

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

REUMATOLOGIA 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!

Reumatologia

1

Uma paciente de 52 anos, obesa, com osteoartrite de joelhos, relata dor localizada na face medial do joelho direito, que piora ao subir e descer escadas. Ao exame físico, observa-se dor à palpação 2 a 4 cm abaixo da interlinha articular medial, sem derrame ou instabilidade ligamentar.

Esse achado é mais compatível com

- (A) lesão meniscal medial, pela sobrecarga compressiva sobre fibrocartilagem.
- (B) lesão do ligamento colateral medial, cuja inserção distal está exatamente no ponto descrito.
- (C) bursite anserina, pela inflamação da bursa entre o tríplice tendão (sartório, grácil e semitendíneo) e a tibia.
- (D) síndrome do trato iliotibial, devido ao atrito da fásia lata sobre o epicôndilo medial do fêmur.
- (E) tendinopatia do quadríceps, pela degeneração da inserção tendínea na tibia proximal.

2

Associe as sentenças abaixo (I a V), que descrevem casos clínicos com achados laboratoriais, aos comentários que explicam o papel dos autoanticorpos ANCA e sua interpretação clínica.

Sentenças (casos clínicos):

- I. Homem, 42 anos, com sinusite crônica recorrente, hemoptise e glomerulonefrite rapidamente progressiva; sorologia com c-ANCA (PR3-ANCA) fortemente positivo.
- II. Mulher, 35 anos, com asma de difícil controle, eosinofilia persistente, neuropatia periférica dolorosa e infiltrados pulmonares migratórios; exame mostra p-ANCA (MPO-ANCA) positivo.
- III. Homem, 60 anos, com púrpura palpável, dor abdominal e hematúria microscópica; sorologia com ANCA negativo.
- IV. Mulher, 50 anos, com síndrome renal-pulmonar: dispneia, hemoptise, glomerulonefrite crescentic, sorologia revela p-ANCA (MPO-ANCA) positivo em títulos elevados.
- V. Homem, 55 anos, com artralguas, lesões cutâneas ulceradas e glomerulonefrite necrosante pauci-imune, ANCA indeterminado/negativo.

Comentários (interpretação):

- a. Quadro típico de granulomatose com poliangeíte (GPA), fortemente associado a c-ANCA/PR3-ANCA.
- b. Padrão de poliangeíte microscópica (MPA), frequentemente MPO-ANCA positivo, sem granulomas.
- c. Churg-Strauss (EGPA): tríade asma, eosinofilia, vasculite sistêmica, geralmente com p-ANCA/MPO-ANCA.
- d. Vasculites de imunocomplexos (ex.: púrpura de Henoch-Schönlein/IgA vasculite), em geral ANCA negativas.
- e. Nem todas as vasculites pauci-ímmes são ANCA positivas; há casos ANCA-negativos, especialmente em formas limitadas ou cutâneo-renais.

A relação correta é

- (A) I-a; II-c; III-d; IV-b; V-e.
- (B) I-b; II-c; III-a; IV-d; V-e.
- (C) I-a; II-d; III-c; IV-b; V-e.
- (D) I-e; II-a; III-d; IV-c; V-b.
- (E) I-a; II-c; III-d; IV-e; V-b.

3

Homem de 58 anos, obeso, com diabetes tipo 2, refere dor em queimação e parestesias na face anterolateral da coxa direita, exacerbadas pelo uso de roupas apertadas. Não há déficit motor.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) radiculopatia lombar por compressão de L3.
- (B) neuropatia do nervo femoral.
- (C) neuropatia diabética simétrica distal.
- (D) meralgia parestésica (compressão do nervo cutâneo lateral da coxa).
- (E) síndrome do piriforme.

4

Uma paciente de 28 anos apresenta quadro compatível com lúpus eritematoso sistêmico (LES).

A respeito dos mecanismos imunológicos e genéticos envolvidos na autoimunidade, assinale a afirmativa correta.

- (A) A presença do alelo HLA-B27 está fortemente associada ao LES.
- (B) Defeitos na depuração de complexos ímmes, como na deficiência do complemento C1q, aumentam o risco de LES.
- (C) A produção de autoanticorpos independe da ativação de linfócitos T auxiliares.
- (D) Polimorfismos em genes do fator VIII explicam a maior prevalência de LES em mulheres.
- (E) O escape da deleção clonal negativa no timo ocorre apenas nos linfócitos B.

5

Um homem de 24 anos apresenta dor lombar inflamatória há 6 meses, melhora com atividade física e rigidez matinal superior a 45 minutos. A investigação revela HLA-B27 positivo.

Sobre o papel etiopatogênico do HLA-B27 nas espondiloartrites, assinale a afirmativa correta.

- (A) O HLA-B27 está associado apenas à espondilite anquilosante, sem relação com outras doenças autoímmes.
- (B) A presença do HLA-B27 garante o desenvolvimento de espondiloartrite, independentemente de fatores ambientais.
- (C) O HLA-B27 pode induzir autoimunidade por mecanismos como mimetismo molecular, apresentação anômala de peptídeos e tendência ao mau enovelamento da molécula.
- (D) O HLA-B27 promove diretamente a apoptose de linfócitos T reguladores, explicando a inflamação crônica.
- (E) O HLA-B27 está associado ao lúpus eritematoso sistêmico e à artrite reumatoide soropositiva.

6

Homem de 34 anos, previamente hígido, apresenta lombalgia há 8 meses, com piora noturna e rigidez matinal > 1 hora, parcialmente aliviada por atividade física. Relata também dor glútea alternante. No exame físico, apresenta dor à compressão sacroilíaca bilateral.

Exames de imagem solicitados revelaram:

- radiografia simples da pelve: sem alterações significativas;
- ressonância magnética (RM) das sacroilíacas: discreto edema ósseo subcondral em sacroilíaca direita;
- tomografia computadorizada (TC): sem erosões evidentes.

Considerando os achados clínicos e de imagem, assinale a afirmativa correta a respeito da interpretação diagnóstica mais adequada.

- (A) O diagnóstico de espondilite anquilosante está excluído pela ausência de erosões na TC.
- (B) A RM é o exame de maior sensibilidade para alterações precoces da sacroileíte e, nesse caso, sugere sacroileíte inicial, compatível com espondiloartrite axial.
- (C) A radiografia simples é suficiente para confirmar ou descartar sacroileíte em fases iniciais.
- (D) O diagnóstico diferencial principal é hérnia de disco lombar, que justificaria o padrão inflamatório descrito.
- (E) A cintilografia óssea tem maior acurácia que a RM para detectar inflamação sacroilíaca precoce.

7

Homem de 62 anos apresenta dor aguda e edema em joelho direito há 48 horas, associado a febre baixa. Tem história prévia de hipertensão arterial, insuficiência renal crônica estágio 3 e uso frequente de diurético tiazídico.

Foi realizada artrocentese, com os seguintes achados:

- Aspecto: turvo;
- Contagem celular: 45.000 leucócitos/mm³ (90% neutrófilos);
- Glicose: 30 mg/dL (soro: 90 mg/dL);
- Proteína: elevada;
- Cristais: presença de agulhas birrefringentes negativas à luz polarizada compensada;
- Gram e cultura: negativos até o momento.

Com base na análise do líquido sinovial, o diagnóstico mais provável é

- (A) artrite séptica bacteriana aguda, independentemente da cultura.
- (B) gota aguda, por presença de cristais de urato monossódico birrefringentes negativos.
- (C) pseudogota, pela presença de cristais de pirofosfato de cálcio birrefringentes negativos.
- (D) artrite reumatoide em atividade, por inflamação intensa e predomínio de neutrófilos.
- (E) artrite reativa pós-infecciosa, com quadro inflamatório estéril e glicose baixa.

8

Mulher de 47 anos apresenta xerostomia, sensação de areia nos olhos e fadiga persistente. Ao exame físico, há aumento discreto e indolor das parótidas. Exames laboratoriais: FAN positivo (padrão pontilhado fino), anti-Ro/SSA positivo, VHS elevado. Teste de Schirmer: 3 mm em 5 minutos (olho direito).

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico e a conduta mais adequada para o caso.

- (A) O quadro é compatível com síndrome de Sjögren primária; o tratamento deve ser voltado principalmente para alívio sintomático ocular e oral, podendo-se usar lágrimas artificiais e estimulantes de secreção salivar.
- (B) O quadro corresponde a síndrome de Sjögren secundária; o tratamento indicado é iniciar ciclofosfamida endovenosa para prevenir linfoma.
- (C) O diagnóstico depende da realização de biópsia de glândula salivar menor, sendo imprescindível para confirmar o caso mesmo com anti-Ro positivo.
- (D) O quadro é sugestivo de síndrome de Sjögren, mas apenas exames de imagem (sialografia e ressonância magnética de parótida) podem confirmar o diagnóstico.
- (E) O quadro representa uma síndrome sicca inespecífica; não há indicação de tratamento específico, apenas observação clínica.

9

Sobre os biológicos utilizados no tratamento da artrite reumatoide, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os anti-TNF bloqueiam a sinalização da interleucina-6, reduzindo a resposta inflamatória sistêmica.
- (B) O tocilizumabe é um anticorpo monoclonal que inibe o receptor da IL-6, reduzindo inflamação e resposta de fase aguda.
- (C) O abatacepte é um anticorpo contra células B CD20+, promovendo sua depleção seletiva.
- (D) O rituximabe bloqueia a coestimulação entre linfócito T e célula apresentadora de antígeno, reduzindo a ativação linfocitária.
- (E) Os inibidores de JAK bloqueiam a produção direta de TNF- α pela degradação de RNA mensageiro.

10

Homem de 32 anos, com diagnóstico de espondilite anquilosante há 3 anos, apresenta dor lombar inflamatória persistente, rigidez matinal e elevação de PCR, apesar do uso adequado de AINEs em dose plena. Considera-se o início de terapia biológica.

Sobre os biológicos utilizados no tratamento da espondiloartrite, assinale a afirmativa correta.

- (A) O infliximabe é um anti-TNF eficaz na espondiloartrite, mas é contraindicada sua utilização em pacientes com doença inflamatória intestinal associada.
- (B) Os inibidores de IL-17A (secunimabe, ixecizumabe) são opções eficazes na espondiloartrite axial ativa, principalmente em pacientes refratários aos anti-TNF.
- (C) O abatacepte é uma opção terapêutica validada para espondilite anquilosante, por bloquear a coestimulação linfocitária.
- (D) O rituximabe, por depletar células B, é considerado biológico de primeira escolha na espondiloartrite axial refratária.
- (E) O tocilizumabe (anti-IL-6R) tem eficácia comprovada no tratamento da espondilite anquilosante ativa e é recomendado em diretrizes como primeira linha biológica.

11

Associe as sentenças a seguir, que descrevem mecanismos-alvo de terapias biológicas e pequenas moléculas, aos respectivos comentários que especificam sua aplicação clínica principal.

Sentenças (mecanismos-alvo):

- I. Bloqueio do TNF- α (ex.: infliximabe, adalimumabe, golimumabe, certolizumabe).
- II. Inibição do receptor de IL-6 (ex.: tocilizumabe, sarilumabe).
- III. Bloqueio de IL-17A (ex.: secucinumabe, ixecizumabe).
- IV. Inibição da via JAK-STAT (ex.: tofacitinibe, baricitinibe, upadacitinibe).
- V. Bloqueio de IL-23 p19 (ex.: guselcumabe, risanquizumabe).

Comentários (indicação clínica):

- () Opção eficaz em pacientes com psoríase moderada a grave e artrite psoriásica, com efeito seletivo no eixo IL-23/Th17.
- () Considerado tratamento clássico tanto para artrite reumatoide quanto espondiloartrite axial e periférica, inclusive em pacientes com doença inflamatória intestinal associada.
- () Indicado em artrite reumatoide com atividade persistente, atuando na redução da resposta de fase aguda e da inflamação sistêmica.
- () Opção eficaz em espondiloartrite axial refratária aos anti-TNF, com ação direta na via IL-17.
- () Pequena molécula oral utilizada em artrite reumatoide, também com evidência em espondiloartrite e artrite psoriásica, modulando múltiplas citocinas.

Os comentários correspondem, respectivamente, às sentenças

- (A) V – I – II – III – IV.
- (B) V – II – I – IV – III.
- (C) V – I – IV – III – II.
- (D) IV – I – II – V – III.
- (E) IV – II – III – V – I.

12

Assinale a opção que associa corretamente a vasculite pediátrica a sua principal manifestação clínica característica.

- (A) Doença de Kawasaki – risco de aneurismas de coronária.
- (B) Púrpura de Henoch-Schönlein – alterações cutâneas livedo reticular difuso.
- (C) Poliarterite nodosa juvenil – rash malar fotossensível.
- (D) Doença de Kawasaki – artrite erosiva crônica.
- (E) Púrpura de Henoch-Schönlein – ausência de acometimento renal.

13

Homem de 27 anos apresenta dor lombar há 8 meses, de início insidioso. Refere piora noturna com despertares na madrugada, melhora com atividade física, rigidez matinal > 45 minutos. Exame físico: dor à palpação de sacroilíacas e teste de Schober reduzido. PCR elevada.

O diagnóstico mais provável e seu principal diferencial clínico são, respectivamente,

- (A) espondiloartrite axial e lombalgia mecânica, geralmente associada a esforço físico e alívio com repouso.
- (B) Artrite reumatoide juvenil e lombalgia mecânica, de início após trauma.
- (C) Osteoartrite da coluna lombar e dor neuropática irradiada para membros inferiores.
- (D) Fibromialgia e dor noturna inflamatória com PCR elevado.
- (E) Lombalgia aguda por hérnia discal e dor inflamatória que melhora ao repouso.

14

A síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAF) é caracterizada por eventos trombóticos ou obstétricos associados à presença persistente de autoanticorpos específicos.

Sobre essa condição, assinale a afirmativa correta.

- (A) O diagnóstico pode ser estabelecido com a presença isolada de anticorpos antifosfolípidos em uma única dosagem.
- (B) Os anticorpos anticardiolipina, anti- β 2-glicoproteína I e anticoagulante lúpico são marcadores utilizados na classificação da SAF.
- (C) A SAF é caracterizada apenas por manifestações hemorrágicas, sem relação com eventos trombóticos.
- (D) O tratamento de escolha após evento trombótico é sempre aspirina em baixa dose isolada.
- (E) A presença de anticorpos antifosfolípidos em pacientes com lúpus descarta o risco de trombose.

15

Associe os casos clínicos a seguir com o respectivo diagnóstico mais provável.

Casos clínicos:

- I. Homem de 32 anos, tabagista, com hemoptise maciça, glomerulonefrite rapidamente progressiva, anticorpo anti-membrana basal glomerular positivo.
- II. Mulher de 45 anos, artralgiás, rash cutâneo, hematuria e proteinúria nefrótica, anticorpos anti-dsDNA positivos.
- III. Homem de 50 anos, sinusite crônica, úlceras nasais, nódulos cavitários pulmonares e glomerulonefrite necrosante; c-ANCA positivo.
- IV. Mulher de 60 anos, asma de longa data, eosinofilia periférica, infiltrados pulmonares migratórios, mononeurite múltipla e glomerulonefrite; p-ANCA positivo.
- V. Jovem de 28 anos, tosse seca, dispneia, hemoptise recorrente e glomerulonefrite; história familiar de doença renal.

Comentários (diagnósticos):

- () Granulomatose com poliangeíte (Wegener).
- () Doença anti-membrana basal glomerular (Goodpasture).
- () Nefrite lúpica com envolvimento pulmonar.
- () Poliangeíte microscópica / Churg-Strauss (EGPA).
- () Síndrome de Alport com hemorragia pulmonar associada.

Os comentários associam-se, respectivamente, aos casos

- (A) III – I – II – IV – V.
- (B) III – I – IV – V – II.
- (C) II – III – I – IV – V.
- (D) IV – I – II – III – V.
- (E) V – IV – II – I – III.

16

Mulher de 45 anos, com diagnóstico de hipotireoidismo autoimune (tireoidite de Hashimoto), procura atendimento por artralgiyas difusas e rigidez matinal leve, sem sinais de artrite à avaliação clínica.

Assinale a afirmativa correta a respeito da relação entre doenças sistêmicas e manifestações reumáticas.

- (A) Doenças endócrinas como hipotireoidismo não causam sintomas musculoesqueléticos.
- (B) Manifestações reumáticas de doenças sistêmicas são raras e não devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.
- (C) Hipotireoidismo pode cursar com mialgia, artralgia e síndrome do túnel do carpo, mesmo sem artrite verdadeira.
- (D) Alterações musculoesqueléticas só ocorrem em doenças autoimunes sistêmicas clássicas, como lúpus e artrite reumatoide.
- (E) Toda dor musculoesquelética em pacientes com doença sistêmica deve ser considerada como doença reumatológica primária.

17

Homem de 62 anos, tabagista, apresenta dor articular migratória, perda de peso não intencional e fadiga nos últimos 3 meses. Exame físico: artrite em punho direito e joelho esquerdo, sem erosões radiográficas. Exames laboratoriais: VHS elevado, FR positivo em baixo título, anti-CCP negativo.

Em relação ao diagnóstico diferencial mais apropriado nesse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) A apresentação clínica é típica de artrite reumatoide de início tardio, sem necessidade de investigação adicional.
- (B) Manifestações articulares podem estar associadas a neoplasias sólidas ou hematológicas, devendo ser considerada síndrome paraneoplásica.
- (C) A positividade do FR confirma o diagnóstico de artrite reumatoide, independentemente do contexto clínico.
- (D) A ausência de anti-CCP afasta o diagnóstico de artrite reumatoide e também descarta causas paraneoplásicas.
- (E) A investigação deve se concentrar apenas em hepatopatia crônica viral, pois manifestações articulares não se relacionam a neoplasias.

18

Homem de 52 anos, obeso, etilista, apresenta dor súbita e intensa no primeiro pododáctilo direito, associada a edema, calor e vermelhidão local. Relata crises semelhantes nos últimos dois anos, sempre autolimitadas. Exame físico confirma artrite aguda no hálux.

O diagnóstico mais provável é

- (A) osteoartrite erosiva.
- (B) artrite séptica por *staphylococcus aureus*.
- (C) gota (artrite por cristais de monurato de sódio).
- (D) artrite reativa pós-infecciosa.
- (E) artrite reumatoide inicial.

19

Mulher de 68 anos, pós-menopausa há 18 anos, apresenta fratura de rádio distal após queda da própria altura. O médico explica que o quadro está relacionado à osteoporose.

Assinale a opção que descreve corretamente a etiopatogenia da osteoporose primária.

- (A) Redução da atividade osteoclástica, levando à formação de osso esclerótico e aumento da densidade mineral óssea.
- (B) Aumento da massa óssea cortical, mas redução da massa óssea trabecular, resultando em maior risco de fratura apenas em ossos longos.
- (C) Desequilíbrio entre reabsorção e formação óssea, com predomínio da atividade osteoclástica em relação à osteoblástica.
- (D) Deposição anormal de matriz óssea não mineralizada (osteóide), resultando em fragilidade óssea e dor difusa.
- (E) Substituição do tecido ósseo por tecido fibroso, caracterizando a osteíte fibrosa cística.

20

Homem de 58 anos apresenta fratura vertebral após queda da própria altura. Densitometria óssea confirma osteoporose. Na investigação, identificam-se: uso crônico de prednisona (10 mg/dia por 3 anos), história de tabagismo de 30 maços/ano e diagnóstico de DPOC.

Assinale a afirmativa que descreve corretamente os mecanismos envolvidos na osteoporose secundária nesse caso.

- (A) O tabagismo aumenta a função osteoblástica, enquanto os corticoides reduzem a reabsorção óssea.
- (B) O uso crônico de glicocorticoides reduz a diferenciação de osteoblastos e aumenta a reabsorção osteoclástica; o tabagismo contribui com redução da massa óssea por toxicidade direta.
- (C) A osteoporose secundária na DPOC decorre exclusivamente da inflamação pulmonar crônica, sem relação com fatores externos.
- (D) O efeito dos corticoides é principalmente sobre a mineralização da matriz óssea, caracterizando quadro de osteomalácia.
- (E) O tabagismo não tem efeito significativo sobre o metabolismo ósseo, sendo irrelevante no contexto clínico.

21

Associe as sentenças a seguir, que descrevem casos clínicos sintéticos, aos respectivos comentários, que indicam o mecanismo fisiopatológico predominante.

Sentenças (casos clínicos):

- I. Mulher de 70 anos, pós-menopausa, com fratura de rádio distal após queda da própria altura; densitometria mostra T-score -2,8.
- II. Homem de 55 anos, com dor óssea difusa, fraqueza muscular proximal e fraturas recorrentes; laboratorial com hipocalcemia, hipofosfatemia e fosfatase alcalina elevada.
- III. Homem de 45 anos, com cálculos renais recorrentes e dor óssea; exames mostram hipercalcemia, hipofosfatemia e PTH elevado.
- IV. Mulher de 65 anos, assintomática, com fosfatase alcalina muito elevada; cintilografia revela lesão em calota craniana e fêmur; radiografia mostra espessamento cortical irregular.
- V. Criança de 8 anos, com múltiplas fraturas desde os primeiros anos de vida, escleras azuladas e deformidades ósseas progressivas.

Comentários (mecanismos fisiopatológicos):

- () Aumento da reabsorção óssea por deficiência estrogênica e desequilíbrio osteoclasto/osteoblasto.
- () Defeito na mineralização da matriz óssea devido à deficiência de vitamina D.
- () Estímulo excessivo da reabsorção óssea por hiperparatireoidismo primário.
- () Remodelamento ósseo acelerado e desorganizado, com formação de osso estruturalmente anormal.
- () Defeito genético na síntese de colágeno tipo I, resultando em fragilidade óssea congênita.

Os mecanismos correspondem, respectivamente, aos casos clínicos

- (A) I – II – III – IV – V.
- (B) I – II – III – V – IV.
- (C) II – III – V – IV – I.
- (D) III – IV – V – I – II.
- (E) III – V – IV – II – I.

22

Mulher de 49 anos apresenta dor óssea difusa, fraqueza muscular proximal e dificuldade para subir escadas. Ao exame físico, dor à palpação em arcos costais e ossos longos. Exames laboratoriais: cálcio sérico baixo, fósforo baixo, fosfatase alcalina elevada, PTH discretamente elevado. Densitometria óssea mostra baixa densidade mineral óssea.

A hipótese diagnóstica mais provável e o mecanismo envolvido são:

- (A) Osteoporose pós-menopausa, por aumento da atividade osteoclástica secundária à deficiência estrogênica.
- (B) Osteomalácia, por falha na mineralização da matriz óssea, geralmente relacionada à deficiência de vitamina D.
- (C) Doença de Paget, por remodelamento ósseo acelerado e desorganizado, com elevação da fosfatase alcalina.
- (D) Osteíte fibrosa cística, por hiperparatireoidismo primário, com reabsorção óssea intensa e lesões líticas.
- (E) Osteogênese imperfeita, por mutações no colágeno tipo I, resultando em fragilidade óssea congênita.

23

Associe as sentenças a seguir, que descrevem doenças osteometabólicas, aos respectivos comentários, que apresentam os achados laboratoriais mais típicos.

Sentenças (doenças):

- I. Osteoporose pós-menopausa.
- II. Osteomalácia por deficiência de vitamina D.
- III. Hiperparatireoidismo primário (osteíte fibrosa cística).
- IV. Doença de Paget do osso.
- V. Osteogênese imperfeita.

Comentários (perfis laboratoriais):

- () Alterações genéticas do colágeno tipo I, sem padrão laboratorial específico; cálcio, fósforo, FA e PTH geralmente normais.
- () Cálcio e fósforo normais; fosfatase alcalina normal; PTH normal.
- () Cálcio baixo, fósforo baixo, fosfatase alcalina elevada, PTH discretamente elevado.
- () Cálcio alto, fósforo baixo, fosfatase alcalina elevada, PTH elevado.
- () Cálcio e fósforo normais; fosfatase alcalina muito elevada; PTH normal.

Os perfis correspondem, respectivamente, às doenças

- (A) I – II – III – IV – V.
- (B) III – II – IV – V – I.
- (C) III – IV – I – II – V.
- (D) V – II – I – III – IV.
- (E) V – I – II – III – IV.

24

Mulher de 27 anos procura atendimento por episódios recorrentes de mudança de coloração nos dedos das mãos desencadeados pelo frio. Relata que os dedos ficam inicialmente esbranquiçados, depois arroxeados e, por fim, avermelhados, acompanhados de parestesia.

Assinale a opção que descreve corretamente o fenômeno de Raynaud.

- (A) Vasodilatação progressiva das arteríolas digitais, resultando em hiperemia sustentada;
- (B) Vasoespasmo reversível das arteríolas digitais, desencadeado por frio ou estresse, levando a alterações trifásicas de cor;
- (C) Processo inflamatório crônico das articulações interfalângianas, associado a deformidades progressivas;
- (D) Obstrução trombótica permanente da microcirculação digital, resultando em necrose precoce;
- (E) Fenômeno exclusivamente secundário a doenças autoimunes, sem ocorrência isolada (primária).

25

Mulher de 38 anos, previamente hígida, apresenta tosse seca crônica, dispneia progressiva e artralgia em tornozelos. Exame físico: eritema nodoso em membros inferiores e linfonodomegalia hilar bilateral na radiografia de tórax.

Em relação à sarcoidose, assinale a afirmativa correta.

- (A) O diagnóstico é confirmado pela presença de anticorpos anti-SSA/Ro positivos.
- (B) A etiopatogenia envolve reação granulomatosa mediada por células T CD4+ e macrófagos, com formação de granulomas caseosos.
- (C) O padrão histológico típico é de granuloma não caseoso, e manifestações como eritema nodoso e artrite em tornozelos fazem parte da síndrome de Löfgren.
- (D) O envolvimento cardíaco é raro e não apresenta impacto prognóstico significativo.
- (E) O tratamento deve sempre incluir corticosteroides sistêmicos, mesmo em formas assintomáticas e autolimitadas.

26

Mulher de 32 anos, apresenta tosse seca e linfonodomegalia hilar bilateral, granulomas não caseosos em biópsia.

O diagnóstico mais provável é

- (A) sarcoidose.
- (B) tuberculose pulmonar.
- (C) granulomatose com poliangeíte (GPA).
- (D) sarcoidose com comprometimento cardíaco.
- (E) vasculite leucocitoclástica infecciosa (ex.: TB cutânea).

27

Homem de 62 anos, portador de mieloma múltiplo, apresenta fadiga, edema de membros inferiores e síndrome nefrótica. Exame físico: macroglossia e púrpura periorbitária (“olho de guaxinim”). Biópsia de gordura abdominal: depósito de substância eosinofílica amorfa, corando em vermelho do Congo com birrefringência verde-maçã à luz polarizada.

Em relação à amiloidose, assinale a afirmativa correta.

- (A) A forma AL (cadeias leves) está associada a doenças linfoproliferativas e é a causa mais comum em países ocidentais.
- (B) A amiloidose AA está relacionada a doenças autoimunes, como artrite reumatoide, e decorre do depósito de cadeias leves de imunoglobulinas.
- (C) A presença de macroglossia e púrpura periorbitária é mais característica da amiloidose AA secundária.
- (D) O exame histopatológico clássico é a coloração de prata metenamina, que demonstra depósitos fibrilares.
- (E) O envolvimento renal é raro na amiloidose AL, sendo mais comum o acometimento exclusivo cardíaco.

28

Criança de 8 anos com artrite persistente em joelho direito por mais de 6 semanas, sem outras articulações acometidas.

A forma AIJ que melhor se associa a esse caso é

- (A) AIJ oligoarticular persistente.
- (B) AIJ sistêmica.
- (C) AIJ poliarticular (≥ 5 articulações no início).
- (D) AIJ relacionada à entesite.
- (E) AIJ oligoarticular (até 4 articulações nos primeiros 6 meses).

29

Homem de 42 anos, etilista crônico, apresenta dor no quadril direito há 4 meses, pior à deambulação e à carga, com limitação funcional progressiva. Ao exame: dor à rotação interna do quadril.

Exames de imagem:

- Radiografia: discreto achatamento da cabeça femoral direita, sem osteófitos.
- Ressonância magnética: área hipointensa em T1 e hipointensa periférica em T2, delimitando zona hiperintensa subcondral (“sinal duplo”).

Laboratório: provas inflamatórias normais; sorologia negativa para infecção.

Assinale a opção que expressa corretamente a interpretação do caso.

- (A) O quadro é mais compatível com osteoartrite primária do quadril, sendo o achado radiológico inicial o estreitamento do espaço articular.
- (B) O achado do “sinal duplo” na ressonância é típico de osteonecrose, permitindo diferenciar de artrite séptica e osteoartrite precoce.
- (C) A biópsia óssea é necessária para diferenciar osteonecrose de fratura por estresse, sendo exame diagnóstico padrão-ouro.
- (D) O diagnóstico diferencial com artrite séptica é feito principalmente pela presença de febre e leucocitose, mas a RM não contribui.
- (E) O tratamento indicado em qualquer fase da osteonecrose é a artroplastia total do quadril.

30

Mulher de 46 anos, com queixas de dor musculoesquelética difusa há mais de 6 meses, fadiga intensa, sono não reparador e dificuldade de concentração (“fibro fog”). Ao exame físico, não há sinovite objetiva. Exames laboratoriais: FAN negativo, VHS e PCR normais.

Em relação à fibromialgia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A etiopatogenia é predominantemente periférica, com inflamação crônica de músculos e tendões, justificando o uso de anti-inflamatórios não esteroidais como primeira linha terapêutica.
- (B) O mecanismo principal envolve sensibilização central, com alteração na modulação da dor, aumento de neurotransmissores excitatórios (substância P, glutamato) e redução de inibitórios (serotonina, noradrenalina).
- (C) Os exames laboratoriais e de imagem são fundamentais para o diagnóstico, sendo o critério de pontos dolorosos (tender points) indispensável em todas as diretrizes atuais.
- (D) O tratamento farmacológico deve priorizar corticoides em baixa dose, associados a imunossupressores em casos refratários.
- (E) O manejo deve ser exclusivamente medicamentoso, uma vez que medidas não farmacológicas como exercício físico aeróbico e terapia cognitivo-comportamental não têm benefício comprovado.

31

Mulher de 42 anos apresenta fraqueza muscular proximal simétrica em cinturas escapular e pélvica, de instalação subaguda há 3 meses, acompanhada de disfagia para sólidos. Ao exame físico, dificuldade para se levantar da cadeira sem apoio. Exames laboratoriais: CPK 4.800 U/L (VN < 170), aldolase elevada, FAN positivo.

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial adequada são:

- (A) Esclerodermia difusa; iniciar inibidor da ECA devido ao risco de crise renal.
- (B) Polimiosite; confirmar diagnóstico com biópsia muscular e considerar início de corticoide sistêmico.
- (C) Dermatomiosite; solicitar TCAR por risco elevado de doença pulmonar intersticial.
- (D) Miosite por corpos de inclusão; iniciar imunossupressor específico de primeira linha.
- (E) Miopatia induzida por estatina; suspender estatina e não indicar imunossupressor.

32

Mulher de 61 anos apresenta fraqueza muscular proximal progressiva há 2 meses, associada a rash violáceo em pálpebras superiores (sinal do heliotropo) e pápulas eritemato-violáceas nas articulações metacarpofalângicas (pápulas de Gottron). Relata perda de peso não intencional (6 kg em 3 meses). Exames laboratoriais: CPK 3.900 U/L, aldolase elevada, FAN positivo.

A melhor conduta diagnóstica inicial, considerando a principal complicação associada ao quadro, é

- (A) iniciar corticoide sistêmico sem investigação adicional, pois não há risco aumentado de neoplasia.
- (B) solicitar rastreamento para neoplasia oculta (mama, pulmão, trato gastrointestinal, ovário), associado à investigação da doença muscular.
- (C) solicitar apenas capilaroscopia periungueal para diferenciar de esclerodermia limitada.
- (D) indicar biópsia muscular e cutânea apenas, sem necessidade de rastreamento oncológico.
- (E) aguardar resposta ao tratamento imunossupressor para decidir se haverá necessidade de rastreamento de câncer.

33

Homem de 62 anos apresenta dor crônica em joelho direito, que piora ao esforço e melhora com repouso. Ao exame físico: crepitação, derrame articular discreto e limitação da amplitude de movimento. Radiografia do joelho mostra estreitamento assimétrico do espaço articular medial, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Sobre a osteoartrite, assinale a afirmativa correta.

- (A) A inflamação sinovial é o principal mecanismo etiopatogênico, justificando o uso de corticoides sistêmicos como terapia de primeira linha.
- (B) O diagnóstico de osteoartrite é confirmado apenas por ressonância magnética, pois a radiografia não demonstra alterações típicas.
- (C) A osteoartrite se caracteriza por degeneração da cartilagem hialina e alterações do osso subcondral, sendo o tratamento inicial baseado em medidas não farmacológicas, como exercício e perda de peso.
- (D) O envolvimento simétrico e erosivo das pequenas articulações das mãos é achado típico de osteoartrite erosiva, diferenciando-se da artrite reumatoide pelo fator reumatoide positivo.
- (E) O uso de opioides é considerado a primeira opção farmacológica para manejo da dor crônica leve da osteoartrite.

34

Homem de 68 anos apresenta fraqueza muscular progressiva e insidiosa há 1 ano, com dificuldade para subir escadas e levantar objetos. Relata quedas frequentes. Ao exame físico: fraqueza assimétrica em músculos proximais e distais, incluindo flexores dos dedos e quadríceps. Laboratório: CPK discretamente elevada (680 U/L).

O diagnóstico mais provável e sua principal característica clínica em relação às demais miopatias inflamatórias são:

- (A) polimiosite; fraqueza proximal simétrica, de início subagudo.
- (B) dermatomiosite; fraqueza proximal associada a lesões cutâneas típicas.
- (C) miosite por corpos de inclusão; fraqueza assimétrica, envolvendo músculos proximais e distais, de evolução lenta.
- (D) miopatia induzida por estatina; fraqueza proximal com resolução após suspensão da droga.
- (E) esclerodermia; fraqueza muscular associada a espessamento cutâneo difuso.

35

Homem de 62 anos procura o pronto atendimento com dor intensa e súbita no primeiro pododáctilo direito, iniciado há 12 horas. O exame físico mostra articulação quente, eritematosa e extremamente dolorosa ao toque. Exame laboratorial: ácido úrico sérico = 9,2 mg/dL.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e o mecanismo fisiopatológico envolvido.

- (A) Osteoartrite erosiva, por degeneração cartilaginosa progressiva.
- (B) Artrite reumatoide, por autoanticorpos contra o fator reumatoide e anti-CCP.
- (C) Gota, por deposição de cristais de urato monossódico nas articulações.
- (D) Condrocálciose, por deposição de cristais de fosfato de cálcio.
- (E) Artrite séptica, por invasão bacteriana da membrana sinovial.

36

Homem de 71 anos, com insuficiência renal crônica em diálise há 5 anos, apresenta monoartrite aguda no joelho direito, de início súbito, acompanhada de febre baixa. A articulação encontra-se quente, eritematosa e dolorosa. Exame do líquido sinovial:

- Aspecto turvo, leucócitos = 48.000/mm³ (90% neutrófilos);
- Pesquisa de cristais: presença de cristais romboides, fracamente birrefringentes positivos à luz polarizada compensada;
- Cultura: em andamento.

A interpretação mais adequada para o caso é

- artrite séptica bacteriana, dado o elevado número de leucócitos, independentemente da presença de cristais.
- gota tofácea crônica, com cristais de urato monossódico, fortemente birrefringentes negativos;
- pseudogota (condrocalcinose), associada à deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, comum em idosos e pacientes com doença renal;
- artrite reumatoide em atividade, devido à predominância de neutrófilos no líquido articular;
- espondiloartrite soronegativa, manifestando-se com monoartrite aguda e cristais intracelulares.

37

Homem de 68 anos, diabético e em uso crônico de prednisona por artrite reumatoide, apresenta monoartrite aguda no joelho esquerdo, com dor intensa, calor, edema e febre de 38,5 °C há 24 horas. Exames laboratoriais: leucócitos séricos = 13.800/mm³ (85% neutrófilos), PCR = 26 mg/dL.

Artrocentese:

- Líquido sinovial turvo;
- Contagem de leucócitos = 72.000/mm³ (95% neutrófilos);
- Ausência de cristais;
- Coloração de Gram: cocos gram-positivos em cachos.

Assinale a opção que apresenta a interpretação mais adequada e a conduta imediata.

- Artrite séptica por *Staphylococcus aureus*; deve-se iniciar antibioticoterapia empírica intravenosa imediata após coleta de culturas e realizar drenagem articular.
- Artrite gotosa complicada; iniciar colchicina de imediato e aguardar resultado da cultura antes de antibiótico.
- Sinovite reumatóide aguda; otimizar imunossupressão e evitar antibióticos, pois risco de resistência é alto.
- Osteomielite subjacente com sinovite reacional; solicitar ressonância magnética antes de decidir antibioticoterapia.
- Artrite viral (parvovírus B19); conduta expectante com sintomáticos.

38

Mulher de 49 anos, agricultora do interior, com diagnóstico de artrite reumatoide soropositiva há 6 anos, apresenta DAS28 = 5,8 apesar do uso otimizado de metotrexato e leflunomida.

O reumatologista indica terapia biológica, mas a paciente encontra dificuldades em iniciar o tratamento no SUS: demora no agendamento, burocracia para liberação pelo CEAF (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) e dificuldade de transporte até o centro de referência.

Considerando a política de acesso aos medicamentos de alto custo no Brasil, assinale a afirmativa correta.

- O fornecimento de biológicos pelo SUS é restrito apenas a pacientes em capitais, não havendo obrigação de garantir acesso em regiões periféricas.
- O PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas) de artrite reumatoide do Ministério da Saúde estabelece critérios clínicos e de refratariedade para acesso a biológicos no SUS, visando equidade no tratamento.
- A judicialização da saúde é o único caminho formal para garantir acesso a biológicos, já que não há regulamentação específica para fornecimento no SUS.
- A equidade no SUS significa fornecer os mesmos medicamentos a todos os pacientes, independentemente do estágio da doença ou da resposta terapêutica.
- O SUS não disponibiliza terapia biológica para artrite reumatoide, sendo a aquisição sempre de responsabilidade exclusiva do paciente.

39

A capilaroscopia periungueal é um exame fundamental na avaliação de fenômeno de Raynaud e doenças do espectro da esclerodermia.

Sobre esse método diagnóstico, assinale a afirmativa correta.

- A capilaroscopia avalia a função hepática em pacientes com doenças autoimunes sistêmicas.
- O padrão esclerodermia é caracterizado por dilatação capilar, áreas avasculares e hemorragias periungueais.
- O exame é invasivo, necessitando biópsia do leito ungueal para visualização microscópica.
- A capilaroscopia é útil apenas para diagnóstico de artrite reumatoide.
- O exame não tem valor prognóstico, sendo utilizado apenas para pesquisa acadêmica.

40

Mulher de 40 anos apresenta artrite simétrica não erosiva, fraqueza muscular proximal e fenômeno de Raynaud.

Exame físico: esclerodactilia discreta. Exames laboratoriais: FAN positivo (padrão nuclear pontilhado fino), anti-dsDNA negativo, CPK elevada, anti-PM-Scl positivo.

Sobre as síndromes de sobreposição, assinale a afirmativa correta.

- O anti-PM-Scl é classicamente associado a sobreposição de esclerodermia e miopatia inflamatória.
- O anti-dsDNA é marcador essencial para diagnóstico de síndrome de sobreposição.
- A artrite associada à síndrome de sobreposição é sempre erosiva, semelhante à artrite reumatoide.
- A presença de esclerodactilia descarta o diagnóstico de miosite como componente da sobreposição.
- O tratamento é exclusivamente baseado em corticoides em altas doses, sem indicação de imunossupressores adicionais.

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

Lactente, quatro meses, é trazido à consulta pelo pai. Refere que a mãe está gravemente enferma, internada há uma semana e está alimentando seu filho com leite de vaca integral, "Longa vida", que compra no supermercado.

Durante a consulta, o pediatra deverá alertar para o fato de que o leite de vaca integral apresenta

- (A) teor aumentado de ácidos graxos saturados sendo o uso de composto lácteo a melhor opção.
- (B) concentração muito baixa de proteína, devendo ser adicionado um suplemento.
- (C) relação inadequada entre caseína e proteínas do soro, devendo ser feita troca para fórmula.
- (D) baixa biodisponibilidade de micronutrientes, excetuando-se o ferro, que deve ser suplementado.
- (E) teor adequado de vitaminas D e E e baixo teor de vitamina C, podendo ser usado suco.

43

Menina pré-escolar, quatro anos, apresenta recusa persistente a experimentar novos alimentos, aceitando apenas preparações específicas de poucos itens, principalmente líquidos e derivados lácteos. Mostra intensa irritação quando exposta a frutas e verduras, além de desconforto em manipular massas ou texturas pegajosas. Pais relatam conflitos frequentes nas refeições e preocupação com a limitação alimentar.

Essa situação alimentar é corretamente caracterizada por

- (A) recusa alimentar seletiva relacionada a características sensoriais dos alimentos.
- (B) anorexia nervosa típica da infância, marcada por medo intenso de ganhar peso.
- (C) transtorno disfágico funcional, definido pela incapacidade de deglutir alimentos sólidos.
- (D) transtorno de ruminação, com regurgitação repetida de alimentos previamente ingeridos.
- (E) síndrome de alimentação noturna, caracterizada pela ingestão compulsiva durante a madrugada.

44

Dois irmãos foram levados ao ambulatório de pediatria por ganho de peso progressivo. O mais novo, de três anos, apresenta escore Z do índice de massa corporal (IMC) maior que +2 e até +3. O irmão mais velho, de seis anos, também apresenta escore Z nessa mesma faixa.

Considerando a classificação segundo o escore Z (IMC), os irmãos de três e seis anos serão considerados, respectivamente, com

- (A) sobrepeso e obesidade.
- (B) obesidade e obesidade grave.
- (C) obesidade grave e sobrepeso.
- (D) risco de sobrepeso e sobrepeso.
- (E) obesidade grave a risco de sobrepeso.

45

Uma gestante, na consulta pré-natal com o pediatra, informa que após os seis meses de idade de seu filho pretende seguir um tipo de alimentação vegetariana ainda não definida, desejando obter informações.

O pediatra deverá orientar a gestante para o fato de que a dieta

- (A) lacto-ovovegetariana pode ser deficiente em vitamina A e em vitamina D.
- (B) lactovegetariana apresenta carência de cálcio e bons níveis de vitamina B12.
- (C) ovovegetariana pode apresentar níveis adequados de ferro, mas não de cálcio.
- (D) vegana apresenta risco aumentado de deficiência em vitamina A e vitamina B12.
- (E) lacto-ovovegetariana apresenta níveis adequados de cálcio, mas baixos de vitamina A.

46

Pré-escolar, 4 anos, masculino, é levado ao pronto atendimento com história de febre diária nas últimas três semanas associada a palidez e cansaço aos pequenos esforços. A mãe relata dor intensa nos membros inferiores, que piora à noite e não melhora com analgésicos comuns, além de dificuldade para caminhar. Ao exame, observa-se equimoses em membros, hepatoesplenomegalia e linfonodos cervicais palpáveis. Não há queixas respiratórias ou neurológicas no momento.

A principal hipótese diagnóstica é leucemia

- (A) prolinfocítica.
- (B) linfoide aguda.
- (C) mielóide aguda.
- (D) mielóide crônica.
- (E) mielomonocítica crônica.

47

Escolar, 5 anos, masculino, com diagnóstico de anemia falciforme, é levado à emergência com dor intensa iniciada há 12 horas em membros inferiores e abdome, sem trauma prévio. O início foi súbito, não melhorando com analgésicos comuns e impedindo de caminhar. Ao exame físico, apresenta choro constante à mobilização, palidez cutaneomucosa e temperatura corporal normal. Não há sinais de infecção aparente. Inquirido sobre a escala de manejo da dor, concluiu-se que ela é 6 (moderada).

A conduta em relação ao controle da dor, no caso, deve ser a prescrição de

- (A) dipirona por via oral a cada seis horas.
- (B) ibuprofeno por via oral a cada oito horas.
- (C) paracetamol por via oral a cada quatro horas.
- (D) tramadol por via intravenosa a cada seis horas.
- (E) morfina por via subcutânea a cada quatro horas.

48

Lactente feminino, 5 meses, em aleitamento materno exclusivo, inicia há 24 horas cólicas contínuas, vômitos persistentes, evoluindo com letargia. Apresentou evacuações com sangue desde o início dos sintomas. Ao exame encontra-se irritada e desidratada, com massa palpável em abdome.

Na suspeita diagnóstica de invaginação intestinal, o exame complementar com maior sensibilidade e especificidade a ser realizado inicialmente é a

- (A) ultrassonografia abdominal.
- (B) radiografia abdominal simples.
- (C) tomografia de abdome.
- (D) ressonância de abdome.
- (E) rotina de abdome agudo.

49

Menino, 2 anos, é levado ao atendimento médico de emergência por apresentar equimoses e hematomas pelo corpo, de início há uma semana, sem relação com trauma. Exame físico evidencia apenas hematomas e equimoses em tronco, abdome e membros. Hemograma demonstra trombocitopenia (plaquetas: 5.000/mm³) e demais parâmetros dentro da normalidade. A hipótese diagnóstica é trombocitopenia imune primária.

Em relação à trombocitopenia imune primária na infância, é correto afirmar que

- (A) não é um diagnóstico de exclusão.
- (B) cursa com trombocitopenia e anemia.
- (C) é um distúrbio agudo, autolimitado e imunomediado.
- (D) a contagem de plaquetas fica entre 100.000 e 150.000/mm³.
- (E) tem alguma condição clínica associada que reduz as plaquetas.

50

Lactente de 18 meses, masculino, apresenta aumento do volume abdominal de início há aproximadamente um mês, irritabilidade e perda de peso.

Ao exame físico encontra-se irritado, com massa abdominal palpável ocupando toda a metade inferior do abdome à direita. Tomografia computadorizada evidencia massa em suprarrenal direita com hemorragia e calcificação. A dosagem urinária de ácido homovanílico e ácido vanilmandélico encontram-se elevadas.

A hipótese diagnóstica é

- (A) tumor de Wilms.
- (B) neuroblastoma.
- (C) rhabdomyosarcoma.
- (D) neurofibroma.
- (E) linfoma.

51

Pré-escolar, masculino, 2 anos e meio, previamente hígido, apresenta palidez, fraqueza, dor abdominal e icterícia 48 horas após iniciar tratamento para infecção do trato urinário com nitrofurantoína.

Hemograma evidencia anemia normocítica e normocrômica. Os reticulócitos e a desidrogenase láctica estão elevados.

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é

- (A) deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.
- (B) anemia falciforme.
- (C) talassemia minor.
- (D) esferocitose hereditária.
- (E) traço falcêmico.

52

Escolar de 8 anos, menino, em tratamento de asma com beclometasona spray oral, na dose de 400 mcg ao dia há 3 meses, sem controle dos sintomas nas últimas 4 semanas. Faz uso da medicação com espaçador, tem boa adesão ao tratamento e a técnica inalatória está correta.

Em relação à terapia farmacológica para a asma, a conduta nesse momento é

- (A) trocar o corticoide inalatório para associação de broncodilatador de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) manter o corticoide inalatório e associar antileucotrieno.
- (C) manter o corticoide inalatório e associar antimuscarínico de longa duração.
- (D) manter o corticoide inalatório e associar imunobiológico de acordo com o fenótipo da asma.
- (E) manter o corticoide inalatório e associar broncodilatador de curta ação contínuo.

53

Escolar de 7 anos, menina, em tratamento profilático de asma com corticoide inalatório, chega à emergência com exacerbação da doença. É medicada com broncodilatador de curta ação, por via inalatória, de 20 em 20 minutos durante uma hora e corticoide sistêmico por via oral. Apresenta melhora e recebe alta hospitalar.

A prescrição para o domicílio deverá ser feita com

- (A) broncodilatador inalatório de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) broncodilatador inalatório de curta ação e anti-histamínico oral.
- (C) broncodilatador inalatório de curta ação e corticoide oral.
- (D) broncodilatador inalatório de curta ação.
- (E) antimuscarínico de longa duração e corticoide inalatório.

54

A urticária é uma erupção cutânea transitória, pruriginosa, eritematosa e elevada, que pode se tornar tensa e dolorosa. As lesões podem coalescer e formar lesões polimórficas, que frequentemente desaparecem, reaparecendo em outros locais.

Sobre a urticária aguda na infância, é correto afirmar que

- (A) o diagnóstico é estabelecido quando as lesões ocorrem na maioria dos dias da semana por mais de 6 semanas.
- (B) o papel de um alimento desencadeante não pode ser comprovado pela eliminação e provocação alimentar.
- (C) na ausência de informações que impliquem no alimento envolvido, os testes cutâneos para alimentos são úteis.
- (D) é frequentemente causada por uma reação alérgica não mediada por IgE.
- (E) as causas identificáveis mais comuns são infecções virais, medicamentos e alimentos.

55

Lactente de 1 ano, apresenta lesões cutâneas intensamente pruriginosas com pápulas eritematosas em face, couro cabeludo e superfícies extensoras de extremidades, de início há aproximadamente um mês. A lesão polpa região de fraldas. O prurido piora à noite e quando faz uso de leite de vaca.

A hipótese diagnóstica para o caso é

- (A) dermatite atópica.
- (B) dermatite seborreica.
- (C) pitíriase versicolor.
- (D) psoríase.
- (E) pitíriase rósea.

56

Recém-nascido a termo apresenta, no segundo dia de vida, lesões papulares branco-amareladas, com erupção eritematosa circundante, dispersas em face, tronco e membros, poupando palmas e plantas. O restante do exame físico é normal.

No caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) miliária.
- (B) eritema tóxico.
- (C) herpes simplex.
- (D) candidíase.
- (E) melanose pustulosa.

57

Lactente de 20 dias apresenta lacrimejamento constante e secreção esbranquiçada no olho desde os primeiros dias de vida, sem sinais sistêmicos ou febre. A mãe relata que o quadro piora quando o bebê chora. Ao exame, há leve edema palpebral e refluxo de secreção à compressão do saco lacrimal direito.

A principal hipótese diagnóstica sobre a origem dos sintomas é

- (A) obstrução pela presença de muco.
- (B) estenose por processo infeccioso local.
- (C) produção anômala de secreção serosa ocular.
- (D) formação de membrana impedindo a drenagem pelo ducto.
- (E) aumento da pressão no canal devido à má formação ocular.

58

Adolescente, sexo feminino, com quadro insidioso de dor e inchaço em joelhos, punhos e tornozelos, com rigidez matinal e limitação progressiva dos movimentos. Ao exame, observa-se simetria no acometimento articular e leve contratura em flexão dos dedos das mãos. Exames laboratoriais revelam elevação de velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), com fator reumatoide positivo. Relata, ainda, fadiga e episódios de febre baixa nas últimas semanas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e os biomarcadores a ela relacionados, é correto afirmar que

- (A) a presença de anticorpos antinucleares apresenta forte associação com sacroileíte.
- (B) a detecção do HLA-B27 afasta a possibilidade de envolvimento de espondiloartrites.
- (C) os valores de VHS e PCR são altos, mas não há aumento significativo de imunoglobulinas.
- (D) a detecção de fator antinuclear está relacionada à falha ao tratamento com imunossupressor.
- (E) a positividade do fator reumatoide se associa a maior risco de progressão com dano estrutural.

59

Escolar, nove anos, apresenta, há seis meses, movimentos repetitivos e abruptos da cabeça e emissão de sons guturais. Os episódios aumentam em situações de estresse, mas cessam durante o sono e não ocorrem enquanto ele joga videogame. Os pais relatam que ele consegue controlar os movimentos por curtos períodos.

Baseado na principal hipótese diagnóstica, os sintomas motores, vocais e o tempo de duração deles são classificados, respectivamente, como

- (A) simples, complexo e crônico.
- (B) simples, simples e temporário.
- (C) complexo, complexo e crônico.
- (D) complexo, simples e temporário.
- (E) complexo, complexo e temporário.

60

Escolar, masculino, cinco anos, é trazido à consulta ambulatorial por apresentar micções muito frequentes durante o dia, chegando a urinar a cada 10 a 15 minutos, com início súbito. Os responsáveis negam dor, infecção urinária, escapes diurnos ou episódios noturnos. A criança já era desfraldada e os sintomas começaram pouco antes do início das aulas. Não há alterações ao exame físico.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) está relacionada à incompetência da junção ureterovesical.
- (B) trata-se de um distúrbio funcional que acomete mais meninos que meninas.
- (C) em torno da metade dos casos observa-se a presença de enurese intermitente.
- (D) na maioria dos casos, um problema anatômico no trato urinário leva a esses sintomas.
- (E) é uma das causas de disfunção da bexiga que não está relacionada à constipação intestinal.

61

Lactente, 2 meses, em aleitamento materno exclusivo, é trazido à consulta de puericultura com história de esforço e choro intenso antes de evacuar, há cerca de duas semanas. Após o esforço, elimina fezes amolecidas sem sangue ou muco. As evacuações ocorrem diariamente, e está se alimentando bem, ganhando peso adequadamente. Exame físico sem alterações.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) cólica.
- (B) disquezia.
- (C) constipação.
- (D) alergia alimentar.
- (E) refluxo gastroesofágico.

62

Lactente, 50 dias, é trazido ao ambulatório de puericultura por estar amarelado desde o quinto dia de vida. Nasceu a termo, parto normal, com peso adequado e usa leite materno exclusivo.

Ao exame físico, bom ganho ponderal, icterícia, hipocolia e colúria, hepatomegalia de consistência firme às costas do lobo esquerdo proeminente. Exames laboratoriais mostram elevação de bilirrubina conjugada (>1 mg/dL) e a ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar contraída e não visualização do ducto colédoco e sinal do “cordão triangular”.

O passo seguinte em relação à confirmação da principal hipótese diagnóstica é realizar

- (A) elastografia hepática.
- (B) ressonância magnética.
- (C) cintilografia hepatobiliar.
- (D) colangiograma intraoperatório.
- (E) colangiopancreatografia endoscópica.

63

Adolescente, 17 anos, comparece com seu filho de 4 anos para avaliação devido a queixa da escola sobre comportamentos agressivos e dificuldade de interação com os colegas. A mãe relata que cria o filho sozinha, com pouco apoio familiar, vive em condição de vulnerabilidade social e enfrenta conflitos frequentes com a própria mãe. Refere dificuldade para estabelecer rotinas e sente-se sobrecarregada emocionalmente. O pai da criança não participa ativamente da criação.

Considerando o contexto clínico e os determinantes sociais envolvidos, é correto afirmar que

- (A) a idade materna, isoladamente, foi demonstrada como o fator determinante dos problemas comportamentais dessas crianças.
- (B) a presença contínua e positiva do pai ao longo da vida da criança pode ter um efeito protetor parcial contra esse tipo de comportamento.
- (C) os conflitos com avós são comuns nas famílias com mães adolescentes parecendo estar desvinculado com essas alterações de comportamento.
- (D) a presença de mães adolescentes em todas as classes sociais sugere que a condição socioeconômica não explica essas alterações comportamentais.
- (E) o início precoce dessas alterações de comportamento aumenta a probabilidade de abandono precoce da escola, fato pouco comum em filhos de adolescentes.

64

Escolar, 8 anos, masculino, apresenta aumento de volume na parte posterior do joelho direito, percebido há cerca de duas semanas, sem história de trauma. Ao exame físico, nota-se massa firme, compressível, pouco dolorosa à palpação, localizada medialmente à fossa poplíteia, mais evidente com o joelho em extensão. Radiografia do joelho não mostra alterações ósseas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o teste realizado durante o exame físico que auxilia no diagnóstico é a avaliação por meio da

- (A) ausculta.
- (B) rotação interna.
- (C) transluminação.
- (D) marcha acelerada.
- (E) mobilidade passiva.

65

Lactente de 7 meses, previamente saudável, apresentou episódios de vômitos intensos cerca de duas horas após se alimentar com arroz há um mês, seguido de palidez cutânea, letargia, hipotonia, diarreia, hipotermia e leve distensão abdominal. Hoje, repetiu o alimento e novamente apresentou os mesmos sintomas. Não há febre, nem sangue nas fezes. Exame físico mostra criança prostrada, com perfusão periférica levemente reduzida e abdome levemente distendido, porém flácido.

Tendo em conta a principal hipótese diagnóstica, o sintoma considerado como critério diagnóstico maior é

- (A) a palidez.
- (B) a letargia.
- (C) o vômito.
- (D) a diarreia.
- (E) a hipotermia.

66

Escolar, quatro anos, é trazido para atendimento no setor de emergência por apresentar febre, dor no ouvido direito e abaulamento retroauricular com vermelhidão e sensibilidade local há dois dias. Foi diagnosticada com infecção de ouvido na semana anterior, mas os sintomas persistiram apesar do uso de amoxicilina. Ao exame, nota-se discreta protrusão da orelha direita; restante do exame sem alterações.

A conduta imediata baseada na principal hipótese diagnóstica é

- (A) internar, realizar exames laboratoriais, iniciar ampicilina + sulbactam via endovenosa.
- (B) trocar o antibiótico oral para amoxicilina + ácido clavulânico, retornando em dois dias.
- (C) realizar exames laboratoriais e de imagem e, se alterados, usar cefotaxima via venosa.
- (D) realizar ultrassom da região retroauricular para definir internação e antibiótico venoso.
- (E) internar, realizar tomografia de crânio, iniciar por via venosa amoxicilina e gentamicina.

67

Adolescente do sexo feminino é trazida à emergência com febre, artralgia em grandes articulações e cansaço aos esforços. Ao exame físico, apresenta sopro cardíaco (sem história prévia) e sinais inflamatórios em joelhos e tornozelos. Exames laboratoriais mostram PCR e VHS elevados, além de título aumentado de ASLO.

Considerando os critérios revisados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, a categoria diagnóstica dessa adolescente é

- (A) primeiro episódio febre reumática.
- (B) artrite pós-estreptocócica sem critérios maiores.
- (C) cardiopatia reumática crônica com atividade inflamatória.
- (D) febre reumática recorrente sem cardite prévia documentada.
- (E) recorrência de febre reumática com cardite prévia estabelecida.

68

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

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

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

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

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

69

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.

70

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.

71

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

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

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

72

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.

73

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.

74

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.

75

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.

76

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.

77

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.

78

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.

79

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.

80

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

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

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

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

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

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

Realização

