

010. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA OU MEDICINA INTENSIVA

Área de Atuação: 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 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. 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 baciloscópic.
- (E) suspender a amamentação por risco de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* e do vírus herpes pelo leite materno.

02. 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 tríplice 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 Líquor 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.

03. 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 vigiância 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.

04. Menino de 11 anos, com IMC escore Z +3,2, é acompanhado no ambulatório de nutrologia 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.

05. 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.

06. 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.

07. 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.

08. 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.

09. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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) adrenarca 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.
18. 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 antiestrep-tolisina 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.
19. 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.
20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

MEDICINA INTENSIVA

26. Paciente do sexo masculino, de 72 anos, portador de diabetes *mellitus* do tipo 2 e doença renal crônica no estágio 3b, apresenta história de dor abdominal e vômitos há 24 horas. Ao exame físico: PA: 82 × 48 mmHg; FC: 122 bpm; FR: 28 irpm; SpO₂: 94% com cateter nasal de O₂: 2 L/min; TA_x: 38,9 °C; T_{EC}: 5 s; pele fria. Exames laboratoriais iniciais: lactato: 4,8 mmol/L; leucócitos: 18.000/mm³; creatinina: 2,3 mg/dL (baseline: 1,6). Depois de administrados 30 mL/kg de cristalóide (1,8 L), o paciente evolui com PA média < 65 mmHg. Realizou radiografia de abdome no leito da UTI, mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é o próximo passo prioritário?

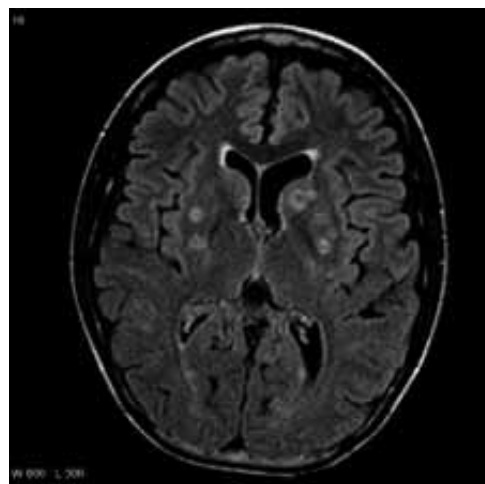
- (A) Aumentar volume de cristalóide para 60 mL/kg antes de vasopressor.
- (B) Administrar dobutamina como primeira droga vasoativa.
- (C) Administrar noradrenalina titulada para PAM ≥ 65 mmHg, iniciar antibiótico amplo em até uma hora e direcionar controle de foco.
- (D) Administrar fenilefrina para evitar taquicardia.
- (E) Adiministrar corticoide sistêmico antes de vasopressor.

27. Paciente do sexo masculino, de 54 anos, cirrótico (Child-Pugh: C, MELD: 26), é admitido após episódio de hematemese volumosa e melena na enfermaria. Apresenta-se confuso, hipotenso (PA: 88 × 50 mmHg) e taquicárdico (FC: 118 bpm). Exames laboratoriais: Hb: 7,4 g/dL; plaquetas: 62.000/mm³; INR: 1,9. Após reposição inicial de volume, permanece instável.

Qual é o manejo inicial adequado?

- (A) Encaminhar para endoscopia digestiva alta imediata antes de qualquer terapia farmacológica.
- (B) Administrar inibidor de bomba de prótons em altas doses por via oral e fazer transfusão de concentrado de plaquetas e albumina endovenosa.
- (C) Iniciar vasoconstritor esplâncnico (terlipressina ou octreotida), antibioticoprofilaxia com ceftriaxona, IBP EV e preparar endoscopia para ligadura elástica em até doze horas; considerar balão ou TIPS se refratário.
- (D) Administrar vitamina K e vitamina D endovenosa profilaticamente.
- (E) Fazer reposição rápida de volume até normotensão plena, mesmo que eleve a pressão portal.

28. Paciente do sexo masculino, de 49 anos, portador de HIV diagnosticado há dez anos, interrompeu a TARV há três anos. Procura o pronto-socorro com cefaleia progressiva há quatro semanas, associada a febre, sendo internado na unidade de terapia intensiva por confusão mental e fraqueza em hemicorpo esquerdo. Ao exame físico: desorientado, paresia grau 3/5 em membro superior esquerdo, sem rigidez de nuca. Realizou a ressonância de crânio mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é o diagnóstico clínico associado?

- (A) Neurocisticercose.
- (B) Neurotoxoplasmose.
- (C) Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- (D) Neurotuberculose.
- (E) Neurosfilis.

29. Paciente de 42 anos, previamente hígido, é admitido na UTI devido a instabilidade hemodinâmica (PA: 90 × 60 mmHg), dor articular incapacitante com limitação funcional grave e plaquetopenia significativa ($85.000/\text{mm}^3$), em contexto de febre alta há quatro dias. Apresenta edema importante em articulações periféricas (mãos, punhos e tornozelos) e queixa-se de dor intensa que impede deambulação. Relata que outros familiares desenvolveram sintomas semelhantes e que mora em área urbana com aumento recente de casos de arbovíroses.

Diante desse quadro clínico e do cenário epidemiológico, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Dengue grave com disfunção.
- (B) Infecção aguda pelo vírus chikungunya.
- (C) Infecção aguda pelo vírus zika.
- (D) Febre reumática aguda.
- (E) Leptospirose aguda.

30. Paciente jovem foi admitido na UTI com quadro de edema periorbitário, oligúria, hematúria macroscópica e hipertensão arterial (160×100 mmHg), cinco dias após um episódio de faringoamigdalite. O exame de urina revela hematúria com dismorfismo eritrocitário e cilindros hemáticos, além de proteinúria discreta (1,2g/24h). A creatinina sérica está em 2,1 mg/dL.

Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais, assinale a alternativa que apresenta corretamente a característica típica da síndrome nefrítica aguda.

- (A) Proteinúria > 3,5 g/d e edema generalizado.
- (B) Hematúria e cilindros hemáticos são típicos.
- (C) Hipertensão arterial é rara.
- (D) Causa frequente: glomerulonefrite membranosa.
- (E) Evolução frequente para insuficiência renal crônica.

31. Qual fator de risco tem maior correlação com *delirium* em pacientes idosos hospitalizados na UTI?

- (A) Sexo feminino.
- (B) Obesidade.
- (C) Hipertensão arterial.
- (D) Hipoacusia.
- (E) Idade maior que 50 anos.

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões **32** e **33**:

Paciente do sexo feminino, de 78 anos, portadora de fibrilação atrial crônica, em uso irregular de anticoagulante oral (apixabana 2,5 mg duas vezes ao dia), é admitida na UTI com dor abdominal intensa e difusa há oito horas, desproporcional aos achados do exame físico. Relata náuseas e evacuação de fezes com sangue escuro há doze horas. Ao exame físico: pressão arterial: 90 × 60 mmHg, FC: > 112 bpm, abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal, mas com dor difusa à palpação. Exames laboratoriais iniciais: lactato sérico: 6,1 mmol/L; leucócitos: $19.000/\text{mm}^3$. Gasometria: pH: 7,28; bicarbonato: 16 mEq/L.

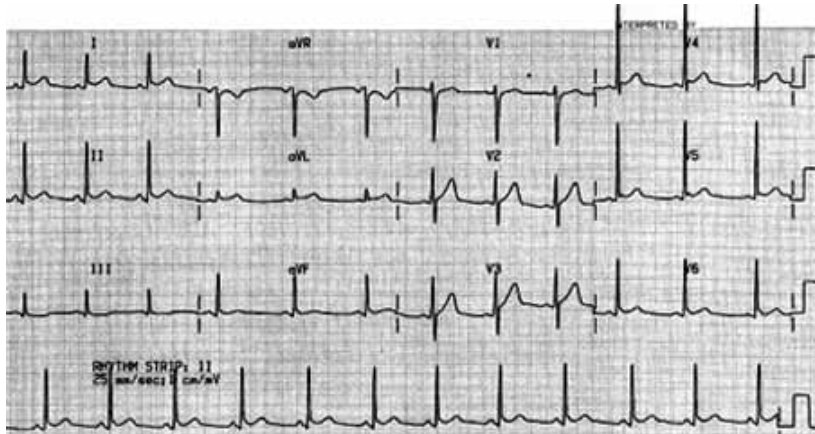
32. Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual é o diagnóstico associado ao quadro clínico?

- (A) Abdome perfurativo.
- (B) Pancreatite aguda.
- (C) Isquemia mesentérica aguda.
- (D) Colite isquêmica.
- (E) Oclusão intestinal mecânica.

33. Qual é o exame de escolha para confirmar o diagnóstico nesse contexto?

- (A) Ultrassonografia de abdome com doppler mesentérico.
- (B) Radiografia de abdome em pé.
- (C) Angiotomografia de abdome com contraste.
- (D) Colonoscopia de urgência.
- (E) Laparoscopia diagnóstica imediata.

34. Paciente do sexo feminino, de 72 anos, portadora de nefropatia diabética com disfunção renal grave (clearance de creatinina de 14 mL/min/1,73 m²) e insuficiência cardíaca de classe funcional II (NYHA), apresenta dor torácica atípica há uma semana, irradiada para dorso, com melhora em posição sentada e piora ao decúbito. Refere febre baixa e cansaço progressivo na chegada à UPA. Ao exame físico: PA: 110 × 68 mmHg, FC: 98 bpm, bulhas normofonéticas com atrito pericárdico audível, sem sopros, ausculta pulmonar limpa. Exames laboratoriais iniciais: ureia: 198 mg/dL; creatinina: 4,8 mg/dL; potássio: 4,9 mEq/L; troponina levemente aumentada, sem elevação dinâmica. Realizou o eletrocardiograma mostrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Diante do quadro clínico, a estratégia terapêutica correta é

- (A) iniciar ácido acetilsalicílico 200 mg/dia para controle inflamatório e prevenção de eventos isquêmicos.
- (B) iniciar anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) por sete dias, com monitoramento renal.
- (C) iniciar hemodiálise, principal medida para controle da uremia e resolução do processo inflamatório pericárdico.
- (D) realizar pericardiocentese diagnóstica imediata.
- (E) iniciar corticoterapia empírica para redução da inflamação e melhora sintomática.

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões 35 e 36:

Paciente do sexo feminino, de 65 anos, portadora de hipertensão arterial e dislipidemia mista, chega à sala de emergência com história de dor torácica há três horas, sem fatores de piora. Nega irradiação. Realizou eletrocardiograma mostrado a seguir, com troponina ultrasensível elevada:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

35. Qual é a estratégia correta de estratificação de risco na sala de emergência para orientar conduta invasiva?

- (A) Aplicar o escore GRACE para risco de morte/eventos para avaliar decisão invasiva precoce baseada no risco.
- (B) Aplicar CHADS2 e encaminhar para cinecoronariografia imediata.
- (C) Encaminhar direto para hemodinâmica sem estratificação adicional em todos os casos.
- (D) Fazer teste ergométrico de esforço para estratificação funcional.
- (E) Aguardar nova troponina antes de qualquer decisão.

36. Qual é a abordagem terapêutica inicial conforme diretrizes?

- (A) Nitrato EV e betabloqueador EV de imediato.
- (B) Heparina não fracionada + inibidor de GP IIb/IIIa universalmente.
- (C) Fibrinólise por causa da depressão de ST.
- (D) AAS + betabloqueador e angiografia após 72 horas.
- (E) DAPT (AAS + inibidor de P2Y12) + anticoagulação e angiografia precoce (≤ 24 h).

37. Paciente do sexo masculino, de 58 anos, portador de diabetes *mellitus* do tipo 2, dislipidemia e doença arterial coronariana, é admitido no pronto-socorro com cefaleia intensa, turvação visual e dispneia súbita há dois horas. Ao exame físico: PA: 220 \times 130 mmHg, FC: 96 bpm, SpO₂: 94% em ar ambiente, crepitações bibasais e B3 audível. A gasometria arterial demonstra hipoxemia leve, e a radiografia de tórax é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base no quadro clínico, é correto afirmar que o diagnóstico e a conduta inicial são, correta e respectivamente:

- (A) crise hipertensiva não complicada (urgência hipertensiva) – controlar com medicações orais a PA em 24 a 48 horas.
- (B) emergência hipertensiva – reduzir imediatamente a PA média em até 25% na primeira hora.
- (C) hipertensão resistente secundária a feocromocitoma – iniciar alfa-bloqueador oral e depois betabloqueador.
- (D) crise hipertensiva com encefalopatia – reduzir PA para níveis $< 120/70$ mmHg em trinta minutos.
- (E) hipertensão acelerada maligna sem lesão de órgão-alvo – iniciar anti-hipertensivo oral de ação lenta.

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões 38 e 39:

Paciente do sexo feminino, de 12 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico com nefrite lúpica classe IV confirmada há seis meses, é internada na UTI pediátrica com febre alta, hipotensão, confusão mental e pancitopenia. Os exames laboratoriais mostram: Hb: 8,1 g/dL; leucócitos: 1.800/mm³; plaquetas: 60.000/mm³; ferritina: 12.000 ng/mL; triglicérides: 450 mg/dL; fibrinogênio: 90 mg/dL. A PCR está moderadamente aumentada, e as culturas são negativas.

38. Considerando o quadro clínico e laboratorial, qual é o diagnóstico relacionado ao quadro agudo?

- (A) Sepses grave de foco urinário.
- (B) Síndrome de ativação macrofágica (SAM).
- (C) Crise addisoniana secundária ao uso de corticoide.
- (D) Coagulação intravascular disseminada (CIVD) séptica.
- (E) Leucemia mieloide aguda de início súbito.

39. Qual é a conduta terapêutica inicial correta nesse contexto?

- (A) Iniciar antibiótico de amplo espectro e aguardar o resultado de novas culturas antes de imunossupressão.
- (B) Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona EV, podendo associar imunoglobulina intravenosa; se refratária, considerar ciclosporina A.
- (C) Administrar imunossupressor oral de manutenção (azatioprina) e reavaliar resposta clínica em 72 horas.
- (D) Introduzir plasmaférese imediatamente, antes de corticoide, para remoção de citocinas circulantes.
- (E) Instituir anticoagulação plena profilática para prevenir CIVD associada.

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões 40 e 41:

Paciente do sexo feminino, de 62 anos, portadora de diabetes *mellitus* do tipo 2 há quinze anos, com histórico de hipertensão arterial e dislipidemia, comparece ao pronto-socorro com fraqueza progressiva, náuseas e sonolência nas últimas 24 horas. Refere poliúria intensa há dias e ingestão hídrica aumentada. Em uso domiciliar de metformina 2.000 mg/dia; dapagliflozina 10 mg/dia; linagliptina 5 mg/dia; losartana 100 mg/dia e rosuvastatina 20 mg/dia. Ao exame: sonolenta, desidratada, PA: 92 × 60 mmHg, FC: 122 bpm, FR: 28 irpm, SpO₂: 96% em ar ambiente. Ritmo cardíaco regular, sopro sistólico em foco aórtico +/6+, murmúrio vesicular presente com discreta diminuição em bases pulmonares. Exames complementares: glicemia: 488 mg/dL; pH: 7,12; HCO₃⁻: 10 mEq/L; lactato: 1,8 mmol/L; Na⁺: 134 mEq/L; K⁺: 4,9 mEq/L. Osmolaridade plasmática: 314 mOsm/kg. Cetonas séricas: fortemente positivas.

40. O diagnóstico associado ao quadro clínico é

- (A) estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH).
- (B) sepse de foco urinário com acidose metabólica não cetótica.
- (C) acidose láctica por metformina.
- (D) insuficiência adrenal aguda precipitada por hipovolemia.
- (E) cetoacidose diabética (CAD) associada ao uso de SGLT2.

41. A conduta inicial prioritária na UTI deve incluir

- (A) infusão de bicarbonato EV em *bolus* até normalização do pH.
- (B) reposição de glicose EV imediata para prevenir hipoglicemia.
- (C) insulinoterapia EV contínua associada a hidratação isotônica e monitorização do potássio.
- (D) suspensão da insulina e início de antibioticoterapia empírica até excluir sepse.
- (E) hidratação oral e correção eletrolítica lenta, após estabilização clínica.

42. Durante a internação em UTI, o reconhecimento de padrões cognitivos e motores prévios é essencial para o diagnóstico diferencial de *delirium*.

Considerando uma doença neurodegenerativa que cursa com flutuações cognitivas marcantes, alucinações visuais recorrentes e parkinsonismo, assinale a alternativa que descreve corretamente suas bases fisiopatológicas e manifestações clínicas.

- (A) Doença caracterizada predominantemente por comprometimento inicial da memória episódica, com depósito de proteína tau e evolução lenta, geralmente sem manifestações psicóticas nas fases iniciais.
- (B) Quadro de instalação abrupta com déficits neurológicos focais e evolução em degraus, associado a múltiplos infartos lacunares e lesões isquêmicas extensas em neuroimagem.
- (C) Doença de início insidioso marcada por tremor de repouso isolado e preservação cognitiva prolongada, decorrente de perda dopaminérgica nigroestriatal sem manifestações alucinatórias típicas.
- (D) Condição autoimune com encefalopatia subaguda, crises epiléticas e alterações comportamentais, frequentemente associada a anticorpos neuronais específicos e hipersinal límbico em ressonância.
- (E) Doença neurodegenerativa associada ao acúmulo de proteínas anormais nas vias corticais e subcorticais, cursando com flutuações significativas de atenção, alucinações visuais bem estruturadas e parkinsonismo progressivo.

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões 43 e 44:

Paciente de 72 anos, do sexo masculino, ex-tabagista de 40 anos-maço, encontra-se internado na UTI por piora aguda da dispneia em contexto de infecção respiratória. Relata que, há cerca de cinco anos, apresenta dispneia progressiva, tosse crônica produtiva com escarro esbranquiçado e limitação funcional importante, com acentuada piora no último ano. Teve duas exacerbações no último ano, uma delas tratada com corticoide oral, sem necessidade de internação prévia. Na UTI, o exame físico revela expiração prolongada, ronos difusos e leve cianose labial. A espirometria prévia confirma DPOC obstrutiva grave e mostra: VEF₁: 40% do previsto; VEF₁/CVF: < 0,7. Escalas de avaliação antes da internação: mMRC: 3, CAT: 18.

43. De acordo com a classificação GOLD 2025, considerando sintomas e risco de exacerbações, esse paciente deve ser enquadrado no grupo

- (A) A, pois apresenta poucos sintomas e baixo risco de exacerbação.
- (B) B, pois apresenta muitos sintomas e baixo risco de exacerbação.
- (C) E, pois apresenta muitos sintomas e alto risco de exacerbação.
- (D) C, pois apresenta poucos sintomas e alto risco de exacerbação.
- (E) D, pois apresenta poucos sintomas e moderado risco de exacerbação.

44. Paciente evolui com piora súbita da dispneia, uso de musculatura acessória e aumento do trabalho respiratório, apresentando gasometria arterial inicial de pH igual a 7,28 e PaCO₂ igual a 58 mmHg, além de dessaturação ao ar ambiente. Está consciente, cooperativo e sem contraindicações formais para suporte ventilatório.

Qual é a intervenção inicial recomendada na UTI para manejo da exacerbação aguda desse paciente?

- (A) Ventilação não invasiva com pressão positiva (VNI).
- (B) Intubação orotraqueal imediata.
- (C) Oxigenoterapia por cateter nasal em baixo fluxo.
- (D) Corticoide inalatório isolado.
- (E) Ventilação mecânica invasiva com sedação profunda.

45. Paciente do sexo feminino, de 76 anos, portadora de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* do tipo 2, é admitida na UTI por dispneia intensa e edema agudo de pulmão. O ecocardiograma à beira do leito mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 60%, hipertrofia concêntrica e átrio esquerdo dilatado. A monitorização invasiva com cateter de artéria pulmonar evidencia:

- pressão capilar pulmonar de oclusão (PCP): 26 mmHg;
- pressão arterial pulmonar média (PAPm): 35 mmHg;
- índice cardíaco (IC): 2,2 L/min/m²;
- pressão venosa central (PVC): 12 mmHg;
- resistência vascular sistêmica (RVS): 1.700 dinas/seg/cm⁵.

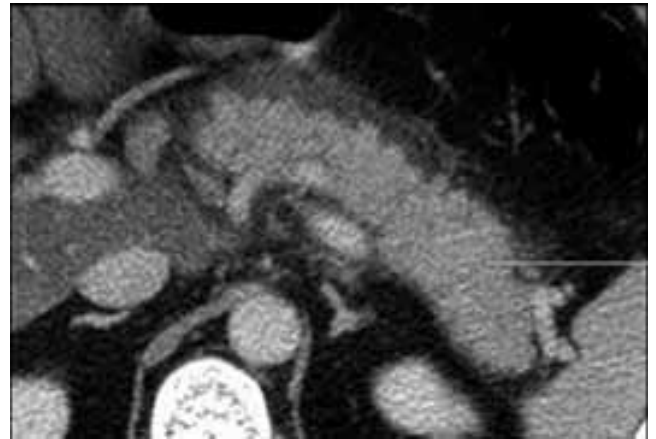
Apesar da congestão, a paciente mantém lactato sérico de 1,6 mmol/L e saturação venosa central (ScvO₂) de 70%.

Com base na fisiopatologia micro-hemodinâmica da ICFEP descompensada, assinale a alternativa correta.

- (A) A elevação da PCP reflete aumento do volume diastólico final do ventrículo esquerdo, com dilatação significativa e redução do índice cardíaco.
- (B) O padrão micro-hemodinâmico caracteriza hipoperfusão tecidual precoce, com baixo fluxo capilar e aumento do gradiente arteriovenoso de O₂.
- (C) Ocorre desacoplamento entre a rigidez ventricular e a complacência vascular, levando à elevação retrógrada de pressões pulmonares e à congestão com perfusão sistêmica relativamente preservada.
- (D) A disfunção microcirculatória é tipicamente distributiva, com redução difusa da resistência vascular sistêmica e aumento do débito cardíaco.
- (E) O quadro é definido por hipocontratilidade global e baixo volume sistólico, determinando choque cardiogênico franco.

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões 46 e 47:

Paciente do sexo masculino, de 52 anos, IMC igual a 41 kg/m², portador de diabetes *mellitus* tipo 2, em uso de semaglutida 2,4 mg/semana há três meses e rosuvastatina 20 mg/dia, é admitido na UTI com dor epigástrica intensa irradiada para dorso, taquipneia e oligúria há dezoito horas. Relata náuseas e vômitos persistentes, sem etilismo recente há 32 horas. Ao exame físico: PA: 88 × 54 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 32 irpm; SpO₂ 91% em O₂ nasal: 3 L/min; T: 38,7 °C. Abdome distendido, doloroso difusamente, sem defesa peritoneal franca. Exames laboratoriais iniciais: leucócitos: 22.300/mm³; amilase: 1.040 U/L; lipase: 1.350 U/L; creatinina: 2,2 mg/dL (prévia: 0,9 mg/dL); lactato: 3,8 mmol/L; PCR: 42 mg/dL; triglicerídeos: 210 mg/dL; AST/ALT: discretamente elevadas; pH: 7,28; HCO₃⁻: 18; PaO₂: 62 mmHg; FiO₂: 0,4. TC de abdome com contraste mostrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

46. Considerando o quadro clínico, qual mecanismo fisiopatológico explica as correlações clínicas nesse paciente?

- (A) Hipersecreção gástrica e refluxo duodenopancreático por aumento de gastrina induzido por GLP-1.
- (B) Retardo do esvaziamento gástrico e disfunção do esfíncter de Oddi, favorecendo ativação intrapancreática de zimogênios.
- (C) Reação autoimune pancreática do tipo 2 mediada por anticorpos anti-GLP-1.
- (D) Lesão mitocondrial direta das células acinares por sobrecarga lipídica secundária ao uso de estatina.
- (E) Formação de cálculos biliares microscópicos por aumento da saturação biliar de colesterol induzida por GLP-1.

47. Em relação à abordagem intensiva e às decisões terapêuticas nesse caso, assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta adequada.
- (A) Iniciar antibioticoterapia profilática com carbapenêmico, pois há necrose pancreática > 30%.
 - (B) Repor volume com ringer lactato guiado por metas macro-hemodinâmicas e micro-hemodinâmicas, iniciar ventilação não invasiva e adiar antibiótico até sinais de infecção comprovada.
 - (C) Indicar drenagem percutânea precoce das coleções peripancreáticas (< 72 horas) para reduzir risco infeccioso.
 - (D) Introduzir nutrição parenteral total imediata, visto que jejum prolongado piora desfecho.
 - (E) Utilizar corticoide para reduzir inflamação sistêmica e prevenir SIRS refratário.
48. Paciente do sexo masculino, de 58 anos, previamente hígido, é admitido na UTI com cefaleia holocraniana há doze horas, seguida de instalação súbita de disartria e fraqueza à direita. Relata ausência de trauma, febre ou perda de consciência. Tem histórico de hipertensão arterial controlada e dislipidemia mista. Não faz uso de anticoagulantes ou drogas ilícitas. Ao exame físico: PA: 152×88mmHg; FC: 84bpm; SatO₂: 97%; temp: 36,8°C. Escala de NIHSS: 5 (disartria, hemiparesia leve direita). Sem sopros carotídeos, com bulhas rítmicas, sem sinais de insuficiência cardíaca. Exames complementares: TC de crânio sem contraste: normal; angioTC: sem oclusão de grandes vasos; RM com difusão: isquemia aguda em topografia cortical do lobo parietal esquerdo; ecocardiograma transtorácico e doppler de carótidas: sem alterações significativas; holter 24 horas: ritmo sinusal, sem fibrilação atrial.
- Diante do quadro e dos achados iniciais, é correto afirmar que o diagnóstico sindrômico de acidente vascular cerebral (AVC) associado é o de AVC
- (A) cardioembólico secundário à fibrilação atrial paroxística.
 - (B) aterotrombótico devido à placa carotídea instável.
 - (C) lacunar por doença de pequenos vasos.
 - (D) embólico de fonte indeterminada (ESUS).
 - (E) criptogênico associado a vasculite cerebral.
49. De acordo com as recomendações da AMIB e os critérios de Berlim para SDRA, é indicada a ventilação mecânica protetora isolada (sem necessidade imediata de manobras de recrutamento ou estratégias avançadas) como tratamento inicial da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) quando houver SDRA
- (A) moderada (PaO₂/FiO₂ entre 100 e 200) com complacência < 30 mL/cmH₂O.
 - (B) leve (PaO₂/FiO₂ entre 200 e 300) com PEEP adequada e sem hipercapnia.
 - (C) grave (PaO₂/FiO₂ < 100) com necessidade de FiO₂ > 0,6.
 - (D) moderada com PaCO₂ > 60 mmHg e acidose respiratória persistente.
 - (E) leve associada a choque séptico refratário.
50. Paciente do sexo masculino, de 64 anos, com choque séptico secundário a pneumonia, encontra-se em ventilação mecânica há 48 horas, sob uso de noradrenalina 0,08 µg/kg/min, PAM de 68 mmHg e débito urinário de 0,6 mL/kg/h. Evolui com glicemia capilar estável, sem acidose, e já apresenta trânsito intestinal presente à ausculta.
- De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) de 2024, qual deve ser a conduta nutricional inicial apropriada para esse paciente crítico?
- (A) Iniciar nutrição parenteral total imediata, visando aporte calórico de 25 a 30 kcal/kg/dia.
 - (B) Aguardar estabilidade hemodinâmica completa (sem aminas) antes de qualquer suporte nutricional.
 - (C) Iniciar nutrição enteral precoce, de forma trófica, até 48 horas do início da ventilação mecânica, mantendo monitorização hemodinâmica rigorosa.
 - (D) Iniciar nutrição parenteral suplementar em associação à enteral desde o primeiro dia de internação.
 - (E) Iniciar hidratação glicêmica venosa exclusiva até o sétimo dia de internação e depois reavaliar via de nutrição.

