

# EINSTEIN

## Hospital Israelita

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**  
PROCESSO SELETIVO 2026

### **005. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)**

#### **PRÉ-REQUISITO EM MEDICINA INTENSIVA OU PEDIATRIA**

**Programa:** Medicina Intensiva Pediátrica

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 2 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**

Nome do candidato

RG

Inscrição

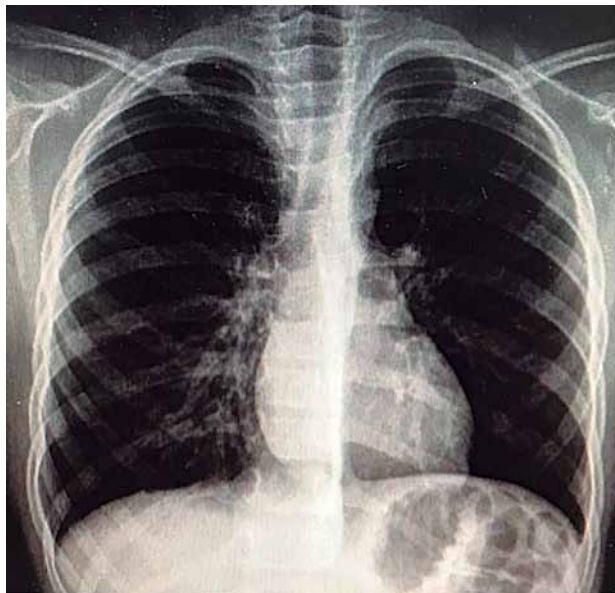
Prédio

Sala

Carteira



01. Paciente de 7 anos, com antecedente de asma de difícil controle, deu entrada no pronto-socorro com quadro de um dia de tosse seca e taquidispneia, sem febre. À admissão, encontrava-se em mau estado geral, com FR = 66 ipm;  $\text{SatO}_2 = 85\%$ , em ar ambiente, com sibilos inspiratórios e expiratórios à ausculta, com tiragens de fúrcula intercostal e subdiafragmática graves. Foram realizadas as radiografias de tórax a seguir.



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

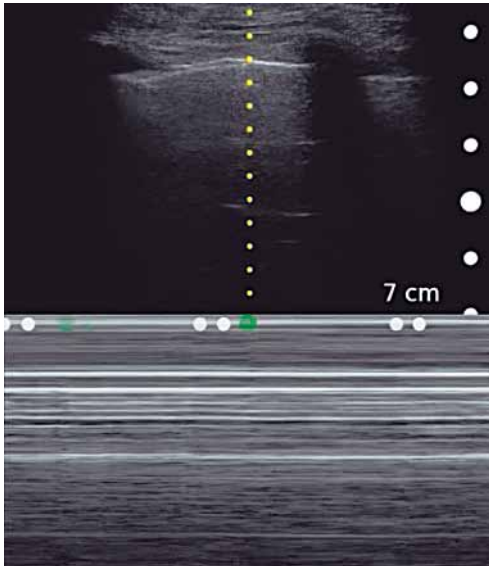
Não houve resposta com as medidas adotadas, evoluindo com tórax silente e bradipneia, sendo indicada intubação. Foi transferido, então, à UTI pediátrica com os seguintes parâmetros ventilatórios: em pressão controlada (modo assistido-controlado), com pressão positiva expiratória final (PEEP) = 8; frequência respiratória (FR) = 28 ipm; pressão inspiratória (P<sub>insp</sub>) (acima do PEEP) = 13; tempo inspiratório (T<sub>ins</sub>) = 0,7 s; fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) = 100%, com assincronia ventilatória e saturação limítrofe.

Em face do exposto, assinale a alternativa que descreve, corretamente, os ajustes que devem ser realizados na ventilação.

- (A) Diminuir PEEP, aumentar PC acima do PEEP, aumentar T<sub>ins</sub> e diminuir FR.
- (B) Aumentar PEEP, diminuir PC acima do PEEP, diminuir T<sub>ins</sub> e aumentar FR.
- (C) Aumentar PEEP, aumentar PC acima do PEEP, aumentar T<sub>ins</sub> e aumentar FR.
- (D) Diminuir PEEP, diminuir PC acima do PEEP, diminuir T<sub>ins</sub> e diminuir FR.

02. Paciente de 2 anos, internado em UTI pediátrica por insuficiência respiratória aguda secundária à pneumonia extensa. Intubado com cânula orotraqueal número 4 com *cuff*, com bom padrão respiratório, mantendo  $\text{SatO}_2 = 96\%$ . Logo após atendimento da fisioterapia, apresentou queda de saturação sustentada até 70% e assincronia ventilatória. Exame físico com ausculta muito diminuída em hemitórax direito, com expansibilidade também diminuída no mesmo lado. Associado a isso, houve queda de PA para 66 x 24 (44) mmHg e piora da perfusão.

Realizou-se a ultrassonografia “*point-of-care*” conforme imagem a seguir, no modo M, vista em todo hemitórax direito (aspecto de “código de barras”).



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Considerando esses achados, qual é a conduta adequada para a condição apresentada pelo paciente?

- (A) Realizar toracocentese de alívio de derrame pleural em quinto espaço intercostal.
- (B) Realizar punção torácica de emergência em segundo espaço intercostal, na linha hemiclavicular média.
- (C) Ajustar parâmetros ventilatórios com o intuito de aumentar o volume corrente.
- (D) Realizar drenagem de tórax em quinto espaço intercostal com dreno tubular.

03. Assinale a alternativa que descreve corretamente o perfil de choque apresentado, de acordo com o quadro clínico e o respectivo tratamento preconizado.

- (A) Lactente, 9 meses, com vômitos e diarreia líquida (15 episódios por dia), há 4 dias, sem febre. FC = 198 bpm; PA = 68 x 33 (40) mmHg; pulsos finos; extremidades frias; rebaixamento de nível de consciência: choque hipovolêmico – expansão com cristaloides (40 mL/kg) e adrenalina EV contínua, se ausência de melhora.
- (B) Lactente, 1 ano e 4 meses, com diagnóstico de leucemia linfóide aguda, apresenta febre, inapetência e queda do estado geral há dois dias. Rrealizou quimioterapia há sete dias. FC = 178 bpm; PA = 63 x 30 (40) mmHg; pulsos finos; extremidades frias; rebaixamento de nível de consciência: choque hipovolêmico – expansão com cristaloides até melhora dos sinais de hipoperfusão, sem indicação de droga vasoativa.
- (C) Adolescente, com febre, cefaleia, vômitos e queda do estado geral, há dois dias. Há algumas horas, início de lesões purpúricas e petéquias. Há algumas horas. FC = 138 bpm; PA = 78 x 38 (49) mmHg; pulsos finos; rebaixamento de nível de consciência: choque séptico – antibioticoterapia, expansão com cristaloides e noradrenalina EV, se a ausência de melhora hemodinâmica.
- (D) Menina, 3 anos, com diagnóstico de linfoma de Hodgkin primário de mediastino, apresenta palidez cutânea, sudorese e queda do estado geral há 24 horas. Realizou radioterapia há 15 dias. FC = 154 bpm; hipofonese de bulhas; turgência jugular; PA = 66 x 38 (45) mmHg; pulsos finos; rebaixamento de nível de consciência: choque séptico – antibioticoterapia, expansão com cristaloides e adrenalina EV, se ausência de melhora hemodinâmica.

**04.** Paciente de 1 ano e 8 meses dá entrada no pronto-socorro com febre baixa, tosse, coriza, hipoatividade e inapetência há dois dias. Familiar notou que, hoje, a criança está mais sudoreica e pálida. À admissão, mau estado geral, com FC = 180 bpm; PA = 88 x 40 (58) mmHg; pulsos finos; extremidades frias; tempo de enchimento capilar de 5 segundos. Radiografia de tórax revela aumento de área cardíaca. Iniciada expansão com cristalóide (10 mL/kg), mas evoluiu com piora do padrão respiratório e queda de saturação.

Como base na evolução do caso, qual é a droga vasoativa recomendada?

- (A) Adrenalina a 0,1 mcg/kg/min.
- (B) Noradrenalina 0,1 mcg/kg/min.
- (C) Milrinone a 0,3 mcg/kg/min.
- (D) Adrenalina a 0,3 mcg/kg/min.

**05.** Paciente de 10 anos, com antecedente de asma de difícil controle, apresenta tosse seca, sem febre, há dois dias. Ao exame físico, regular estado geral, consciente, sibilos inspiratórios e expiratórios difusos, FR = 48 ipm, tiragens de fúrcula, intercostal e subdiafragmática, tempo expiratório prolongado, SatO<sub>2</sub> = 88%, em ar ambiente. Realizadas inalações com salbutamol e ipratrópio e dose de ataque de metilprednisolona, sem qualquer melhora do quadro. Mantido em máscara não reinalante a 15 L/min, com SatO<sub>2</sub> = 95%. Radiografia de tórax apenas com sinais de hiperinsuflação.

Em face do exposto, assinale a alternativa que contém a conduta adequada a ser realizada nesse momento, para melhora do quadro respiratório.

- (A) Intubação orotraqueal com cânula 6 com cuff. Manter paciente bem sedado. Iniciar ventilação com modo pressão controlado, com PEEP baixo, FR baixa, e tempo inspiratório alto.
- (B) Iniciar ventilação não invasiva em modo BIPAP e manter paciente sedado com dexmedetomidina.
- (C) Iniciar ventilação não invasiva em modo BIPAP e iniciar terbutalina endovenosa contínua.
- (D) Manter paciente em máscara não reinalante e iniciar sulfato de magnésio endovenoso 50 mg/kg, em 30 minutos.

**06.** Paciente de 2 meses dá entrada no pronto-socorro com quadro de 4 dias de tosse e coriza, com piora há um dia, quando iniciou inapetência e sinais de desconforto respiratório. Irmão de 3 anos com sintomas gripais. Ao exame físico, está em regular estado geral, taquidispneico, com FR = 70 ipm, tiragens subdiafragmática e de fúrcula moderadas e SatO<sub>2</sub> = 87%, em ar ambiente. Ausculta com estertores grossos e roncos difusos. Radiografia de tórax com sinais de hiperinsuflação. Não houve melhora após atendimento da fisioterapia. Nesse momento, foi instituído o cateter de alto fluxo.

Assinale a alternativa que descreve corretamente a ação do cateter de alto fluxo, no caso relatado.

- (A) Aumento de espaço morto e possível aumento de *shunt*.
- (B) Diminuição do espaço morto e possível diminuição da resistência de vias aéreas.
- (C) Diminuição do espaço morto e possível diminuição do *shunt*.
- (D) Aumento do espaço morto e possível diminuição de resistência de vias aéreas.

**07.** Paciente de 4 anos, com antecedente de encefalopatia hipóxico-isquêmica, em uso de carbamazepina, ácido valproico e levetiracetam para controle de crises convulsivas, dá entrada no Pronto-Socorro com insuficiência respiratória grave por pneumonia extensa, com necessidade de intubação. Evolui hemodinamicamente estável, sem piora do quadro convulsivo de base, mas com necessidade de parâmetros elevados na ventilação mecânica. Em exames laboratoriais, visto sódio sérico de 127.

Assinale a alternativa que descreve, respectivamente, a causa mais provável da hiponatremia e a conduta adequada para esse distúrbio, no momento.

- (A) Síndrome cerebral perdedora de sal; reposição enteral de sódio.
- (B) Secreção inapropriada de ADH; reposição enteral de sódio.
- (C) Síndrome cerebral perdedora de sal; expansão volêmica com cristalóide isotônico.
- (D) Secreção inapropriada de ADH; restrição hídrica.

**08.** Paciente de 4 meses, pesando 5 kg, previamente hígida, internada em UTI pediátrica por quadro de pneumonia e síndrome do desconforto respiratório, intubada com necessidade de altos parâmetros ventilatórios. Evolui muito anasarcada, com baixo débito urinário, apesar de otimização do uso de diuréticos. Exames com piora progressiva da função renal. Indicada passagem de cateter para diálise peritoneal. Exames com Na = 139; K = 6,7; pH = 7,22; bic = 19; pCO<sub>2</sub> = 55; ureia = 88; Cr = 1,3. Coagulograma sem alterações, não apresenta sangramentos.

Assinale a alternativa que contém a prescrição inicial adequada da diálise peritoneal para a paciente.

- (A) Solução de diálise a 2%, com potássio 2 mEq/L e heparina 500 UI/mL. Infundir 30 mL na cavidade. Tempo de permanência: 30 minutos. Tempo de drenagem: 30 minutos.
- (B) Solução de diálise a 1,5%, com potássio 2 mEq/L, sem heparina. Infundir 100 mL na cavidade. Tempo de permanência: 60 minutos. Tempo de drenagem: 20 minutos.
- (C) Solução de diálise a 1,5%, sem potássio, com heparina 500 UI/mL. Infundir 50 mL na cavidade. Tempo de permanência: 15 minutos. Tempo de drenagem: 15 minutos.
- (D) Solução de diálise a 2%, sem potássio, sem heparina. Infundir 75 mL na cavidade. Tempo de permanência: 30 minutos. Tempo de drenagem: 20 minutos.

**09.** Paciente de 12 anos internada por quadro de cetoacidose diabética, com exames iniciais com pH = 7,08; bic = 6, pCO<sub>2</sub> = 20; Na = 135; K = 5,4. Glicemia capilar da admissão de 428 mg/dL. Feito manejo inicial da hidratação e do potássio adequadamente. No momento, está na quinta hora de tratamento, recebendo soro com oferta hídrica de 120 mL/kcal/dia, sem glicose, com Na = 68 mEq/L e K = 40 mEq/L, além de insulina regular contínua na dose de 0,05 UI/kg/h. Exames do momento com gasometria com pH = 7,19; bic = 13; pCO<sub>2</sub> = 26; Na = 138; K = 5,3 e glicemia capilar de 104 mg/dL.

Com base na evolução laboratorial e considerando que a paciente vem com boa evolução clínica, mantendo bom nível de consciência, assinale a alternativa que descreve a conduta adequada no momento, com relação ao manejo da cetoacidose diabética.

- (A) Interromper a insulina contínua. Manter soro da mesma forma. Liberar dieta via oral para diabetes.
- (B) Interromper a insulina contínua. Deixar soro de manutenção com glicose a 5% e diminuir o aporte de potássio do soro para 25 mEq/L. Manter paciente em jejum.
- (C) Manter a dose atual de insulina contínua. Deixar soro de manutenção com glicose a 5%, mantendo reposição de eletrólitos da mesma forma. Liberar dieta via oral para diabetes.
- (D) Começar esquema de insulina NPH e regular. Deixar soro de manutenção com glicose a 5% e diminuir o aporte de potássio do soro para 25 mEq/L. Manter paciente em jejum.

**10.** Paciente de 4 anos dá entrada no pronto-socorro com quadro de convulsão tônico-clônica generalizada. Realizadas duas doses de benzodiazepínicos, dose de ataque de fenitoína e dose de ataque de fenobarbital, sem melhora.

Assinale a alternativa correta quanto às possibilidades de tratamento do caso apresentado.

- (A) A cetamina tem um efeito sedativo e analgésico. Essa droga não deve ser utilizada em situações de estado de mal convulsivo refratário.
- (B) O tiopental é um barbitúrico que tem como alvo promover surto-supressão eletroencefalográfica. Tem como um dos principais efeitos colaterais o comprometimento hemodinâmico.
- (C) O midazolam é um benzodiazepínico que pode ser usado para controle do mal convulsivo. Apresenta um risco menor de *delirium* em relação às outras drogas citadas.
- (D) o rocurônio contínuo seria uma boa opção para controle das crises convulsivas clínicas. Apresenta risco de sarcopenia do paciente crítico com o uso de longo prazo.

**11.** Paciente de 3 anos e 2 meses, internado na UTI pediátrica há 4 dias por trauma cranioencefálico grave (queda de televisão em polo cefálico após se apoiar no móvel). Tem tomografia de crânio com edema cerebral grave, inclusive com sinais de herniação. Evolui com coma arreativo e aperceptivo e com pupilas midriáticas fixas; sedação e analgesia contínuas pausadas há 48 horas, com manutenção do comprometimento neurológico. Não apresenta disfunção renal ou hepática. O médico é questionado sobre a abertura do protocolo de morte encefálica. No momento, o paciente está intubado com parâmetros ventilatórios moderados (com FIO<sub>2</sub> de 100%), com gasometria arterial com pH = 7,44; pCO<sub>2</sub> = 44; pO<sub>2</sub> = 204; bic = 30; SatO<sub>2</sub> = 98%, recebendo adrenalina a 0,2 mcg/kg/min. Sinais vitais com FC = 142 bpm; PA = 72 x 44 (58) mmHg; FR igual ao do ventilador (está em apneia); temperatura retal = 35,8°C; SatO<sub>2</sub> = 98%. Não apresenta distúrbios eletrolíticos nos últimos exames.

Assinale a alternativa que contém a condição apresentada pelo paciente que impede a abertura do protocolo de morte encefálica nesse momento.

- (A) A pCO<sub>2</sub> na gasometria arterial abaixo de 45 mmHg.
- (B) A pressão arterial sistólica abaixo de 85 mmHg.
- (C) A temperatura central abaixo de 36°C.
- (D) O uso de drogas vasoativas.

12. Paciente de 5 anos, com diagnóstico recente de leucemia mieloide aguda, internado em UTI e em indução com prednisona, daunorubicina, ifosfamida e L-asparaginase. Hemograma: Hb 7,6 g/dL, leucócitos 165.000/mm<sup>3</sup> (90% blastos), plaquetas 21.000/mm<sup>3</sup>. Está em uso de O<sub>2</sub> por cateter (2 L/min) devido a infiltrado pulmonar bilateral e hipertensão arterial. Evolui subitamente com cefaleia, confusão mental e crise convulsiva. Com base no quadro clínico, foram realizadas quatro hipóteses diagnósticas.

Assinale a alternativa correta com relação a essas hipóteses.

- (A) Pode ser que se trate de PRES (encefalopatia posterior reversível), mais comum em pacientes com leucocitose importante.
- (B) Pode ser toxicidade neurológica relacionada à quimioterapia, especialmente por ciclofosfamida.
- (C) Pode ser acidente vascular cerebral, com indicação imediata de trombólise.
- (D) Pode ser síndrome de hiperviscosidade (leucostase), associada a sintomas respiratórios e neurológicos.

13. Paciente de 8 anos, internado na UTI pediátrica no quarto dia pós-operatório de uma laparotomia por apendicite complicada. A descrição cirúrgica cita grande quantidade de secreção purulenta em toda cavidade abdominal, com necessidade de muita manipulação de alças intestinais. Não há descrição de perfuração. No momento, o paciente está em ar ambiente, estável hemodinamicamente, recebendo antibioticoterapia (ceftriaxone, ampicilina e metronidazol), mas em íleo paralítico. Não apresenta disfunção renal ou hepática, e tem balanço hídrico acumulado levemente positivo (50 mL/kcal nos últimos quatro dias). Prescrita nutrição parenteral (NP) em acesso venoso central há 24 horas, com os seguintes itens (todos referentes a uma NP com duração de um dia):

- Oferta hídrica de 90 mL/kcal;
- Aminoácidos de 0,5 g/kg;
- Lipídeos de 2 g/kg;
- Velocidade de infusão de glicose de 6 mg/kg/min;
- Sódio em concentração de 20 mEq/L;
- Potássio de 2 mEq/kcal;
- Cálcio, fosforo e magnésio em doses adequadas para o peso;
- Vitaminas e poliminerais em dose adequada para peso;
- Relação calorias/gramas de nitrogênio: 250 kcal/g/dia (ou 1/250).

Assinale a alternativa que contém alterações na nutrição parenteral adequadas para esse paciente.

- (A) Manter oferta hídrica, aumentar a oferta de aminoácidos e elevar a oferta de sódio.
- (B) Reduzir a oferta hídrica, manter oferta de aminoácidos e manter oferta de sódio.
- (C) Manter oferta hídrica, aumentar a oferta de aminoácidos e manter a oferta de sódio.
- (D) Reduzir a oferta hídrica, manter a oferta de aminoácidos e elevar a oferta de sódio.

14. Paciente de 6 anos, previamente hígido, admitido recentemente na UTI pediátrica por choque séptico de foco pulmonar. No momento está intubado, recebendo adrenalina contínua em acesso intraósseo, com indicação de passagem de acesso venoso central. Exames iniciais com hemoglobina = 9,3 g/dL; hematócrito = 30,4%; plaquetas = 52.000/mm<sup>3</sup>; INR (*International Normalized Ratio*) do Tempo de Protrombina = 2,1. Não apresenta sangramentos ativos.

Assinale a alternativa que descreve a conduta adequada nesse caso, no que se refere ao uso de hemoderivados antes da passagem do cateter venoso central.

- (A) Deve-se transfundir plaquetas e plasma fresco congelado.
- (B) Deve-se transfundir apenas plaquetas.
- (C) Não está indicada transfusão de plaquetas ou plasma fresco congelado.
- (D) Deve-se transfundir apenas plasma fresco congelado.

15. Paciente de 10 anos, com antecedente de encefalopatia crônica não evolutiva por anoxia neonatal. Recebe dieta por gastrostomia e faz uso de medicações anticonvulsivantes e antiespásticas. Ao longo do último ano, teve diversas internações, com piora significativa de qualidade de vida e da interação com familiares. Deu entrada no Pronto-Socorro com insuficiência respiratória crônica agudizada, onde foi intubado e transferido à unidade de terapia intensiva. Evoluiu com disfunção renal, com indicação de diálise. No entanto, considerando-se o quadro de base, foi acordado em reunião com a família de que não seriam tomadas condutas que prolongassem o sofrimento do paciente, sendo contraindicada a terapia de substituição renal. A mãe, entendendo o contexto, pergunta sobre a possibilidade de extubar o paciente, verbalizando o desejo de pegá-lo no colo sem suporte ventilatório.

Assinale a alternativa correta sobre a extubação no caso apresentado.

- (A) A extubação nesse caso é proibida e configuraria eutanásia.
- (B) A extubação nesse caso é proibida e configuraria omissão de socorro.
- (C) A extubação nesse caso é permitida e configuraria ortotanásia.
- (D) A extubação nesse caso é permitida e configuraria distanásia.

**16.** Paciente do sexo masculino, com 20 dias de vida, nascido a termo com 3.935 g, sem intercorrências neonatais relevantes, dá entrada no Pronto-Socorro com quadro de dois dias de vômitos recorrentes, aumento do número de evacuações e recusa alimentar, sem febre. Ao exame físico, encontra-se em mau estado geral, muito desidratado, com pulsos finos, tempo de enchimento capilar de 6 segundos, FC = 180 bpm; PA = 42 x 22 (33) mmHg; FR = 70 ipm, sem alteração de ausculta pulmonar ou cardíaca, exame abdominal normal. Fontanela deprimida. Exames laboratoriais iniciais com Na = 120; K = 7,3; pH = 7,14; bic = 9; pCO<sub>2</sub> = 23; glicemia = 22 mg/dL.

Considerando as principais hipóteses diagnósticas para o caso, assinale a alternativa cujo exame nela apresentado poderia auxiliar no diagnóstico do caso relatado.

- (A) Triagem neonatal sanguínea (teste do pezinho).
- (B) Ultrassom de cérebro.
- (C) Sorologia para sífilis.
- (D) Poligrafia neonatal.

**17.** Paciente de 10 dias de vida, nascido a termo com peso de 2.950 g, iniciou, há um dia, quadro de hipoatividade e recusa alimentar. Sem febre na história, familiares não trouxeram demais dados do período neonatal. Dá entrada no Pronto-Socorro em mau estado geral, hipoativo e hiporreativo, com pulsos periféricos ausentes, pulsos femorais ausentes e pulsos braquiais finos, FC = 177 bpm com sopro sistólico ++/6+. Extremidades muito frias, principalmente em membros inferiores. Sem alterações de ausculta pulmonar, FR = 26 ipm, com respiração agônica (*gaspings*) eventual. SatO<sub>2</sub> não detectável.

Considerando o quadro apresentado, assinale a alternativa que descreve a conduta adequada.

- (A) Fenobarbital e infusão de prostaglandina E1.
- (B) Infusão de prostaglandina E1 e antibióticos empíricos.
- (C) Imunoglobulina endovenosa e antibióticos.
- (D) Fenitoína e imunoglobulina endovenosa.

**18.** Paciente de 3 anos, vítima de acidente automobilístico em um veículo que trafegava a 70 km/h, encontra-se no departamento de emergência. Ao exame físico apresenta-se consciente, com frequência cardíaca de 160 bpm, pressão arterial de 80 x 55 mmHg e tempo de enchimento capilar de 2 segundos, com hematoma em região abdominal.

Assinale a alternativa correta em relação aos exames utilizados na avaliação do trauma abdominal pediátrico.

- (A) O lavado peritoneal diagnóstico permanece como exame amplamente indicado na avaliação inicial de crianças com trauma abdominal contuso.
- (B) A tomografia computadorizada de abdome com contraste intravenoso é o exame de escolha para avaliação de lesões abdominais em pacientes pediátricos hemodinamicamente instáveis.
- (C) A avaliação focada com ultrassom no trauma (FAST) é útil para avaliação inicial, mas um resultado negativo não exclui a possibilidade de lesão intra-abdominal.
- (D) A radiografia simples de abdome tem boa sensibilidade para detecção de hemoperitônio e pode ser utilizada como exame de triagem inicial.

19. O médico está de plantão em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e é chamado pela equipe de enfermagem para avaliar um paciente de 2 anos, internado por sepse de foco cutâneo. Ao avaliar o paciente, é identificado que ele se encontra em parada cardiorrespiratória, com o ritmo no monitor demonstrado a seguir:



O médico, então, inicia as compressões cardíacas. Segundo o protocolo PALS (*Pediatric Advanced Life Support*), assinale alternativa que apresenta a conduta adequada nesse caso.

- (A) Administração de Epinefrina 0,01 mg/kg EV (1:10.000).
  - (B) Desfibrilação com carga de 2 joules/kg e administração de epinefrina após o 2º choque.
  - (C) Administração de Epinefrina 0,1 mg/kg EV (1:10.000).
  - (D) Desfibrilação com carga de 1 joule/kg e administração de epinefrina após o 2º choque.
20. Paciente, portador de cardiopatia congênita e submetido a cirurgia de Norwood com 7 dias de vida, encontra-se internado em unidade de terapia intensiva em pós-operatório. Evolui com quadro de palidez, extremidades frias, tempo de enchimento capilar lentificado e taquicardia, com pulsos centrais palpáveis. No monitor apresenta-se com ritmo a seguir:



Baseando-se no diagnóstico eletrocardiográfico, qual a conduta imediata adequada?

- (A) Adenosina 0,1 mg/kg.
  - (B) Desfibrilação 1 joule/kg.
  - (C) Amiodarona 5 mg/kg.
  - (D) Cardioversão sincronizada 0,5 joule/kg.
21. Paciente de 3 anos de idade foi encontrado pelos familiares em uma piscina na casa dos avós, retirado da água inconsciente e levado ao pronto atendimento. Na chegada, relatado tempo de submersão de cerca de 3 minutos. Paciente encontra-se inconsciente, pálido, SatO<sub>2</sub>: 86% em máscara não reinalante, ausculta respiratória com murmúrio vesicular presente bilateralmente e estertores difusos. FR: 35 irpm, FC: 88 bpm, PA: 78 x 55 mmHg, TEC: 3 segundos.
- Qual a melhor conduta ventilatória inicial nesse caso?
- (A) Manter oxigênio em máscara não reinalante.
  - (B) Proceder intubação orotraqueal para ventilação mecânica invasiva.
  - (C) Iniciar ventilação não invasiva com pressão positiva contínua (CPAP).
  - (D) Iniciar ventilação não invasiva em dois níveis de pressão (BiPAP).

**22.** Lactente de 18 meses de idade dá entrada no pronto atendimento com quadro de sonolência, pele fria e sudorese, iniciados há cerca de 2 horas. Pais relatam que a criança estava bem nos últimos dias, apenas com quadro de resfriado para o qual somente estavam administrando analgésicos e descongestionantes nasais. Na avaliação, paciente sonolenta, FC: 65 bpm, PA: 75 x 50 mmHg, FR: 25 irpm, SatO<sub>2</sub>: 95% em ar ambiente, T: 34,9 °C.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica imediata mais adequada para esse caso.

- (A) Lavagem gástrica.
- (B) Carvão ativado por via oral.
- (C) Naloxona.
- (D) Atropina.

**23.** Paciente, 10 anos, portador de linfoma de Burkitt, realizou sessão de quimioterapia há 1 dia. Evolui com náuseas, vômitos, fraqueza, redução do débito urinário e dor abdominal nas últimas 12 horas. Exames: creatinina: 2,3 mg/dL; ureia: 120 mg/dL; ácido úrico: 11 mg/dL; fósforo: 9 mg/dL; cálcio: 8 mg/dL; potássio: 6,8 mEq/L.

Assinale a alternativa que apresenta uma conduta correta para esse caso.

- (A) Hidratação por via endovenosa vigorosa.
- (B) Evitar rasburicase se houve profilaxia com alopurinol.
- (C) Utilizar diuréticos de alça e restrição hídrica.
- (D) Alcalinização com bicarbonato de sódio.

**24.** Médico integra a equipe de plantão responsável pelo atendimento de uma paciente de 5 anos, com diagnóstico de tumor no sistema nervoso central, internada na unidade de terapia intensiva pediátrica e em preparo para procedimento neurocirúrgico. A paciente evolui com rebaixamento do nível de consciência (glasgow 6), bradicardia e hipertensão, o que leva a equipe a optar pela intubação orotraqueal.

Considerando o procedimento de intubação em pacientes pediátricos com hipertensão intracraniana, assinale a alternativa correta.

- (A) A pré-oxigenação é uma etapa não obrigatória nesse caso, visto que a paciente apresenta respiração espontânea.
- (B) Etomidato e rocurônio são medicações adequadas para sequência rápida de intubação nesse caso.
- (C) É importante ventilar, com o objetivo de obter uma PCO<sub>2</sub> < 30 mmHg, para diminuir a pressão intracraniana.
- (D) Evitar o uso de bloqueador neuromuscular seria a melhor escolha, visando estabilidade hemodinâmica.

**25.** Paciente, previamente hígido, foi diagnosticado com dengue após ter sido atendido em uma Unidade de pronto atendimento com quadro de febre, cefaleia e mialgia. No 5º dia de sintomas, apresentou quadro de vômitos, dor abdominal e icterícia, o que motivou nova ida ao pronto atendimento. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, descorado: 2+/4+, icterico: 3+/4+, com sangramento gengival, abdome doloroso em região de hipocôndrio direito e fígado palpável a 3 cm do rebordo costal. Foram solicitados exames que evidenciaram: TGO: 2.000U/L; TGP: 4.500U/L; bilirrubina total: 8 mg/dL (às custas de bilirrubina direta); INR: 3. Paciente foi transferido para leito de UTI pediátrica para continuidade dos cuidados.

Para estabelecer o diagnóstico de insuficiência hepática aguda nesse caso, é correto dizer que a encefalopatia hepática

- (A) é obrigatória já na primeira semana de evolução do quadro.
- (B) exclui esse diagnóstico, caso presente.
- (C) não é obrigatória para a definição do diagnóstico.
- (D) deve estar presente em até 3 meses após o início dos sintomas.

**26.** Lactente de 10 meses, do sexo masculino, com histórico de desnutrição moderada (E/I e P/I com escore Z inferior a -2), já foi internado duas vezes por desidratação associada a diarreia aguda e outras duas por pneumonia. Entre os episódios, mantém tosse produtiva frequente e apresenta crises de broncoespasmo. Está com a vacinação completa e reside em área com saneamento precário.

Considerando os achados clínicos, assinale a alternativa correta em relação às possíveis hipóteses etiológicas.

- (A) As infecções respiratórias e gastrointestinais recorrentes são fortemente sugestivas de deficiência seletiva de IgA.
- (B) As pneumonias recorrentes podem ser justificadas pelo diagnóstico de asma, fator de predisposição a infecções secundárias.
- (C) Os episódios de broncoespasmo podem ser secundários a inflamação brônquica da fibrose cística.
- (D) Saneamento básico limitado com infecção parasitária recorrente (giardíase) justificariam *per se* os sintomas.

**27.** Criança de 6 anos, em fase de manutenção da quimioterapia para leucemia linfoblástica aguda (diagnóstico há quatro meses), encontra-se clinicamente estável, sem febre ou sinais infecciosos. Pais desejam atualizar o calendário vacinal. O cartão mostra ausência da segunda dose da tríplice viral (SCR) e da vacina contra varicela.

Qual é a orientação correta nessa situação?

- (A) Aplicar ambas as vacinas imediatamente, considerando a estabilidade clínica.
- (B) Contraindicar qualquer vacina até o término completo da quimioterapia.
- (C) Contraindicar ambas as vacinas durante a quimioterapia e por três meses após o término.
- (D) Administrar ambas as vacinas com vigilância, considerando o risco de formas graves.

**28.** Considere os dois casos a seguir:

- Caso 1: lactente de 2 meses, em aleitamento misto, apresenta, há um mês, crostas oleosas aderentes no couro cabeludo e descamação leve em glabella. Bom estado geral.
- Caso 2: lactente em aleitamento materno exclusivo apresenta lesões eczematosas na face e fossas cubitais desde o segundo mês de vida. Apresenta prurido, leve irritabilidade e escore Z de peso entre -2 e -3.

Considerando os diagnósticos prováveis, qual é a conduta terapêutica correta?

- (A) Suspender a fórmula e manter aleitamento materno exclusivo no caso 1.
- (B) Utilizar corticosteroide tópico ou inibidores de calcineurina no caso 2.
- (C) Prescrever corticosteroide oral de curta duração para ambos os casos.
- (D) Orientar dieta de exclusão de leite de vaca pela mãe em ambos os casos.

**29.** Durante consulta, os pais de uma menina de 6 anos, em processo de separação, discutem sobre a guarda. A mãe deseja residência exclusiva, e o pai quer corresponsabilidade nas decisões.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, na guarda compartilhada, o tempo de convivência de cada responsável com a criança

- (A) não precisa ser igual, desde que respeite os interesses da criança.
- (B) precisa ser igual, sendo que a residência da criança deve ser alternada.
- (C) não precisa ser igual, desde que a autoridade seja dividida entre os genitores, com decisões autônomas.
- (D) precisa ser igual, com o objetivo de garantir o equilíbrio de direitos entre as partes.

**30.** Recém-nascido a termo, 38 semanas, parto vaginal, apresenta icterícia até as coxas com 36 horas de vida. Bom estado geral, aleitamento materno eficaz. Exames laboratoriais: bilirrubina total: 12,5 mg/dL; bilirrubina direta: 1,3 mg/dL; hemoglobina: 15g/dL; hematócrito: 46%; reticulócitos discretamente elevados. Coombs direto negativo, mãe O+, RN B+.

Qual a conduta correta ?

- (A) Investigar colestase neonatal.
- (B) Reavaliar em 24 a 48 horas (icterícia fisiológica).
- (C) Suspender aleitamento materno temporariamente.
- (D) Iniciar fototerapia e monitorar bilirrubina sérica.

**31.** Criança de 9 anos apresenta febre alta há oito dias, acompanhada de dor, edema, calor, rubor e limitação de movimentos em joelho direito. Após 48 horas, os mesmos sintomas acometeram o tornozelo esquerdo, com melhora progressiva da articulação inicial. Exame físico atual: regular estado geral, febril (38,7 °C); sinais flogísticos em tornozelo esquerdo; sopro holossistólico apical (3+/6+) com irradiação para axila. Exames laboratoriais: PCR, VHS e anti-DNase B elevados; hemograma: leucocitose com predomínio de neutrófilos.

Como prosseguir corretamente na investigação diagnóstica?

- (A) Realizar punção articular e iniciar antibioticoterapia empírica.
- (B) Solicitar ecocardiograma e iniciar tratamento anti-inflamatório.
- (C) Indicar cultura do líquido articular com pesquisa de BAAR (bacilo álcool-ácido resistente).
- (D) Solicitar sorologias virais (EBV, CMV, parvovirus B19) e FAN.

**32.** Adolescente do sexo masculino, de 13 anos, apresenta dor em joelho esquerdo há algumas semanas, com piora após atividades esportivas, especialmente durante a aterrissagem em saltos. Ao exame físico, refere dor à flexo-extensão do joelho, com aumento de volume na tuberosidade anterior da tíbia, sem sinais inflamatórios sistêmicos ou derrame articular.

Com base no quadro clínico e no exame físico, qual é o exame de imagem mais indicado para confirmar a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Ressonância magnética para avaliação de estruturas ligamentares e cartilaginosas do joelho.
- (B) Radiografia simples para identificação de alterações na tuberosidade anterior da tíbia.
- (C) Tomografia computadorizada para análise detalhada de estruturas ósseas e articulares.
- (D) Provas inflamatórias e FAN para investigação de causas reumatológicas.

**33.** Criança do sexo feminino, de 2 anos e 10 meses, comparece à consulta de rotina em bom estado geral, com crescimento e desenvolvimento adequados. Ao exame físico, o pediatra identifica uma massa abdominal firme, lisa, não dolorosa à palpação e restrita ao flanco esquerdo. A criança encontra-se afebril, bem-disposta, com alimentação preservada, sem queixas urinárias, gastrointestinais ou sintomas sistêmicos. Exames neurológico, respiratório e cardiovascular sem alterações.

Diante do quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Tumor de Wilms.
- (B) Neuroblastoma.
- (C) Linfoma abdominal.
- (D) Fecaloma.

**34.** Menina de 13 anos, que teve menarca há seis meses, procura atendimento por apresentar sangramento menstrual intenso e prolongado desde o início dos ciclos menstruais. O pai dela tem diagnóstico de hemofilia, mas a menina nunca foi investigada. Refere também equimoses frequentes desde a infância. Relata ausência de atividade sexual.

Considerando a história clínica e familiar, qual é a hipótese diagnóstica mais provável e o principal achado laboratorial esperado, correta e respectivamente?

- (A) Síndrome dos ovários policísticos; aumento da testosterona total e LH/FSH > 2.
- (B) Doença de Von Willebrand; TTPa reduzido e aumento da atividade de ristocetina.
- (C) Coagulopatia hereditária (hemofilia A); TTPa prolongado e fator VIII reduzido.
- (D) Anovulação fisiológica; elevação discreta de TSH e prolactina.

**35.** Pré-escolar de 3 anos, do sexo feminino, apresenta atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor, com início da marcha apenas aos 2 anos e fala restrita a poucas palavras. Demonstra comportamento apático, com pouco interesse pelo meio externo, déficit de atenção e lentificação das respostas cognitivas. Os cuidadores referem constipação crônica, com evacuações a cada cinco dias. Ao exame físico, apresenta estatura abaixo do percentil 3, xerose cutânea, face arredondada, macroglossia, abdome globoso e bradicardia, sem alterações neurológicas focais ou sinais infecciosos.

Considerando o diagnóstico mais provável, qual das alterações a seguir é esperada nesse contexto clínico?

- (A) Presença de bócio como sinal de hipertrofia compensatória da glândula tireoide.
- (B) Regressão de habilidades cognitivas e motoras previamente adquiridas.
- (C) Estereotipias motoras repetitivas com prejuízo na interação social.
- (D) Fontanela anterior ampla como marcador de retardo no fechamento ósseo.

**36.** Menino de 10 anos, portador de anemia falciforme, é admitido com febre, dor torácica e taquipneia. A gasometria arterial revela PaO<sub>2</sub> de 55 mmHg, e a radiografia de tórax demonstra infiltrado pulmonar multilobar, confirmando o diagnóstico de síndrome torácica aguda (STA). Iniciado tratamento com oxigenoterapia, hidratação venosa, ceftriaxona e azitromicina. Após 24 horas, a saturação de oxigênio permanece abaixo de 90%, e a hemoglobina caiu para 6,5 g/dL.

Qual a conduta imediata indicada nesse momento?

- (A) Introduzir corticosteroide sistêmico em alta dose.
- (B) Indicar transfusão sanguínea, simples ou de troca.
- (C) Iniciar anticoagulação profilática com heparina.
- (D) Observar por 24h em UTI com suporte clínico.

**37.** Menina de 1 ano e 8 meses, previamente saudável, apresenta febre há 3 dias, irritabilidade, recusa alimentar e vômitos isolados. Ao exame, encontra-se em mau estado geral, febril (38,8 °C), taquicárdica, com dor à palpação do flanco esquerdo. Exames laboratoriais revelam leucocitose de 16.000/mm<sup>3</sup>, neutrofilia, leucocitúria +++, hematúria microscópica e nitrito positivo. Urocultura por cateterismo foi coletada, e o antibiograma estará disponível em 72h.

Frente aos achados clínico-laboratoriais, qual o manejo terapêutico apropriado?

- (A) Ceftriaxona intravenosa e troca para antibiótico oral após 48h sem febre.
- (B) Cefalexina por via oral por 10 dias, com reavaliação ambulatorial em 48h.
- (C) Manutenção de suporte clínico até que saia o resultado da urocultura.
- (D) Ciprofloxacina por via intravenosa até que saia o resultado da urocultura.

38. Lactente de 12 meses com quatro episódios de sibilância desde os 8 meses, um deles com necessidade de hospitalização. Todos os episódios ocorreram após quadros respiratórios virais. Entre crises, permanece com sintomas respiratórios leves. Ao exame: eutrófico, eupneico, ausculta com roncocal de transmissão, lesões eczematosas em fossas cubitais e poplíteas.

Com base no GINA 2025 para menores de 5 anos, qual a conduta terapêutica correta?

- (A) Manter salbutamol inalatório sob demanda durante as crises.
- (B) Corticoide inalatório diariamente, associado a salbutamol sob demanda.
- (C) Tratamento de suporte exclusivo nas crises.
- (D) Associar corticoide oral a salbutamol por um período de 3 a 5 dias nas crises.

39. Lactente de 6 meses, irmão de criança com alergia alimentar grave a castanhas, encontra-se em fase de introdução alimentar. Considerando o risco aumentado para alergia alimentar, qual a orientação adequada, conforme as diretrizes atuais?

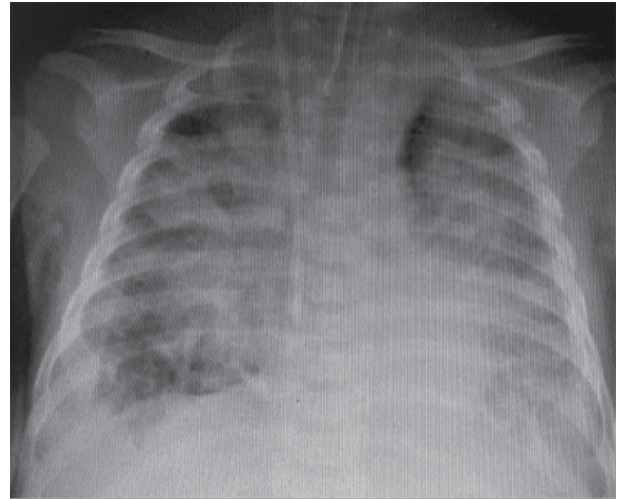
- (A) Mensurar as IgE específicas para os alimentos mais alergênicos (leite, ovo, peixes, amendoim e castanhas) antes da introdução.
- (B) Postergar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos para depois do primeiro ano de vida.
- (C) Iniciar qualquer alimento a partir deste momento, respeitando valor nutricional e cultura alimentar.
- (D) Evitar castanhas e utilizar fórmula extensamente hidrolisada caso seja necessário complementar o leite materno.

40. Menino de 14 anos apresenta febre alta há 7 dias, dor de garganta e surgimento de exantema maculopapular disseminado. Nega uso recente de antibióticos. Ao exame físico, observam-se exsudato amarelado em amídalas, linfadenopatia generalizada, esplenomegalia e hepatomegalia discretas. O exantema acomete tronco, face e membros, sem prurido.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual achado laboratorial é mais característico?

- (A) Anemia normocítica com reticulocitose.
- (B) Leucopenia intensa com neutropenia absoluta.
- (C) Eosinofilia periférica significativa.
- (D) Linfocitose com presença de linfócitos atípicos.

41. Um paciente de 7 anos encontra-se internado em UTI pediátrica devido a queimaduras que acometem 40% da superfície corpórea. Está intubado e em ventilação mecânica, sem necessidade de drogas vasoativas. Nas últimas 24 horas, apresentou piora ventilatória importante (radiografia de tórax a seguir). Não apresenta disfunção hemodinâmica grave; ecocardiograma funcional sem alterações.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

No momento, encontra-se em modo assistido-controlado, pressão controlada, com os seguintes parâmetros: PEEP: 8 cmH<sub>2</sub>O; frequência respiratória: 30 irpm; pressão controlada (acima do PEEP): 18 cmH<sub>2</sub>O; tempo inspiratório: 0,8 s; FiO<sub>2</sub>: 100%; média de volume corrente: 7 mL/kg; pressão média das vias aéreas (Paw): 15 cmH<sub>2</sub>O. Gasometria arterial: pH: 7,24; pCO<sub>2</sub>: 60; pO<sub>2</sub>: 100; bic: 23; BE: -2; SatO<sub>2</sub>: 84%.

Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que contenha o valor mais adequado do Índice de Oxigenação (IO) e a melhor conduta ventilatória a ser instituída nesse momento.

- (A) IO: 15 – Aumentar PEEP para 10, tentar baixar PC para 15, objetivando volume corrente de 4 a 6 mL/kg por ciclo ventilatório, diminuir FR para 25; tolerar hipercapnia até pH de 7,2.
- (B) IO: 18 – Aumentar PEEP para 12, tentar baixar PC para 15, objetivando volume corrente de 4 a 6 mL/kg por ciclo ventilatório; tolerar hipercapnia até pH de 7,15.
- (C) IO = 15 – Aumentar PEEP para 10, aumentar PC para 20, objetivando melhora do volume corrente e da hipercapnia; diminuir FR para 22.
- (D) IO = 18 – Aumentar PEEP para 10, manter PC em 18, com alvo de volume corrente de 6 a 8 mL/kg por ciclo ventilatório; diminuir FR para 25.

42. Uma criança de 8 anos, previamente saudável, é avaliada por quadro de febre baixa, náuseas, prostração, dor abdominal e icterícia. Há 2 dias, os pais notaram urina escura e fezes claras. A criança frequenta escola pública, e, recentemente, colegas de classe apresentaram sintomas semelhantes. No exame, observam-se hepatomegalia dolorosa e icterícia. AST e ALT estão significativamente elevadas; bilirrubina total: 6,5 mg/dL (direta: 4,2 mg/dL). Aguarda resultado de sorologias.

De acordo com os dados apresentados, a conduta imediata adequada consiste em

- (A) iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxona, devido à possibilidade de colangite aguda.
- (B) realizar lavagem gástrica e uso de carvão ativado devido à suspeita de intoxicação exógena.
- (C) instituir medidas de suporte clínico e sintomático, com hidratação, alimentação leve e observação.
- (D) iniciar tratamento com antivirais, como ribavirina, enquanto aguarda sorologia.

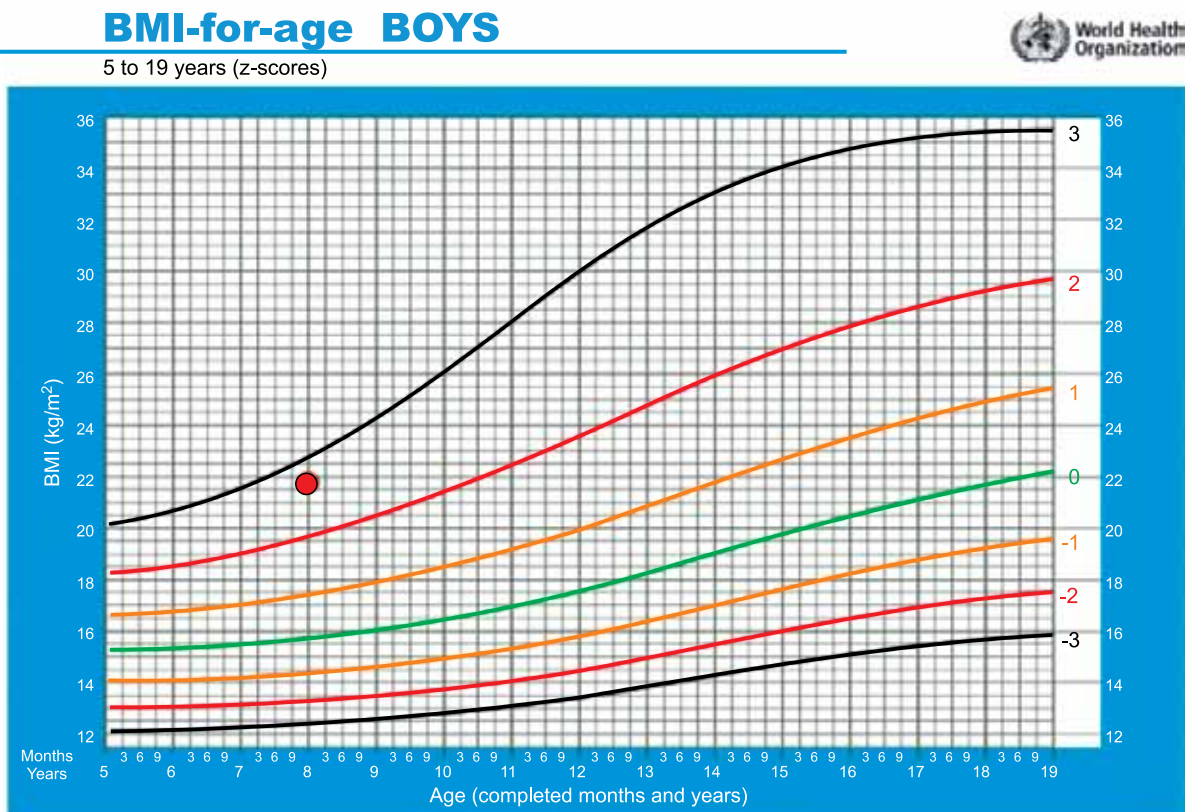
43. Lactente de 5 meses é admitido no pronto-socorro com febre há 6 dias, conjuntivite bilateral não purulenta, língua em framboesa, exantema polimorfo e edema de mãos e pés. Os exames laboratoriais revelam: PCR de 120 mg/L, plaquetas de 600.000/mm<sup>3</sup> e leucocitose. Ecocardiograma realizado no 6º dia revela Z-score de 2,7 na artéria coronária direita.

De acordo com as diretrizes atuais da American Heart Association (AHA) de 2024, qual terapêutica está indicada nos pacientes classificados como alto risco na patologia em questão?

- (A) Imunoglobulina intravenosa 2 g/kg + corticoterapia ou agentes biológicos associada ao ácido acetilsalicílico.
- (B) Imunoglobulina intravenosa 1 g/kg + corticoterapia ou agentes biológicos associada ao ácido acetilsalicílico.
- (C) Imunoglobulina intravenosa 2 g/kg + ácido acetilsalicílico.
- (D) Imunoglobulina intravenosa 1 g/kg + ácido acetilsalicílico.

44. Durante uma consulta pediátrica de rotina, os pais de um menino de 8 anos relatam uso excessivo de telas e ausência de prática de atividade física, exceto pelas aulas de Educação Física realizadas duas vezes por semana na escola. O hábito alimentar é inadequado, com baixa ingestão de frutas e legumes, associado a preferência por alimentos ultraprocessados.

O índice de massa corporal (IMC) está representado na curva a seguir:



(World Health Organization)

Assinale a alternativa que apresenta a classificação do estado nutricional do paciente em questão e os exames complementares iniciais indicados de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria.

- (A) Obesidade grave; insulina, LDL, TGP, hemograma.
- (B) Obesidade; glicemia jejum, perfil lipídico e TGP.
- (C) Obesidade grave; TSH, perfil lipídico e perfil de ferro.
- (D) Sobrepeso; glicemia jejum, LDL, insulina, hemograma.

45. Uma criança do sexo feminino, 4 anos, é levada ao pronto atendimento com história de febre há 48 horas, de até 38,8 °C. Nas últimas 12 horas, os pais referem alteração do comportamento, incluindo episódios de confusão mental, irritabilidade e sonolência progressiva. Durante a avaliação na sala de emergência, a paciente apresentou pico febril e crise convulsiva focal, com necessidade de midazolam e fenitoína intravenosos para controle de crise. Após estabilização, foram solicitados exames complementares. Considerando o quadro clínico descrito, assinale a alternativa que apresenta as hipóteses diagnósticas mais prováveis.
- (A) Meningoencefalite e convulsão febril complexa.
  - (B) Meningite bacteriana e convulsão febril complexa.
  - (C) Meningoencefalite e crise convulsiva sintomática aguda.
  - (D) Meningite bacteriana e crise convulsiva sintomática aguda.
46. Paciente do sexo masculino, 10 anos, é atendido na unidade básica de saúde com queixa de urina avermelhada há dois dias; nega febre, disúria ou queixas abdominais. Refere ter apresentado episódio de faringoamigdalite há aproximadamente 2 semanas, tratado ambulatorialmente. Ao exame físico, apresenta edema palpebral discreto (1+/4+) e pressão arterial de 130 x 85 mmHg, compatível com valores acima do percentil 95 para idade. Foram solicitados exames complementares, e o paciente permanece em acompanhamento na unidade.
- Com base na hipótese diagnóstica mais provável, assinale a alternativa correta.
- (A) A presença de hipocomplementemia (C3 e CH50 reduzidos) é achado patognomônico dessa glomerulopatia.
  - (B) A biópsia renal revela, classicamente, depósitos de IgA no mesângio.
  - (C) A hematuria observada nesses casos é predominantemente formada por hemácias isomórficas.
  - (D) A hematuria microscópica persistente pode durar até 18 meses, sem representar critério de mau prognóstico.
47. Paciente do sexo feminino, 8 anos de idade, é levada ao pediatra em consulta de puericultura para avaliação de crescimento. Sua altura está abaixo do percentil 3 para a idade, com velocidade de crescimento de 3 cm/ano. Ao exame físico, apresenta linfedema residual em dorso dos pés, pescoço curto e alado. Considerando o diagnóstico mais provável nesse caso, outras características comumente encontradas nesta patologia são:
- (A) valva aórtica bicúspide e cúbito varo.
  - (B) puberdade precoce e hipotireoidismo.
  - (C) valva aórtica bicúspide e falência ovariana.
  - (D) infertilidade e hirsutismo.
48. Durante consulta de rotina, o pediatra não consegue palpar o testículo direito na bolsa escrotal de um menino de 1 ano e 6 meses, e ainda observa hipotrofia da bolsa testicular correspondente. Considerando o diagnóstico de criptorquidia, assinale a alternativa correta em relação às informações que devem ser dadas à família.
- (A) Infertilidade e risco de malignidade são complicações possíveis nos testículos não descidos e variam conforme a localização testicular.
  - (B) O tratamento cirúrgico da criptorquidia deveria ter sido realizado antes dos 6 meses de idade.
  - (C) O testículo criptorquídico deve ser removido cirurgicamente assim que o diagnóstico for estabelecido, devido ao risco de câncer testicular.
  - (D) O tratamento deve ser conservador, pois a maioria dos casos se resolve espontaneamente após os 18 meses de idade.
49. Um bebê de 1 mês de vida está mamando no seio materno quando de repente apresenta sinais de engasgo com tosse e cianose perioral, mantendo-se consciente. A mãe chama por ajuda. Qual a conduta imediata está indicada?
- (A) Fazer manobra de Heimlich comprimindo a região superior do abdome.
  - (B) Levantar o bebê, remover excesso de leite visível e fazer estímulo tátil nas costas.
  - (C) Fazer manobra dos cinco golpes entre as escápulas e cinco compressões torácicas.
  - (D) Iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
50. Paciente do sexo masculino, 4 anos, com histórico de epilepsia em uso regular de ácido valproico há 8 meses, sem outras comorbidades, é levado ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal epigástrica intensa há dois dias, associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, desidratado (2+/4+), com dor à palpação epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal. Está afebril, anictérico, com padrão evacuatório preservado. Os exames laboratoriais revelam: TGO: 28 U/L (VR até 40); TGP: 30 U/L (VR até 41); amilase: 450 U/L (VR até 100); lipase: 650 U/L (VR até 60). Gama GT, bilirrubinas e transaminases normais. Considerando os achados clínicos e laboratoriais, qual é o diagnóstico mais provável?
- (A) Hepatite aguda de etiologia medicamentosa.
  - (B) Colecistite alitiásica associada a uso de anticonvulsivante.
  - (C) Gastrite aguda funcional por irritação gástrica.
  - (D) Pancreatite aguda induzida por ácido valproico.

