

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

NEFROLOGIA 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!

Nefrologia

1

Em relação à rejeição aguda no transplante renal, é correto afirmar que

- (A) a maioria dos casos ocorre nas primeiras horas do transplante.
- (B) a maioria dos casos é assintomática.
- (C) o aumento da creatinina não é mandatório para o seu diagnóstico.
- (D) não ocorre desenvolvimento de anticorpos séricos de novo direcionados contra os antígenos HLA do doador (ou seja, DSA) ou títulos crescentes de DSA em um paciente com um DSA preexistente.
- (E) os estudos de imagem são sensíveis e específicos para rejeição aguda.

2

Uma paciente idosa, comatosa, com histórico colhido por familiares de piora cognitiva progressiva, dá entrada num plantão na Emergência. Ela tem histórico de tabagismo de 50 maços/ano e síndrome consumptiva, além de episódios de tosse e eventuais hemoptóicos.

Foram solicitados exames laboratoriais, gasometria arterial e ela foi encaminhada para tomografia computadorizada. Os exames parciais demonstraram hemograma com discreta anemia, sódio 109 mEq/L, escórias nitrogenadas normais, normocalemia, hipouricemia e discreta hipoxemia, sem acidemia.

Ao exame físico, impressão clínica de hipohidratação leve, níveis pressóricos normais, emagrecimento e murmúrio vesicular reduzido em 1/3 superior de hemotórax direito.

A conduta adequada ao caso é

- (A) imediata reposição com soro fisiológico hipertônico, ajustada com correção horária, antes de encaminhar a exame de imagem ou de programar punção liquórica.
- (B) reposição com SF 0,9%, aguardar resposta clínica e liberar para investigação clínica.
- (C) imediato encaminhamento à Unidade de Terapia Intensiva.
- (D) após exame de imagem, realizar a programação de punção liquórica.
- (E) o início de vasopressina.

3

Mulher de 32 anos, sem comorbidade, mas com relato de dieta rica em lipídios e frituras, faz uso, por conta própria, de omeprazol para dispepsia. Apresenta, há cerca de 3 meses, quadro de fraqueza muscular. Realizou investigação neurológica, endocrinológica e laboratorial (hemograma, glicemia, dosagens hormonais, dosagem de zinco, escórias nitrogenadas, vitamina B12, sódio e potássio), porém, nada foi definido do quadro de hipocalemia moderada e refratária.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica é

- (A) síndrome de Bartter.
- (B) síndrome de Gitelman.
- (C) hipomagnesemia.
- (D) acidose tubular renal tipo 1.
- (E) acidose tubular renal tipo 4.

4

Paciente gestante, no terceiro trimestre de gravidez, é encaminhada, por apresentar, ao EAS tipo I, glicosúria +++/4+, piúria, nitrito positivo, e proteína +/4+. Encontra-se assintomática.

A conduta correta ao caso é

- (A) iniciar macrodantina.
- (B) iniciar investigação para pré-eclâmpsia.
- (C) iniciar investigação para tubulopatia.
- (D) aguardar o parto e programar biópsia renal.
- (E) manter conduta conservadora, pois essas alterações são comuns nesse período de gravidez.

5

Adolescente masculino, de 18 anos, com história prévia de viagem ao litoral e gastroenterite infecciosa importante, tratada em casa com hidratação oral. Dá entrada na emergência com quadro de prostração, desorientação e oligoanúria. Exames definem uremia, com ureia 380 mg%, creatinina 11,5 mg%, potássio 7 mEq/L, hemoglobina 6,8, presença de esquizócitos no sangue periférico e plaquetas 37000 UI/mL.

Após encaminhar à unidade fechada e solicitar parecer urgente de Nefrologia para provável início de Terapia Renal Substitutiva, a hipótese diagnóstica é

- (A) necrose tubular aguda.
- (B) glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- (C) injúria renal aguda pré-renal.
- (D) síndrome hemolítico urêmica.
- (E) leptospirose.

6

Paciente do sexo masculino, de 79 anos, hipertenso leve e sem outras comorbidades é encaminhado ao seu consultório com quadro de proteinúria de 2,5 g/24 horas, anemia severa, discretas elevações de escórias nitrogenadas. Observa-se alteração no exame de proteínas totais e frações, configurando aumento da globulina.

A investigação deve ser complementada com

- (A) programação de biópsia renal.
- (B) realização de eletroforese de proteínas séricas.
- (C) realização de imunoeletroforese de proteínas séricas.
- (D) realização de imunoeletroforese de proteínas séricas e urinárias com imunofixação.
- (E) investigação de anemia, com endoscopia digestiva e colonoscopia.

7

Assinale a opção que apresenta uma característica da Doença de Alport.

- (A) Ocorre mutação dos genes que produzem o colágeno tipo IV.
- (B) O tratamento é feito com administração da enzima Alfa-galactosidase A.
- (C) Alterações características em pele são comuns.
- (D) Raramente evolui para DRC.
- (E) A globotriaosilceramida (Gb3) acumula-se em várias células e tecidos.

8

A respeito da acidose tubular renal tipo 1, é correto afirmar que

- (A) o Ph urinário tipicamente está abaixo de 5.
- (B) ocorre redução na reabsorção de bicarbonato.
- (C) a hipercalemia está presente.
- (D) em adultos, raramente está associada a doenças de autoimunidade, tais como a síndrome de Sjögren.
- (E) a acidificação tubular distal mostra-se dificultada.

9

Paciente gestante de 40 anos, múltipara, na 22ª semana de gravidez, com rigoroso controle pré-natal, mantendo-se normotensa desde então, apresenta, em duas consultas consecutivas, pressão arterial acima de 140/90 mmHg. No exame de urina de rotina, observa-se proteinúria de 350 mg em 24 horas.

Nesse caso, é correto considerar que

- (A) a paciente apresenta critério de pré-eclâmpsia.
- (B) a paciente apresenta critério de hipertensão da gravidez.
- (C) a paciente deve repetir os exames e manter a aferição pressórica rigorosa em residência (síndrome do Jaleco Branco).
- (D) a paciente apresenta alterações esperadas no período gestacional.
- (E) a ausência de alterações hepáticas afasta o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

10

Paciente do sexo masculino, 65 anos, tabagista, comparece ao ambulatório com queixas de hematúria microscópica persistente, sendo encaminhado para investigação. Foi realizada extensa investigação que incluiu exames de imagem e pesquisa de dismorfismo eritrocitário (negativo).

A próxima conduta deve ser

- (A) solicitar angiotomografia de vias urinárias.
- (B) solicitar biópsia renal.
- (C) solicitar painel genético.
- (D) encaminhar para o serviço de Urologia.
- (E) repetir a investigação de glomerulopatia e, em especial, o de dismorfismo eritrocitário.

11

Paciente de 60 anos de idade, sexo masculino, é portador de doença renal crônica estágio 5, em programa regular de hemodiálise, três vezes por semana, sessões de 4 horas, há 8 meses. Apesar da boa adequação ao programa dialítico, seus exames laboratoriais demonstram cálcio 8,7 mg%, albumina 3 mg%, fósforo 6,2 mg%, 25-hidroxivitamina D 45 mcg, PTH molécula intacta 450 pg/mL e fosfatase alcalina 350 U/L.

A conduta terapêutica inicial a ser seguida é iniciar

- (A) reposição com acetato de cálcio.
- (B) Sevelamer.
- (C) Calcitriol.
- (D) Vitamina D.
- (E) Paricalcitol.

12

Paciente norte-americano, de 40 anos, afrodescendente, comparece ao consultório com história familiar de hemodiálise (pai e tio paterno). Ele apresenta hipertensão arterial controlada, diagnosticada há 6 anos. Apresenta elevação progressiva da creatinina sérica nos últimos dois anos (atualmente 1,8 mg%), além de proteinúria de 500 mg/24 horas.

Trouxe exames realizados anteriormente (ultrassonografia normal, sorologias, investigação reumatologia, imunoeletroforese de proteína sérica e urinária, ambas sem padrão monoclonal).

Na revisão laboratorial, chama a atenção a presença de alterações plaquetárias, tais como discreta trombocitopenia e macroplaquetas.

A conduta a seguir deve ser

- (A) programar biópsia renal.
- (B) solicitar angiotomografia renal.
- (C) solicitar painel genético, pois a doença renal crônica pode ser uma manifestação da doença relacionada ao MYH9.
- (D) repetir a investigação.
- (E) realizar inventário hormonal (renina, aldosterona, cortisol plasmático).

13

A nefrocalcinose é caracterizada pelo acúmulo de sais de cálcio em túbulos e interstícios.

Entre as causas da patologia na idade adulta, podemos assinalar

- (A) o hipoparatiroidismo.
- (B) o uso abusivo de diurético de alça.
- (C) a hipovitaminose D.
- (D) a acidose tubular renal tipo 4.
- (E) a hipercalemia crônica.

14

Paciente idoso, em uso de polifarmácia, vem apresentando hiponatremia assintomática (Na 133mEq/L).

A seguinte medicação deve ser reajustada no caso:

- (A) diurético tiazídico.
- (B) diurético poupadores de sódio.
- (C) dapagliflozina.
- (D) metformina.
- (E) diurético osmótico.

15

Em paciente sabidamente portadora de lúpus eritematoso sistêmico, em acompanhamento regular com reumatologista, uma indicação de biópsia renal para definição de nefrite lúpica é:

- (A) paciente com proteinúria acima de 500 mg/24 horas e sedimento ativo.
- (B) paciente com proteinúria abaixo de 150 mg/24 horas sem sedimento ativo.
- (C) paciente com anticorpo anti-DNA de dupla hélice positivo e consumo de complemento.
- (D) paciente que desenvolve hipertensão arterial.
- (E) paciente com poliartralgia.

16

A classificação das vasculites não infecciosas depende prioritariamente do tamanho dos vasos envolvidos.

A vasculite que afeta os vasos médios é a

- (A) vasculite de células gigantes.
- (B) poliarterite nodosa.
- (C) poliangiite microscópica.
- (D) vasculite crioglobulinêmica.
- (E) púrpura de Henoch-Schöenlein.

17

Com relação à doença renal do diabetes, é correto afirmar que

- (A) a proteinúria na urina de 24 horas deve estar acima de 300 mg/24 horas.
- (B) a proteinúria na urina de 24 horas deve estar acima de 150 mg/24 horas.
- (C) a amostra de urina deve estar acima de 30 mg/g de albuminúria e creatinina por mais de 3 meses.
- (D) a amostra de urina deve estar acima de 20 mg/g de creatinina por mais de 6 meses.
- (E) a diminuição da TFGe pode ocorrer e progredir para estágios avançados da doença renal crônica (DRC), antes do início ou sem nunca desenvolver aumento da albumina.

18

Paciente de 32 anos, portadora de transtorno bipolar, sem outras comorbidades, apresenta quadro de síndrome edemigênica de início súbito e comparece à Emergência com familiares.

Mostra-se muito ansiosa, apresenta-se em anasarca, porém normotensa. No exame físico, aparentemente com derrame pleural, sem outros sinais semiológicos relevantes. O EAS apresenta proteína 4+ /4+, sem outras alterações.

A hipótese diagnóstica é

- (A) síndrome cardiorrenal.
- (B) podocitopatia associada à medicação.
- (C) cirrose hepática por hepatotoxicidade do lítio.
- (D) síndrome nefrítica.
- (E) síndrome pareneoplásica.

19

Um homem de 62 anos é encaminhado ao nefrologista porque suas pressões arteriais, no consultório médico de Atenção Primária, nunca estiveram abaixo de 190/120 mmHg. Todo o restante de sua avaliação é, entretanto, normal. Um pedido de autorização prévia para monitoramento ambulatorial da pressão arterial foi negado por seu plano de saúde.

Suas pressões arteriais domiciliares, medidas com um dispositivo oscilométrico semiautomático validado, apresentam média e desvio padrão de $120 \pm 4/78 \pm 3$ (122 medições em 3 meses). Ele não tem histórico familiar de hipertensão. As pressões arteriais no consultório, aferidas com o mesmo aparelho, foram de 194/122, 196/120 e 192/118 mm Hg. O exame físico e os exames laboratoriais não apresentaram alterações.

Assinale a afirmativa correta a respeito da recomendação mais apropriada para ele.

- (A) Uma biópsia renal é indicada para identificar a causa de sua hipertensão.
- (B) Ele deve ter a depuração de iotalamato medida para garantir que a taxa de filtração glomerular (TFG) estimada esteja correta.
- (C) Ele deve ser submetido à ultrassonografia renal com estudos de fluxo Doppler, coleta de urina de 24 horas para ácido vanilmandélico e metanefrinas, e uma relação entre a atividade da aldosterona plasmática e da renina para descartar causas comuns de hipertensão secundária.
- (D) Ele deve iniciar um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou um bloqueador do receptor da angiotensina II, no mesmo dia e retornar a esse consultório em um mês, para nova aferição da pressão arterial com seu aparelho.
- (E) Ele deve continuar monitorando sua pressão arterial domiciliar e marcar outra consulta quando/se ela exceder 130/80 mm Hg.

20

O hiperaldosteronismo primário como causa de hipertensão deve ser investigado na seguinte situação clínica:

- (A) hipertensão resistente e hipocalemia.
- (B) hipertensão arterial e hipocalemia.
- (C) presença de adenoma adrenal menor que 5 mm em imagem de paciente acima de 40 anos.
- (D) hipertensão com hipercalemia refratária.
- (E) insuficiência renal de origem não determinada.

21

Das condições descritas abaixo, assinale a que é contraindicação absoluta para transplante renal.

- (A) Infecção ativa.
- (B) Doença cardiovascular acompanhada regularmente.
- (C) Doença cerebrovascular acompanhada regularmente.
- (D) Diabetes mellitus avançada.
- (E) Hiperparatireoidismo severo.

22

Paciente soropositivo é encaminhado por apresentar elevação lenta, porém persistente, da creatinina.

Após inventário farmacológico, sugere-se que a seguinte medicação seja trocada:

- (A) dolutegravir.
- (B) tenofovir.
- (C) lamivudina.
- (D) abacavir.
- (E) raltegravir.

23

Paciente com mielodisplasia, hipertenso e diabético, apresenta quadro de piora súbita da função renal e da proteinúria.

- Dos exames solicitados a seguir, o que justificaria a piora seria a
- (A) imunoeletroforese com imunofixação e aumento da cadeia gama.
 - (B) imunoeletroforese com imunofixação na alteração da relação das cadeias kappa/lambda.
 - (C) eletroforese de proteínas.
 - (D) *clearance* de creatinina e proteinúria.
 - (E) biópsia renal.

24

Das glomerulopatias elencadas a seguir, a que está associada a consumo de complemento é a

- (A) glomeruloesclerose colapsante.
- (B) nefropatia lesão mínima.
- (C) nefropatia membranosa.
- (D) nefropatia por IgA.
- (E) glomerulonefrite proliferativa difusa.

25

Em relação às hipertensões secundárias, é correto afirmar que

- (A) raramente apresentam-se como hipertensões severas ou resistentes.
- (B) devem ser investigadas se ocorrer em paciente com idade inferior a 30 anos, sem história familiar de hipertensão e sem obesidade.
- (C) ocorre geralmente em pacientes obesos, com história familiar de hipertensão e idade mais avançada.
- (D) estão correlacionadas com o consumo excessivo de sódio e a consequente diminuição da ingestão de potássio.
- (E) apresentam excelente resposta diurética.

26

No glomérulo, as máculas densas

- (A) são um conglomerado celular dentro do túbulo contorcido distal.
- (B) estão conectadas às células mesangiais extraglomerulares por junções comunicantes.
- (C) são densamente inervadas por terminais nervosos simpáticos.
- (D) contêm óxido nítrico sintase.
- (E) produzem renina.

27

Paciente politraumatizado, com traumatismo cranioencefálico grave e edema cerebral difuso, hematoma retroperitoneal, apresentando Injúria Renal Aguda KDIGO 3. Exames laboratoriais com ureia 240 mg%, creatinina 4,0 mg%, potássio 6,3 mEq/L, oligo-anúrico.

O melhor método dialítico recomendado nesse caso é a

- (A) diálise peritoneal.
- (B) hemodiálise convencional.
- (C) hemodiálise contínua.
- (D) hemodiálise intermitente.
- (E) hemofiltração contínua.

28

Paciente, 27 anos, oriundo de região amazônica, apresenta quadro agudo febril intermitente, petéquias, gengivorragia, anemia (Hb = 8 g/dL), urina escura, retenção nitrogenada (ureia 180mg%, creatinina 5,3 mg%), hiponatremia 128 mEq/L, hipercalemia 6,0 mEq/L, bilirrubina total 5,0 mg/dL, plaquetas 70.000, LDH 1300 U/L, CPK 750 U/L, HCO₃⁻ 18 mEq/L. Sedimento urinário com hemoglobinúria maciça.

O diagnóstico etiológico mais provável da injúria renal aguda é

- (A) acidente ofídico.
- (B) febre amarela.
- (C) dengue.
- (D) malária.
- (E) leptospirose.

29

Assinale a opção que contém o grupo de fármacos capaz de promover nefrotoxicidade, interferindo no mecanismo de autorregulação sanguínea glomerular e na taxa de filtração glomerular.

- (A) Betabloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, inibidores de SGLT2, estatinas.
- (B) Anti-inflamatórios não hormonais (AINH), bloqueadores dos receptores da angiotensina II, inibidores de SGLT2, inibidores de calcineurina.
- (C) Noradrenalina, bloqueadores de bomba de prótons, bloqueadores de receptor de angiotensina, AINH.
- (D) Betabloqueadores, bloqueadores de bomba de prótons, antagonista da aldosterona, AINH.
- (E) Inibidores de SGLT2, bloqueadores de canal de cálcio, bloqueadores de receptor de angiotensina, nitroprussiato de sódio.

30

Os meios de contraste radiológicos (MCR) são causas de Injúria Renal Aguda (IRA) peculiar em que o momento do insulto pode ser determinado.

Quanto aos fatores de risco conhecidos para a ocorrência de injúria renal aguda induzida por (MCR), é correto afirmar que

- (A) a infusão de MCR por via venosa causa mais risco de IRA que a infusão por via arterial.
- (B) a infusão de MCR venosa e arterial produzem igual risco de IRA.
- (C) a infusão arterial não causa risco de IRA.
- (D) a infusão por via venosa não causa risco de IRA.
- (E) a infusão de MCR por via arterial causa mais risco de IRA que a Infusão por via venosa.

31

A imunoterapia antitumoral por meio de anticorpos monoclonais (inibidores de *Checkpoint*) tem a injúria renal aguda como efeito colateral possível, sendo o padrão histopatológico predominante a

- (A) necrose tubular aguda.
- (B) nefrite túbulo-intersticial.
- (C) necrose cortical.
- (D) glomeruloesclerose.
- (E) amiloidose.

32

A creatinina e a cistatina C são biomarcadores utilizados para estimar a taxa de filtração glomerular por meio da fórmula CKD-EPI.

A cistatina C, entretanto, **não** é um biomarcador adequado para estimar a função renal em pacientes com

- (A) distúrbios de tireoide.
- (B) acidose tubular renal.
- (C) hipercolesterolemia.
- (D) anemia falciforme.
- (E) diabetes tipo 1.

33

Pacientes com diabetes e doença renal crônica apresentam elevado risco cardiorenal, com evidências de que há hiperativação dos receptores mineralocorticoides (RM) presentes no coração e nos rins. Portanto, o bloqueio da atividade RM é uma estratégia farmacológica proposta para reduzir o risco cardiorenal nessa população.

A nova geração de antagonista não esteroide do RM visa reduzir inicialmente a inflamação e, posteriormente, a fibrose tecidual.

O seguinte fármaco apresenta essas características:

- (A) espironolactona.
- (B) amiodarona.
- (C) aldosterona.
- (D) eplerenona.
- (E) finerenona.

34

Pacientes com doença renal crônica dialítica apresentam a seguinte característica urinária:

- (A) noctúria.
- (B) nictúria.
- (C) poliúria.
- (D) isostenúria.
- (E) polaciúria.

35

Paciente crítico, com reposição hidroeletrólítica de 4000 mL de soro fisiológico 0,9%, nas últimas 24h. Apresenta gasometria arterial com Ph: 7,29; PaCo₂: 38; Na: 136 mEq/L; K: 3,6 mEq/L; Cloreto: 115 mEq/L; HCO₃⁻: 17mEq/L.

O tipo de distúrbio hidroeletrólítico presente, nesse caso, é a acidose

- (A) mista.
- (B) metabólica hiperclorêmica.
- (C) respiratória.
- (D) metabólica com ânion Gap.
- (E) metabólica compensada.

36

O emprego de drogas inibidoras da anidrase carbônica promove alterações na função de transporte dos túbulos, resultando no distúrbio denominado

- (A) alcalose metabólica.
- (B) acidose tubular renal tipo 2.
- (C) acidose tubular renal tipo 1.
- (D) acidose metabólica mista.
- (E) alcalose mista.

37

Paciente de 46 anos, portadora de Doença Renal Crônica e hipertensão arterial de difícil controle, apresenta picos repetitivos de hipertensão intradialítica.

Dos fatores relacionados a seguir, o que **não** deve ser considerado como potencial efeito agravante, no quadro de hipertensão dessa paciente, é

- (A) hiperuricemia > 9 mg/dL.
- (B) concentração de sódio no banho de diálise.
- (C) dialisância dos anti-hipertensivos em uso.
- (D) uso de eritropoetina.
- (E) quantidade de sódio ingerido na dieta.

38

Considerando que a apresentação clínica de pacientes com amiloidose renal é determinada pelo tipo de amiloide, pela localização, pela quantidade de depósito de amiloide no rim e pela extensão do envolvimento extrarenal, a manifestação clínica que **não** está relacionada à amiloidose renal é

- (A) diabetes insípido nefrogênico.
- (B) síndrome de Fanconi.
- (C) proteinúria.
- (D) hipertensão arterial.
- (E) síndrome nefrótica.

39

A anticoagulação regional com citrato de sódio a 4% é uma estratégia indicada para uso em

- (A) hemodiálise convencional.
- (B) hemodiálise contínua.
- (C) hemodiálise intermitente.
- (D) hemoperfusão.
- (E) plasmaférese.

40

Paciente crítico, internado em emergência com choque séptico, recebeu ressuscitação volêmica com 2500 mL de soro fisiológico 0,9%, em duas horas. Mantendo-se oligúrico, apresenta exames com retenção nitrogenada.

Nesse período, a seguinte quantidade de gramas de sódio venoso foi administrada

- (A) 10,5 g.
- (B) 27,0 g.
- (C) 25,5 g.
- (D) 22,5 g.
- (E) 18,5 g.

Pediatria

41

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

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

A conduta mais adequada nesse caso é

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

42

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

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

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

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

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

43

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

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

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

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

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

44

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

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

A principal suspeita diagnóstica é de

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

45

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

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

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

46

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

A conduta inicial mais apropriada é

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

47

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

O diagnóstico mais provável é de

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

48

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

O diagnóstico mais provável é

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

49

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

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

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

50

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

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

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

51

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

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

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

52

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

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

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

53

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

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

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

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

54

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

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

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

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

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

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

55

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

A conduta mais indicada nesse caso é

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

56

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

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

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada são

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

57

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

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica é

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

58

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

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

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

59

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

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

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

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

60

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

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

61

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

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

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

62

Lactente masculino de 6 meses, nasceu a termo com 39 semanas via parto vaginal, peso ao nascer 3.200 g. Recebeu vitamina K, BCG e 1ª dose de hepatite B na maternidade. Aos 5 meses, foi internado por pneumonia grave e candidíase oral refratária. Investigação imunológica: linfócitos T CD3+ 180 células/mm³, linfócitos B CD19+ 22 células/mm³, NK 45 células/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 plagiocefalia franca.

A conduta inicial mais adequada para esse paciente é

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

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, plethora facial, estrias violáceas no abdome e alteração do humor. Ao exame físico: PA 135/85 mmHg, glicemia capilar 168 mg/dL, IMC no percentil 97. Não há sinais de puberdade avançada ou atraso puberal. Nega cefaleia, vômitos ou alterações visuais.

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

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

71

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

A conduta imediata mais apropriada para esse recém-nascido é

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

72

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

Ao exame físico: fontanela normotensa, perfusão periférica preservada, sem sinais de desidratação grave. Exames laboratoriais revelam bilirrubina total 8,5 mg/dL (predomínio indireto), glicemia 72 mg/dL, sódio 132 mEq/L, potássio 4,7 mEq/L, pH 7,20, HCO_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 (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, FiO_2 100%, com cânula ocupando 90% do diâmetro da narina.
- (B) fluxo de 3 L/kg/min (24 L/min), FiO_2 40%, cânula de tamanho adequado (ocupando até 50% da narina).
- (C) fluxo de 1 L/kg/min (8 L/min), FiO_2 100%, com cânula nasal de diâmetro total das narinas.
- (D) fluxo de 10 L/min, FiO_2 21%, cânula de tamanho pequeno para maior conforto.
- (E) fluxo de 6 L/min, 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/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 monohidratada 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

