

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA  
EDIÇÃO 2025/2026

**Endare**  
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

**ÁREA DE ATUAÇÃO  
NUTROLOGIA 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!**

## Nutrologia

1

A desnutrição proteico-calórica é uma situação clínica muito prevalente, está presente como consequência de várias doenças e está associada a inúmeras deficiências de sistemas orgânicos.

Em relação às consequências clínicas da desnutrição, assinale a afirmativa correta.

- (A) A fraqueza muscular é raramente observada em pacientes desnutridos, a não ser que estejam associados a doença neuromuscular.
- (B) A desnutrição acarreta maior tempo de internação e aumento dos custos hospitalares.
- (C) A deficiência de micronutrientes não interfere com o aumento de complicações clínicas em pacientes desnutridos.
- (D) Infecções oportunistas estão pouco relacionadas com desnutrição e mais com processos gerenciais ruins.
- (E) Pacientes com desnutrição grave não apresentam alterações semiológicas importantes dificultando o diagnóstico ao exame físico.

2

A avaliação nutricional é uma ferramenta primordial no diagnóstico e planejamento da terapêutica em pacientes com suspeita de desnutrição.

Uma avaliação do compartimento muscular é realizada com maior precisão se usarmos a seguinte técnica antropométrica:

- (A) usar a prega cutânea tricipital.
- (B) medir o perímetro abdominal.
- (C) realizar bioimpedância na primeira consulta.
- (D) medir a circunferência da panturrilha.
- (E) dosar a albumina e a transferrina séricas.

3

A avaliação nutricional é essencial para o diagnóstico de alterações nutricionais e metabólicas, e o passo inicial para o planejamento da terapia nutricional dos pacientes.

Em relação ao método de avaliação nutricional da bioimpedância, avalie as afirmativas a seguir.

- I. É o melhor método para a avaliação nutricional e deve ser indicada nas situações clínicas complexas.
- II. Pode ser utilizada para triagem nutricionais de pacientes com doenças mais graves.
- III. Tem como fator limitante o estado de hidratação dos pacientes.
- IV. Tem boa efetividade no monitoramento das mudanças da composição corporal durante tratamento nutricional.

Estão corretas as afirmativas

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

4

A dosagem de proteínas séricas é um dos pilares do diagnóstico nutricional. Basicamente, ela reflete a síntese que ocorre no fígado de acordo com a disponibilidade de nitrogênio circulante. Vários fatores interferem nesse processo.

Sobre a dosagem das proteínas séricas como ferramenta diagnóstica, assinale a afirmativa correta.

- (A) A albumina sérica não funciona como um marcador prognóstico de risco em pacientes de cirurgias oncológicas eletivas.
- (B) A albumina e a PCR são bons marcadores de avaliação nutricional em pacientes hipermetabólicos em estado como sepse e trauma.
- (C) Em pacientes com sepse e hipermetabolismo a dosagem de albumina e transferrina possuem boa acurácia para avaliarmos o risco nutricional ou a desnutrição.
- (D) A utilização de pré-albumina em pacientes críticos com mudanças agudas de metabolismo pode guiar as intervenções nutricionais com mais acurácia, apesar de também não ser o método ideal.
- (E) A meia vida curta da albumina e da transferrina ajudam em muito na avaliação do risco nutricional no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgias de grande porte.

5

O exame físico como ferramenta da avaliação nutricional é muito rico em informações relevantes. Porém, ele pode apresentar sinais de confundimento em certas situações. Por exemplo, alguns sinais e sintomas estão relacionados diretamente a desnutrição.

Assinale a afirmativa correta a respeito da relação entre o exame físico e o diagnóstico de alterações nutricionais.

- (A) Clavículas, musculatura intercostal, região peri-escapular proeminentes são sinais de perda de massa magra, importante sinal prognóstico ruim para complicações clínicas.
- (B) Glossite e queilite são sinais de desnutrição proteica grave e pioram o prognóstico desses pacientes.
- (C) Edema peri-tornozelo ou sacral geralmente está mais relacionado a deficiências da função renal ou cardíaca e seu aparecimento em pacientes ambulatoriais não indica desnutrição.
- (D) Unhas quebradiças, com alteração na coloração e linhas de Beau são sinais de doenças infecciosas ou de alteração do hormônio tireoidiano e pouco tem a ver com estados de desnutrição.
- (E) Rarefação de pelos, alopecia, cabelos sem brilho e ralos não são sinais de perda de massa proteica e estão diretamente relacionados com hipovitaminose.

6

Em relação à avaliação nutricional do paciente em jejum não complicado, é correto afirmar que

- (A) as proteínas de fase aguda estão aumentadas.
- (B) a hipoalbuminemia demonstra desnutrição grave.
- (C) a linfocitopenia demonstra a importância do risco nutricional.
- (D) a transferrina sérica aumenta os níveis plasmáticos da albumina.
- (E) transferrina medida indiretamente é um bom marcador nutricional.

**7**

A Resolução RDC nº 503 define a Terapia de Nutrição Enteral (TNE) como um conjunto de procedimentos que abrangem várias etapas.

As etapas obrigatórias da TNE, conforme o Art. 7º da Resolução, são:

- (A) indicação e prescrição médica; preparação; administração; controle clínico laboratorial; avaliação final.
- (B) indicação e prescrição médica; prescrição dietética; preparação, transporte, administração; avaliação final.
- (C) indicação e prescrição médica; prescrição dietética; preparação e transporte; administração; controle clínico laboratorial.
- (D) avaliação nutricional; prescrição médica; preparação; transporte; administração; controle clínico laboratorial; avaliação final.
- (E) prescrição médica; prescrição dietética; preparação, conservação e armazenamento; transporte; administração; controle clínico laboratorial; avaliação final.

**8**

De acordo com o Art. 67 da RDC nº 503, o coordenador clínico da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) pode ser

- (A) um nutricionista com título de especialista em Terapia Nutricional.
- (B) um enfermeiro com pelo menos 5 anos de experiência na área de TNE.
- (C) qualquer membro da EMTN, desde que tenha experiência prática na TNE.
- (D) o coordenador técnico-administrativo, desde que tenha experiência em TNE.
- (E) um médico que atue em TNE e preferencialmente possua título de especialista, mestrado, doutorado ou livre-docência em área relacionada à TN.

**9**

A recomendação diária de proteínas para adultos, baseada na necessidade diária recomendada (RDA), é de

- (A) 0,5 g/kg/dia.
- (B) 0,8 g/kg/dia.
- (C) 1,0 g/kg/dia.
- (D) 1,2 g/kg/dia.
- (E) 1,5 g/kg/dia.

**10**

Das seguintes vitaminas hidrossolúveis, assinale a que atua como coenzima necessária para o metabolismo de glicose e aminoácidos no ciclo de Krebs.

- (A) Vitamina C.
- (B) Niacina (B3).
- (C) Tiamina (B1).
- (D) Piridoxina (B6).
- (E) Vitamina B12 (Cobalamina).

**11**

Além das alterações no microbioma intestinal, assinale o principal fator que pode influenciar negativamente a biodisponibilidade do cobre.

- (A) pH ácido no estômago.
- (B) Ausência de sais biliares.
- (C) Ingestão de carnes e ovos.
- (D) Níveis alimentares de ferro e cálcio.
- (E) Níveis alimentares de zinco, molibdênio e ácido ascórbico.

**12**

O cálculo das necessidades calóricas (gasto calórico) é um ponto primordial na terapia nutricional. Várias fórmulas para o cálculo do gasto energético foram elaboradas e são utilizadas na prática. A calorimetria indireta é um método muito utilizado que depende de treinamento específico e do uso de aparelho.

A respeito do cálculo do gasto energético, assinale a afirmativa correta.

- (A) A calorimetria indireta é um exame rotineiro, de fácil realização e rápido, que é feito a beira do leito e oferece informações muito precisas fidedignas. Sendo o padrão ouro para cálculo energético.
- (B) O cálculo do gasto energético utilizando a equação de Harris - Benedict é muito preciso e deve ser utilizado em pacientes de todas as situações clínicas.
- (C) A equação Penn State está mais indicada para pacientes críticos e, quando confrontada com a calorimetria indireta, tende a estimar para baixo o cálculo energético.
- (D) Pacientes com falência renal ou hepática não é recomendado a utilização da calorimetria indireta.
- (E) A fórmula de Harris-Benedict possui indicação precisa para pacientes hipermetabólicos, porém devemos utilizar os fatores de correção com critério, para não subestimarmos os cálculos.

**13**

A calorimetria indireta é o exame padrão ouro para o cálculo do gasto calórico no planejamento terapêutico nutricional dos pacientes.

A respeito das dificuldades da efetivação da calorimetria indireta, assinale a afirmativa correta.

- (A) A calorimetria indireta não está indicada em pacientes com falência renal devido à dificuldade do cálculo energético por conta da uremia.
- (B) A calorimetria indireta é precisa mesmo em pacientes com FIO2 acima de 70%.
- (C) A melhor indicação para calorimetria indireta é nos pacientes com instabilidade hemodinâmica.
- (D) Pacientes obesos mórbidos sem ventilação mecânica apresentam grandes alterações do metabolismo e, nessas situações, a calorimetria indireta tem baixa precisão.
- (E) Pacientes queimados se beneficiam muito da calorimetria indireta devido à intensa mudança de metabolismo desses pacientes principalmente nas 2 primeiras semanas de quadro clínico.

**14**

A obesidade é uma doença que cursa com um estado inflamatório crônico, o que acarreta diversas consequências.

Em relação às consequências desse estado inflamatório, assinale a afirmativa correta.

- (A) A resistência insulínica nesses pacientes raramente está presente.
- (B) A leptina em excesso nos obesos estimula a captura de glicose via GLUT-4.
- (C) A lipólise aumentada nesses pacientes, devido à resistência insulínica, aumenta a liberação de ácidos graxos livres na circulação que competem com a glicose como fonte de energia nos músculos.
- (D) A disbiose na obesidade não interfere com a circulação de endotoxinas.
- (E) A fosforilação incorreta do IRS-1 não interfere no transporte da glicose para o interior das células.

**15**

A obesidade intestinal afeta os diversos sistemas orgânicos pois apresenta um estado crônico de inflamação.

A respeito dos distúrbios fisiológicos causados pela obesidade, assinale a afirmativa correta.

- (A) A disbiose intestinal observada nos obesos favorece a produção de ácidos graxos de cadeia longa.
- (B) Os obesos não possuem disfunção endotelial importante, visto que a vasodilatação induzida pela hiperinsulinemia protege o endotélio.
- (C) A lipogênese hepática com consequente acúmulo de gordura corporal não está relacionado a mudança da microbiota intestinal.
- (D) O mecanismo de resistência insulínica e sua perda da capacidade de ação vasodilatadora não interferem com o desenvolvimento de hipertensão arterial.
- (E) A população de microrganismos intestinais que mais proliferam proporcionalmente na obesidade são os firmicutes que estão relacionados a lipogênese hepática.

**16**

A disbiose intestinal observada na obesidade não só é responsável por alterações no microambiente intestinal bem como desencadeia alterações importantes em vários sistemas orgânicos.

A respeito da relação disbiose intestinal e obesidade, assinale a afirmativa correta.

- (A) A disbiose acarreta perda da integridade da barreira mucosa intestinal com efeito direto nas junções epiteliais das células intestinais, propiciando translocação intestinal de microrganismos.
- (B) A disbiose não interfere com o aumento da expressão de genes envolvidos na lipogênese hepática.
- (C) A grelina aumentada na obesidade está diretamente relacionada com a o esvaziamento mais lento gástrico e aumento da resistência à insulina acarretado por esse retardo de esvaziamento.
- (D) A disbiose intestinal paradoxalmente mantém o eixo intestino cérebro íntegro.
- (E) A disbiose aumenta a produção de ácidos graxos de cadeia curta atuando como protetor da função hepática.

**17**

Os análogos do GLP-1 são medicamentos originalmente indicados para o tratamento de diabetes mellitus. Posteriormente, eles vêm sendo usados no tratamento da obesidade, visto que possuem diversas propriedades que melhoram o metabolismo e acarretam perda de peso.

Quanto às ações dos análogos do GLP-1, assinale a afirmativa correta.

- (A) São medicamentos que estimulam o esvaziamento gástrico propiciando saciedade precoce, reduzindo a absorção de gorduras e carboidratos complexos.
- (B) Inibem os centros hipotalâmicos de saciedade diminuindo a fome, com consequente redução da ingesta alimentar.
- (C) A perda de peso ocorre predominantemente por conta da perda de massa magra.
- (D) O efeito adverso de formação de cálculos biliares é raro.
- (E) Inibem a secreção de glucagon e estimulam a secreção de insulina, promovendo a maior captação de glicose pela célula.

**18**

As hipovitaminoses estão cada vez mais frequentes. A absorção da vitamina B12 (cobalamina) no organismo é mais complexa.

A substância, produzida pelas células parietais gástricas, que se liga à cobalamina para sua absorção no duodeno é a(o)

- (A) proteína R.
- (B) pepsinogênio.
- (C) ácido clorídrico.
- (D) fator intrínseco.
- (E) tripsina pancreática.

**19**

Sobre os transtornos alimentares, a ortorexia e a anorexia nervosa diferem na medida em que

- (A) a ortorexia leva a complicações médicas graves, enquanto a anorexia não.
- (B) a anorexia é uma estratégia de perda de peso, enquanto a ortorexia não é.
- (C) o foco obsessivo na ortorexia está na quantidade da comida, enquanto na anorexia é na qualidade.
- (D) a ortorexia é um transtorno obsessivo-compulsivo, enquanto a anorexia é um transtorno alimentar.
- (E) a anorexia é mais prevalente em homens, enquanto a ortorexia é mais prevalente em mulheres.

**20**

O atendimento ao paciente e o acompanhamento sistemático do estado nutricional mediante avaliação periódica são premissas de uma boa prática clínica.

De acordo com a Diretriz Braspen, a principal razão para a triagem nutricional ser a primeira etapa do processo de cuidado nutricional em pacientes críticos se deve ao fato de que ela permite

- (A) determinar o plano de cuidados e a terapia nutricional do paciente.
- (B) monitorar a eficácia da terapia nutricional já implementada.
- (C) avaliar o consumo de oxigênio pelo paciente, por meio de calorimetria indireta.
- (D) determinar a necessidade de terapia de reposição renal em pacientes com injúria renal aguda.
- (E) identificar rapidamente pacientes em processo de desnutrição inicial ou já desnutridos e iniciar a terapia nutricional de forma precoce.

**21**

Para pacientes queimados com mais de 20% de superfície corporal, o melhor método de avaliação do gasto energético, segundo a Diretriz Braspen, é

- (A) por meio do cálculo do balanço nitrogenado.
- (B) por calorimetria indireta, com medidas repetidas semanalmente.
- (C) pelo cálculo de fórmulas preditivas, como a equação de Harris-Benedict.
- (D) baseado no peso real do paciente, utilizando-se um valor fixo de 25 kcal/kg/dia.
- (E) baseado no peso ideal do paciente, utilizando-se um valor de 11 a 14 kcal/kg/dia.

**22**

De acordo com a Diretriz Braspen, em pacientes obesos críticos com IMC entre 30 e 50 kg/m<sup>2</sup>, a meta calórica a ser atingida se a calorimetria indireta (CI) não estiver disponível é

- (A) 11-14 kcal/kg/dia do peso real.
- (B) 15-20 kcal/kg/dia do peso real.
- (C) 22-25 kcal/kg/dia do peso ideal.
- (D) 25-30 kcal/kg/dia do peso ajustado.
- (E) 30-35 kcal/kg/dia do peso ajustado.

**23**

Em pacientes com pancreatite aguda, a via parenteral deve ser indicada, segundo a Diretriz Braspen, no seguinte caso:

- (A) em pacientes com pancreatite grave e disfunção orgânica.
- (B) quando a via parenteral é contraindicada nos casos de pancreatite aguda.
- (C) quando houver intolerância à nutrição enteral após 24 horas de tentativa.
- (D) em pacientes com pancreatite aguda, como terapia de primeira linha.
- (E) quando houver contraindicação formal à utilização do trato digestório ou não se conseguir atingir 60% das necessidades calóricas estimadas após sete dias de tentativa por meio da via enteral.

**24**

Assinale a opção que **não** apresenta um fator clássico de risco para desnutrição.

- (A) Perda ponderal recente.
- (B) Sintomas gastrointestinais.
- (C) Alteração da ingestão alimentar.
- (D) Baixo índice de massa corporal (IMC).
- (E) Frequência de monitoramento da glicemia.

**25**

Sobre a obesidade infantojuvenil, é correto afirmar que

- (A) a prática de atividade física não deve ser incentivada.
- (B) as terapias medicamentosas poderão ser utilizadas a partir dos 18 anos de idade.
- (C) a obesidade é uma doença crônica multifatorial que está associada a doenças genéticas.
- (D) quanto mais precoce e grave for o excesso de peso, menor é o risco de evolução para doenças crônicas não transmissíveis.
- (E) o objetivo principal do tratamento da obesidade não é a perda de peso, e sim a melhoria da composição corporal e a redução de riscos de comorbidades.

**26**

Com base nas diretrizes e procedimentos nutrológicos, assinale a afirmativa correta sobre a passagem de sonda nasoentérica e a administração da Terapia de Nutrição Enteral (TNE).

- (A) A passagem da sonda nasoentérica é um procedimento médico, que também é o único profissional autorizado a prescrever a dieta enteral.
- (B) Após a passagem da sonda, a administração da dieta pode ser iniciada imediatamente, não sendo necessária a confirmação radiológica de seu posicionamento.
- (C) A administração da nutrição enteral compete ao enfermeiro, após a devida confirmação radiológica pelo médico do adequado posicionamento da sonda oro-nasoentérica.
- (D) A sonda nasoentérica é de uso exclusivo para a nutrição, sendo estritamente proibida a administração de medicamentos pela mesma via para evitar interações e obstruções.
- (E) Compete ao enfermeiro a administração da nutrição enteral, bem como a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transjejunal, e a confirmação da sua localização antes de iniciar a dieta é um passo fundamental para a segurança do paciente.

**27**

Após a cirurgia bariátrica, o paciente deve passar por uma adaptação alimentar progressiva.

Sobre a dieta no pós-operatório imediato e tardio, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ingestão de líquidos durante as refeições é incentivada para ajudar na deglutição dos alimentos e na sensação de saciedade.
- (B) A dieta líquida restrita é recomendada apenas por 24 horas, sendo rapidamente substituída por uma dieta pastosa e, em seguida, geral.
- (C) A proteína deve ser priorizada em todas as fases da dieta, iniciando-se já na fase líquida, para prevenir a perda de massa muscular e promover a cicatrização.
- (D) O paciente pode consumir qualquer tipo de alimento desde que seja em pequenas porções, incluindo doces e gorduras, para garantir a energia necessária para a recuperação.
- (E) O principal foco da dieta pós-cirurgia bariátrica é a restrição calórica, não havendo necessidade de suplementação vitamínica e mineral, visto que o paciente passará a se alimentar melhor.

**28**

Em pacientes com síndrome de má absorção, que afeta a capacidade do intestino de absorver nutrientes, sobre os desafios nutricionais e os mecanismos de absorção assinale a afirmativa correta.

- (A) A ingestão de carboidratos complexos deve ser priorizada para evitar a sobrecarga de monossacarídeos, uma vez que a capacidade de absorção é limitada nessas condições.
- (B) A dieta de um paciente com má absorção deve ser rica em gorduras de cadeia longa, pois elas são as mais facilmente absorvidas e fornecem a maior quantidade de energia.
- (C) A suplementação de minerais como zinco e cobre é desnecessária, pois suas vias de absorção não são afetadas por problemas que causam má absorção de macronutrientes.
- (D) A má absorção de lipídios é o único problema, pois as proteínas e os carboidratos, por serem moléculas menores, são absorvidos eficientemente, mesmo com o comprometimento intestinal.
- (E) A absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K) é geralmente mais afetada do que a de vitaminas hidrossolúveis, pois elas dependem da digestão e absorção de gorduras para serem transportadas.

**29**

Sobre os métodos de avaliação da composição corporal (antropometria, bioimpedância elétrica e DEXA), assinale a afirmativa correta.

- (A) A DEXA (*Dual-energy X-ray Absorptiometry*) é um método que fornece a composição corporal em três compartimentos (massa gorda, massa magra e massa óssea), sendo considerada um dos métodos de referência.
- (B) A bioimpedância elétrica (BIA) é considerada o método padrão-ouro para a avaliação de gordura corporal, sendo mais precisa que a DEXA e a antropometria.
- (C) O estado de hidratação do paciente e o horário da refeição não afetam o resultado da bioimpedância elétrica (BIA), o que a torna ideal para avaliações em qualquer momento.
- (D) Os três métodos – antropometria, bioimpedância e DEXA – são considerados invasivos, e por isso, a escolha entre eles deve se basear apenas no custo e na disponibilidade do equipamento.
- (E) A antropometria, por meio da medição de dobras cutâneas, é capaz de estimar com precisão a gordura visceral, sendo superior aos métodos de imagem.

**30**

Sobre o tratamento farmacológico atualizado da obesidade, é correto afirmar que

- (A) o orlistate, um inibidor da lipase intestinal, é a nova geração de medicamentos injetáveis para o controle da obesidade e deve ser usado em doses semanais para maior eficácia.
- (B) a semaglutida, um agonista dos receptores de GLP-1 de uso semanal, é uma das medicações mais eficazes, pois atua na redução do apetite e retardo do esvaziamento gástrico, resultando em perdas de peso significativas.
- (C) a sibutramina é a medicação de primeira escolha para a maioria dos pacientes com obesidade, pois atua como um agonista dos receptores de GLP-1, proporcionando uma perda de peso superior a 20%.
- (D) a bupropiona, isoladamente, é considerada um dos tratamentos mais eficazes para a obesidade, por atuar diretamente no centro da saciedade, dispensando a associação com outras medicações.
- (E) o uso de liraglutida, um agonista dos receptores de GLP-1, é indicado apenas para pacientes diabéticos e não demonstrou benefícios na perda de peso em pacientes não diabéticos.

**31**

O processo de reeducação alimentar vai além de apenas contar calorias.

Sobre as orientações essenciais que um profissional deve passar ao paciente, assinale a afirmativa correta.

- (A) O consumo de água deve ser restrito a horários específicos, como antes das refeições, para evitar a diluição dos sucos gástricos e facilitar a digestão.
- (B) O paciente não deve ser encorajado a ler os rótulos dos alimentos, pois isso pode causar uma obsessão por calorias e nutrientes, levando a transtornos alimentares.
- (C) É fundamental que o paciente aprenda a praticar a “escuta” de seu próprio corpo, prestando atenção aos sinais de fome e saciedade, e reconhecendo a diferença entre a fome física e a emocional.
- (D) A velocidade da perda de peso é o principal indicador de sucesso do tratamento, e o paciente deve ser incentivado a alcançar resultados rápidos para se manter motivado.
- (E) A reeducação alimentar foca na eliminação de alimentos considerados “proibidos” (como doces e frituras), pois isso garante uma perda de peso mais rápida e duradoura.

**32**

A Síndrome do Intestino Curto (SIC) é uma condição clínica complexa que resulta da ressecção de uma porção significativa do intestino delgado, levando a uma grave má absorção de nutrientes.

Em relação aos desafios e ao manejo nutricional dessa síndrome, assinale a afirmativa correta.

- (A) A via oral ou enteral não deve ser utilizada nas fases iniciais do tratamento, pois a alimentação oral é contraindicada e pode piorar a diarreia.
- (B) A dieta para pacientes com SIC deve ser rica em gorduras de cadeia longa, pois elas fornecem uma fonte calórica densa e de fácil absorção, compensando a perda de superfície absorptiva.
- (C) O principal objetivo do tratamento é manter o paciente em nutrição parenteral total (NPT) por tempo indeterminado, pois a adaptação intestinal não é um processo significativo em adultos.
- (D) O manejo nutricional ideal envolve o uso progressivo da via oral/enteral para estimular a adaptação intestinal, com a Nutrição Parenteral (NP) sendo utilizada como suporte até que o intestino remanescente tenha capacidade absorptiva suficiente.
- (E) A suplementação de vitaminas e minerais hidrossolúveis é a única preocupação, pois a absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K) não é afetada diretamente pela má absorção de gordura.

**33**

A otimização nutricional de pacientes submetidos a cirurgias eletivas é um fator crucial para a recuperação e para a redução de complicações pós-operatórias.

Sobre a conduta nutrológica, assinale a opção que apresenta uma orientação correta.

- (A) O paciente deve iniciar a dieta oral no pós-operatório após a ausculta de ruídos hidroaéreos e eliminação de flatos, independentemente do tipo de cirurgia.
- (B) O jejum pré-operatório rigoroso (de 8 a 12 horas para todos os alimentos e líquidos) deve ser mantido, pois é o protocolo mais seguro para evitar broncoaspiração.
- (C) A ingestão calórica e proteica deve ser reduzida drasticamente no pós-operatório para evitar sobrecarga gastrointestinal e permitir que o intestino 'descanse'.
- (D) O uso de imunonutrientes como glutamina, arginina e ácidos graxos ômega-3 é indicado apenas para pacientes desnutridos no pós-operatório, sem benefícios para pacientes eutróficos.
- (E) A suplementação oral de carboidratos no pré-operatório é indicada para a maioria dos pacientes, pois ajuda a reduzir a resistência insulínica, a manter a massa muscular e a diminuir a resposta ao estresse cirúrgico.

**34**

A terapia nutricional é uma parte fundamental do tratamento do paciente com câncer, visando a prevenção e o combate à desnutrição e à caquexia.

Sobre a abordagem nutrológica em oncologia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ingestão de proteína deve ser restrita para evitar o crescimento tumoral, uma vez que as células cancerígenas utilizam aminoácidos para sua proliferação.
- (B) A suplementação de glutamina é indicada para todos os pacientes oncológicos, pois aumenta a resposta imunológica e previne a mucosite durante a quimioterapia.
- (C) O objetivo principal da nutrição em oncologia é promover o ganho de peso a qualquer custo, pois a desnutrição é o fator que mais impacta negativamente o prognóstico do paciente.
- (D) O rastreamento nutricional e a avaliação contínua são etapas cruciais, pois o estado nutricional do paciente oncológico pode mudar rapidamente devido ao próprio câncer e aos efeitos colaterais dos tratamentos.
- (E) A nutrição parenteral total (NPT) deve ser a primeira opção de tratamento para pacientes que não conseguem se alimentar adequadamente pela via oral, pois oferece todos os nutrientes necessários para combater a desnutrição.

**35**

A terapia nutricional para pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos (como fígado e rim) é complexa e fundamental para o sucesso do procedimento.

Sobre o manejo nutrológico desses pacientes, assinale a afirmativa correta.

- (A) O principal desafio no pós-operatório é a desidratação, uma vez que a hipercatabolismo e o estresse metabólico são as principais preocupações no pré-operatório.
- (B) O uso de imunossupressores no pós-operatório não interfere no estado nutricional, pois seu mecanismo de ação não afeta o metabolismo de nutrientes e a absorção intestinal.
- (C) A suplementação proteica é uma estratégia fundamental no pré e pós-operatório para combater o hipercatabolismo, preservar a massa muscular e promover a cicatrização de feridas.
- (D) A nutrição parenteral (NP) é a via de preferência no pós-operatório imediato, devendo ser utilizada como o único método de suporte nutricional para evitar o uso do trato gastrointestinal.
- (E) A desnutrição não é uma preocupação no pré-operatório, pois os pacientes são mantidos em suporte nutricional parenteral em casa, garantindo um estado nutricional adequado para a cirurgia.

**36**

A nutrição esportiva é uma área em constante evolução que busca otimizar o desempenho e a saúde de atletas e praticantes de atividade física.

Sobre as principais diretrizes e estratégias dessa área, assinale a afirmativa correta.

- (A) A cafeína é um suplemento ergogênico com evidências de eficácia para melhorar o desempenho em exercícios de endurance, sendo segura para a maioria dos adultos saudáveis em doses moderadas.
- (B) O timing da ingestão de proteínas e carboidratos é irrelevante, pois o importante é que a necessidade diária total seja atingida até o final do dia.
- (C) A suplementação com creatina é indicada para atletas de força e hipertrofia, não apresentando benefícios para a performance em esportes de endurance.
- (D) A nutrição esportiva deve ser padronizada, com recomendações calóricas e de macronutrientes fixas, aplicáveis a todos os atletas de uma mesma modalidade esportiva.
- (E) A hidratação do atleta deve ser baseada apenas na sede, pois o consumo excessivo de líquidos pode levar a hiponatremia em qualquer circunstância.

**37**

O acesso venoso central é essencial para a infusão de Nutrição Parenteral (NP), devido à alta osmolaridade da solução.

Sobre os tipos de cateteres e os cuidados associados, assinale a afirmativa correta.

- (A) Após a inserção de qualquer cateter venoso central, a radiografia de tórax é necessária apenas se houver suspeita de complicação durante o procedimento.
- (B) A nutrição parenteral pode ser administrada por um cateter venoso periférico, pois as soluções atuais possuem baixa osmolaridade, o que diminui o risco de flebite.
- (C) A inserção de um cateter venoso central é um procedimento de baixo risco e, por isso, a profilaxia antibiótica não é necessária, mesmo em pacientes imunocomprometidos.
- (D) O cateter totalmente implantado (Port-a-cath) é a melhor opção para a NP de curta duração, como uma semana, por apresentar menor risco de infecção e ser mais fácil de manusear.
- (E) O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é uma opção segura e eficaz para a NP de longa duração, com menor risco de pneumotórax e infecção em comparação com os cateteres de inserção em veias de grande calibre do tórax.

**38**

A avaliação do gasto energético é fundamental para a prescrição nutricional adequada.

Sobre os métodos utilizados para essa avaliação, assinale a afirmativa correta.

- (A) A calorimetria indireta é considerada o método padrão-ouro para a avaliação do gasto energético em repouso, mas sua aplicabilidade é restrita, pois é um método invasivo e de alto custo.
- (B) O quociente respiratório (QR), obtido pela calorimetria indireta, é um indicador que ajuda a determinar a taxa de oxidação dos macronutrientes, sendo um QR próximo a 0,7 a indicação de oxidação de gorduras.
- (C) As fórmulas preditivas, como a de Harris-Benedict e a de Mifflin-St. Jeor, são as mais precisas e devem ser sempre utilizadas em pacientes críticos, pois levam em conta o estresse metabólico.
- (D) As tabelas baseadas em consensos são os métodos mais precisos para estimar o gasto energético de pacientes, pois consideram todos os fatores de estresse e condições clínicas de forma individualizada.
- (E) O gasto energético total (GET) é a soma do gasto energético de repouso (GER) e do efeito térmico dos alimentos, não havendo a necessidade de se considerar o gasto com atividade física.

**39**

A avaliação laboratorial é um pilar fundamental no diagnóstico e acompanhamento das afecções mais prevalentes na nutrição.

Em relação à solicitação e à interpretação de exames, assinale a afirmativa correta.

- (A) A dosagem de vitamina D (25-hidroxivitamina D) é necessária apenas em pacientes com suspeita de osteoporose, pois o déficit dessa vitamina não tem outras repercussões clínicas significativas.
- (B) O exame de ferritina é o principal indicador para diagnosticar anemia ferropriva, pois seus níveis refletem o estoque de ferro do organismo de forma fidedigna, mesmo em quadros inflamatórios.
- (C) O hemograma completo é um exame de triagem inútil para a avaliação nutricional, uma vez que ele fornece apenas informações sobre células sanguíneas e não reflete o estado dos micronutrientes.
- (D) Níveis elevados de ácido úrico no sangue estão diretamente relacionados à resistência insulínica, obesidade e Síndrome Metabólica, sendo um marcador importante para a avaliação do risco cardiometabólico.
- (E) A vitamina B12 (cobalamina) deve ser avaliada rotineiramente em todos os pacientes, uma vez que a sua deficiência causa apenas sintomas neurológicos e não tem relação com alterações hematológicas.

40

A avaliação do estado nutricional de um paciente é um processo abrangente que combina diferentes métodos.

Sobre a interação entre o inquérito alimentar e a avaliação bioquímica, assinale a afirmativa correta.

- (A) A combinação do inquérito alimentar e da avaliação bioquímica permite uma análise mais completa e fidedigna do estado nutricional, pois o primeiro avalia a ingestão e o segundo o estoque corporal de nutrientes.
- (B) A avaliação bioquímica é o método isolado mais eficaz para diagnosticar desnutrição, pois reflete o estado nutricional de forma imediata e sem a influência de condições clínicas.
- (C) O exame de sangue é a única forma de avaliação bioquímica, não havendo necessidade de exames de urina ou de outras amostras biológicas para a avaliação do estado nutricional.
- (D) O inquérito alimentar (como o recordatório de 24 horas) é um método totalmente preciso para quantificar a ingestão de micronutrientes, tornando a avaliação bioquímica desnecessária para a maioria dos casos.
- (E) A proteína C-reativa (PCR) deve ser usada para diagnosticar deficiência proteica, pois seu aumento indica uma má nutrição grave e persistente.

## 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 durando cerca de 4 minutos. Não há história prévia de convulsões e mãe nega trauma. A gestação fora sem intercorrências, o desenvolvimento neuropsicomotor está adequado para a idade, sem doenças crônicas conhecidas. Vacinação: esquema vacinal incompleto – recebeu as vacinas do 2º e 4º mês de vida, porém não recebeu as doses previstas para 6 meses (incluindo *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumococo).

Não há história familiar de epilepsia, embora o pai relate ter tido convulsões febris na infância. Ao exame a criança está com o estado geral regular, chorosa e irritada alternando com sonolência leve responsiva a estímulos. Temperatura: 38,3 °C; FC: 150 bpm; FR: 34 irpm; SpO<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

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

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

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

55

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

A conduta mais indicada nesse caso é

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

56

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

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

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada são

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

57

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

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica é

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

58

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

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

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

59

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

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

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

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

60

Paciente do sexo masculino, 10 anos, portador de leucemia linfoblástica aguda em indução (dia 14 de quimioterapia), com neutropenia absoluta ( $< 500$  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<sup>3</sup>, postergando a ressuscitação volêmica até estabilizar a hemostasia.

**61**

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

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

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

**62**

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

A conduta vacinal mais apropriada neste momento é

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

**63**

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

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

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

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

**64**

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

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

Diante do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é

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

65

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

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

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

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

66

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

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

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

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

67

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

Com base no quadro apresentado, o diagnóstico mais provável é

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

68

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 hipoecoico com áreas de necrose central. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) revelou granuloma caseoso e bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na baciloscopia direta.

O diagnóstico mais provável para esse caso é

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

78

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

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

- (A) recomendar suplementação proteica para apoiar a hipertrofia muscular e melhorar o desempenho atlético.
- (B) iniciar suplementação com multivitamínicos para prevenir possíveis deficiências subclínicas devido à alta demanda física.
- (C) introduzir suplementos de aminoácidos de cadeia ramificada (BCAA) para reduzir a fadiga e promover recuperação.
- (D) recomendar creatina 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/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

