

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO MEDICINA INTENSIVA 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!

Medicina Intensiva

1

Uma paciente de 58 anos portadora, de esclerose lateral amiotrófica, encontra-se internada no CTI com fraqueza muscular e queda do estado geral devido à dificuldade de alimentação.

Sua filha questiona a respeito de alguma intervenção que possa aumentar a expectativa de vida dos pacientes com ELA.

A resposta mais apropriada para o caso seria

- (A) amantadina.
- (B) ventilação não invasiva.
- (C) colostomia.
- (D) antibioticoterapia profilática.
- (E) colocação de sonda nasogástrica.

2

Um homem de 74 anos, com quadro clínico de hipertensão arterial, doença coronariana e doença de Parkinson é admitido no CTI para tratamento, de uma pneumonia.

Como parte do tratamento é intubado e teve tratamento iniciado com antibioticoterapia venosa de amplo espectro. Seis dias após a admissão, ele apresenta-se febril, com piora da rigidez e não obedece mais a comandos.

A etiologia mais provável para esse quadro é

- (A) *Status epilepticus*.
- (B) meningite.
- (C) síndrome serotoninérgica.
- (D) síndrome neuroléptica maligna.
- (E) endocardite infecciosa.

3

Uma mulher de 32 anos, com história de alcoolismo e cirrose hepática, está internada no CTI após um consumo excessivo de álcool. Foi intubada na Emergência, sem necessidade de sedação, após ser encontrada irresponsiva em casa. Uma TC de crânio demonstra um edema cerebral difuso com apagamento dos sulcos e do sistema ventricular.

Seus exames laboratoriais apresentam elevação de TGO, TGP, bilirrubina total e amônia séricas. Permanece sem sedação com pouca resposta a estímulos, com exceção de uma resposta em extensão a estímulo motor. Suas pupilas estão com 5 mm e reagem lentamente à luz.

Considerando-se esses dados, a melhor conduta é

- (A) hiperventilação da paciente até obter uma pCo₂ de 20 mmHg.
- (B) sedação com midazolam numa infusão a 1 mg/h.
- (C) monitorização intraparenquimatosa da pressão intracraniana.
- (D) infusão de manitol a 1 g/kg.
- (E) transplante de fígado emergencial.

4

Um paciente de 27 anos foi internado no CTI após um acidente de moto, que resultou em fraturas expostas de fêmur, uma laceração de baço grau IV e uma transecção de coluna a nível de T3.

A seguinte alteração fisiológica é esperada no caso:

- (A) aumento da resistência vascular sistêmica.
- (B) hipertermia.
- (C) bradicardia.
- (D) aumento da capacidade vital.
- (E) hipertensão arterial.

5

Um homem de 72 anos apresentou um quadro de parada cardíaca, retornando após 32 minutos de reanimação cardiopulmonar. Foi realizada uma traqueostomia de emergência, por dificuldade de acesso à via aérea, 15 minutos após o início das massagens. 72 horas depois do evento da parada cardíaca, está intubado, sem sinais de desconforto, apesar de estar sem sedação ou analgesia.

Assinale a opção que representa melhor o desfecho clínico adverso desse paciente.

- (A) Lactato sérico de 8 mmol/L.
- (B) Potássio sérico de 6,0 mEq/L.
- (C) Embolia pulmonar segmentar na TC pulmonar.
- (D) Débito urinário de 0,1 mL/kg/h.
- (E) Resposta à dor em extensão.

6

Um paciente de 75 anos encontra-se no CTI para controle de uma sepse abdominal que se encontra em remissão. Contudo, ele permanece em ventilação mecânica devido à agitação psicomotora por delírio.

Dos seguintes fármacos, assinale o que seria usualmente recomendado como prevenção ou como tratamento.

- (A) Haloperidol para prevenção.
- (B) Haloperidol para tratamento.
- (C) Risperidona para prevenção.
- (D) Dexmedetomidina para tratamento.
- (E) Rosuvastatina para prevenção.

7

Uma mulher de 76 anos encontra-se no CTI por necessidade de suporte crescente de oxigênio, após ser admitida na Emergência por uma queda com conseqüente múltiplas fraturas de costelas. Ela descreve sua dor como 8 numa escala até 10. Ela respira de maneira rápida e superficial.

A conduta mais efetiva para analgesia dessa paciente seria

- (A) uso de opioide intravenoso para controle analgésico.
- (B) *patch* de lidocaína sobre a área de fratura.
- (C) infusão de anestésico local por um cateter epidural.
- (D) paracetamol venoso.
- (E) diazepam venoso.

8

Um paciente é internado no CTI devido a sepse pulmonar.

A droga melhor indicada para sedação desse paciente é o(a)

- (A) midazolam.
- (B) propofol.
- (C) fentanil.
- (D) dexmedetomidina.
- (E) morfina.

9

Paciente internado no CTI, com sepse pulmonar e disfunção hepática, necessita iniciar bloqueio neuromuscular para otimizar a ventilação mecânica.

Assinale a opção em que o bloqueador neuromuscular não depende da função renal ou hepática para seu *clearance*.

- (A) rocurônio.
- (B) cisatracúrio.
- (C) vecurônio.
- (D) pancurônio.
- (E) doxacúrio.

10

Um paciente está internado no CTI, em pós-operatório de uma toracotomia para realização de uma lobectomia inferior esquerda, por uma neoplasia de não pequenas células. Encontra-se sonolento após ter recebido analgesia venosa. Está com uma saturação de oxigênio de 97%. Apresenta, neste momento, um batimento cardíaco de 167 bpm e pressão arterial de 75/35 mmHg. O eletrocardiograma confirma o diagnóstico de uma fibrilação que não existia em exames anteriores e que, segundo a enfermagem, é de início recente.

A melhor conduta a ser seguida é

- (A) amiodarona 150 mg IV em bolus.
- (B) metoprolol 5 mg IV.
- (C) naloxona 0.04 mg IV.
- (D) procainamida 10 mg IV.
- (E) cardioversão sincronizada.

11

Um paciente de 73 anos encontra-se no CTI devido a um quadro de sepse de origem urinária, acompanhado de um infarto agudo do miocárdio sem supra. No momento, ele apresenta um ritmo compatível com Torsades de Pointes (TdP) intermitente com estabilidade hemodinâmica.

A respeito do caso, é mais apropriado afirmar que

- (A) o sulfato de magnésio é a primeira opção apenas no TdP sustentado.
- (B) a amiodarona prolonga o intervalo QT e é considerada de baixo risco para TdP.
- (C) sotalol e verapamil são agentes bloqueadores nodais seguros para pacientes com risco de TdP.
- (D) haloperidol, metadona, eritromicina e procainamida são seguras para pacientes em risco de TdP.
- (E) hiperpotassemia é um fator de risco para TdP.

12

Um homem de 56 anos foi submetido a um reparo emergencial aórtico torácico endovascular, devido à ruptura contida de um aneurisma de aorta. No primeiro dia de pós-operatório, ele se queixa de perda de função motora nos membros inferiores.

Ao avaliarmos a história do paciente, a seguinte medicação levaria esse paciente a ser considerado de alto risco de desenvolvimento de um hematoma espinhal, após um procedimento de drenagem espinhal:

- (A) aspirina 81 mg na manhã da cirurgia.
- (B) apixabana interrompida 3 dias antes do procedimento.
- (C) dabigatrana interrompida 4 dias antes do procedimento.
- (D) enoxaparina profilática interrompida 14 h antes do procedimento.
- (E) rivaroxabana interrompido 3 dias antes do procedimento.

13

Uma paciente de 65 anos, portadora de leucemia mieloide crônica, encontra-se internada para a realização de quimioterapia. No quarto dia de internação, ela apresenta hipotensão arterial. O lactato sérico encontra-se em 5 mmol/L, a creatinina sérica, em 3 mg/dL, e o hemograma demonstra uma neutropenia.

A seguinte conduta demonstra uma melhora de mortalidade nessa população:

- (A) início precoce de hemodiálise.
- (B) início precoce de terapia antifúngica.
- (C) hidratação venosa guiada por lactato sérico.
- (D) antibioticoterapia guiada pela procalcitonina sérica.
- (E) início precoce de agentes antibacterianos.

14

Um paciente internado no CTI com quadro de pancreatite aguda apresenta repetidas medidas de glicemia acima de 250 mg/dL.

Sobre o controle glicêmico em pacientes críticos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Hiperglicemia é associada a melhores desfechos se comparada à normoglicemia.
- (B) Terapia insulínica para manter a glicemia abaixo de 100 mg/dL é recomendada.
- (C) Terapia insulínica para manter a glicemia entre de 140 mg/dL e 180 mg/dL é recomendada.
- (D) Convulsão é a complicação mais comum da terapia insulínica.
- (E) Hipoglicemia é associada a melhores desfechos do que a normoglicemia.

15

Um paciente de 23 anos chega ao CTI, trazido da Emergência, vítima de um acidente automobilístico. Na admissão da Emergência, ele estava conversando, orientado e respondendo a comandos. Agora, no CTI, emite sons incompreensíveis, estando letárgico, abrindo os olhos somente a estímulos dolorosos, e com resposta motora de retirada em resposta à dor.

Os escores de coma de Glasgow inicial e subsequente para esse paciente são, respectivamente,

- (A) 15 e 8.
- (B) 15 e 4.
- (C) 13 e 8.
- (D) 10 e 4.
- (E) 15 e 6.

16

Um paciente de 33 anos encontra-se no CTI trazido da Emergência após ser vítima de um acidente automobilístico em alta velocidade. No momento apresenta distensão das veias no pescoço, dificuldade para respirar, hipertimpanismo à percussão do hemitórax direito com diminuição do murmúrio vesicular nesse mesmo hemitórax.

O provável diagnóstico e a conduta subsequente para o caso são:

- (A) tamponamento cardíaco / pericardiocentese.
- (B) tamponamento cardíaco / toracotomia de ressuscitação.
- (C) pneumotórax hipertensivo / drenagem torácica tubular.
- (D) pneumotórax hipertensivo / decompressão por agulha calibre 20.
- (E) pneumotórax aberto / curativo.

17

Uma paciente de 25 anos foi vítima de uma lesão perfurante por faca e encontra-se hipotensa (80 x 50 mmHg) e taquicárdica (110 bpm).

Com base nesses sinais vitais, a porcentagem da perda de sua volemia foi de, aproximadamente,

- (A) 5%.
- (B) 5% a 10%.
- (C) 10% a 15%.
- (D) 15% a 30%.
- (E) acima de 30%.

18

Um paciente de 56 anos apresenta um quadro avançado de fibrose pulmonar idiopática e encontra-se no CTI em ventilação não invasiva com 50 L de fluxo e 80% de FiO₂. Sua gasometria apresenta: pH 7,32, PaO₂ 80 mmHg, PaCO₂ 20 mmHg, HCO₃ 30 mEq/L.

Considerando a doença de base, o distúrbio fisiológico primário que causou essa hipoxemia no paciente foi

- (A) hipoventilação.
- (B) redução da pressão inspiratória de O₂.
- (C) *shunt* direito-esquerda.
- (D) hiperventilação.
- (E) limitação da difusão.

19

Um paciente de 38 anos, com 50 kg, previamente hígido, encontra-se no CTI com alteração do sensorio associado à hipertermia, hipotensão arterial e taquicardia. Foi intubado devido a seu nível de consciência baixo apresentando um laboratório compatível com um quadro de tempestade tiroideana. A gasometria arterial demonstra um pH de 7,24, PaO₂ de 80 mmHg, PaCO₂ de 52 mmHg e HCO₃ de 22 mEq/L. Os parâmetros ventilatórios incluem volume corrente de 350 mL, frequência respiratória de 14 irpm, PEEP de 5 mmHg e FiO₂ de 50%.

A abordagem mais apropriada na sequência é

- (A) aumentar o volume corrente para 500 mL.
- (B) modificar o modo ventilatório de volume controlado para suporte por pressão.
- (C) aumentar o PEEP para 8 mmHg.
- (D) aumentar a frequência respiratória para 18 irpm.
- (E) aumentar a FiO₂ para 70%.

20

Uma paciente de 63 anos está internada no CTI com disfunção respiratória aguda. Apresenta uma história de adenocarcinoma de pulmão tendo sido submetida a uma lobectomia há 10 dias.

Seus sinais vitais são: 120 bpm de frequência cardíaca, 150/90 mmHg de pressão arterial, 91% de saturação de oxigênio com 5 L em um cateter nasal. O Rx demonstra um pneumotórax de 3 cm no hemitórax direito.

A opção terapêutica imediata para essa paciente é

- (A) iniciar uma ventilação não invasiva por pressão positiva.
- (B) aplicar um alto fluxo de O₂ por cânula nasal.
- (C) inserir um dreno de tórax.
- (D) colher hemoculturas e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.
- (E) realizar uma broncoscopia diagnóstica.

21

Uma paciente de 70 anos foi intubada no CTI após falência respiratória, consequente a episódio de broncoaspiração e pneumonite.

Das práticas elencadas a seguir, assinale a que tem mais probabilidade de diminuir a duração da ventilação mecânica.

- (A) *Trial* de ventilação espontânea+ traqueostomia.
- (B) *Trial* de ventilação espontânea alternado com *trial* de despertar espontâneo.
- (C) Suporte pressórico com pressões decrescentes como terapia respiratória.
- (D) Traqueostomia precoce.
- (E) *Trial* de ventilação espontânea.

22

Uma paciente de 68 anos encontra-se no CTI com agudização de uma doença pulmonar obstrutiva crônica. Foi intubada depois da piora da hipercapnia.

Após 8 dias, a paciente encontra-se em processo de extubação ao apresentar queda de saturação de O₂ de maneira intermitente e aumento da quantidade de secreção traqueal. Um Rx de pulmão revela um novo infiltrado lobar inferior à direita.

O regime antibiótico mais apropriado para o caso é

- (A) metronidazol.
- (B) ceftriaxona e azitromicina.
- (C) vancomicina e cefepima.
- (D) cefepima e metronidazol.
- (E) ceftriaxona e metronidazol.

23

Uma paciente de 55 anos é intubada no CTI devido à grave falência respiratória. Uma TC de tórax revela opacidades padrão de vidro fosco difusas bilateralmente. Em seguida a uma dessaturação, o paciente apresenta abundante secreção hemorrágica exteriorizando-se pelo tubo orotraqueal. É realizado um lavado broncoalveolar por broncoscopia que revela uma alta porcentagem (> 50%) de macrófagos com hemossiderina em todas as amostras.

A seguinte condição na história patológica pregressa da paciente indica o diagnóstico de:

- (A) AAS utilizado como profilaxia para doença da carótida.
- (B) poliarterite nodosa tratada com 60 mg de prednisona diária.
- (C) hepatite B crônica com circulação de DNA HBV.
- (D) hepatite A.
- (E) três abortos espontâneos sempre ocorrendo no primeiro trimestre da gestação.

24

Uma paciente de 34 anos submetida à redução e fixação interna do fêmur esquerdo apresenta taquicardia e hipoxemia.

Um critério maior para diagnóstico de Gurd, para embolia gordurosa, é a presença de

- (A) taquicardia.
- (B) hipertermia.
- (C) icterícia.
- (D) petéquias.
- (E) presença de gordura na urina.

25

Uma paciente de 38 anos portadora de doença de Crohn apresenta múltiplas fístulas enterocutâneas após múltiplas cirurgias e má nutrição, internando no CTI para uso de nutrição parenteral. Encontra-se letárgica na admissão evoluindo com hipotensão arterial evoluindo para um quadro de convulsão e tetania.

O seguinte distúrbio eletrolítico é mais compatível com esse quadro:

- (A) hipomagnesemia
- (B) hipermagnesemia
- (C) hiperpotassemia
- (D) hiperfosfatemia
- (E) hipopotassemia

26

Um paciente de 18 anos previamente hígido é internado no CTI depois de um quadro clínico que iniciou com cefaleia e fotofobia. A família relata o início dos sintomas com uma hipertermia leve, confusão mental e diurese de grande volume.

No momento, o paciente encontra-se alerta e orientado, mas letárgico. Não há sinais neurológicos focais. O laboratório revela leucocitose e hipernatremia. Foram colhidas amostras de sangue para hemocultura.

O próximo passo na abordagem desse paciente é

- (A) colher urina para mensurar sódio, cloro, creatinina e osmolaridade.
- (B) iniciar antibioticoterapia de largo espectro.
- (C) realizar punção de medula.
- (D) fazer TC de crânio.
- (E) efetuar RNM de crânio.

27

No CTI, um paciente em curso de tratamento para sepse apresenta um quadro de insuficiência renal.

Sobre os tipos de diálise, assinale a afirmativa correta.

- (A) A diálise contínua pode induzir aumento na pressão intracraniana.
- (B) A diálise contínua provoca menos alterações hemodinâmicas.
- (C) A diálise contínua permite uma mobilização mais precoce dos pacientes.
- (D) A diálise contínua é menos eficiente em remover solutos.
- (E) Não há diferença entre os métodos.

28

Um paciente, no CTI, encontra-se em fase 5 de doença renal crônica.

Considerando-se a necessidade de iniciar antibioticoterapia, dos antibióticos a seguir listados, o que necessita de ajuste de dose é a

- (A) linezolida.
- (B) moxifloxacina.
- (C) cefazolina.
- (D) clindamicina.
- (E) ceftriaxona.

29

Um paciente de 22 anos, com história de colangite esclerosante e colite ulcerativa, apresenta um quadro de queda do estado geral, com perda de 9 kg devido a alto débito da ileostomia acompanhado de dor abdominal. Apesar de reposição volêmica e tratamento farmacológico na Emergência, o paciente não apresenta melhoras. É transferido para o CTI, após episódio de hipertermia de 39,8 °C por suspeita de sepse. Chega ao CTI letárgico, com 160 bpm de frequência cardíaca, PA de 150/80 mmHg, frequência respiratória de 25 irpm, e oximetria de 98% em ar ambiente. A investigação para sepse foi negativa e o exame laboratorial mais alterado foi um nível de TSH baixo.

O diagnóstico é

- (A) síndrome serotoninérgica.
- (B) hipertiroidismo.
- (C) tempestade tiroideana.
- (D) hipertermia maligna.
- (E) síndrome neuroléptica maligna.

30

Um paciente de 80 anos é admitido no CTI com alteração do estado mental. Ao exame físico, encontrava-se pálido, com a pele seca e temperatura de 35 °C. Ao exame físico, notou-se diminuição dos reflexos tendinosos profundos.

Nesse caso, assinale a opção que contém a alteração fisiológica encontrada no paciente admitido.

- (A) diminuição da resistência vascular.
- (B) diminuição da contratilidade cardíaca.
- (C) alcalose respiratória.
- (D) diarreia.
- (E) hiperglicemia.

31

Um paciente de 19 anos apresenta-se com história de 5 dias de edema progressivo ao redor do olho direito, após uma semana de dor nasal. Ao exame físico, há edema de pálpebra, proptose do globo ocular e limitação da movimentação do globo por dor sem perda de visão. Seus sinais vitais são 38 °C de temperatura, p4 bpm de frequência respiratória, 128 x 76 mmHg de pressão arterial. Uma TC demonstra inflamação da musculatura extraocular e desposicionamento anterior do globo ocular com sinusite frontal, sem evidências de inflamação intracraniana ou comprometimento vascular.

Enquanto se aguarda o resultado das hemoculturas, o regime antibiótico mais apropriado é

- (A) levofloxacina.
- (B) vancomicina e metronidazol.
- (C) vancomicina e ceftriaxona.
- (D) piperacilina-tazobactam.
- (E) ciprofloxacina.

32

Um paciente de 19 anos sem história patológica progressiva chega na Emergência, após um acidente de carro, com uma fratura pélvica. Foi inserida uma linha venosa central para administração de volume e de vasopressores. Três dias depois, o paciente torna-se febril e são obtidas hemoculturas que revelam a presença de *Staphylococcus aureus*. É então iniciado esquema com vancomicina. As culturas realizadas 2 dias depois foram negativas. O ecocardiograma transtorácico não apresentou alterações.

A melhor conduta a seguir é

- (A) ecocardiograma transesofágico.
- (B) terapia de bloqueio antibiótico.
- (C) retirada da linha venosa central.
- (D) antibioticoterapia por 7 dias.
- (E) iniciar antifúngico venoso.

33

Uma paciente HIV, ainda sem tratamento, foi internada no CTI com diagnóstico provável de pneumonia por *Pneumocystis*. A dosagem de seu CD4 é de 42 células/microlitro. Encontra-se intubada e sedada. Já apresentou, desde sua internação, 5 episódios de evacuação sanguinolenta. O PCR para *C.difficile* foi negativo. Uma colonoscopia realizada à beira de leito revela áreas de mucosa hiperemiadas e friáveis com hemorragia de submucosa e grandes e profundas ulcerações.

A antibioticoterapia empírica que deve ser iniciada, enquanto se aguarda o resultado das biópsias, é

- (A) ciprofloxacina.
- (B) vancomicina oral.
- (C) nitazoxanida.
- (D) norfloxacino.
- (E) ganciclovir.

34

Uma paciente de 56 anos, com diagnóstico recente de leucemia mieloide aguda, foi admitida há 10 dias para início de tratamento quimioterápico com citarabina e antraciclina. Após 24 horas, evolui com dor abdominal importante, hipertermia de 38,8 °C e diarreia aquosa. A TC de abdome demonstra espessamento de mais de 10 mm na parede tanto do intestino delgado quanto do grosso.

Considerando-se o possível diagnóstico, assinale a afirmativa correta.

- (A) Alimentação enteral ajuda a diminuir as complicações.
- (B) Pneumatose intestinal pode ser vista na TC de abdome.
- (C) Cirurgia precoce melhora o desfecho.
- (D) Antibióticos não estão indicados neste momento.
- (E) A quimioterapia não está relacionada ao quadro.

35

Um paciente de 62 anos está em tratamento no CTI, há 6 dias, sedado, intubado, com um cateter vesical. Apresentou hipertermia e foram colhidas amostras de sangue e urina para exame e culturas.

A amostra de urina revelou menos de 10 leucócitos e ser negativa para nitritos. A cultura de urina foi compatível com > 100.000 colônias de *Candida glabrata* sensível a micafungina, caspofungina e fluconazol.

Nesse caso, a melhor abordagem a é

- (A) prescrever micafungina.
- (B) prescrever fluconazole.
- (C) prescrever caspofungina.
- (D) remover o cateter urinário e repor outro.
- (E) manter tudo igual.

36

Um paciente de 32 anos, previamente saudável, está internado após ter sido vítima de uma mordida de cão, pois necessitou de procedimento cirúrgico devido à lesão de partes moles.

O paciente possui história de alergia à penicilina e a cefalosporinas, e está em uso de sulfametoxazol com trimetropina. Durante o exame físico, foram evidenciadas a presença de celulite, além de hipertermia e instabilidade hemodinâmica.

Assinale a opção em que a mudança no regime antibiótico é a mais apropriada para o caso.

- (A) Trocar sulfametoxazol por levofloxacina.
- (B) Adicionar vancomicina.
- (C) Adicionar clindamicina.
- (D) Adicionar gentamicina.
- (E) Adicionar amicacina.

37

Um paciente de 57 anos está internado no CTI há 10 dias, com Síndrome de Disfunção Respiratória Aguda (SDRA) e sepse consequente à pneumonia. Seu nível sérico de hemoglobina no momento é de 7,5 g/dL.

Assinale a afirmativa mais adequada sobre a abordagem da anemia associada a esse paciente crítico.

- (A) O uso de eritropoietina humana reduz a necessidade de transfusão de hemácias.
- (B) A suplementação de ferro reduz a necessidade de transfusão de hemácias.
- (C) Ele deverá ser transfundido já que pacientes com sepse devem manter uma hemoglobina > 9.
- (D) Devem ser utilizadas estratégias para coleta de sangue que minimizem as perdas sanguíneas e a necessidade de transfusão.
- (E) A reposição de plasma fresco pode substituir a transfusão de hemácias.

38

Uma paciente de 29 anos é admitida no CTI após ser submetida a uma esplenectomia laparoscópica sem complicações, por uma púrpura trombocitopênica idiopática.

No segundo dia de pós-operatório, ela se recupera bem, está afebril, hemodinamicamente estável e sem queixas. Seu hemograma revela uma contagem sérica de plaquetas de 654.000/ μ L.

A causa mais provável de trombocitose nessa paciente é

- (A) sepse.
- (B) trombocitose reativa.
- (C) neoplasia.
- (D) erro laboratorial.
- (E) infecção B.

39

Uma paciente de 65 anos encontra-se em PO de cirurgia plástica e, no dia 2 de pós-operatório, reinicia o uso de aspirina; passado um tempo, ela apresenta uma hipotensão arterial. É então transferida para o CTI com reposição venosa de 1 L de soro fisiológico a 0,9%, apresentando uma PA de 90 x 50 mmHg e frequência cardíaca de 120 bpm. Está pálida, diaforética e agitada. A incisão cirúrgica está limpa e seca.

Os exames laboratoriais mostram, de importante, uma HB de 6,5 mg/dL comparada a de dois dias atrás de 12 mg/dL. Ela apresenta então um episódio de hematêmese e sua pressão arterial vai a valores de 70/40 mmHg. Uma transfusão de hemácias é iniciada.

A abordagem mais adequada a seguir é

- (A) uma imediata angiogramia computadorizada de abdome.
- (B) obter parecer de um radiologista intervencionista para possível angioembolização.
- (C) exploração cirúrgica imediata.
- (D) endoscopia digestiva alta.
- (E) transfusão de hemácias até que a Hb fique acima de 10.

40

Uma paciente encontra-se no CTI após procedimento de uma angioplastia para correção de uma obstrução da veia hepática, visualizada numa ultrassonografia.

Apesar do procedimento, seus níveis séricos de aminotransferases e bilirrubina permanecem altos e agora há sinais do desenvolvimento de ascite.

A opção terapêutica correta é

- (A) TIPS.
- (B) transplante hepático.
- (C) modificar o intervalo terapêutico da anticoagulação.
- (D) colocar um filtro de veia cava.
- (E) paracentese.

Pediatria

41

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

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

A conduta mais adequada nesse caso é

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

42

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

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

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

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

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

43

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

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

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

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

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

44

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

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

A principal suspeita diagnóstica é de

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

45

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

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

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

46

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

A conduta inicial mais apropriada é

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

47

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

O diagnóstico mais provável é de

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

48

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

O diagnóstico mais provável é

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

49

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

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

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

50

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

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

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

51

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

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

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

52

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

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

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

53

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

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

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

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

54

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

A crise convulsiva desta manhã fora em vigência de febre (38,5 °C) de forma tônico-clônico generalizada, com cianose labial transitória 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; SpO₂: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

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

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

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

55

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

A conduta mais indicada nesse caso é

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

56

Menino de 6 anos, previamente hígido, é trazido ao pronto atendimento com lesões cutâneas pruriginosas no abdome, coxas e membros superiores há 5 dias. As lesões iniciaram como pápulas eritematosas que evoluíram para vesículas agrupadas com base eritematosa, com posterior formação de crostas melicéricas. Não há febre ou outros sintomas sistêmicos. A mãe relata que a criança 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 cél/mm³) com cateter venoso central tipo Port-a-Cath. É atendido na emergência com febre de 39,2 °C, prostração progressiva e extremidades frias há 3 horas. Na triagem apresenta: PA 78/45 mmHg (percentil < 5 para a idade), FC 152 bpm, FR 32 ipm, SatO₂ 93 % em ar ambiente, tempo de enchimento capilar 5 s, pulsos periféricos filiformes. Diurese das últimas 6 h: 0,3 mL/kg/h. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdomem sem visceromegalias. Pele sem exantemas visíveis. Exames iniciais: lactato sérico 4,2 mmol/L, leucócitos totais 1.500 cél/mm³ com 4 % neutrófilos, hematócrito 28 %, plaquetas 48.000/mm³, PCR 10 mg/dL. Glicemia 84 mg/dL. Cateter aparentemente pérvio, sem sinais flogísticos cutâneos. Equipe de enfermagem já obteve acesso venoso periférico calibre 20 G bilateralmente. Diante do quadro descrito, das seguintes condutas, assinale a que representa o manejo inicial mais adequado ainda na primeira hora de atendimento (terapia de “hora de ouro”).

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

61

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

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

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

62

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

A conduta vacinal mais apropriada neste momento é

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

63

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

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

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

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

64

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

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

Diante do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é

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

65

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

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

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

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

66

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

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

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

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

67

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

Com base no quadro apresentado, o diagnóstico mais provável é

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

68

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

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

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

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

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

69

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.

70

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

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

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

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

71

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

A conduta imediata mais apropriada para esse recém-nascido é

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

72

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

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

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é

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

73

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

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

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

74

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

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

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

75

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

A conduta terapêutica inicial mais adequada para esse caso é

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

76

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

A conduta imediata mais adequada nesse cenário é

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

77

Escolar do sexo feminino, 10 anos, previamente hígida, apresenta aumento progressivo de volume em região cervical direita há 6 semanas, associado a febre vespertina baixa, sudorese noturna e perda ponderal de 2 kg. Ao exame físico, nota-se linfonodo cervical posterior direito, de consistência endurecida, indolor, medindo cerca de 3 cm, sem sinais flogísticos cutâneos. Ausculta pulmonar sem alterações. Radiografia de tórax sem infiltrados ou adenomegalias hiliares evidentes. Prova tuberculínica (PPD) positiva (15 mm). Hemograma com leucócitos 7.200/mm³, VHS 48 mm/h. Ultrassonografia cervical confirma linfonodo 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/m², estágio puberal G4P4). Refere dieta variada e aumento recente do gasto energético devido à intensificação dos treinos. Ele e seus pais questionam sobre a necessidade de uso de suplementos proteicos e vitaminas para “melhorar o desempenho” e “evitar fadiga”. O recordatório alimentar revela: Ingestão proteica de 1,6 g/kg/dia, calorias adequadas para idade e nível de atividade, nenhum sinal clínico de carência nutricional, exames laboratoriais normais (hemograma, ferritina, vitamina D, B12).

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

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

79

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

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

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

80

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

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

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

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

Realização

