

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO NEUROLOGIA 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!**



## Neurologia

1

Homem de 69 anos é avaliado por quadro de bradicinesia e rigidez axial, com início há cerca de 1 ano. A marcha é amplamente prejudicada, com quedas frequentes desde os primeiros meses, além de olhar fixo com limitação de movimentos oculares verticais, especialmente na direção para baixo. Refere ainda disfagia precoce e fala arrastada. O tremor de repouso está ausente. Exame neurológico mostra instabilidade postural importante e rigidez cervical.

De acordo com os critérios diagnósticos da MDS para doença de Parkinson, esse quadro clínico deve ser interpretado como

- (A) parkinsonismo vascular com componente extrapiramidal axial.
- (B) parkinsonismo atípico sugestivo de degeneração corticobasal.
- (C) diagnóstico provável de doença de Parkinson, aguardando resposta ao teste com levodopa.
- (D) doença de Parkinson idiopática com evolução atípica inicial, devendo seguir em observação clínica.
- (E) caso com critério de exclusão para doença de Parkinson, altamente sugestivo de paralisia supranuclear progressiva.

2

Mulher de 50 anos em acompanhamento com psiquiatra por depressão, ansiedade e insônia resistente a várias medicações. Há 1 ano usa Neuleptil (periciazina) com melhora parcial do sono. Há 9 meses vem apresentando, de forma progressiva, quadro de lentificação motora progressiva, rigidez e dificuldade para virar na cama e mudanças de decúbito.

Ao exame, apresenta bradicinesia e rigidez nos 4 membros simétrica. O neurologista deseja esclarecer se a paciente apresenta Doença de Parkinson ou parkinsonismo induzido por antipsicóticos.

Nesse contexto, o exame mais apropriado para ajudar no diagnóstico é

- (A) RM funcional com PET-FDG para avaliar metabolismo estriatal.
- (B) SPECT com TRODAT, que estará normal se for parkinsonismo por neurolépticos.
- (C) eletroneuromiografia para diferenciar tremor essencial de tremor parkinsoniano.
- (D) cintilografia cardíaca com MIBG, que estará reduzida se for parkinsonismo por fármaco.
- (E) teste terapêutico com levodopa em dose alta, que melhora parkinsonismo por fármaco.

3

Homem de 65 anos com doença de Parkinson diagnosticada há 8 anos retorna em acompanhamento com queixa de movimentos involuntários anormais, hiperkinéticos e distonia, que surgem cerca de 30 minutos após tomar a levodopa e pioram nos períodos de pico do efeito da medicação.

Refere que há períodos em que a medicação “funciona bem” e outros em que “parece não fazer efeito”, com retorno da rigidez e da lentidão que ocorrem antes da próxima dose. Está em uso de levodopa/benzerasida 800 mg/dia divididos em 4 tomadas.

Uma complicação motora observada nesse caso é

- (A) a síndrome de disfunção dopaminérgica, relacionada ao abuso da levodopa.
- (B) a discinesia bifásica, presente nos estágios iniciais da doença de Parkinson.
- (C) a discinesia de fim de dose, associada à falência da via dopaminérgica pós-sináptica.
- (D) a flutuação motora do tipo *on-off*, associada à progressão da doença e à farmacocinética irregular.
- (E) pseudodiscinesia induzida por ansiedade nos períodos ON.

4

Homem de 62 anos é avaliado por quadro progressivo de desequilíbrio, fala arrastada e dificuldade de coordenação dos membros, iniciado há cerca de 18 meses. Refere também episódios de queda da pressão ao se levantar, com tontura, e urgência urinária que iniciaram recentemente.

Ao exame físico, apresenta disartria moderada, ataxia apendicular bilateral e marcha com base alargada. Há também hipertonía plástica nos membros superiores e hiperreflexia global. O exame ocular está preservado. Não há história familiar de doenças neurológicas. A RM mostra atrofia ponto-cerebelar.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) ataxia espinocerebelar tipo 3 (SCA-3).
- (B) degeneração cerebelar paraneoplásica.
- (C) ataxia de Friedreich de início muito tardio.
- (D) paralisia supranuclear progressiva variante cerebelar.
- (E) atrofia de múltiplos sistemas tipo cerebelar (AMS-C).

5

Idoso de 75 anos desenvolve nos últimos seis meses progressiva alteração da marcha, incontinência urinária e declínio cognitivo. A tomografia mostra ventrículos cerebrais aumentados com sulcos corticais preservados.

Nesse caso, o diagnóstico e a conduta mais adequados são

- (A) parkinsonismo vascular – iniciar levodopa.
- (B) atrofia cortical difusa – indicar tratamento sintomático.
- (C) demência de Alzheimer – iniciar inibidores de acetilcolinesterase.
- (D) demência frontotemporal – encaminhar para avaliação psiquiátrica.
- (E) hidrocefalia de pressão normal – realizar *tap-test* e considerar derivação ventriculoperitoneal.

**6**

Paciente de 16 anos relata rigidez muscular nos membros desde criança, especialmente após repouso prolongado, que melhora com o movimento contínuo. O pai apresenta sintomas semelhantes.

Ao exame, observa-se retardo no relaxamento após aperto de mãos. Eletromiografia mostra descargas miotônicas.

O diagnóstico e o tratamento são, respectivamente,

- (A) polimiosite juvenil e azatioprina.
- (B) miotonia de Thomsen e carbamazepina.
- (C) miopatia por depósito de glicogênio e fenitoína.
- (D) miopatia mitocondrial proximal e ácido valproico.
- (E) distrofia miotônica de Steiner (tipo 1) e fenobarbital.

**7**

Homem de 35 anos procura emergência com queixa de diplopia, instabilidade da marcha e diminuição dos reflexos. Relata infecção respiratória 10 dias antes do início dos sintomas. Exame demonstra ataxia, oftalmoparesia bilateral e arreflexia.

A principal hipótese diagnóstica e o tratamento de escolha são

- (A) miastenia gravis e piridostigmina oral.
- (B) esclerose múltipla e imunossuppressores.
- (C) síndrome de Miller Fisher e imunoglobulina intravenosa.
- (D) neurite vestibular e antieméticos e reabilitação vestibular.
- (E) encefalite de tronco encefálico e corticoides em altas doses.

**8**

Mulher de 42 anos apresenta náuseas incoercíveis, vômitos e soluços persistentes há 7 dias. Ressonância magnética mostra lesão hiperintensa em região bulbar posterior, sem restrição à difusão. Sorologia positiva para anticorpos anti-AQP4.

Esse quadro indica o diagnóstico de

- (A) síndrome clínica isolada de tronco cerebral.
- (B) encefalite límbica com síndrome hipotalâmica.
- (C) doença do espectro da neuromielite óptica (NMOSD).
- (D) encefalomielite aguda disseminada pós-vacinal (ADEM).
- (E) a ausência de neurite óptica exclui NMOSD AQP4-positiva.

**9**

Paciente feminina, 89 anos, previamente hígida, sofreu queda da própria altura com fratura de colo de fêmur à esquerda. Foi internada e estava aguardando o tratamento cirúrgico quando, contando 48 horas do trauma, entrou em coma. Durante o exame neurológico, testou-se a integridade do tronco cerebral.

Para tal, pesquisaram, entre outros reflexos, o córneo-palpebral que testa a integridade dos nervos cranianos:

- (A) III e VII.
- (B) III e V.
- (C) V e VII.
- (D) II e VII.
- (E) II e III.

**10**

Um paciente masculino de 39 anos foi diagnosticado com doença de Parkinson e iniciou tratamento com rasagilina, após confirmação por especialista em distúrbios do movimento.

Após três meses, apresentou infecção urinária e foi atendido por seu clínico, que foi alertado pelo paciente sobre a contraindicação do uso de um antibiótico específico, que consta na monografia do produto, devido à interação medicamentosa com a rasagilina.

Esse antibiótico é a

- (A) amoxicilina.
- (B) ciprofloxacina.
- (C) nitrofurantoina.
- (D) cefuroxima.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprima.

**11**

Paciente masculino, 58 anos, iniciou quadro parkinsoniano há aproximadamente três anos. Não teve uma boa resposta terapêutica com o uso de levodopa associada a benserazida. Além disso, chamavam atenção a presença do sinal do aplauso, de *retrocollis*, de paralisia do olhar vertical inferior e de quedas precoces, para trás, associada a bradicinesia. Negava doenças prévias e uso de fármacos que pudessem provocar tais sintomas e/ou trauma cranioencefálico de qualquer espécie.

A hipótese diagnóstica mais provável, dentre as opções listadas a seguir, é

- (A) degeneração estriatonigral.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) atrofia de múltiplos sistemas.
- (D) degeneração corticobasal.
- (E) paralisia supranuclear progressiva.

**12**

Um adulto jovem, internado em um hospital geral, teve o diagnóstico de morte encefálica.

Para esse diagnóstico, com base na Resolução CFM nº 2.173/2017, avalie se são necessários os seguintes fatores:

- I. A presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica.
- II. A ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica.
- III. O tratamento e a observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. No entanto, quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas.

Está correto o que se afirma em

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

**13**

Paciente feminina, 35 anos, procura a emergência de um hospital geral com queixa de cefaleia hemcraniana direita, pulsátil, intensa, de instalação súbita, precedida por escotomas cintilantes em olho direito após ingestão de vinho tinto. Evoluiu, ainda, com fotofobia, náuseas e vômitos, motivo pelo qual procurou atendimento médico.

Relata episódios anteriores semelhantes, desde a adolescência, especialmente, com a ingestão de vinho tinto ou queijo amarelo. Sua mãe e sua irmã têm episódios semelhantes. Ocasionalmente, esses episódios precedem a menstruação. O exame físico/neurológico não mostrava qualquer alteração.

A hipótese diagnóstica mais provável, entre as opções a seguir, é

- (A) cefaleia tipo tensão.
- (B) cefaleia em salva.
- (C) enxaqueca / migrânea.
- (D) cefaleia numular.
- (E) cefaleia hípica.

**14**

Homem de 50 anos, com miastenia gravis generalizada autoimune (anti-AChR+), apresenta quadro estável com uso de piridostigmina e prednisona 20 mg/dia. Contudo, nas últimas tentativas de redução do corticosteroide, evoluiu com piora progressiva da fraqueza muscular.

Relata ganho de peso, hipertensão arterial e hiperglicemia. Exame físico: força grau 4 em membros superiores e inferiores, com estabilidade clínica fora das crises. A equipe decide iniciar imunossupressor para controle de longo prazo e possível retirada do corticoide.

A opção mais apropriada nesse caso é

- (A) rituximabe, pela alta eficácia no bloqueio de receptores colinérgicos.
- (B) ciclofosfamida endovenosa mensal, como terapia de indução para remissão.
- (C) imunoglobulina mensal como terapia de manutenção imunossupressora.
- (D) metotrexato intramuscular semanal como primeira linha em miastenia autoimune.
- (E) azatioprina, iniciando em dose baixa com ajuste progressivo.

**15**

Mulher de 38 anos com miastenia gravis autoimune (anti-AChR positiva) apresenta fraqueza generalizada com oscilação ao longo do dia, além de ptose e fadiga muscular aos esforços. Está em uso de piridostigmina 60 mg de 4/4h, com benefício parcial.

Exame neurológico mostra força grau 4 proximal em membros superiores e inferiores, reflexos normais e sem sinais bulbares graves. A equipe opta por introduzir corticoterapia.

Sobre a conduta imunossupressora mais adequada nesse caso, é

- (A) iniciar metilprednisolona pulsoterapia por 3 dias para reduzir rapidamente os sintomas.
- (B) substituir a piridostigmina por corticoide, pois o uso combinado reduz eficácia terapêutica.
- (C) reservar o uso de prednisona apenas para pacientes com miastenia bulbar grave ou crise iminente.
- (D) adicionar prednisona em dose baixa e aumentar progressivamente, devido ao risco de piora inicial.
- (E) iniciar prednisona em dose plena (1 mg/kg/dia) imediatamente, com expectativa de melhora em até 3 dias.

**16**

Homem de 58 anos apresenta fraqueza progressiva simétrica em membros inferiores e superiores, associada a parestesias e perda de reflexos, com evolução ao longo de 3 meses.

A eletroneuromiografia evidencia polineuropatia sensitivo-motora com sinais de desmielinização difusa. O líquido mostra dissociação albumino-citológica. Ao exame, marcha instável e força grau 3 nos quatro membros. Nega crises agudas ou piora súbita. O diagnóstico de polineuropatia desmielinizante crônica (CIDP) é considerado.

A conduta terapêutica inicial mais apropriada nesse caso é

- (A) optar por piridostigmina e fisioterapia, com reavaliação em 3 meses.
- (B) iniciar imunoglobulina intravenosa ou corticosteroide oral, ambos eficazes na CIDP.
- (C) reservar plasmaférese apenas para casos refratários à azatioprina e metotrexato.
- (D) internar em UTI e iniciar pulsoterapia com metilprednisolona por risco de crise iminente.
- (E) iniciar rituximabe como primeira linha em neuropatia autoimune crônica com fraqueza.

**17**

Paciente de 42 anos apresenta fraqueza progressiva com predomínio em membros inferiores, com perda de reflexos, disestesia distal e instabilidade de marcha, com evolução de 3 meses.

A eletroneuromiografia mostra polineuropatia desmielinizante com baixa dispersão temporal. O líquido revela proteinorraquia discretamente aumentada (60 mg/dL), com poucas células. Sorologia revela autoanticorpos contra neurofascina-155 (NF155). Após ciclo de imunoglobulina intravenosa (IGIV), o paciente mantém piora progressiva. A equipe discute mudança terapêutica.

Das condutas abaixo, a mais apropriada nesse cenário é

- (A) manter tratamento conservador, pois anticorpos anti-NF155 têm curso autolimitado.
- (B) introduzir corticoide em alta dose, pois é a base do tratamento das nodopatias.
- (C) repetir imunoglobulina intravenosa e iniciar piridostigmina como tratamento de suporte.
- (D) iniciar rituximabe, devido à má resposta à IGIV e presença de anticorpos IgG4 contra nodos.
- (E) iniciar plasmaférese, pois a presença de autoanticorpos responde melhor a depuração plasmática.

**18**

Homem de 58 anos apresenta, há 8 meses, fraqueza progressiva em membro superior direito, seguida de atrofia muscular, fasciculações e hiperreflexia ipsilateral, além de hiperreflexia e espasticidade leve em membros inferiores.

O exame neurológico confirma comprometimento motor puro, sem alterações sensitivas ou cognitivas. A eletroneuromiografia revela neuropatia motora nas regiões bulbar, cervical e lombossacral. Foram excluídas causas alternativas por exames laboratoriais e de imagem.

De acordo com os critérios diagnósticos de Awaji, esse caso preenche os critérios para

- (A) ELA clinicamente definida, pois há evidência de acometimento de neurônio motor superior e inferior em três regiões.
- (B) ELA suspeita, pois a eletroneuromiografia não é obrigatória para confirmação.
- (C) ELA provável, pois há envolvimento de dois segmentos neurais e progressão clínica.
- (D) neuropatia motora multifocal, pois o predomínio inicial unilateral afasta o diagnóstico de ELA.
- (E) ELA possível, pois há sinais clínicos e eletrofisiológicos, mas sem comprovação clínica de acometimento bulbar.

**19**

Homem de 38 anos é avaliado por quadro progressivo de fraqueza assimétrica em membros superiores, miofasciculações e disartria há 8 meses. Seu pai faleceu com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica aos 52 anos.

A eletroneuromiografia evidencia desnervação ativa e crônica em segmentos bulbar, cervical e lombossacro. A suspeita de ELA familiar é levantada.

A alteração genética que representa a causa mais comum de esclerose lateral amiotrófica familiar e que também pode estar presente em casos esporádicos é

- (A) mutação no gene SOD1, associada a comprometimento bulbar precoce.
- (B) deleção no gene ALS2, típica de ELA de início tardio com evolução lenta.
- (C) mutação no gene TARDBP, relacionada exclusivamente a formas esporádicas.
- (D) mutação no gene FUS, associada a ELA familiar com preservação cognitiva e curso benigno.
- (E) repetição anormal no gene C9orf72, frequentemente associada a demência frontotemporal.

**20**

Homem de 45 anos apresenta fraqueza proximal simétrica de membros com progressão lenta nos últimos anos, associada a fasciculações periorais, disfagia leve, ginecomastia e disfunção erétil. A eletroneuromiografia evidencia desnervação crônica bulboespinhal. Há história familiar de sintomas semelhantes em parentes do sexo masculino, por parte materna.

O diagnóstico mais provável nesse caso é

- (A) neuropatia motora multifocal com disfunção autonômica associada.
- (B) miopatia endócrina com padrão pseudoneurogênico na eletroneuromiografia.
- (C) esclerose lateral amiotrófica de início bulbar com manifestações endócrinas associadas.
- (D) doença de Kennedy, relacionada à expansão do gene do receptor de androgênio no cromossomo X.
- (E) atrofia muscular espinhal tipo 3 (Doença de Kugelberg-Welander), com herança autossômica recessiva.

**21**

Mulher de 29 anos apresenta episódio de neurite óptica retrobulbar a direita com dor à movimentação ocular e perda visual subaguda, que melhorou após realizar pulsoterapia com corticoide endovenoso. Não há história prévia de outros episódios neurológicos. Ao exame: reflexo pupilar aferente relativo à direita, sem outras alterações neurológicas.

A ressonância magnética de crânio mostra duas lesões hiperintensas em T2/FLAIR periventriculares, uma justacortical em lobo frontal esquerdo e uma no pedúnculo cerebelar médio esquerdo, sem realce pelo contraste. O líquido evidencia bandas oligoclonais restritas ao LCR.

A definição diagnóstica mais compatível pelos critérios de McDonald (2017) é

- (A) esclerose múltipla provável, exigindo novo evento clínico para confirmação diagnóstica.
- (B) síndrome desmielinizante aguda monofásica, com indicação de imunossupressão definitiva.
- (C) evento clínico isolado sugestivo de esclerose múltipla, sem critérios para diagnóstico definitivo.
- (D) neuromielite óptica, devido ao predomínio visual e ausência de lesões que captam de contraste.
- (E) esclerose múltipla definida por disseminação no espaço e no tempo, sem necessidade de novo surto.

**22**

Mulher de 33 anos, com esclerose múltipla remitente-recorrente altamente ativa, vem em seguimento há 2 anos em uso de natalizumabe, com excelente resposta clínica e radiológica. Atualmente, está assintomática, sem surtos ou novas lesões na RM. O exame de sangue recente revelou sorologia positiva para anticorpos anti-vírus JC com índice de 2,1.

A conduta mais adequada frente ao risco de complicação neurológica grave associada ao natalizumabe é

- (A) reduzir o intervalo de aplicação do natalizumabe para reduzir o risco de infecção pelo vírus JC.
- (B) manter o natalizumabe, pelo bom controle da doença e baixo risco de infecção oportunista.
- (C) associar aciclovir ao natalizumabe para prevenção de reativação viral relacionada ao vírus JC.
- (D) realizar RM cerebral de vigilância e considerar troca para outro imunobiológico, como ocrelizumabe.
- (E) suspender o natalizumabe imediatamente e iniciar Glatiramer como substituto de alta eficácia.

**23**

Mulher de 50 anos apresenta queda de pálpebra bilateral, disartria e fraqueza cervical flutuante. O teste para anti-AChR é negativo, mas o anti-MuSK é positivo.

Esse subtipo de miastenia gravis é frequentemente caracterizado por

- (A) predomínio ocular isolado.
- (B) curso benigno e auto limitado.
- (C) resposta excelente à timentomia.
- (D) fenômeno miastênico em extremidades distais.
- (E) fraqueza predominante axial e resistência à piridostigmina.

**24**

Homem de 58 anos, refere lenta e progressiva incoordenação durante a marcha evoluindo há alguns anos; o exame neurológico identifica oftalmoparesia, nistagmo, disartria e espasticidade. Recorda-se que o pai, português, também apresentava desequilíbrio durante a marcha no final da vida, sem diagnóstico.

O diagnóstico e a confirmação laboratorial são feitos por

- (A) estudo do exoma com painel para ataxias hereditárias.
- (B) expansão do trinucleotídeo CAG no gene ATXN3.
- (C) biopsia de músculo com acúmulo de mitocôndrias.
- (D) estudo de anticorpos antineuronais e biópsia de pele.
- (E) RM funcional e dosagem de dopamina.

**25**

Homem de 45 anos, previamente saudável, observa, pela manhã, ao espelho, desvio da rima labial para a direita. Nega outras queixas neurológicas. Exame neurológico confirma a queixa e não indica outros sinais de envolvimento de nervos cranianos nem sinais de envolvimento motor em membros.

A conduta mais apropriada nas primeiras 72 horas é

- (A) aciclovir e corticosteroides associados.
- (B) antibiótico de amplo espectro e vigilância hospitalar.
- (C) apenas medidas de suporte e exame de neuroimagem.
- (D) terapia anticoagulante para prevenir progressão vascular.
- (E) prednisona oral em dose anti-inflamatória por 5 dias.

**26**

Mulher de 38 anos com diagnóstico de esclerose múltipla apresenta visão dupla. No exame da motilidade ocular observa-se na pesquisa do olhar conjugado para a direita incapacidade de adução do olho esquerdo e nistagmo no olho direito; na pesquisa do olhar conjugado horizontal para a esquerda, há incapacidade de adução do olho direito e nistagmo no olho esquerdo.

Esse padrão caracteriza

- (A) síndrome um e meio.
- (B) síndrome de Parinaud.
- (C) oftalmoplegia internuclear bilateral.
- (D) paralisia supranuclear do olhar conjugado vertical.
- (E) paralisia supranuclear do olhar conjugado horizontal.

**27**

Paciente de 68 anos com antecedente de carcinoma de nasofaringe em tratamento radioterápico evolui com paralisia progressiva de múltiplos pares cranianos do mesmo lado da face, sem déficit motor ou sensitivo em membros.

Esse quadro clínico é sugestivo de

- (A) síndrome de Tolosa-Hunt.
- (B) meningite tuberculose crônica.
- (C) neuropatia diabética craniana múltipla.
- (D) esclerose lateral amiotrófica com padrão assimétrico.
- (E) síndrome de Garcin – lesão unilateral da base do crânio.

**28**

Um paciente com AVC extenso na artéria cerebral média direita apresenta descuido ao se barbear do lado esquerdo da face, ignora estímulos visuais do hemicampo visual esquerdo e não reconhece como seus os membros do lado esquerdo do corpo.

Esse quadro neuropsicológico é denominado

- (A) agnosia visual associativa.
- (B) apraxia ideomotora hemisférica.
- (C) hemianopsia homônima esquerda.
- (D) prosopagnosia com inatensão visual.
- (E) heminegligência contralateral ao hemisfério lesado.

**29**

O controle pupilar é exercido pelos dois componentes do sistema nervoso autônomo, simpático e parassimpático.

A síndrome de Claude Bernard Horner ocorre quando a ação de um desses componentes é interrompida.

Assinale a opção que apresenta o componente do sistema nervoso autônomo afetado e que descreve a síndrome numa lesão unilateral.

- (A) simpático; miose, enoftalmia e redução da rima palpebral ipsilateral a lesão.
- (B) simpático; anisocoria com midríase ipsilateral a lesão, enoftalmia e ptose contralateral.
- (C) simpático; anisocoria com pupila maior ipsilateral a lesão, exoftalmia e lagofotamia contralateral a lesão.
- (D) parassimpático; anisocoria com miose, enoftalmia e redução da rima palpebral ipsilateral a lesão.
- (E) parassimpático; midríase e abolição do reflexo foto motor direto ipsilateral a lesão com preservação do consensual.

**30**

Criança de 2 anos apresenta primeiro episódio de convulsão tônico-clônica generalizada com duração de 3 minutos durante febre de 38,9 °C. Recupera-se rapidamente após o episódio e encontra-se em bom estado geral, sem sinais meníngeos.

A conduta adequada nesse caso é

- (A) manejo clínico para controle da febre.
- (B) punção lombar imediata para afastar meningite bacteriana.
- (C) tomografia de crânio para descartar tumor febril-induzido.
- (D) internação hospitalar com eletroencefalograma de urgência.
- (E) Controle da febre e droga antiepiléptica por dois anos.

**31**

Lactente de 5 meses apresenta fechamento precoce da sutura com alongamento anteroposterior do crânio (escafocefalia). Desenvolvimento psicomotor normal. Exame neurológico normal.

O diagnóstico e conduta mais apropriados são, respectivamente,

- (A) microcefalia verdadeira e apenas vigilância.
- (B) hidrocefalia e punção liquórica terapêutica.
- (C) disostose craniofacial e tratamento com antibiótico e órtese.
- (D) cranioestenose sagital e encaminhamento para avaliação neurocirúrgica.
- (E) cranioestenose coronal e encaminhamento para avaliação neurocirúrgica.

**32**

Sobre as neoplasias que comprometem o sistema nervoso central, avalie as afirmativas a seguir.

- I. O adenocarcinoma de mama pode cursar com carcinomatose meníngea.
- II. A incidência de meduloblastomas é maior em adultos.
- III. a maioria dos casos de acromegalia é causada por adenomas da hipófise.

Está correto o que se afirma em

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

**33**

Paciente, 77 anos, hipertenso e diabético sofreu acidente vascular cerebral lacunar durante suas férias. Evoluiu de forma satisfatória sem sequelas incapacitantes.

Em geral, os infartos lacunares decorrem da oclusão de

- (A) pequenas artérias penetrantes do encéfalo.
- (B) tronco vasculares arteriais.
- (C) seio venoso sagital.
- (D) Seio venoso transverso.
- (E) ramos calibrosos da artéria vertebral.

**34**

Uma paciente tabagista, hipertensa, usuária de drogas ilícitas, teve o diagnóstico de síndrome de Wallenberg.

Considerando as opções a seguir, concluímos que ela sofreu um acidente vascular cerebral

- (A) isquêmico da ponte.
- (B) hemorrágico da cápsula interna.
- (C) isquêmico da cápsula interna.
- (D) isquêmico da parede lateral do bulbo.
- (E) hemorrágico do tálamo.

**35**

Uma paciente de 30 anos apresentou quadro clínico que motivou seu médico a solicitar a pesquisa de anticorpos anti-receptores de acetilcolina. Como esses anticorpos não foram detectados, prosseguiu a investigação solicitando anticorpos contra a quinase muscular específica (MuSK) e, posteriormente, anticorpos contra a proteína relacionada ao receptor de lipoproteína 4 (LRP4).

Dentre as opções a seguir, a hipótese diagnóstica que justifica solicitar tais exames é

- (A) síndrome de Guillain-Barré.
- (B) neuropatia axonal motora sensitiva aguda.
- (C) miastenia gravis.
- (D) polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica.
- (E) polineuropatia sensitiva crônica idiopática.

**36**

Sobre a doença associada aos anticorpos contra a glicoproteína oligodendrocitária da mielina (MOG), avalie as afirmativas a seguir.

- I. Caracteriza-se pela presença de autoanticorpos contra a MOG, proteína localizada na superfície externa da bainha de mielina dos oligodendrócitos.
- II. A resposta aos corticosteroides em altas doses é geralmente favorável, e a plasmaférese pode ser considerada em casos refratários.
- III. Imunossupressores como azatioprina, micofenolato mofetil e rituximabe podem ser utilizados para a prevenção de novos surtos.

Está correto o que se afirma em

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

**37**

Um paciente de 58 anos apresentou perda ponderal, febre, anemia, esteatorreia com dor abdominal, além de artralgia. Observava-se, também, ataxia com paralisia do olhar vertical. Foi levantada a hipótese diagnóstica de doença de Wipple.

Essa afecção decorre de infecção por

- (A) vírus sincicial.
- (B) bactéria do gênero *Tropheryma*.
- (C) bactéria do gênero *Actinomyces*.
- (D) *Klebsiella sp.*
- (E) *Streptococcus aureus*.

**38**

Paciente de 57 anos apresentava dores intensas, tipo choque, em membros inferiores associada a distúrbio de marcha que se acentuava ao anoitecer. Ao exame neurológico, observou-se arreflexia nos membros inferiores e pupilas mióticas que não reagem à luz mas sim à acomodação.

Teve o diagnóstico de *tabes dorsalis*, que é uma manifestação clínica de(a)

- (A) neurosífilis.
- (B) tuberculose.
- (C) síndrome da artéria espinhal anterior.
- (D) deficiência de vitamina E.
- (E) oclusão da artéria de Adamkiewicz.

**39**

Paciente feminina, 60 anos, apresenta comprometimento da linguagem, sem perda significativa da memória recente há, aproximadamente, dois anos. No exame neurológico, observam-se anomia e déficits de repetição, com preservação da fluência gramatical e da articulação.

Vários médicos levantaram a hipótese diagnóstica de afasia progressiva primária, uma variante da

- (A) demência vascular.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) demência frontotemporal.
- (D) demência com corpos de Lewy.
- (E) doença de Huntington.

**40**

Um paciente de 70 anos apresentou há, aproximadamente, sete anos déficit mnemônico que evoluiu, posteriormente, com disfunção executiva e acalculia. Notou-se, também, certo grau de apraxia. Após extensa investigação o paciente teve o diagnóstico de doença de Alzheimer. Iniciou-se tratamento sintomático com um anticolinesterásico.

Assinale, entre as opções listadas, o fármaco que pertence a essa classe farmacológica.

- (A) Donepezila.
- (B) Memantina.
- (C) Amantadina.
- (D) Biperideno.
- (E) Trihexifenidil.

## Pediatria

**41**

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

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

A conduta mais adequada nesse caso é

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

**42**

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

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

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

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

- (A) indicar intubação e ventilação mecânica com FiO<sub>2</sub> 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para sepse neonatal até elucidação completa.
- (E) solicitar angiotomografia de tórax.

**43**

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

A mãe relata que ele, que já falava frases completas, passou a ter dificuldade crescente para formar palavras e responder comandos verbais, mesmo sem alterações auditivas aparentes. O comportamento tornou-se mais 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 +/-, frequência cardíaca: 120 bpm, ausculta cardíaca com sopro sistólico 1+/6+ no foco pulmonar e não há linfadenomegalia ou visceromegalias.

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

A principal suspeita diagnóstica é de

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

45

Pré-escolar de 6 anos, com história prévia de asma, é levado ao pronto-socorro com dispneia progressiva, sibilância difusa, FR: 52 irpm, SatO<sub>2</sub>: 89% em ar ambiente, batimento de asa do nariz e fala entrecortada. A mãe nega febre e rinorreia. Não há história de contato com indivíduos com infecção de vias aéreas. No manejo inicial são administradas duas doses de salbutamol inalatório com espaçador.

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

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

46

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

A conduta inicial mais apropriada é

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

47

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

O diagnóstico mais provável é de

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

48

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

O diagnóstico mais provável é

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

49

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

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

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

50

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

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

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

51

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

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

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

52

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

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

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

53

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

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

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

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

54

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

A crise convulsiva desta manhã fora em vigência de febre (38,5 °C) de forma tônico-clônico generalizada, com cianose labial transitória 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; SpO<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

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

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

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

55

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

A conduta mais indicada nesse caso é

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

56

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

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

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada são

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

57

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

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica é

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

58

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

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

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

59

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

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

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

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

60

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

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

**61**

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

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

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

**62**

Lactente masculino de 6 meses, nasceu a termo com 39 semanas via parto vaginal, peso ao nascer 3.200 g. Recebeu vitamina K, BCG e 1ª dose de hepatite B na maternidade. Aos 5 meses, foi internado por pneumonia grave e candidíase oral refratária. Investigação imunológica: linfócitos T CD3+ 180 cél/mm<sup>3</sup>, linfócitos B CD19+ 22 cél/mm<sup>3</sup>, NK 45 cél/mm<sup>3</sup> com o diagnóstico de Imunodeficiência Combinada Severa (SCID) ligada ao X. Realiza IVIG mensal (400 mg/kg), TMP-SMX e fluconazol profiláticos. Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) programado em 2 meses.

A conduta vacinal mais apropriada neste momento é

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

**63**

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

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

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

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

**64**

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

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

Diante do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é

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

65

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

O laboratório inicial revela: glicemia capilar 46 mg/dL; gasometria arterial: pH 7,29 / HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17 mEq/L / BE -8 mEq/L; sódio 124 mEq/L, potássio 6,8 mEq/L, Cloro 96 mEq/L; ureia 38 mg/dL, creatinina 0,6 mg/dL; 17-hidroxiprogesterona sérica colhida 2 horas após admissão: 11 000 ng/dL (VR < 200 ng/dL).

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

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

66

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

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

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

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

67

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

Com base no quadro apresentado, o diagnóstico mais provável é

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

**68**

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

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

Exame inicial: FC 98 bpm, PA 108/66 mmHg, FR 18 ipm, SatO<sub>2</sub> 98 % em ar ambiente, T 36,7 °C. Consciente, orientada, fala pausada, olhar no chão. Pupilas isofotorreagentes. Abdome flácido, indolor, sem vômitos. Sem alterações neurológicas focais. Cicatrizes lineares antigas nos antebraços. ECG: ritmo sinusal, QTc 470ms. Os exames laboratoriais iniciais revelam glicemia 88 mg/dL, eletrólitos e função renal normal.

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

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

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

**71**

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

A conduta imediata mais apropriada para esse recém-nascido é

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

**72**

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

Ao exame físico: fontanela normotensa, perfusão periférica preservada, sem sinais de desidratação grave. Exames laboratoriais revelam bilirrubina total 8,5 mg/dL (predomínio indireto), glicemia 72 mg/dL, sódio 132 mEq/L, potássio 4,7 mEq/L, pH 7,20,  $\text{HCO}_3^-$  14 mEq/L, anion gap aumentado.

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é

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

**73**

Lactente masculino, 8 meses, 8 kg, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro com diagnóstico de bronquiolite viral aguda. Apresenta esforço respiratório moderado, tiragem intercostal, batimento de asa nasal, frequência respiratória de 68 irpm, saturação periférica de oxigênio ( $\text{SpO}_2$ ) de 89% em ar ambiente, sem sinais de exaustão. Está afebril, hidratado, normotenso, com ausculta pulmonar evidenciando sibilos difusos. Após falha com cateter nasal convencional com oxigênio a 2 L/min, optou-se pela instituição de oxigenoterapia com cateter nasal de alto fluxo (CNAF).

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

- (A) fluxo de 2 L/min,  $\text{FiO}_2$  100%, com cânula ocupando 90% do diâmetro da narina.
- (B) fluxo de 3 L/kg/min (24 L/min),  $\text{FiO}_2$  40%, cânula de tamanho adequado (ocupando até 50% da narina).
- (C) fluxo de 1 L/kg/min (8 L/min),  $\text{FiO}_2$  100%, com cânula nasal de diâmetro total das narinas.
- (D) fluxo de 10 L/min,  $\text{FiO}_2$  21%, cânula de tamanho pequeno para maior conforto.
- (E) fluxo de 6 L/min,  $\text{FiO}_2$  50%, cânula que oclui totalmente as narinas para maior pressão positiva.

**74**

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

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

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

75

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

A conduta terapêutica inicial mais adequada para esse caso é

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

76

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

A conduta imediata mais adequada nesse cenário é

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

77

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

O diagnóstico mais provável para esse caso é

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

78

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

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

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

**79**

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

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

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

**80**

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

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

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

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

Realização

