

012. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA

Área de Atuação: Neonatologia

- ◆ 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 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas 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, assinando 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.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

PEDIATRIA

01. Recém-nascido, sexo feminino, idade gestacional de 39 semanas, parto cesáreo por sofrimento fetal agudo. Ao nascimento, o recém-nascido está flácido, não respira e apresenta coloração cianótica. É posicionada sob fonte de calor, seca e estimulada, sem melhora. Iniciada ventilação com pressão positiva (VPP) em ar ambiente (FiO_2 21%) com máscara bem ajustada. Após 30 segundos de VPP eficaz, observa-se: frequência cardíaca: 50 bpm; saturação pré-ductal: 68%; expansão torácica visível.

Considerando o quadro clínico apresentado e as Diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, a próxima conduta a ser realizada é

- (A) continuar ventilando com ar ambiente por mais 30 segundos.
- (B) aumentar a fração inspirada de oxigênio para 100% e iniciar compressões torácicas na proporção 3:1.
- (C) aumentar a pressão inspiratória e repetir a ventilação em ar ambiente antes de iniciar compressões.
- (D) avaliar necessidade de intubação traqueal e administrar oxigênio a 40% antes das compressões.
- (E) administrar adrenalina endovenosa e interromper a ventilação positiva.

02. Criança de 7 anos é trazida ao pronto-socorro após colapso súbito durante uma partida de futebol. Chega inconsciente, sem respiração e sem pulso palpável. Monitor cardíaco é conectado e mostra ritmo de taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). Enquanto a equipe ventila com bolsa-válvula-máscara e oxigênio a 100%, a compressão torácica é iniciada. Após 2 minutos de reanimação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, o ritmo continua sendo taquicardia ventricular sem pulso.

Nesse momento, segundo as Diretrizes de Reanimação Cardiopulmonar Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual a próxima conduta indicada?

- (A) Administrar adrenalina 0,01 mg/kg intravenosa e continuar RCP.
- (B) Administrar amiodarona 5 mg/kg antes do primeiro choque.
- (C) Aplicar choque elétrico (desfibrilação) com 2 J/kg e retomar RCP imediatamente.
- (D) Continuar compressões torácicas, por mais 2 minutos, antes de qualquer choque.
- (E) Suspender a RCP e avaliar sinais de morte encefálica.

03. Recém-nascido, sexo masculino, 34 semanas de idade gestacional, parto cesáreo por pré-eclâmpsia materna. Logo após o nascimento, apresentou respiração rápida e gemência. Ao exame com 2 horas de vida: FR: 76 irpm, gemência expiratória, batimento de asa nasal, tiragem intercostal leve. Saturação de O_2 : 86% em ar ambiente. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: sem sopros, pulsos periféricos palpáveis. Radiografia de tórax: infiltrado retículo-granular difuso, broncogramas aéreos e diminuição do volume pulmonar.

Frente ao exposto, qual o diagnóstico provável e a conduta inicial recomendada?

- (A) Taquipneia transitória do recém-nascido; ofertar oxigênio sob cateter nasal.
- (B) Pneumonia neonatal precoce; iniciar antibioticoterapia empírica.
- (C) Síndrome do desconforto respiratório; iniciar suporte ventilatório com CPAP nasal e avaliar necessidade de surfactante.
- (D) Aspiração meconial; realizar ventilação invasiva imediata.
- (E) Persistência da circulação fetal; ofertar oxigênio a 100% e iniciar prostaglandina.

04. Recém-nascido, sexo masculino, 5 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal, bolsa rota há 24 horas. A mãe apresentou febre intraparto (38,5 °C) e foi tratada parcialmente com antibiótico. O lactente recebeu alta do alojamento conjunto com 48 horas de vida, mas retorna ao hospital com: irritabilidade, hipoatividade, sucção fraca e temperatura de 35 °C.

Ao exame físico: frequência respiratória: 68 irpm, taquicardia, enchimento capilar 5 segundos, extremidades frias e leve distensão abdominal. Glicemia capilar: 40 mg/dL; Leucograma: leucócitos 9.000/mm³ (com 15% bastões); PCR: 22 mg/L; Hemocultura coletada.

Com base nos dados apresentados, é correto afirmar que o diagnóstico provável e a conduta inicial indicada são:

- (A) choque hipovolêmico; administrar expansor de volume e observar.
- (B) sepse neonatal tardia; iniciar antibioticoterapia empírica com ampicilina e gentamicina após coleta de culturas.
- (C) enterocolite necrosante; suspender dieta e iniciar vancomicina e meropenem.
- (D) meningite neonatal; realizar punção lombar imediata e adiar antibiótico até resultado.
- (E) sepse neonatal precoce; iniciar oxacilina e cefotaxima imediatamente.

05. Recém-nascido, sexo feminino, 12 horas de vida, nascida a termo (39 semanas), parto cesáreo eletivo. Apgar 9/9. Nas primeiras horas de vida, apresentou cianose central persistente (SatO₂ 80% em ar ambiente), sem gemência ou retrações. Após oxigênio a 100%, por 10 minutos, a saturação manteve-se em 82%. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas, sem sopros. Pulsos periféricos presentes, simétricos. Saturação pré-ductal: 83%; pós-ductal: 81%. Radiografia de tórax: campos pulmonares normais, área cardíaca normal. Gasometria arterial: pO₂: 45 mmHg (referência > 60 mmHg).

Diante do exposto, o diagnóstico provável e a conduta inicial indicada são:

- (A) transposição das grandes artérias; iniciar infusão de prostaglandina E1 para manter o canal arterial pérvio e solicitar ecocardiograma urgente.
- (B) atresia tricúspide; iniciar diurético de alça para reduzir a congestão pulmonar.
- (C) coarctação crítica da aorta; suspender oxigênio e iniciar vasopressores inotrópicos.
- (D) comunicação interventricular grande; iniciar restrição hídrica e oxigenoterapia contínua.
- (E) tetralogia de Fallot; administrar betabloqueador endovenoso para controle de espasmo infundibular.

06. Recém-nascido, 6 horas de vida, parto vaginal a termo, com líquido amniótico meconial espesso. Apresenta salivagem excessiva, dificuldade para deglutir e episódios de cianose e tosse durante a tentativa de alimentação oral. Ao tentar passagem de sonda orogástrica, observa-se resistência a 10 cm da boca. Radiografia de tórax e abdome mostra a extremidade da sonda enovelada no terço superior do mediastino e presença de gás no estômago e intestinos.

Nesse contexto, é correto afirmar que o diagnóstico provável e a conduta inicial adequada são:

- (A) atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica distal; suspender via oral, posicionar sonda de aspiração contínua e encaminhar para cirurgia neonatal urgente.
- (B) hérnia diafragmática congênita; iniciar ventilação manual com bolsa-válvula-máscara e proceder à intubação imediata.
- (C) onfalocele gigante; cobrir a lesão com gaze seca estéril e aguardar fechamento espontâneo.
- (D) enterocolite necrosante; iniciar antibioticoterapia empírica e alimentação mínima enteral precoce.
- (E) íleo meconial; iniciar dieta por sonda e fisioterapia respiratória até eliminação do mecônio.

07. Recém-nascido, 8 dias de vida, nascido a termo, parto vaginal. Mãe com histórico de exantema pruriginoso e febre baixa durante o 2º trimestre da gestação, associado à artralgia, sem registro de sorologias no pré-natal. Ao exame físico: microcefalia grave (PC < p1), hipertonia em extensão, hiperreflexia e artrogripose nos membros inferiores. Fundoscopia: atrofia de nervo óptico e áreas de coriorretinite puntiforme. Ultrassonografia transfontanelar: calcificações predominantemente corticais e sub-corticais, ventriculomegalia e hipoplasia do corpo caloso. Sorologia do recém-nascido: IgM não reagente para Toxoplasma, Rubéola, CMV e Sífilis. Exame auditivo neonatal normal.

Considerando o caso clínico relatado, assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico provável e a conduta inicial apropriada.

- (A) Citomegalovirose congênita; iniciar ganciclovir endovenoso e ácido fólico.
- (B) Síndrome congênita pelo Zika vírus; instituir acompanhamento multiprofissional, estimulação precoce e vigilância neurológica contínua.
- (C) Toxoplasmose congênita; iniciar tratamento triplo por 12 meses (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico).
- (D) Rubéola congênita; manter isolamento respiratório e acompanhamento cardiológico.
- (E) Sífilis congênita precoce; tratar com penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose EV por 10 dias.

08. Recém-nascido a termo, 4 dias de vida, sem fatores de risco, com bilirrubina total de 15 mg/dL e bilirrubina direta de 0,6 mg/dL. Está ativo, mamando bem e com bom ganho de peso. Nesse contexto, é correto afirmar que a conduta adequada é

- (A) iniciar fototerapia intensiva imediatamente.
- (B) acompanhar clinicamente e repetir bilirrubina total, em 24 horas, mantendo aleitamento materno exclusivo.
- (C) suspender o aleitamento materno temporariamente e iniciar fórmula infantil.
- (D) solicitar exsanguineotransfusão urgente.
- (E) iniciar antibiótico empírico devido à suspeita de sepsse neonatal oculta.

09. Qual deve ser a conduta imediata frente a um recém-nascido assintomático, a termo, com glicemia capilar de 34 mg/dL, nas primeiras 2 horas de vida, de acordo com recomendações atuais da Sociedade Brasileira Pediatria?

- (A) Administrar glicose 10% em *bolus* endovenoso (2 mL/kg) e iniciar infusão contínua.
- (B) Manter observação e repetir a glicemia em 6 horas.
- (C) Iniciar aleitamento materno imediato e repetir glicemia em 30 minutos.
- (D) Suspender o aleitamento e oferecer fórmula infantil via sonda gástrica.
- (E) Solicitar exames hormonais e metabólicos de urgência antes de qualquer intervenção.

10. Diante de uma criança de 2 anos com recusa alimentar seletiva, crescimento dentro dos padrões e sem sinais de doença orgânica, qual a conduta a ser adotada?

- (A) Prescrever suplemento hipercalórico oral e reduzir a oferta alimentar para 2 refeições ao dia.
- (B) Evitar insistência alimentar, orientar rotina de refeições estruturadas e manter exposição gradual a novos alimentos.
- (C) Indicar sondagem enteral temporária para garantir ingestão adequada.
- (D) Encaminhar para psicólogo e terapia alimentar.
- (E) Iniciar antidepressivo ou ansiolítico para modulação de comportamento alimentar.

11. Criança de 14 meses, previamente saudável, aleitamento materno até 12 meses e introdução alimentar tardia. Está ativa, mas apresenta palidez cutaneomucosa discreta. Hemograma: Hb: 9,8 g/dL; Ht: 30%; VCM: 68 fL; HCM: 23 pg; ferritina sérica: 9 ng/mL; saturação de transferrina: 10%. Não há outras deficiências nutricionais ou doenças associadas.

Nesse caso, a conduta adequada é

- (A) iniciar sulfato ferroso 3 mg/kg/dia de ferro elementar e reavaliar em 1 mês.
- (B) iniciar sulfato ferroso 3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar e manter, por 3 meses, após normalização da hemoglobina.
- (C) manter apenas dieta rica em ferro e reavaliar em 2 meses.
- (D) administrar ferro parenteral imediato (ferricarbomaltose) e suspender suplementação oral.
- (E) iniciar profilaxia com ferro 1 mg/kg/dia e reavaliar em 3 meses.

12. L.M., 5 meses e 3 semanas, nascido a termo, aleitamento materno exclusivo até o momento, apresenta crescimento adequado. A mãe pergunta se já pode iniciar alimentação complementar salgada “para o bebê se acostumar com o gosto”.

Nesse contexto, a conduta adequada é

- (A) iniciar alimentação complementar salgada em pequenas quantidades e manter o leite materno apenas 2 vezes ao dia.
- (B) introduzir suco natural, antes da alimentação complementar, para estimular o paladar e a aceitação alimentar.
- (C) oferecer frutas amassadas, 1 vez ao dia, mantendo aleitamento em livre demanda.
- (D) aguardar, até 9 meses, para oferecer alimentos sólidos, pois o leite ainda supre todas as necessidades do lactente.
- (E) manter aleitamento materno exclusivo, até 6 meses, e iniciar alimentação complementar adequada, oportuna e segura após essa idade.

13. Menino de 8 meses, em aleitamento materno, apresenta boa aceitação das papas, mas a avó orienta liquidificar todos os alimentos “para não engasgar”. Por esse motivo, a mãe pergunta se deve seguir essa recomendação.

Frente ao questionamento é correto afirmar que a orientação correta é

- (A) manter alimentos liquidificados, até 9 anos de idade, se lactente apresentar dificuldade alimentar pela textura do alimento.
- (B) oferecer alimentos peneirados, até completar 7 meses, se lactente for prematuro, pois apresenta maior sensibilidade a texturas dos alimentos.
- (C) fornecer apenas alimentos pastosos, até 1 ano, e depois introduzir pedaços sólidos, pois o lactente deve aprender deglutir para não se engasgar.
- (D) oferecer alimentos amassados e gradualmente mais consistentes, respeitando o desenvolvimento motor e estimulando a mastigação.
- (E) evitar alimentos sólidos, até a erupção completa dos dentes decíduos, pois antes não consegue mastigar de forma adequada, dificultando digestão.

14. Criança de 4 anos e 2 meses, previamente hígida, apresenta episódio convulsivo tônico-clônico generalizado, há aproximadamente 12 minutos, não cessando após administração de diazepam retal 0,3 mg/kg realizado em casa. Chega ao pronto-socorro ainda convulsionando, com Glasgow 8; SatO₂: 88% em ar ambiente; FC: 156 bpm; PA: 90/54 mmHg; temperatura: 38,6 °C e glicemia capilar: 92 mg/dL. Foi obtido acesso venoso periférico e administrado midazolam EV 0,2 mg/kg, porém, após 5 minutos, a crise persiste.

A partir do quadro apresentado, é correto afirmar que a próxima conduta para o controle das convulsões é

- (A) administrar nova dose de benzodiazepínico e aguardar, por 15 minutos, antes de qualquer outra intervenção.
- (B) iniciar fenitoína endovenosa (15–20 mg/kg) em infusão lenta, mantendo suporte ventilatório e monitorização cardíaca contínua.
- (C) administrar antitérmico endovenoso e aguardar o controle da febre antes de nova intervenção medicamentosa.
- (D) realizar punção lombar imediatamente, pois a persistência da convulsão indica meningoencefalite.
- (E) encaminhar à tomografia de crânio antes de iniciar medicação anticonvulsivante de segunda linha.

15. Menino de 5 anos, previamente saudável, é trazido ao pronto-socorro após ingestão acidental de comprimidos de amitriptilina (antidepressivo tricíclico) pertencentes à avó. Os pais relatam que o frasco continha 20 comprimidos de 25 mg e estimam que a criança possa ter ingerido cerca de 10 comprimidos (250 mg) há cerca de 1 hora. Na admissão, a criança está sonolenta, com pele quente e seca, pupilas midríaticas, FC: 148 bpm; PA: 88/52 mmHg; FR: 22 irpm; SatO₂: 96% em ar ambiente. O eletrocardiograma mostra alargamento do QRS (0,14 s).

Com base nos dados apresentados, a conduta apropriada, segundo o protocolo de intoxicações pediátricas da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde (2022) é

- (A) induzir vômito com xarope de ipeca e observar, por 6 horas, em pronto-atendimento.
- (B) realizar lavagem gástrica isolada e administrar carvão ativado apenas se houver sintomas.
- (C) administrar carvão ativado e bicarbonato de sódio EV (1–2 mEq/kg) devido ao alargamento do QRS.
- (D) indicar diálise de urgência e manter observação em UTI.
- (E) prescrever hidratação venosa vigorosa e observar, por 24 horas, sem outros medicamentos.

16. Adolescente, 16 anos, sexo masculino, comparece à Unidade Básica de Saúde desacompanhado para renovação de receita de tratamento para rinite alérgica. Durante a anamnese, relata espontaneamente que iniciou vida sexual, há 3 meses, com uma parceira fixa e, na última relação, o preservativo rompeu. Ele demonstra preocupação com possível gravidez da parceira e com risco de infecções sexualmente transmissíveis, mas solicita que essa informação não seja compartilhada com seus pais, pois tem medo de punição. O adolescente encontra-se orientado, maduro e demonstra plena compreensão da situação.

Nesse contexto, do ponto de vista ético e legal, a conduta adequada é

- (A) comunicar imediatamente os pais, pois o adolescente é menor de 18 anos e a prática sexual deve ser do conhecimento da família.
- (B) recusar-se a prescrever exames e aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis até que os pais compareçam à unidade.
- (C) garantir o sigilo profissional, realizar acolhimento, oferecer aconselhamento, solicitar exames de IST e orientar medidas de prevenção, reforçando o uso do preservativo.
- (D) encaminhar o adolescente ao Conselho Tutelar por conduta sexual precoce e risco social.
- (E) realizar o atendimento, mas registrar o fato no prontuário e enviar cópia ao responsável legal.

17. Menina, 3 anos e 4 meses, é trazida pela mãe por “muito cansaço e irritabilidade durante o dia”. A mãe refere que a criança resiste para dormir à noite, geralmente adormece por volta da 1h da manhã, assistindo desenhos no tablet com o pai, e acorda às 6h30 para ir à creche. Na creche, dorme apenas 20 a 30 minutos após o almoço. A mãe relata que, nos fins de semana, a menina dorme até 10h e tira longas sonecas à tarde. Nega roncos ou pausas respiratórias durante o sono. Crescimento e desenvolvimento normais, exame físico sem alterações.

Considerando o exposto, é correto afirmar que a conduta adequada é

- (A) solicitar polissonografia e encaminhar para otorrinolaringologista para investigação de apneia do sono.
- (B) prescrever melatonina, por 7 dias, e reavaliar a resposta clínica.
- (C) reforçar que variações do horário de sono são comuns nessa idade e não exigem intervenção específica.
- (D) reorganizar a rotina de sono, com horários fixos para dormir e acordar, retirada de telas à noite e rotina de relaxamento antes do sono.
- (E) reduzir o número de sonecas diurnas e recomendar que durma apenas quando demonstrar cansaço.

18. Criança de 4 anos é trazida ao pronto-socorro após acidente doméstico com líquido quente (água fervente). A queimadura envolve a região anterior do tronco e parte do braço direito, com bolhas íntegras e áreas eritematosas. O acidente ocorreu há 20 minutos. A criança chora, mas está alerta, hidratada e hemodinamicamente estável.

Nesse momento, a conduta imediata apropriada é

- (A) romper as bolhas para facilitar a limpeza da ferida e aplicar pomada antibiótica imediatamente.
- (B) aplicar gelo local, por 10 a 15 minutos, para interromper o processo de queimadura.
- (C) cobrir as lesões com gaze embebida em álcool e fazer curativo oclusivo.
- (D) limpar vigorosamente as áreas atingidas com sabão e escova para remover tecidos necrosados.
- (E) resfriar a área com água corrente em temperatura ambiente por 10 a 20 minutos.

19. Criança de 7 anos, sexo masculino, com diagnóstico prévio de asma leve persistente, em uso regular de budesonida + formoterol inalatório (200/6 µg, 2x/dia), procura o pronto socorro por piora da dispneia há 4 horas. Apresenta tosse seca intensa, sibilância audível e dificuldade para falar frases completas. Sinais vitais: FC: 122 bpm; FR: 34 irpm; SatO₂: 93% em ar ambiente; temperatura: 36,8 °C. Ao exame físico: uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e sibilos difusos bilaterais. Glicemia, temperatura e exame de orofaringe normais.

Assinale a alternativa correta com relação à conduta imediata apropriada nesse momento.

- (A) Administrar β2-agonista de curta ação (salbutamol) inalatório em doses repetidas, oxigênio se SatO₂ < 94%, e reavaliar resposta clínica em 15-20 minutos.
- (B) Iniciar corticosteroide oral isoladamente e manter observação por 1 hora antes de qualquer broncodilatador.
- (C) Iniciar antibiótico empírico por suspeita de infecção viral desencadeante e manter corticoide inalatório.
- (D) Encaminhar diretamente para internação hospitalar sem tentativa de broncodilatação inicial.
- (E) Administrar adrenalina intramuscular (0,01 mg/kg) e solicitar intubação orotraqueal imediata.

20. Lactente de 11 meses é levado à consulta por lesões de pele recorrentes há 6 meses. A mãe relata períodos de melhora e piora, com intensa coceira, especialmente à noite. Refere uso frequente de sabonetes perfumados, banhos longos e loções hidratantes com fragrância. Na última semana, piora das lesões nos braços e bochechas. Ao exame físico: pele seca, eritema com áreas de escoriação e crostas finas em face, tronco e dobras dos braços. Sem febre, sem sinais de infecção secundária evidente. Crescimento e desenvolvimento adequados.

De acordo com as informações apresentadas, a conduta apropriada é

- (A) orientar hidratação intensa da pele com emolientes sem fragrância, reduzir frequência e duração dos banhos, usar sabonete neutro e prescrever corticoide tópico de baixa potência nas áreas inflamadas.
- (B) iniciar antibiótico sistêmico empírico, pois a presença de crostas indica infecção bacteriana secundária.
- (C) introduzir anti-histamínico oral contínuo para controle do prurido e evitar o uso de corticoides tópicos.
- (D) prescrever corticoterapia oral curta (3–5 dias) associada a hidratante à base de ureia 10%.
- (E) indicar imunossupressor sistêmico (ciclosporina) devido ao caráter recorrente e à coceira persistente.

21. Durante um surto de sarampo, uma criança de 5 meses, previamente saudável, apresenta febre alta, tosse, coriza e conjuntivite. Após 3 dias, surge exantema morbiliforme que se inicia atrás das orelhas e se dissemina para o tronco e extremidades. A mãe relata que a criança não foi vacinada ainda.

Diante o exposto, a conduta corretamente indicada é

- (A) iniciar tratamento com antibiótico de amplo espectro, pois há risco elevado de infecção bacteriana secundária.
- (B) administrar vitamina A em dose única e aguardar regressão espontânea dos sintomas.
- (C) aplicar vacina tríplice viral imediatamente, mesmo durante o quadro clínico.
- (D) indicar imunoglobulina específica, pois o paciente tem menos de 6 meses de idade.
- (E) suspender toda vacinação até completa recuperação e isolamento domiciliar por 21 dias.

22. Lactente de 4 meses, em aleitamento misto, apresenta sangue nas fezes e irritabilidade após as mamadas. A mãe iniciou dieta de exclusão de leite e derivados, há 2 semanas, com melhora parcial dos sintomas. O pediatra considera o diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca (APLV).

Assinale a alternativa correta com relação à conduta adequada a ser seguida.

- (A) Realizar testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (*prick test*) para confirmar o diagnóstico.
- (B) Manter a exclusão materna e realizar teste de provocação oral (TPO), após 2 a 4 semanas, para confirmação diagnóstica.
- (C) Introduzir fórmula à base de soja, pois apresenta menor potencial alergênico que as fórmulas extensamente hidrolisadas.
- (D) Solicitar endoscopia com biópsia intestinal para todos os casos de suspeita de APLV não IgE mediada.
- (E) Prescrever fórmula à base de aminoácidos imediatamente, independentemente da gravidade do quadro.

23. Criança de 8 anos é trazida ao pronto-socorro com dor abdominal, há 24 horas, iniciada em região periumbilical e migrando para o quadrante inferior direito. Apresenta febre de 38,5 °C, anorexia e náuseas. Ao exame físico, observa-se dor e discreta defesa em fossa ilíaca direita, sem sinais claros de irritação peritoneal difusa. Os ruídos hidroaéreos estão diminuídos, mas presentes. Leucograma: 13.500 células/mm³ com 82 % de neutrófilos. Ultrassonografia abdominal evidencia linfonodos mesentéricos aumentados, apêndice de calibre normal (< 6 mm) e ausência de líquido livre.

Considerando o quadro clínico descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável e a conduta imediata.

- (A) Adenite mesentérica; conduta expectante com observação clínica e analgesia.
- (B) Gastroenterite viral aguda, iniciar antibiótico empírico de amplo espectro.
- (C) Apendicite aguda; encaminhar para avaliação cirúrgica imediata.
- (D) Púrpura de Henoch-Schönlein; iniciar corticoide e investigar hematúria.
- (E) Intussuscepção intestinal; solicitar enema baritado terapêutico.

24. Lactente de 18 meses, previamente hígido, apresenta diarreia aquosa, há 3 dias, com 8 evacuações diárias, sem sangue, associada à febre baixa e episódios ocasionais de vômitos. Ao exame físico: mucosas ligeiramente secas, turgor da pele diminuído e olhos fundos. Está alerta, com pulso cheio e diurese presente.

Diante desse quadro, qual a conduta adequada segundo o Ministério de Saúde?

- (A) Iniciar hidratação venosa com solução isotônica em *bolus* de 20 mL/kg e jejum absoluto até cessar a diarreia.
- (B) Iniciar hidratação oral com SRO hiposmolar, 50 a 100 mL/kg, em 4 a 6 horas, reavaliando o estado de hidratação.
- (C) Administrar antibiótico empírico de largo espectro, devido à duração do quadro e presença de febre.
- (D) Indicar uso de probióticos e suspender todas as fontes lácteas até resolução do quadro.
- (E) Realizar reposição oral com bebidas isotônicas esportivas e oferecer líquidos adoçados para manter a glicemia.

25. Criança de 2 anos apresenta taquidispneia, sudorese profusa durante as mamadas e baixo ganho ponderal. O exame físico revela taquicardia, hepatomegalia e precórdio hiperdinâmico. Radiografia de tórax mostra aumento da área cardíaca e trama vascular pulmonar aumentada. Com base nas informações apresentadas, é correto afirmar que a causa provável de insuficiência cardíaca, nessa faixa etária, é a

- (A) miocardite viral aguda.
- (B) comunicação interventricular ampla.
- (C) cardiomiopatia hipertrófica familiar.
- (D) coarctação da aorta.
- (E) doença reumática cardíaca.

26. Lactente de 10 meses, previamente saudável, apresenta febre, há 48 horas, irritabilidade e ausência de foco infeccioso evidente ao exame físico. É coletada urina por sondagem vesical, que mostra leucocitúria intensa e nitrito positivo. A urocultura mostra o crescimento de *Escherichia coli* >10⁵ UFC/mL.

Frente a esses dados, qual a conduta diagnóstica e etiológica adequada?

- (A) Considerar diagnóstico de infecção urinária baixa e tratar ambulatorialmente sem necessidade de investigação por imagem.
- (B) Considerar diagnóstico de pielonefrite aguda e solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias após o tratamento.
- (C) Diagnosticar bacteriúria assintomática e repetir a urocultura antes de tratar.
- (D) Solicitar uretrocistografia miccional seriada de rotina na fase aguda para descartar refluxo vesicoureteral.
- (E) Indicar profilaxia antibiótica após o primeiro episódio até completar 2 anos de idade.

27. Criança de 5 anos chega ao consultório com inchaço nas pálpebras e nos pés há 7 dias. A mãe relata que a urina está “espumosa” e que o volume urinário diminuiu. A criança está afebril, com pressão arterial normal e sem dor à palpação abdominal. Exames laboratoriais: Urina tipo I: proteinúria intensa (+++), sem hematúria; Relação proteína/creatinina urinária: 4,5 mg/mg; Albumina sérica: 1,8 g/dL; Colesterol total: 310 mg/dL; Creatinina sérica: normal.

Segundo essas informações, é correto afirmar que o diagnóstico provável é

- (A) infecção urinária.
- (B) glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.
- (C) síndrome nefrótica.
- (D) nefropatia por IgA.
- (E) desidratação.

28. Menina de 10 anos é trazida pela mãe por apresentar cefaleia recorrente há cerca de 6 meses, ocorrendo 3 a 4 vezes por semana, geralmente no final da tarde, especialmente após dias de provas, conflitos escolares ou longos períodos de leitura. Refere dor em aperto, bilateral, localizada nas regiões frontotemporal e occipital, com intensidade leve a moderada, que melhora com repouso ou distração. Nega náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não há piora matinal nem despertares noturnos. O exame neurológico e oftalmológico é normal. A cefaleia não limita suas atividades diárias, e a mãe relata períodos de semanas sem dor.

Nesse caso, é correto afirmar que o diagnóstico provável é

- (A) enxaqueca com aura.
- (B) enxaqueca sem aura.
- (C) cefaleia do tipo tensional episódica.
- (D) cefaleia secundária a tumor cerebral.
- (E) sinusite crônica.

29. Menino de 8 anos é levado ao consultório por apresentar dificuldade de concentração, inquietação e fala excessiva em sala de aula. Os professores relatam que ele frequentemente interrompe os colegas, levanta-se sem permissão e se distrai facilmente. O desempenho escolar está abaixo do esperado. O exame físico e neurológico são normais.

Assinale a alternativa correta, segundo o Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (2024), com relação ao diagnóstico provável.

- (A) Transtorno de oposição desafiante.
- (B) Transtorno do espectro autista.
- (C) Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.
- (D) Transtorno de ansiedade generalizada.
- (E) Transtorno específico de aprendizagem.

30. Durante avaliação ambulatorial, um menino de 3 anos e 6 meses é encaminhado por suspeita de atraso no desenvolvimento. Os pais relatam que ele não olha nos olhos, não brinca de faz de conta, repete frases ouvidas na TV (ecolalia) e demonstra grande incômodo com mudanças de rotina. Além disso, apresenta interesse intenso por números e pode passar longos períodos girando objetos. Seu desenvolvimento motor é normal, mas a linguagem e a interação social estão prejudicadas.

Com base nas manifestações clínicas descritas, qual conjunto de características é mais consistente com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

- (A) Prejuízo na comunicação social recíproca, comportamentos restritos e repetitivos, resistência a mudanças e interesses específicos.
- (B) Atraso global do desenvolvimento com déficit motor e ausência de marcha até 2 anos de idade.
- (C) Déficit de linguagem isolado, mas com boa interação afetiva e gestual.
- (D) Instabilidade de atenção, impulsividade e dificuldade em seguir regras em múltiplos contextos.
- (E) Regressão cognitiva acompanhada de convulsões e perda de habilidades motoras finas.

31. Lactente de 7 meses, previamente saudável, apresenta há dois dias tosse, coriza, febre baixa e dificuldade respiratória progressiva. Ao exame físico: taquipneia (68 irpm), tiragem subcostal, batimento de asa de nariz, sibilos e crepitações difusas. A saturação de O₂ é de 91% em ar ambiente. Radiografia de tórax mostra hiperinsuflação pulmonar e espessamento peribrônquico, sem consolidação. Com base nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a conduta inicial apropriada para esse caso?

- (A) Iniciar antibioticoterapia empírica e corticosteroide sistêmico.
- (B) Nebulizar com adrenalina e prescrever broncodilatores de rotina.
- (C) Internar para suporte com oxigênio umidificado e hidratação adequada.
- (D) Realizar radiografia de controle e iniciar prednisona oral por 5 dias.
- (E) Prescrever antibiótico e realizar aspiração nasotraqueal frequente.

32. Menina de 3 anos apresenta febre alta, há 2 dias, dor intensa em ouvido direito e irritabilidade. A mãe relata que a criança teve resfriado recente. Ao exame físico, observa-se membrana timpânica hiperemiada e abaulada, com mobilidade reduzida. Não há otorreia nem sinais de complicação. A criança tem histórico de alergia à penicilina, manifestada por exantema cutâneo leve (sem urticária ou anafilaxia).

A partir do quadro clínico mencionado, qual o antibiótico de escolha para o caso?

- (A) Eritromicina.
- (B) Cefuroxima axetil.
- (C) Amoxicilina + ácido clavulânico.
- (D) Azitromicina.
- (E) Clindamicina.

33. Criança de 9 anos é trazida ao pronto-socorro com febre diária, há 6 dias, e dor migratória em joelhos e tornozelos. Há 3 semanas, apresentou quadro de faringoamigdalite febril não tratada. Ao exame físico, nota-se sopro holossistólico apical suave e discreto aumento do *ictus cordis*. Não há eritema marginado nem nódulos subcutâneos e a criança está afebril no momento do exame. Exames complementares: velocidade hemossedimentação: 82 mm/h; proteína C reativa: 10 mg/dL; título de anticorpo antiestreptolisina O: 750 UI; eletrocardiograma: intervalo PR: 0,22s; ecocardiograma: insuficiência mitral leve com refluxo valvar e espessamento da cúspide posterior.

O diagnóstico provável, com base nas informações apresentadas, é de

- (A) artrite idiopática juvenil oligoarticular.
- (B) febre reumática aguda com cardite subclínica.
- (C) artrite séptica migratória.
- (D) *lúpus* eritematoso sistêmico juvenil.
- (E) artrite reativa pós-estreptocócica.

34. Recém-nascido de 3 dias, a termo, apresenta pele íntegra, recoberta por vérnix caseoso em algumas áreas e descamação discreta nas extremidades. A equipe de enfermagem pergunta ao pediatra qual deve ser a conduta correta quanto ao cuidado com a pele do recém-nascido. Frente ao questionamento, é correto afirmar que o pediatra deve indicar:

- (A) remover completamente o vérnix, logo após o parto, com sabonete neutro para evitar infecções cutâneas.
- (B) realizar o primeiro banho, logo após o nascimento, para remover fluidos e reduzir risco de contaminação.
- (C) evitar a remoção precoce do vérnix, pois ele atua como barreira protetora natural da pele.
- (D) aplicar hidratantes oleosos, nas primeiras horas de vida, para prevenir dermatite atópica.
- (E) utilizar antisséptico alcoólico no coto umbilical para acelerar a queda do cordão.

35. Adolescente de 13 anos, portador de diabetes melito tipo 1, chega ao pronto socorro com história de poliúria, polidipsia, dor abdominal, náuseas e respiração rápida e profunda. Ao exame físico: desidratação, hálito cetônico e taquipneia (respiração de Kussmaul). Exames laboratoriais: Glicemia: 420 mg/dL; pH arterial: 7,15; Bicarbonato: 10 mEq/L; Cetonemia: positiva.

Com base nesses achados clínicos e laboratoriais, qual o diagnóstico provável e a conduta inicial adequada para essa condição?

- (A) Hipoglicemia grave por excesso de insulina exógena; administrar glicose hipertônica intravenosa imediatamente.
- (B) Acidose láctica secundária à hipóxia tecidual; iniciar oxigenoterapia e investigar causas de choque ou sepse.
- (C) Cetoacidose diabética por deficiência de insulina e aumento dos hormônios contrarreguladores; iniciar reposição hídrica vigorosa com solução salina isotônica e infusão de insulina regular após hidratação inicial.
- (D) Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica por hipovolemia extrema; corrigir desidratação com soro fisiológico e administrar insulina em baixa dose contínua, monitorando osmolaridade sérica.
- (E) Alcalose metabólica secundária a vômitos repetidos; repor perdas gástricas com solução de cloreto de sódio e potássio.

36. Recém-nascido a termo, de 10 dias, sem sintomas, retorna à unidade básica de saúde para nova coleta do teste do pezinho, pois a primeira foi realizada ainda na maternidade, com 24 horas de vida. Os pais estão apreensivos e questionam o motivo da repetição e, também, quais doenças o exame realmente detecta do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), em sua fase atual.

Assinale a alternativa que descreve corretamente o motivo da nova coleta e o propósito do exame.

- (A) A coleta precoce pode gerar resultados falsamente elevados de TSH e 17-OH-progesterona; o exame tem como finalidade diagnosticar doenças genéticas não tratáveis, como fibrose cística e AME.
- (B) A coleta deve ser feita, nas primeiras 24 horas de vida, para evitar perda de casos graves de hipotireoidismo congênito; o teste identifica exclusivamente doenças metabólicas hereditárias.
- (C) A coleta, antes de 48 horas de vida, pode gerar falsos negativos para doenças metabólicas e endócrinas, devendo-se repetir a amostra entre o 3º e o 5º dia de vida.
- (D) O teste tem caráter confirmatório e deve ser repetido em todos os recém-nascidos a termo; seu objetivo é rastrear infecções neonatais adquiridas no parto e imunodeficiências graves.
- (E) A coleta precoce altera apenas os níveis de aminoácidos plasmáticos, mas não interfere no diagnóstico de hipotireoidismo congênito; o exame tem foco em triagem de doenças infecciosas e genéticas raras.

- 37.** Criança de 7 anos apresenta dor abdominal recorrente, prurido anal noturno e perda ponderal discreta. O exame físico revela palidez e leve distensão abdominal. A mãe relata visualização de pequenos “vermes brancos” nas fezes. Com base nas manifestações clínicas e nas principais parasitoses intestinais, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável e o tratamento recomendado.
- (A) Giardíase; tratar com albendazol por 3 dias.
 - (B) Ancilostomíase; tratar com metronidazol por 7 dias.
 - (C) Ascaridíase; tratar com ivermectina em dose única.
 - (D) Estrongiloidíase; tratar com pirvínio em dose única.
 - (E) Enterobíase; tratar com mebendazol em dose única, repetindo após 15 dias.
- 38.** Recém-nascido, com 20 dias de vida, com triagem neonatal alterada para hormônio tireoestimulante (TSH) é encaminhado para avaliação. Os exames confirmam TSH elevado e T4 livre reduzido. A mãe relata que o bebê é tranquilo, sonolento, tem pele seca, constipação e icterícia prolongada. A partir dos achados clínicos e laboratoriais, é correto afirmar que o diagnóstico provável e a conduta adequada são:
- (A) hipotireoidismo central; iniciar levotiroxina, apenas se houver atraso ponderal.
 - (B) tireoidite de Hashimoto; solicitar anticorpos antitireoidianos e aguardar resultado antes de tratar.
 - (C) hipotireoidismo subclínico; acompanhar sem medicação até o segundo mês de vida.
 - (D) hipotireoidismo congênito primário; iniciar levotiroxina imediatamente, sem aguardar confirmação laboratorial completa.
 - (E) hipotireoidismo transitório por uso materno de iodo; observar e repetir exames em 15 dias.
- 39.** Menina de 6 anos e 4 meses é trazida à consulta por desenvolvimento de mamas, há 6 meses, com crescimento rápido e surgimento de pelos pubianos. O exame mostra Tanner M2P2, idade óssea 8 anos, e aumento uterino à ultrassonografia pélvica. Os níveis séricos de LH basal estão elevados e o teste de estímulo com GnRH confirma resposta puberal de LH/FSH > 1. De acordo com os dados apresentados, o diagnóstico e conduta apropriados são:
- (A) puberdade precoce periférica; tratar com antiandrogênico e acompanhamento sem bloqueio hipotalâmico.
 - (B) adrenaquia precoce; apenas seguimento clínico, pois não há ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HHG).
 - (C) telarca precoce isolada; investigar causas ambientais e orientar regressão espontânea.
 - (D) puberdade precoce central; iniciar tratamento com análogos de GnRH de ação prolongada.
 - (E) puberdade antecipada constitucional; observar evolução do desenvolvimento puberal antes de iniciar terapia.
- 40.** Criança de 3 anos com doença falciforme (HbSS) comparece à unidade básica de saúde para atualização vacinal. No prontuário, constam três doses da vacina pneumocócica conjugada 10-valente (VPC10) e uma dose de reforço aos 12 meses. Nenhuma dose adicional de VPC13 ou VPP23 foi administrada. Com base nessas informações e segundo as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (2025) para pacientes com doença falciforme, qual é o esquema vacinal pneumocócico mais adequado nesse momento?
- (A) Administrar apenas uma dose de VPP23 imediatamente, pois o esquema com VPC10 já é completo.
 - (B) Repetir o esquema de três doses da VPC10, pois as vacinas conjugadas precisam ser reiniciadas aos 3 anos.
 - (C) Administrar uma dose de VPC13 e aguardar cinco anos para iniciar o esquema com VPP23.
 - (D) Administrar duas doses de VPC13 com intervalo de oito semanas e, após 8 semanas da última, uma dose de VPP23.
 - (E) Substituir a VPC13 por uma dose única de VPC20, dispensando o uso da VPP23.
- 41.** Durante avaliação para vacinação, um menino de 5 anos, portador de leucemia linfoblástica aguda em quimioterapia, é levado ao ambulatório para atualização do calendário vacinal. A mãe pergunta quais vacinas ele não deve receber, nesse momento, e quais são seguras. Nesse contexto, é correto afirmar que se deve
- (A) suspender todas as vacinas, inclusive as inativadas, até o término do tratamento oncológico.
 - (B) administrar a vacina BCG de reforço para prevenir tuberculose miliar em pacientes imunossuprimidos.
 - (C) aplicar a tríplice viral normalmente, pois as vacinas de vírus atenuados são seguras em qualquer situação.
 - (D) aplicar a vacina oral de poliomielite (VOP) como reforço, já que está indicada para maiores de 4 anos.
 - (E) evitar vacinas de microrganismos vivos atenuados (como tríplice viral, varicela, febre amarela e VOP) durante a imunossupressão.

42. Durante uma campanha de vacinação, pais de uma criança de 1 ano relatam preocupação com os efeitos adversos das vacinas, pois, após receber a vacina tríplice bacteriana (DTP), a criança apresentou febre de 38,5 °C, dor e vermelhidão no local da aplicação, com resolução espontânea em 48 horas. Nesse contexto, é correto afirmar que um evento adverso comum e esperado após a vacinação é

- (A) febre e dor local autolimitadas após DTP, que não contraindicam futuras doses.
- (B) anafilaxia após DTP, evento comum, que exige substituição de todas as vacinas com componente *pertussis*.
- (C) convulsão febril simples após DTP, que exige suspensão definitiva do esquema vacinal.
- (D) encefalopatia pós-vacinal após vacina tríplice viral, geralmente benigna e sem sequelas.
- (E) reação purpúrica grave após vacina influenza, considerada evento adverso esperado.

43. Criança de 4 anos apresenta baixo ganho ponderal, perda de apetite, infecções respiratórias recorrentes e feridas de cicatrização lenta. A dieta é pobre em alimentos de origem animal, predominando cereais e leguminosas integrais.

Nesse caso, o diagnóstico e a conduta adequados são deficiência de

- (A) ferro; tratar com sulfato ferroso 3 mg/kg/dia.
- (B) zinco; confirmar por história alimentar e resposta terapêutica ao zinco.
- (C) vitamina C; suplementar 100 mg/dia para estimular o colágeno.
- (D) selênio; suplementar para prevenir cardiomiopatia.
- (E) vitamina D; suplementar 400 UI/dia para melhorar imunidade e crescimento.

44. Criança de 9 anos é internada com icterícia, colúria e fezes hipocólicas, há 5 dias, acompanhadas de febre, mal-estar e dor abdominal. Os exames laboratoriais mostram aumento acentuado de TGO/TGP (> 1.000 U/L), bilirrubina total de 7 mg/dL (fração direta 4 mg/dL) e coagulograma normal. O pediatra considera o diagnóstico de hepatite viral aguda, mas deseja excluir outras causas.

Considerando o exposto, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico diferencial provável para uma criança com quadro agudo de hepatite e o exame indicado para confirmar o diagnóstico.

- (A) Doença de Wilson; confirmada pela dosagem de ceruloplasmina sérica diminuída e anel de Kayser-Fleischer.
- (B) Mononucleose infecciosa pelo vírus Epstein-Barr (EBV); confirmada por sorologia IgM anti-VCA positiva.
- (C) Hepatite autoimune tipo 1; confirmada por anticorpos antimúsculo liso e FAN positivos.
- (D) Hepatite medicamentosa; confirmada por aumento isolado de GGT e história de uso de paracetamol.
- (E) Leptospirose aguda; confirmada por sorologia IgM anti-*Leptospira* positiva e exposição a água contaminada.

45. Criança de 2 anos, previamente saudável, apresenta febre alta, há 3 dias, tosse produtiva e taquipneia (RR: 54 irpm). Ao exame físico: tiragem subcostal, estertores crepitantes difusos e murmúrio vesicular diminuído em base direita. Saturação de O₂: 93% em ar ambiente. Radiografia de tórax mostra infiltrado alveolar em lobo inferior direito. Diante dos dados apresentados, qual o diagnóstico provável e o manejo inicial indicado?

- (A) Bronquiolite viral aguda; iniciar nebulização com broncodilatador e corticoide inalatório.
- (B) Asma aguda; administrar beta-2 agonista de curta duração e reavaliar resposta clínica.
- (C) Bronquiopneumonia bacteriana; iniciar antibioticoterapia empírica com amoxicilina por 7 a 10 dias.
- (D) Pneumonia intersticial viral; tratar com oseltamivir e observar evolução.
- (E) Pneumonia atípica por *Mycoplasma pneumoniae*; iniciar azitromicina em dose única diária por 5 dias.

46. Durante consulta de rotina, uma menina de 9 anos apresenta peso de 48 kg e estatura de 1,35 m. O cálculo do índice de massa corporal (IMC) é 26,3 kg/m². Segundo as curvas da Organização Mundial da Saúde utilizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pelo Ministério da Saúde, o valor corresponde a um escore Z +3 para idade e sexo.

Nesse caso, é correto afirmar que o diagnóstico nutricional correto e o critério utilizado são:

- (A) peso adequado para a idade; escore Z entre -2 e +2.
- (B) sobrepeso; escore Z entre +1 e +2.
- (C) obesidade; escore Z \geq +3 para IMC por idade.
- (D) risco de obesidade; escore Z entre 0 e +1.
- (E) obesidade grave; escore Z \geq +5 para IMC por idade.

47. Menino de 11 anos, com IMC escore Z +3,2, é acompanhado no ambulatório de nutriologia pediátrica. Apresenta histórico familiar de obesidade e hipertensão arterial. Os exames laboratoriais mostram glicemia de jejum normal e HDL colesterol baixo. A família solicita “remédio para emagrecer”.

Nessa situação, a conduta inicial adequada no manejo da obesidade infantil é

- (A) implementar mudanças no ambiente obesogênico inicialmente, mas reavaliar logo, com possibilidade iniciar medicação e/ou plano alimentar mais específico.
- (B) iniciar tratamento farmacológico com orlistate, associado à dieta restritiva hipocalórica.
- (C) encaminhar diretamente para avaliação de cirurgia bariátrica, devido ao escore Z acima de +3.
- (D) indicar dieta cetogênica, por curto período, para promover perda rápida de peso e melhorar o perfil lipídico.
- (E) prescrever inibidor de apetite (sibutramina) sob supervisão médica rigorosa, para facilitar adesão ao tratamento.

48. Criança de 2 anos, internada por diarreia crônica e perda de peso acentuada, apresenta emagrecimento grave, edema de membros inferiores, hipoalbuminemia e apatia. O diagnóstico nutricional é desnutrição energético-proteica grave (marasmo-kwashiorkor).

Frente ao exposto, qual é a conduta inicial adequada no manejo hospitalar dessa criança?

- (A) Iniciar correção hidroeletrólítica e tratamento de infecções, seguida por realimentação gradual e vigilância para síndrome de realimentação.
- (B) Introduzir dieta hipercalórica e hiperproteica de imediato para recuperação rápida do peso.
- (C) Administrar albumina intravenosa e diuréticos para controle do edema e melhora do estado nutricional.
- (D) Manter jejum, nas primeiras 48 horas, e iniciar nutrição parenteral total até melhora clínica.
- (E) Prescrever corticoterapia e suplementos de ferro para acelerar o anabolismo e corrigir anemia.

49. Menina de 6 anos, previamente saudável, apresenta tosse seca há 3 semanas, febre vespertina e perda de peso de 2 kg no último mês. O exame físico revela estertores finos em ápice pulmonar direito e linfonodo cervical de 1,5 cm, móvel e indolor. A radiografia de tórax mostra infiltrado heterogêneo no terço superior do pulmão direito com discreta adenomegalia hilar. O teste tuberculínico (PPD) apresenta 12 mm, e o IGRA (*interferon-gama release assay*) é positivo. A baciloscopia de escarro é negativa em três amostras.

Diante do caso clínico mencionado, qual o diagnóstico provável e a conduta adequada?

- (A) Infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*; indicar isoniazida (INH), por 6 meses, e reavaliar se houver novos sintomas.
- (B) Tuberculose pulmonar primária paucibacilar; iniciar tratamento tríplex com rifampicina, isoniazida e pirazinamida, por 2 meses, seguido de fase de manutenção com rifampicina e isoniazida por 4 meses.
- (C) Tuberculose miliar; solicitar TC de tórax e líquido antes de iniciar o esquema RHZE por 9 meses.
- (D) Pneumonia bacteriana subaguda; iniciar amoxicilina de alta dose e reavaliar em 48 horas.
- (E) Linfadenite tuberculosa isolada – tratar com rifampicina e isoniazida, por 6 meses, sem necessidade de pirazinamida.

50. Mãe de 29 anos, HIV negativa, puérpera de 10 dias, procura o serviço de puericultura com o recém-nascido a termo, que está em aleitamento materno exclusivo. Relata estar em tratamento para tuberculose pulmonar, iniciando o esquema RIPE, há 5 dias, e refere uso recente de codeína para tosse. Apresenta também lesões vesiculares dolorosas em aréola da mama esquerda, compatíveis com herpes simples ativo.

Nesse contexto, com relação à amamentação e ao uso dos medicamentos, a conduta correta é

- (A) suspender definitivamente o aleitamento, devido à tuberculose ativa, e substituir por fórmula infantil até completar o tratamento.
- (B) manter o aleitamento em ambas as mamas, pois a tuberculose e o herpes não contraindicam a amamentação, e a codeína é segura em pequenas doses.
- (C) suspender temporariamente a amamentação na mama com lesão herpética ativa, manter o aleitamento na mama contralateral, evitar o uso de codeína (substituindo por analgésico seguro) e manter o tratamento antituberculoso.
- (D) interromper o aleitamento, por 2 semanas, devido ao uso de rifampicina e isoniazida, retomando após a negativação baciloscópica.
- (E) suspender a amamentação por risco de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* e do vírus herpes pelo leite materno.

RASCUNHO

RASCUNHO

