

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA  
EDIÇÃO 2025/2026

**Endere**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

**ÁREA DE ATUAÇÃO**  
**HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA 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!**



## Hematologia e Hemoterapia

1

Um lactente de 9 meses é encaminhado a um serviço de hematologia pediátrica para avaliação do resultado do teste do pezinho, feito uma semana após o nascimento.

Na carta de encaminhamento, relata-se que os testes foram todos normais, porém havia uma alteração no exame para a detecção de variantes da hemoglobina. O hematologista solicita um exame de cromatografia líquida de alta performance (HPLC) para avaliação da hemoglobina do lactente.

Os resultados foram os seguintes:

- Hemoglobina A1: 68%;
- Hemoglobina A2: 2,5%;
- Hemoglobina F: 1,5%;
- Hemoglobina S: 28%.

Esses resultados indicam que o paciente é portador de

- (A) doença falciforme.
- (B) traço falcêmico.
- (C) s-talassemia.
- (D) hemoglobina Punjab.
- (E) hemoglobinopatia S-C.

2

A causa de morte mais comum durante a terapia de indução da leucemia linfoblástica aguda (LLA) é

- (A) sangramento.
- (B) recidiva rápida da doença.
- (C) comprometimento cerebral pela leucemia.
- (D) infecção.
- (E) doença veno-oclusiva do fígado.

3

Um paciente de 15 anos de idade é internado no serviço de hematologia para investigação de pancitopenia.

Seu hemograma mostra:

- hemoglobina: 9 g/dL;
- leucócitos totais: 1.700/ $\mu$ L;
- neutrófilos: 1000/ $\mu$ L;
- linfócitos: 700/ $\mu$ L;
- monócitos: 100/ $\mu$ L;
- plaquetas: 15.000/ $\mu$ L.

A biópsia de medula óssea mostra celularidade inferior a 30%. Esses dados levaram o serviço a concluir pelo diagnóstico de anemia aplástica.

O tratamento inicial desse paciente deve ser feito com

- (A) eltrombopag.
- (B) ciclosporina e globulina antimitótica.
- (C) transplante de medula óssea.
- (D) corticosteroides.
- (E) imunoglobulina polisspecífica.

4

A portaria nº 5/2017, do Ministério da Saúde, estabelece o regulamento técnico para os serviços de hemoterapia brasileiros.

De acordo com essa portaria, assinale a opção que apresenta corretamente o critério para inaptidão de doadores e o respectivo período de duração dessa inaptidão.

- (A) homem que fez sexo com outro homem - 6 meses a contar da última relação sexual.
- (B) uso de cigarro de maconha – 1 mês.
- (C) uso de cocaína nasal – 12 meses.
- (D) relação sexual em troca de dinheiro – inaptidão permanente (definitiva).
- (E) tatuagem – 48 horas.

5

Um paciente de 3 anos de idade, diagnosticado como hemofílico A grave desde os 4 meses de vida, vinha recebendo tratamento profilático com fator VIII recombinante (25 mg/kg de peso, duas vezes por semana) desde que completou 6 meses de vida.

Nos últimos 30 dias, os pais começaram a notar o aparecimento de manchas roxas no corpo e de edema recorrente e doloroso dos joelhos. Foi realizada uma pesquisa de inibidor, que foi positiva (10 Unidades Bethesda).

De acordo com as diretrizes brasileiras, a conduta recomendada para esse paciente é

- (A) emicizumabe.
- (B) profilaxia com fator VII recombinante e ativado.
- (C) profilaxia com complexo protrombínico parcialmente ativado.
- (D) profilaxia com fator VIII plasmático.
- (E) imunotolerância com fator VIII recombinante.

6

Uma criança de 2 anos de idade, do sexo feminino, portadora de doença falciforme (SS), dá entrada na emergência do hospital com quadro de anemia aguda, hipovolemia e instabilidade hemodinâmica.

O exame físico mostra esplenomegalia importante e dolorosa, além de intensa palidez cutaneomucosa. A dosagem de hemoglobina é de 3 g/dL. O diagnóstico é de sequestro esplênico.

A conduta imediata para o tratamento dessa paciente é

- (A) transfusão emergencial de concentrados de hemácias.
- (B) hidroxureia, 250 mg por via oral.
- (C) exsanguineotransfusão automatizada.
- (D) hidratação vigorosa.
- (E) analgesia potente e antibiótico de amplo espectro.

7

Um recém-nascido desenvolve, no seu terceiro dia de vida, um quadro de trombose de veia profunda, lesões purpúricas em vários locais da pele e plaquetopenia (20.000/ $\mu$ L).

A suspeita diagnóstica foi de púrpura fulminans; foi solicitada dosagem de proteínas da anticoagulação, cujos resultados foram:

- dosagem de antitrombina: 98%;
- dosagem de Proteína C: 1%;
- dosagem de Proteína S: 95%.

Com esse quadro e esses resultados, a conduta a ser tomada é

- (A) transfusão de crioprecipitado.
- (B) transfusão de concentrado de plaquetas.
- (C) ácido epsilon-aminocaproico;
- (D) imunoglobulina intravenosa.
- (E) transfusão de plasma fresco congelado.

**8**

Dentre as alternativas abaixo, assinale aquela que lista indicações formais para o uso de imungobulina poliespecífica intravenosa.

- (A) Doença de Kawasaki, deficiência imunológica congênita, púrpura trombocitopênica imunológica (PTI).
- (B) Púrpura trombocitopênica imunológica (PTI), púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) e AIDS.
- (C) Aids, sepse e púrpura trombocitopênica imunológica (PTI).
- (D) Síndrome de Guillain-Barré, doença de Kawasaki e esclerose múltipla.
- (E) Deficiência imunológica congênita, transplante de medula óssea e sepse.

**9**

Uma criança de 10 anos de idade, do grupo O positivo, vai ser submetida a um transplante de fígado emergencial, e a equipe médica solicitou a reserva de 4 bolsas de concentrado de hemácias, 1 dose de concentrado de plaquetas e 3 bolsas de plasma fresco congelado.

O serviço de hemoterapia informou que não dispõe de todos os hemocomponentes solicitados do mesmo grupo sanguíneo do paciente.

São alternativas aceitáveis e sem risco de incompatibilidade com o paciente:

- (A) concentrado de hemácias AB, concentrado de plaquetas O, plasma O.
- (B) concentrado de hemácias O, concentrado de plaquetas A, plasma B.
- (C) concentrado de hemácias A, concentrado de plaquetas A, plasma O.
- (D) concentrado de hemácias B com baixo título de anti-A, concentrado de plaquetas B, plasma AB.
- (E) concentrado de hemácias A com baixo título de anti-B, concentrado de plaquetas O, plasma A.

**10**

Uma criança de 7 anos de idade, sexo feminino, portadora de leucemia, é hospitalizada para tratamento de consolidação da doença, que incluiu metotrexato, 6-mercaptopurina, vincristina, L-asparaginase e prednisona. A paciente piorou da anemia e surgiu macrocitose, com baixos níveis séricos de folato.

Para evitar esse tipo de complicação, a recomendação é

- (A) ferro parenteral.
- (B) vitamina B12 intramuscular.
- (C) resgate com ácido folínico por via intravenosa.
- (D) transfusão de hemácias se a hemoglobina cair abaixo de 10 g/dL.
- (E) reposição de ácido fólico por via oral.

**11**

Um menino de 6 anos apresenta febre, palidez e petéquias. O hemograma mostra leucocitose com 65.000 leucócitos/ $\mu$ L, com 80% de blastos, anemia e plaquetopenia. A biópsia de medula óssea e a imunofenotipagem confirmam o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA). O paciente não apresenta síndrome de Down, nem tem outras alterações relevantes no seu exame físico.

O tratamento desse quadro clínico deve ser feito com

- (A) Início imediato de quimioterapia com protocolo de indução (vincristina, corticosteroide, L-asparaginase, antracíclico), após estabilização clínica e punção lombar para profilaxia do SNC.
- (B) Tratamento com hidroxiureia como monoterapia até a redução da leucocitose, seguido de alta ambulatorial.
- (C) Indicação de transplante alogênico de medula óssea de início, independentemente da resposta inicial à quimioterapia.
- (D) Uso de imatinibe como primeira linha, já que a maioria das LLAs infantis apresenta mutação BCR-ABL.
- (E) Apenas suporte transfusional e antibióticos, uma vez que muitos casos de LLA podem entrar em remissão espontânea.

**12**

Um recém-nascido prematuro (peso: 900 gramas) veio transferido da maternidade onde nasceu para uma UTI neonatal. Apresenta anemia importante, necessitando de transfusão de concentrado de hemácias urgente. A amostra do sangue de cordão umbilical não está disponível, e a equipe de saúde está com dificuldades para puncionar a veia visando à coleta da amostra de sangue para os exames pré-transfusionais.

Como a transfusão não pode tardar, a conduta adequada para agilizar o processo é

- (A) transfundir hemácias O Rh positivo sem realizar as provas de compatibilidade.
- (B) realizar as provas de compatibilidade pré-transfusionais com o sangue da mãe.
- (C) transfundir hemácias do grupo O e realizar a prova de compatibilidade à beira do leito, obtendo uma gota de sangue do pé da paciente para descartar a incompatibilidade ABO.
- (D) telefonar para a maternidade onde ocorreu o parto, para saber o grupo ABO e Rh encontrado no sangue do cordão umbilical da criança, e transfundir hemácias isogrupo.
- (E) insistir na punção venosa até que se consiga colher um volume mínimo de sangue que permita a determinação do grupo sanguíneo e da pesquisa de anticorpos irregulares da criança.

**13**

Uma adolescente de 16 anos de idade, com anemia microcítica crônica atribuída à falta de ferro, foi encaminhada para avaliação de hematologista, que suspeitou de microesferocitose hereditária.

A confirmação diagnóstica e o tratamento definitivo dessa condição são feitos, respectivamente, com

- (A) mielograma – esplenectomia.
- (B) esfregaço do sangue periférico – reposição de ferro oral.
- (C) curva de fragilidade osmótica – hidroxiureia.
- (D) curva de fragilidade osmótica – esplenectomia.
- (E) citometria de fluxo – corticosteroide.

14

Um paciente de 18 anos de idade, portador de talassemia beta major, apresentou, ao final de uma transfusão de concentrado de hemácias, reação alérgica moderada caracterizada por tosse, broncoespasmo e prurido, apesar de ter sido pré-medicado com anti-histamínico oral.

Na transfusão anterior, feita 3 semanas antes, também havia apresentado reação alérgica leve, com *rash* cutâneo e prurido.

Na transfusão subsequente será necessário

- (A) pré-medicar o paciente com anti-histamínico parenteral.
- (B) transfundir hemácias irradiadas.
- (C) transfundir hemácias fenotipadas.
- (D) transfundir hemácias lavadas.
- (E) observar continuamente a transfusão e medicar o paciente com adrenalina caso surja qualquer sintoma de alergia.

15

O tratamento das hemorragias em pacientes com hemofilia B grave deve ser feito com

- (A) reposição de concentrado de fator IX.
- (B) emicizumabe.
- (C) concentrado de fator VII recombinante e ativado.
- (D) reposição de complexo protrombínico.
- (E) concentrado de complexo protrombínico parcialmente ativado (Feiba).

16

Um paciente de 14 anos de idade, portador da doença de von Willebrand do tipo 3, apresenta epistaxes frequentes e volumosas.

O tratamento de primeira linha dessas hemorragias consiste em

- (A) concentrado de fator VIII rico em multímeros de von Willebrand.
- (B) concentrado de fator de von Willebrand puro.
- (C) DDAVP.
- (D) ácido tranexâmico.
- (E) tratamento local da epistaxe com cauterização.

17

Um paciente de 58 anos de idade é trazida pela mãe para consulta com hematologista que lhe foi indicada após o resultado de um hemograma. O hemograma mostrou anemia microcítica e hipocrômica (VCM: 75 fL, CHCM: 26, dosagem de hemoglobina: 9,5 g/dL). A contagem relativa de reticulócito era de 0,8%.

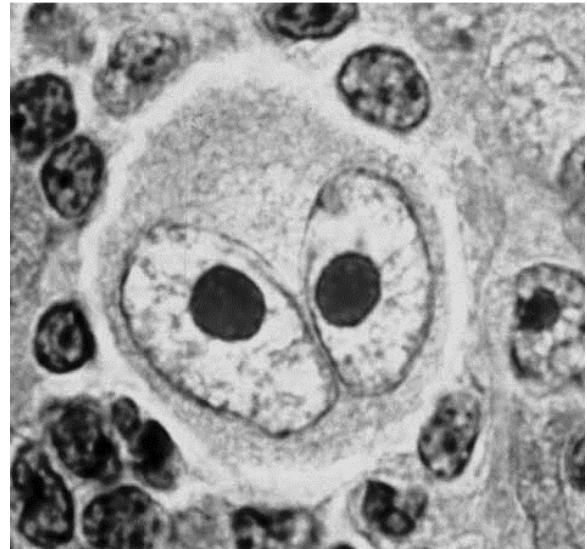
O exame de urina era normal e a criança não tinha história de diarreia. Sua alimentação era saudável e ela apresentava peso normal. Recentemente, havia feito três exames parasitológicos de fezes, todos negativos para a presença de helmintos e protozoários. A dosagem de ferro era de 35 µg/dL e a de ferritina, de 10 ng/mL.

O exame a ser solicitado para tentar identificar a etiologia dessa anemia ferropriva é

- (A) o mielograma.
- (B) a saturação da transferrina.
- (C) o teste de Coombs direto.
- (D) a coprocultura.
- (E) a pesquisa de sangue oculto nas fezes.

18

Uma paciente de 21 anos de idade desenvolve adenomegalias cervicais bilaterais, com gânglios indolores e de consistência elástica. Além disso, ela vem apresentando febrícula diária, prurido e sudorese. Foi feita biópsia de um gânglio, cujo aspecto histopatológico está mostrado a seguir.



O diagnóstico dessa criança é

- (A) tuberculose ganglionar.
- (B) doença de Hodgkin.
- (C) toxoplasmose.
- (D) linfoma de células T.
- (E) mononucleose infecciosa.

19

Na anemia hemolítica autoimune a quente (IgG + C3D), o tratamento de primeira linha é

- (A) pulsoterapia.
- (B) plasmaférese.
- (C) eculizumabe.
- (D) ciclofosfamida.
- (E) rituximabe.

20

Um paciente de 24 anos de idade, portador de doença falciforme com alta necessidade transfusional, apresenta dois anticorpos antieritrocitários (anti-Fy<sup>a</sup> e anti-S). Logo após a transfusão, seu hematócrito, que era de 17%, passou para 22%. A dosagem de hemoglobina S era de 80% antes da transfusão e passou a ser de 63% pós-transfusão. Cinco dias depois, o paciente apresentou sinais de acentuação da hemólise, com queda do hematócrito para 20% e aumento da hemoglobina S para 73%, sem sinais de infecção e sem crise alérgica.

O diagnóstico mais provável para este caso é:

- (A) Síndrome de hiper-hemólise.
- (B) Infecção oculta.
- (C) anemia hemolítica auto-imune.
- (D) Ineficácia transfusional pela presença de anticorpos anti-HLA.
- (E) Reação hemolítica diferida.

21

Um recém-nascido apresenta petéquias e equimoses, observadas poucas horas após o parto. Seu hemograma não mostra anemia nem alteração nos leucócitos, mas a contagem de plaquetas é de  $9.000/\mu\text{L}$ , e há suspeita de hematoma intracraniano.

O coagulograma é normal. A mãe relata que, na gravidez anterior (a gestação atual era a sua segunda), o recém-nascido não apresentou problema semelhante ao nascer, mas ela tinha lembrança de que a contagem de plaquetas do bebê era de  $50.000/\mu\text{L}$ .

Todos os hemogramas maternos feitos no pré-natal, e logo após o parto, mostraram uma contagem de plaquetas normal. O diagnóstico presuntivo dessa criança foi de trombocitopenia neonatal aloimune.

Nesse caso, o tratamento recomendado é a

- (A) transfusão de plaquetas HLA-compatíveis.
- (B) pulsoterapia com metilprednisolona.
- (C) exsanguineotransfusão.
- (D) transfusão de concentrado de plaquetas de sangue total (plaquetas randômicas).
- (E) transfusão de plaquetas maternas desplasmatizadas e imunoglobulina poliespecífica,  $1\text{g}/\text{kg}/\text{dia}$ .

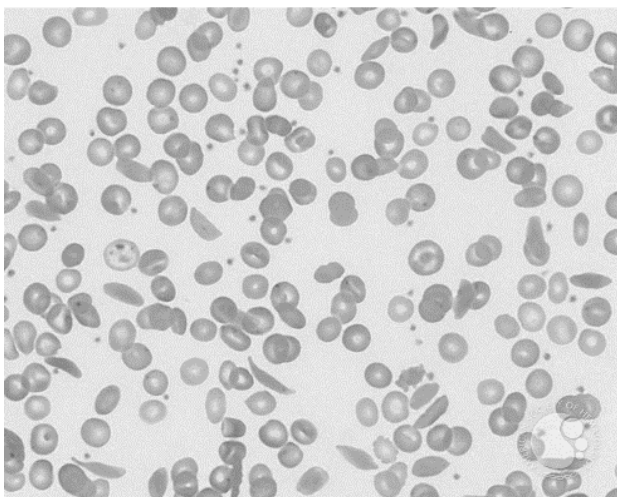
22

Uma criança de 1 ano de idade, moradora da zona rural de um pequeno município distante da capital, e que não era acompanhada por pediatra, é trazida para uma emergência com febre, dor torácica intensa, icterícia e palidez.

Seus exames de laboratório mostravam:

- hemoglobina:  $7,5\text{ g/dL}$ .
- leucócitos:  $12.500/\mu\text{L}$ , com neutrofilia e desvio à esquerda.
- plaquetas:  $250.000/\mu\text{L}$ .
- contagem de reticulócitos: 6%.
- LDH:  $700\text{ UI}/\mu\text{L}$ .
- bilirrubinas totais:  $4,5\text{ mg/dL}$ .
- bilirrubina indireta:  $4\text{ mg/dL}$ .

Foi feito um esfregaço do sangue periférico, cujo resultado pode-se ver a seguir.



O diagnóstico de base mais provável para esse caso é

- (A) doença falciforme.
- (B) pneumonia que evoluiu para sepse.
- (C) talassemia beta.
- (D) leucemia linfoblástica aguda (LLA).
- (E) deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase com anemia induzida pelo uso de aspirina.

23

Uma criança de 5 anos de idade, do sexo feminino, é trazida para a emergência com quadro de infecção respiratória, caracterizada por febre, tosse e mal-estar geral, além de dispneia aos médios esforços.

A tomografia computadorizada de tórax mostrou infiltrados pulmonares bilaterais, reticulares. Foi solicitado o teste da crioaglutinina, que foi positivo. O hemograma da internação mostrou anemia intensa (hemoglobina de  $6\text{ g/dL}$ , com macrocitose) e a paciente começou a ser tratada com tetraciclina. Para a investigação da anemia, o exame que precisa ser feito imediatamente é o(a)

- (A) teste de falcização das hemácias.
- (B) teste da antiglobulina direta (TAD).
- (C) dosagem de IgG, IgA e IgM.
- (D) PCR para *Mycoplasma*.
- (E) mielograma.

24

Um recém-nascido prematuro, pesando  $1\text{ kg}$ , está internado em uma UTI neonatal e necessita de transfusão de hemácias para corrigir anemia acentuada (dosagem de hemoglobina de  $9\text{ g/dL}$ ). Essa será a segunda transfusão que esse bebê receberá, sendo que ele não apresentou nenhuma reação adversa à primeira transfusão.

Considerando as especificidades do paciente, essas hemácias precisam obrigatoriamente ser

- (A) lavadas e irradiadas.
- (B) fenotipadas para antígenos Rh e Kell.
- (C) irradiadas e desleucocitadas.
- (D) inativadas para patógenos.
- (E) negativas para anti-CMV (anti-citomegalovírus).

25

Dentre as alternativas abaixo, assinale aquela em que estão listadas complicações das plasmaféreses terapêuticas realizadas em máquinas de ciclo descontínuo:

- (A) dormência peri-oral e sobrecarga volêmica.
- (B) hipocalcemia e instabilidade hemodinâmica.
- (C) tetania e hipertensão arterial.
- (D) dormência e hiperviscosidade.
- (E) arritmia cardíaca e hemólise.

**26**

Uma adolescente de 17 anos de idade, portadora de doença falciforme (SS), é trazida por sua mãe para uma unidade de emergência de um hospital universitário com crise vaso-oclusiva e dor intensa na região lombar.

A mãe e a paciente dizem que a dor só passa com morfina injetável, e instam o pediatra de plantão a aplicar essa medicação imediatamente. O médico recusa e diz que a criança pode estar dependente de morfina, e que ele é quem vai decidir a medicação a ser adotada.

Em relação a esse diálogo, é correto afirmar que

- (A) a posição da paciente e a da sua mãe devem ser acatadas, pois elas têm a vivência sobre a doença e sabem o que faz efeito.
- (B) ambos os lados têm razão, mas, como não há consenso, o chefe do plantão deve ser chamado para decidir o que fazer.
- (C) o médico está correto e sua posição é a que deve prevalecer a priori, pois ele é o especialista no tratamento daquela doença.
- (D) a fala do médico foi inadequada, por partir de uma posição de força e não de diálogo.
- (E) considerando que se trata de uma situação de emergência, o médico deve escolher o que vai fazer, e não precisa dar ciência ao paciente e/ou à sua mãe.

**27**

Um paciente de 12 anos é internado no início da noite para iniciar o tratamento de leucemia promielocítica aguda recém-diagnosticada.

Na avaliação pós-internação, o plantonista constata que o paciente apresenta sangramento nos locais de punção, hematomas no braço e sangramento gengival espontâneo. Seu hemograma da internação mostra uma hemoglobina de 8 g/dL, leucometria total de 21.000/ $\mu$ L e plaquetas de 40.000/ $\mu$ L.

A hipótese que explica esse sangramento é

- (A) fibrinólise associada a leucemia promielocítica aguda.
- (B) plaquetopenia.
- (C) coagulopatia dilucional.
- (D) trombopatia.
- (E) anticorpo anti-fator VII da coagulação.

**28**

Uma criança de 7 anos de idade é encaminhada para consulta com hematopediatra devido ao aparecimento freqüente de equimoses nos membros inferiores. A avaliação da coagulação solicitada pelo médico mostra que se trata de um caso de doença de Von Willebrand do tipo 1.

Uma vez confirmado esse diagnóstico, o passo seguinte no seguimento da criança consiste em

- (A) instituir profilaxia com fator de Von Willebrand recombinante.
- (B) prescrever ácido tranexâmico, 1 comprimido 2 vezes ao dia;
- (C) realizar teste terapêutico com DDAVP.
- (D) dosar múltiplos de Von Willebrand.
- (E) orientar a família para que o paciente não pratique esporte.

**29**

Um paciente de 12 anos de idade, portador da síndrome de Rendu-Osler-Weber (teleangiectasia hereditária hemorrágica) apresenta epistaxe de vulto, que já durava 12 horas, e é levado pela família ao hospital, durante a noite. Lá, o médico plantonista constata que o paciente está hipovolêmico, com instabilidade hemodinâmica, e prescreve transfusão emergencial de 3 bolsas de concentrados de hemácias. Ele pede ao serviço de hemoterapia que a primeira bolsa seja enviada antes mesmo da realização de prova cruzada, e informa que a criança tem uma carteirinha em que está registrado que o seu grupo sanguíneo é A+. O serviço envia então uma bolsa A+, enquanto realiza as provas de compatibilidade pré-transfusionais.

A respeito da conduta do serviço de hemoterapia, nesse caso, é correto afirmar que

- (A) foi incorreta, porque não se pode liberar sangue antes de concluídas as provas de compatibilidade pré-transfusionais.
- (B) foi correta, pois o prognóstico vital do paciente estava em jogo, se a transfusão não começasse imediatamente.
- (C) foi correta, já que o médico-plantonista do hospital assumiu a responsabilidade pela liberação do sangue.
- (D) foi incorreta, pois era preciso esperar pelo menos o resultado do grupo sanguíneo.
- (E) foi incorreta, porque o sangue a ser liberado, nesta situação, teria que ser do grupo O.

**30**

Em relação à síndrome hemolítica-urêmica clássica, é correto afirmar que

- (A) é mediada por alterações no sistema do complemento.
- (B) deve-se controlar a insuficiência renal aguda com hidratação e diuréticos.
- (C) é tratada com eculizumabe.
- (D) é causada por infecção por *Escherichia coli* produtora da toxina Shiga.
- (E) observam-se hemácias fragmentadas (esquizócitos) e trombocitopenia nas formas atípicas da doença.

**31**

Homem de 24 anos de idade procura a emergência com quadro de febre, fadiga e sangramento gengival. Apresenta palidez cutâneo-mucosa, petéquias e adenomegalias cervicais bilaterais. Seu hemograma mostra uma dosagem de hemoglobina de 6,8 g/dL, 52.000 leucócitos/ $\mu$ L (70% blastos), com 48.000 células mononucleares/ $\mu$ L, e plaquetas de 22.000/ $\mu$ L.

Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) leucemia linfoblástica aguda (LLA).
- (B) leucemia mieloide crônica (LMC).
- (C) anemia aplástica grave.
- (D) doença de Hodgkin.
- (E) síndrome mielodisplásica.

**32**

Uma gestante O Negativo, 15 anos de idade, dá à luz uma criança que nasce com sinais de sofrimento fetal. O grupo sanguíneo da criança é A Negativo, e ela apresenta anemia intensa e hiperbilirrubinemia indireta de 18 mg/dL (no sangue do cordão umbilical). O teste de Coombs indireto da criança, feito também no sangue do cordão umbilical, foi levemente positivo (+/4+). A pesquisa de anticorpos irregulares na mãe foi negativa. Decidiu-se pela realização de uma exsanguineotransfusão.

O sangue a ser utilizado deve ser sangue total

- (A) O negativo.
- (B) reconstituído com concentrado de hemácias A negativo e plasma fresco congelado O.
- (C) O negativo e com PCR para parvovírus B19 negativo.
- (D) reconstituído com concentrado de hemácias O negativo e plasma fresco congelado AB.
- (E) A negativo.

**33**

Uma mulher de 32 anos, com queixas de mialgia, epistaxe, petéquias e equimoses, procura um hematologista, que solicita um hemograma e um coagulograma. Os resultados desses exames mostram: hemoglobina 8,4 g/dL; leucócitos 9.500/ $\mu$ L, com 25% de blastos; contagem de plaquetas de 28.000/ $\mu$ L; TP de 19 segundos (controle 13s), com RNI de 2; PTTa de 44 s (controle 32); fibrinogênio 90 mg/dL; PDF elevados. O esfregaço do sangue periférico mostra bastonetes de Auer.

Diante desse quadro, a conduta inicial recomendada é

- (A) aguardar cariótipo antes de iniciar qualquer tratamento.
- (B) executar heparinização plena.
- (C) iniciar ácido transretinoico (ATRA) e transfundir plasma fresco congelado e crioprecipitado imediatamente.
- (D) aplicar pulsoterapia com metilprednisolona.
- (E) executar transfusão imediata de concentrado de plaquetas HLA-compatíveis.

**34**

Um indivíduo do sexo masculino, 47 anos de idade, procura atendimento médico com queixas de astenia, dispneia aos grandes esforços e saciedade pós-prandial precoce, surgidas 3 meses antes e que vêm piorando desde então.

Ao exame físico, volumosa esplenomegalia, palidez (+/4+). O hemograma mostra uma dosagem de hemoglobina de 11,5g/dL; a leucometria global era de 120.000/ $\mu$ L, com desvio escalonado (presença de mielócitos e metamielócitos e de basofilia) e a contagem de plaquetas, de 520.000/ $\mu$ L.

O exame a ser solicitado para confirmar o diagnóstico e a terapêutica a ser proposta são, respectivamente,

- (A) pesquisa de mutação JAK2 V617F e hidroxiureia.
- (B) mutação FLT3-ITD e ruxolitinibe.
- (C) pesquisa de BCR-ABL e inibidor de tirosina-quinase.
- (D) pesquisa de mutação no gene CALR e anagrelida.
- (E) cariótipo t(9;22) e transplante de medula óssea.

**35**

Um paciente de 3 anos de idade, portador de hemofilia A grave, em uso regular de profilaxia com concentrado de fator VIII recombinante desde os 6 meses de idade, na dose 35 UI/kg de peso, 3 vezes por semana. Subitamente, começa a apresentar hemartrose recorrente de joelho.

Na cidade onde mora não há laboratório de hemostasia de referência, mas o laboratório geral realiza um coagulograma, que revela um T.P. normal e um PTTa muito alargado. O laboratório faz também um teste da mistura, que não resultou em nenhuma melhora no alargamento do PTTa.

A melhor explicação para essa situação clínica é

- (A) refratariedade ao fator VIII recombinante.
- (B) dose insuficiente da profilaxia com fator VIII recombinante.
- (C) hemofilia associada à deficiência de fator VII.
- (D) inibidor anti-fator VIII.
- (E) erro no diagnóstico de base: trata-se de um caso de Doença de von Willebrand.

**36**

Uma paciente de 68 anos de idade procura o hematologista e relata que seus últimos hemogramas mostravam sempre aumento do número de linfócitos, sem nenhuma outra anormalidade. Além disso, diz ser assintomática até duas semanas antes, e levar vida ativa. Duas semanas antes da consulta, passou a apresentar dispneia ao subir escadas ou ao andar num passo mais acelerado.

Ao exame físico, palidez (+/4+), leve icterícia (+/4+), LDH elevada, teste de Coombs direto positivo. O hemograma feito após a consulta mostrou uma hemoglobina de 9g/dL, com VCM de 95fL. Havia reticulocitose relativa (8%).

Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é

- (A) linfoma de células B com hemólise por microangiopatia.
- (B) anemia megaloblástica.
- (C) leucemia linfoblástica aguda (LLA) de evolução lenta.
- (D) hemoglobinúria paroxística noturna (HPN).
- (E) leucemia linfocítica crônica (LLC) complicada por anemia hemolítica autoimune.

**37**

Homem, 71 anos, queixas de astenia, dispneia aos grandes esforços e infecções de repetição, há cerca de 6 meses. Hemograma: anemia macrocítica (hemoglobina: 8g/dL), neutropenia e plaquetopenia discretas. O mielograma mostrou displasia multilinear, blastos 6%.

O diagnóstico provável é

- (A) anemia aplástica grave.
- (B) síndrome mielodisplásica.
- (C) anemia megaloblástica.
- (D) leucemia mieloide aguda.
- (E) anemia da inflamação crônica.

**38**

Paciente de 17 anos de idade, sexo feminino, portador de doença falciforme com alta necessidade transfusional, apresenta agravamento da anemia após receber duas bolsas de concentrados de hemácias.

Seu hematócrito pré-transfusão era de 5,5 g/dL e, no dia seguinte à transfusão, passou a ser de 3 g/dL. O paciente já apresentava, há alguns anos, 3 alo-anticorpos (anti-Jk<sup>a</sup>, anti-D, anti-e), mas as hemácias transfundidas eram desprovidas desses antígenos. O teste de Coombs pós-transfusional foi negativo.

A conduta imediata para esse paciente é

- (A) transfusão de mais 3 bolsas de concentrados de hemácias com fenotipagem estendida.
- (B) rituximabe + corticoide + imunglobulina.
- (C) eritracitáfereze automatizada para manter a hemoglobina S abaixo de 30%.
- (D) eritracitáfereze manual automatizada para manter a hemoglobina S abaixo de 30%.
- (E) hidroxiureia injetável.

**39**

Após um transplante de medula óssea alogênico, os pacientes devem receber transfusão de concentrados de hemácias e de concentrados de plaquetas submetidos à irradiação gama, para prevenção da Doença do Enxerto Contra Hospedeiro (DECH) Transfusional.

O mecanismo pelo qual a irradiação gama previne a DECH é

- (A) o bloqueio da proliferação dos linfócitos D contidos no hemocomponente.
- (B) a supressão de clones de linfócitos autorreativos.
- (C) a destruição dos linfócitos T e B contidos no hemocomponente.
- (D) a supressão da apresentação dos antígenos HLA aos linfócitos T contidos no hemocomponente.
- (E) a parada na produção dos peptídeos apresentados pelos antígenos HLA.

**40**

Uma mulher de 59 anos apresenta queixas de prurido após o banho, cefaleia e rubor facial. Seu hematócrito era de 56%, a dosagem de hemoglobina era de 18,2 g/dL, a contagem de leucócitos, de 13.000/ $\mu$ L, plaquetas de 620.000/ $\mu$ L. A dosagem sérica de eritropoietina estava baixa e havia presença da mutação JAK2 V617F.

A conduta inicial para essa paciente deve ser, segundo o protocolo estabelecido para o SUS,

- (A) ruxolitinibe.
- (B) interferon peguilhado.
- (C) fósforo radioativo.
- (D) transplante de medula óssea alogênico.
- (E) flebotomias + aspirina.

## 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 angiogramografia 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, 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 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 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 frequenta 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 interações 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 ( $< 500$  células/mm<sup>3</sup>) 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, SatO<sub>2</sub> 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. Abdomem sem visceromegalias. Pele sem exantemas visíveis. Exames iniciais: lactato sérico 4,2 mmol/L, leucócitos totais 1.500 células/mm<sup>3</sup> com 4 % neutrófilos, hematócrito 28 %, plaquetas 48.000/mm<sup>3</sup>, 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<sup>3</sup>, 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 de 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 células/mm<sup>3</sup>, linfócitos B CD19+ 22 células/mm<sup>3</sup>, NK 45 células/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 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, 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, 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 insulino terapia 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,  $\text{HCO}_3^-$  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 ( $\text{SpO}_2$ ) 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,  $\text{FiO}_2$  100%, com cânula ocupando 90% do diâmetro da narina.
- (B) fluxo de 3 L/kg/min (24 L/min),  $\text{FiO}_2$  40%, cânula de tamanho adequado (ocupando até 50% da narina).
- (C) fluxo de 1 L/kg/min (8 L/min),  $\text{FiO}_2$  100%, com cânula nasal de diâmetro total das narinas.
- (D) fluxo de 10 L/min,  $\text{FiO}_2$  21%, cânula de tamanho pequeno para maior conforto.
- (E) fluxo de 6 L/min,  $\text{FiO}_2$  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

