos pós-prandiais.
- (C) lama biliar visível pela ultrassonografia abdominal.
- (D) exame de imagem mostrando vesícula biliar com 2 mm de espessura de parede.
- (E) icterícia com aumento de bilirrubinas.

**33**

Paciente do sexo masculino, 62 anos, com histórico de dispepsia crônica, faz uso com relativa frequência de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Ele procura auxílio médico com queixa de hematêmese e melena recentes.

Exame físico sem alterações. Hemograma com anemia. Realizada endoscopia digestiva alta com identificação de úlcera gástrica em antro medindo 1,8 cm, base parcialmente coberta por coágulo, alguns restos hemáticos e sem sangramento ativo.

Considerando os achados endoscópicos, assinale a opção mais adequada ao caso.

- (A) Forrest Ia – tratamento endoscópico imediato.
- (B) Forrest IIa – tratamento clínico com inibidor de bomba de prótons intravenoso, com endoscopia terapêutica.
- (C) Forrest IIb – tratamento endoscópico indicado associado a terapia medicamentosa apropriada.
- (D) Forrest III – apenas inibidor de bomba de prótons por via oral.
- (E) Forrest Ib – tratamento clínico inicial com monitoramento rigoroso.

**34**

Um estudo avaliou os efeitos de diferentes dietas em 30 voluntários adultos saudáveis. Os participantes receberam por QUATRO semanas uma dieta rica em fibras fermentáveis (como inulina, pectina e amido resistente).

No final do período, foram coletadas amostras de fezes e sangue para quantificação de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) produzidos pela microbiota intestinal no cólon. Os principais AGCC detectados foram acetato, propionato e butirato. Observou-se que:

- O acetato foi o AGCC mais abundante no cólon e circulante;
- O propionato apresentou maior captação hepática;
- O butirato foi associado a melhora da integridade da barreira intestinal e redução da inflamação local.

Com base nesse cenário, assinale a opção que melhor descreve a relação entre o tipo de AGCC, sua absorção/metabolismo e efeitos fisiológicos sistêmicos.

- (A) O acetato é utilizado principalmente pelo fígado como substrato para a gliconeogênese, enquanto o butirato é metabolizado pelos músculos esqueléticos para produção de energia.
- (B) O propionato é transportado pelo sangue até o fígado, onde atua como substrato para gliconeogênese, enquanto o butirato é preferencialmente utilizado pelos enterócitos do cólon como fonte energética.
- (C) O butirato circula livremente em altas concentrações no sangue e é o principal AGCC regulador da lipogênese hepática.
- (D) O acetato é utilizado exclusivamente pelas células intestinais, promovendo efeitos anti-inflamatórios locais, enquanto o propionato é eliminado pelas fezes sem efeito metabólico sistêmico.
- (E) O propionato atua diretamente nos tecidos periféricos como substrato energético, e o acetato é metabolizado prioritariamente pelos enterócitos para manutenção da barreira intestinal.

**35**

Paciente do sexo masculino, 54 anos, etilista crônico, com diagnóstico prévio de cirrose hepática, procura auxílio médico com aumento progressivo de volume abdominal, edema em membros inferiores e sonolência. Encontra-se icterico (++)/4+). Abdome globoso com circulação colateral e ascite moderada. Edema (++)/4+ em membros inferiores. Presença de *flapping*. Exames laboratoriais:

- Bilirrubina total: 4,2 mg/dL (valor de referência até 1,2 mg/dL);
- Albumina: 2,3 g/dL (valor de referência: 3,5 – 5,0 g/dL);
- INR: 1,9 (valor de referência: 0,8 – 1,2);
- Creatinina: 0,9 mg/dL (valor de referência: 0,6 – 1,2 mg/dL);
- Sódio: 134 mEq/L (valor de referência: 135 – 145 mEq/L).

Com base no caso apresentado, o Child-Pugh e a conduta mais adequada para esse paciente são:

- (A) Child-Pugh A – manter acompanhamento ambulatorial e tratamento clínico.
- (B) Child-Pugh B – avaliar TIPS para ascite refratária; manter suporte clínico.
- (C) Child-Pugh B – indicar ressecção hepática segmentar.
- (D) Child-Pugh C – avaliação para transplante hepático; manejo de ascite e encefalopatia enquanto aguarda.
- (E) Child-Pugh C – apenas suporte paliativo sem considerar TIPS ou transplante.

**36**

Paciente do sexo masculino, 62 anos, assintomático, procura avaliação de rotina para rastreamento de câncer colorretal. Nega história familiar para neoplasias. Foi realizada colonoscopia, completa, até o íleo distal, com preparo adequado (Escala de Boston: 9), sendo identificado 1 pólipó pediculado, Paris 0-Ip, com polo cefálico medindo 1,5 cm e pedículo com 4 mm, localizado em cólon sigmoide, removido com alça diatérmica em peça única, sem intercorrências. Histopatológico revela adenoma viloso com displasia de alto grau com pedículo livre.

Conforme o *guideline* da *US Multi-Society Task Force*, o tempo recomendado para a repetição do exame nesse paciente é de

- (A) 1 ano.
- (B) 3 anos.
- (C) 5 anos.
- (D) 7 anos.
- (E) 10 anos.

**37**

Paciente do sexo masculino, 58 anos, tabagista, procura atendimento com queixa de dispepsia crônica. Nega perda ponderal significativa, disfagia ou vômitos persistentes. Foi submetido à endoscopia digestiva alta, que revelou gastrite atrófica multifocal leve, sem lesões ulceradas. A biópsia histológica evidenciou gastrite atrófica com metaplasia intestinal leve, escore OLGA II, associado a presença de *Helicobacter pylori* positivo.

A melhor conduta terapêutica para esse paciente é

- (A) iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) contínuo por tempo indeterminado, sem necessidade de erradicação de *H. pylori*.
- (B) proceder à erradicação do *H. pylori*, seguida de vigilância endoscópica periódica.
- (C) proceder à erradicação do *H. pylori* apenas se houver sintomas refratários ao uso de IBP.
- (D) acompanhar clinicamente, sem necessidade de tratamento ou controle endoscópico.
- (E) proceder à gastrectomia subtotal profilática devido ao risco aumentado de adenocarcinoma gástrico.

**38**

Paciente do sexo masculino, 45 anos, previamente hígido, apresenta pirose intensa há 8 anos. Relata que já fez uso de Omeprazol 40 mg/dia por 12 semanas, sem melhora significativa. Repetiu tratamento com dose dobrada por mais 8 semanas, também sem resposta.

A endoscopia digestiva alta mostra esofagite grau C de Los Angeles. A pHmetria revelou tempo de exposição ácida total de 12% (normal < 4,2%), e a manometria esofágica demonstrou peristalse preservada e pressão adequada do esfíncter esofágico inferior. O paciente busca auxílio médico em busca de um tratamento definitivo.

A melhor conduta neste caso é

- (A) aumentar a dose do inibidor de bomba de prótons por tempo indeterminado.
- (B) associar procinético ao tratamento com inibidor de bomba de prótons.
- (C) realizar funduplicatura laparoscópica à Nissen.
- (D) indicar terapia endoscópica com radiofrequência.
- (E) realizar esofagectomia com reconstrução com uso de tubo gástrico.

**39**

Paciente do sexo masculino, 42 anos, sem comorbidades prévias, apresenta dor epigástrica intensa, diarreia frequente e perda ponderal de 6 kg em 3 meses. Relata que já fez uso de Omeprazol em dose plena por longos períodos, mas as queixas persistiram.

A endoscopia digestiva alta mostrou múltiplas úlceras duodenais e jejunais proximais, além de esofagite erosiva grave. O exame laboratorial revelou gastrina sérica em jejum de 1500 pg/mL (valor de referência < 100 pg/mL), confirmada em duas dosagens.

A próxima conduta para esse paciente é

- (A) manter tratamento clínico com Omeprazol em altas doses por tempo indeterminado.
- (B) solicitar dosagem de cromogranina A sérica para confirmar diagnóstico.
- (C) realizar teste de estimulação da secretina para confirmar gastrinoma e prosseguir investigação locorregional.
- (D) encaminhar o paciente para realização de gastrectomia total.
- (E) indicar erradicação de *Helicobacter pylori* como primeira medida.

**40**

Paciente de 36 anos, sexo feminino, procura atendimento por disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 2 anos, acompanhada de regurgitação frequente de alimentos não digeridos, perda de 8 kg no período e dor retroesternal esporádica.

Endoscopia digestiva alta não mostrou lesões obstrutiva, mas havia grande retenção de resíduos alimentares no esôfago distal. Foi realizada manometria esofágica de alta resolução, que revelou:

- Relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior (pressão residual elevada);
- Peristalse ausente;
- Diagnóstico compatível com acalásia tipo II (Chicago).

A paciente, após discutir opções terapêuticas, opta pelo tratamento definitivo.

De acordo com o exposto, a conduta mais adequada é:

- (A) miotomia a Heller laparoscópica associada à funduplicatura parcial.
- (B) aplicação de toxina botulínica por via endoscópica no esfíncter esofágico inferior.
- (C) dilatação pneumática seriada do esfíncter esofágico inferior.
- (D) esofagectomia por disfagia refratária.
- (E) uso de nitrato sublingual antes das refeições, de forma contínua.

## 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 FiO<sub>2</sub> 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para sepse 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 irritado, 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 +/-, 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, SatO<sub>2</sub>: 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 máis-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 durando 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; SpO<sub>2</sub>: 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/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 72%, bastões 5%, linfócitos 20%, monócitos 3%); plaquetas 320.000/mm<sup>3</sup> – 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 ( $< 500 \text{ c\acute{e}l/mm}^3$ ) com cateter venoso central tipo Port-a-Cath. É atendido na emergência com febre de  $39,2 \text{ }^\circ\text{C}$ , 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,  $\text{SatO}_2$  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  $1.500 \text{ c\acute{e}l/mm}^3$  com 4 % neutrófilos, hematócrito 28 %, plaquetas  $48.000/\text{mm}^3$ , 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  $10 \mu\text{g/kg/min}$  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  $< 50.000/\text{mm}^3$ , 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/mm<sup>3</sup>, linfócitos B CD19+ 22 cél/mm<sup>3</sup>, NK 45 cél/mm<sup>3</sup> 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/m<sup>2</sup>; 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 / HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 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/m<sup>2</sup>/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 m<sup>2</sup>), ureia 58 mg/dL, bicarbonato 18 mEq/L, potássio 4,9 mEq/L. Urina de 24 h: proteinúria 240 mg/m<sup>2</sup>/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 m<sup>2</sup> é indicação absoluta.
- (E) manter observação expectante até que eTFG caia abaixo de 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> 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, SpO<sub>2</sub> 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/mm<sup>3</sup> (linfócitos 12 %), plaquetas 128 000 /mm<sup>3</sup>; 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 plagiocefalia 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, SatO<sub>2</sub> 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, pleura 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, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 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 (SpO<sub>2</sub>) 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, FiO<sub>2</sub> 100%, com cânula ocupando 90% do diâmetro da narina.
- (B) fluxo de 3 L/kg/min (24 L/min), FiO<sub>2</sub> 40%, cânula de tamanho adequado (ocupando até 50% da narina).
- (C) fluxo de 1 L/kg/min (8 L/min), FiO<sub>2</sub> 100%, com cânula nasal de diâmetro total das narinas.
- (D) fluxo de 10 L/min, FiO<sub>2</sub> 21%, cânula de tamanho pequeno para maior conforto.
- (E) fluxo de 6 L/min, FiO<sub>2</sub> 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/mm<sup>3</sup>, plaquetas 78.000/mm<sup>3</sup>), 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/mm<sup>3</sup>, VHS 48 mm/h. Ultrassonografia cervical confirma linfonodo hipoecoico 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/m<sup>2</sup>, 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/mm<sup>3</sup>, plaquetas 110.000/mm<sup>3</sup>, 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

