

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!



Cardiologia

Atenção: use o caso a seguir para responder às duas próximas questões.

Paciente de 30 anos, previamente hígido, relata quadro de COVID-19, sem complicações, há cerca de três semanas. Dois dias após retornar de viagem, em voo com duração aproximada de 12 horas, procurou a emergência devido a dor em hemitórax esquerdo, de caráter ventilatório-dependente que o incomoda para dormir e para realizar exercício físico. Nega dispneia, uso de medicações contínuas, alergias ou comorbidades.

Ao exame físico, encontra-se eupneico em ar ambiente, corado, acianótico e afebril. Frequência cardíaca de 90 bpm, pressão arterial de 120 x 70 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente. À ausculta respiratória, não apresenta ruídos adventícios. O ritmo cardíaco é regular, em dois tempos, sem sopros. Abdome sem alterações. Membros inferiores sem edema bilateralmente. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito incompleto. Devido aos sintomas, foi solicitado D-dímero, cujo resultado foi de 1.200 ng/mL.

1

Considerando a hipótese mais provável, a ausência de alergias ou de disfunção renal, o exame mais adequado a ser realizado neste momento para confirmar o diagnóstico é o(a)

- (A) ecocardiograma transtorácico.
- (B) ecocardiograma transesofágico.
- (C) cintilografia de ventilação-perfusão pulmonar.
- (D) angiotomografia de artérias pulmonares.
- (E) arteriografia pulmonar.

2

O exame realizado confirmou o diagnóstico mais provável e demonstrou uma relação VD/VE de 0,7, com acometimento restrito a uma artéria pulmonar segmentar.

Assumindo que o paciente apresenta um índice de gravidade PESI I, a conduta mais adequada para este caso, entre as opções abaixo, seria

- (A) alta com planejamento para acompanhamento ambulatorial, sem qualquer tratamento, pois é um paciente de baixo risco de complicações.
- (B) alta em uso de apixabana ou rivaroxabana por no mínimo três meses, com planejamento para acompanhamento ambulatorial.
- (C) internação hospitalar em quarto e início de heparina não fracionada intravenosa, visando relação de TTPa entre 2 e 3.
- (D) internação hospitalar em unidade de terapia intensiva para início de heparina de baixo peso molecular subcutânea e possível trombólise sistêmica em dose reduzida.
- (E) encaminhamento para hemodinâmica dentro de 24 horas para tratamento percutâneo com trombectomia mecânica.

3

Diversos fatores de risco cardiovasculares não clássicos apresentam relevância clínica. Estudos realizados ao longo de mais de 50 anos já associaram, por exemplo, a exposição prolongada a metais tóxicos a múltiplos riscos adversos à saúde. O chumbo representa um desses elementos, inclusive com potenciais efeitos sobre a saúde cardiovascular.

Neste contexto, avalie as afirmativas a seguir.

- I. A exposição prolongada ao chumbo foi associada ao desenvolvimento de hipertensão arterial por múltiplos mecanismos como dano renal, ativação do SRAA (sistema renina-angiotensina-aldosterona), estresse oxidativo e desregulação do óxido nítrico.
- II. A exposição prolongada ao chumbo não está associada ao desenvolvimento de doença coronariana ou cerebrovascular.
- III. Os efeitos nocivos da exposição ao chumbo apresentam uma relação dose-dependente entre o grau de exposição e o risco de eventos adversos.

Está correto apenas o que se afirma em

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

4

O comportamento epidemiológico global dos principais fatores de risco cardiovasculares representa uma fonte primordial de dados, servindo como alicerce para o desenvolvimento de estratégias públicas de prevenção.

Em relação a esse tema, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de morte no mundo.
- (B) O aumento da pressão arterial média da população ocorre à medida que as populações se industrializam e migram de áreas rurais para ambientes urbanos.
- (C) Com a transição epidemiológica e a urbanização, os níveis médios de colesterol total tendem a aumentar, sendo geralmente mais elevados em populações urbanas do que rurais.
- (D) A prevalência de diabetes aumentou rapidamente em todo o mundo nos últimos 30 anos.
- (E) Desde 1990 houve uma redução de quase 25% da prevalência de obesidade padronizada por idade em quase todos os países do mundo.

5

Poucas especialidades foram tão impactadas pela prática baseada em evidências quanto a medicina cardiovascular, na qual os ensaios clínicos servem de base para as recomendações terapêuticas das principais diretrizes.

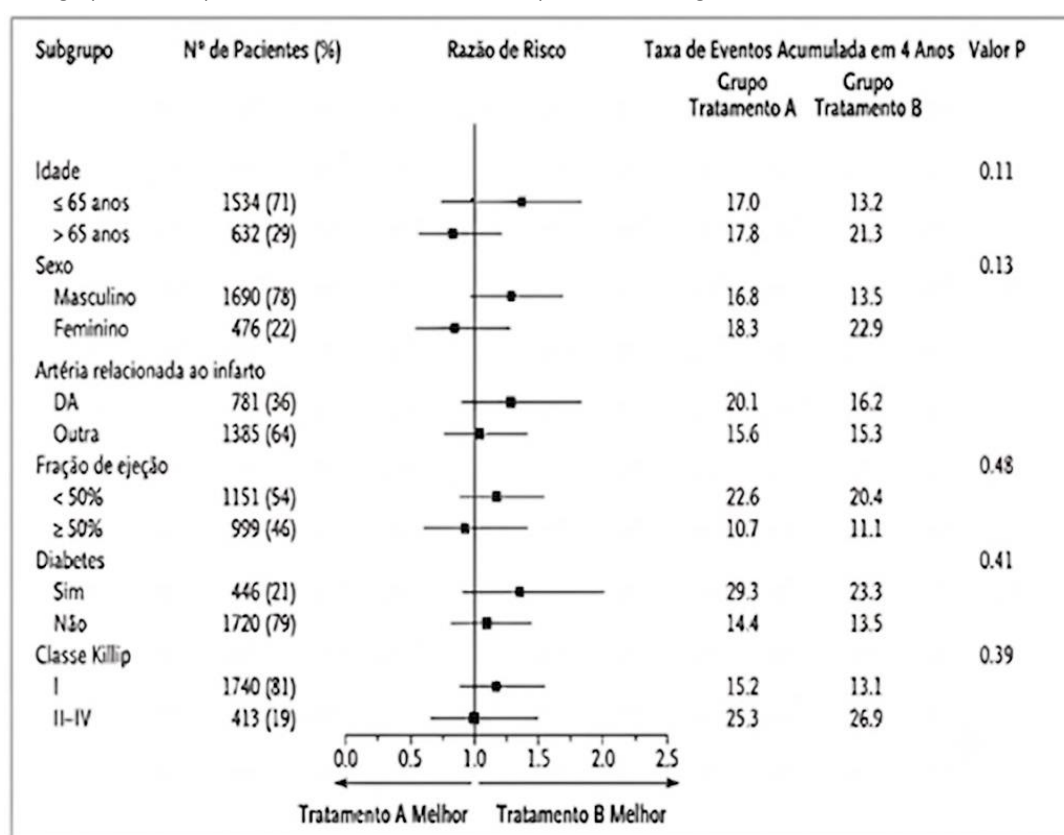
Em relação a esse tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) Uma desvantagem dos estudos clínicos com desenho cruzado, ou *crossover*, é a necessidade de incluir elevado número de participantes.
- (B) Ensaios de superioridade têm como objetivo rejeitar a hipótese de que não há diferença entre as terapias, denominada hipótese nula.
- (C) Estudos de não inferioridade são mais adequados para demonstrar que um novo tratamento é superior ao padrão, tanto em eficácia, quanto em segurança.
- (D) O cegamento reduz vieses ao impedir somente que os pacientes saibam qual terapia estão recebendo, enquanto os investigadores sempre devem permanecer cientes dos tratamentos administrados a cada participante.
- (E) Ensaios clínicos devem sempre seguir até o final do período de acompanhamento planejado, mesmo que surja evidência de dano associado a uma das intervenções durante o estudo.

6

A análise de subgrupos em ensaios clínicos deve ser realizada de maneira criteriosa. A principal razão para identificar e analisar subgrupos é avaliar a consistência da resposta ao tratamento. Considere um ensaio clínico hipotético do tratamento **A** comparado com o **B** em pacientes com síndrome coronariana aguda.

Suponha que os subgrupos e as respectivas taxas de eventos estão representados no gráfico abaixo.



Nesse caso, é correto afirmar que o gráfico

- (A) é conhecido como *Kaplan-Meier* e demonstra a estimativa pontual de eventos e os intervalos de confiança de 95% dentro de cada subgrupo.
- (B) sugere que o tratamento A foi melhor em pacientes com mais de 65 anos.
- (C) sugere que o tratamento B foi melhor em todos os subgrupos.
- (D) sugere que o tratamento B foi melhor apenas entre os diabéticos.
- (E) sugere que em nenhum dos subgrupos houve diferença estatisticamente significativa entre os dois tratamentos.

7

Os avanços nos estudos de genética aplicada à medicina têm aberto um novo horizonte de recursos diagnósticos e terapêuticos. Condições anteriormente desconhecidas hoje passaram a apresentar suas bases fisiopatológicas reconhecidas, possibilitando o desenvolvimento de novas estratégias de tratamento. Nesse contexto, avalie as afirmativas abaixo.

- I. Em doenças autossômicas dominantes, uma única cópia defeituosa de um gene é suficiente para resultar no fenótipo, considerando que a maioria dos genes possui duas cópias, uma herdada da mãe e outra do pai.
- II. História familiar de DAC (Doença Arterial Coronariana) prematura em um dos pais confere risco quase duas vezes maior de DAC, independentemente dos fatores de risco clínicos tradicionais.
- III. Em doenças recessivas ligadas ao X, a variante genética causal está no cromossomo X; por isso, mulheres que herdam a cópia defeituosa tendem a manifestar a doença, enquanto homens geralmente são portadores assintomáticos.

Está correto apenas o que se afirma em

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

Atenção: use o caso a seguir para responder às duas próximas questões.

Mulher de 50 anos, com hipertensão arterial leve e história de fibrilação atrial paroxística, em uso de apixabana 5 mg duas vezes ao dia, sotalolol 160 mg/dia e anlodipino 5 mg/dia, relata quadro de infecção de vias aéreas superiores há cerca de uma semana. Há três dias, iniciou, por conta própria, antibioticoterapia com azitromicina, por acreditar que não estava melhorando, embora negasse febre ou dispnéia durante a evolução. Nas últimas 12 horas, passou a apresentar palpitações frequentes, mesmo em repouso, procurando atendimento de emergência após episódio de síncope sem prodromos. Nega traumatismo durante a síncope. Na admissão, encontrava-se lúcida, orientada, corada, acianótica e afebril. Ainda refere palpitações. FC: 110 bpm, ritmo irregular, PA: 100 × 60 mmHg, SatO₂: 97% em ar ambiente. A ausculta respiratória e cardíaca não apresentavam alterações. Foi realizado eletrocardiograma, mostrado abaixo.



8

Considerando o quadro clínico e o traçado eletrocardiográfico, a arritmia mais provavelmente responsável pelo episódio de síncope é

- (A) a taquicardia ventricular polimórfica associada a intervalo QTc prolongado.
- (B) a taquicardia ventricular monomórfica sustentada.
- (C) a fibrilação atrial.
- (D) o bloqueio atrioventricular total.
- (E) a taquicardia supraventricular com aberrância.

9

Considerando o diagnóstico do caso, assinale a opção que apresenta a droga inicial intravenosa de escolha para o tratamento da arritmia identificada no eletrocardiograma.

- (A) Amiodarona.
- (B) Cloreto de potássio.
- (C) Gluconato de cálcio.
- (D) Sulfato de magnésio.
- (E) Lidocaína.

10

Conhecimentos sobre farmacologia são fundamentais para a compreensão de múltiplas intervenções terapêuticas utilizadas na cardiologia.

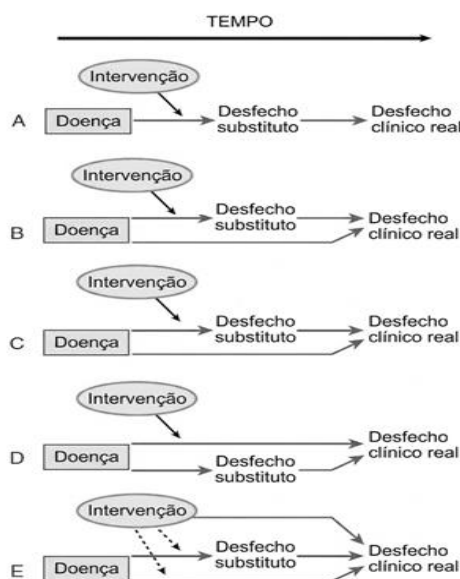
Nesse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) A farmacodinâmica descreve o que o corpo faz com um fármaco e inclui os processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção.
- (B) Mesmo fármacos administrados por via intravenosa apresentam biodisponibilidade de no máximo 50%.
- (C) A biodisponibilidade de fármacos administrados por via oral pode ser reduzida pelo metabolismo no intestino ou no fígado antes de o fármaco alcançar a circulação.
- (D) A farmacocinética descreve o que o fármaco faz ao corpo, especialmente como interage com seu alvo molecular para gerar efeitos biológicos.
- (E) Variações genéticas não afetam a eficácia ou toxicidade associadas a fármacos, pois tanto a farmacodinâmica quanto farmacocinética são propriedades exclusivamente intrínsecas dos medicamentos.

11

Biomarcadores são frequentemente utilizados na medicina cardiovascular como desfechos substitutos para guiar processos diagnósticos e intervenções terapêuticas.

A figura abaixo apresenta cinco situações hipotéticas da via fisiopatológica de uma doença até seu desfecho clínico real.



A situação em que o biomarcador teria maior validade como desfecho substituto para avaliar o efeito de uma intervenção sobre o desfecho clínico real seria a

- (A) A
- (B) B
- (C) C
- (D) D
- (E) E

12

Em pacientes com síncope, assinale a opção que sugeriria uma menor probabilidade de que o evento seja de etiologia cardíaca.

- (A) Cardiopatia estrutural conhecida.
- (B) História familiar de morte súbita.
- (C) Idade > 60 anos.
- (D) Palpitação e/ou dor torácica antes do evento.
- (E) Presença de pródromos como náuseas, palidez cutânea e sudorese.

13

O exame físico cardiovascular é um pilar fundamental do processo diagnóstico, e requer treinamento específico para ser aplicado de maneira adequada. Nesse contexto, a diferenciação entre o pulso venoso jugular e o pulso arterial carotídeo na região cervical é um componente importante.

Assinale a opção que apresenta a característica mais compatível com o pulso venoso jugular.

- (A) Ascensão única e rápida, de padrão monofásico.
- (B) Pode ser atenuado ou obliterado com leve pressão na base do pescoço, acima da clavícula.
- (C) Sem alteração respiratória no contorno ou amplitude.
- (D) Facilmente palpável na maioria dos casos.
- (E) Pode apresentar um aumento de amplitude em pacientes com insuficiência aórtica crônica significativa.

14

Diversos parâmetros básicos devem ser respeitados para garantir a aferição adequada da pressão arterial, pois medidas realizadas fora dos padrões técnicos podem levar a condutas potencialmente prejudiciais.

Nesse contexto, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) A pressão arterial deve ser medida preferencialmente com o paciente sentado, com as costas apoiadas, os pés no chão e o braço na altura do coração.
- (B) Deve ser respeitado um período de repouso antes da aferição, idealmente de no mínimo 5 minutos.
- (C) Um único tamanho de manguito pode ser utilizado com a mesma acurácia em todos os pacientes.
- (D) A pressão arterial deve ser medida em ambos os braços, em rápida sucessão ou mesmo simultaneamente.
- (E) A ausculta deve ser realizada em ambiente silencioso, posicionando o estetoscópio sobre a pulsação da artéria braquial e reduzindo lentamente a pressão do manguito.

15

O pulso alternante (*pulsus alternans*) é um achado do exame físico potencialmente associado a diversas cardiopatias graves. Em relação a essa alteração, avalie as afirmativas abaixo.

- I. O pulso alternante é definido pela variação da amplitude do pulso de um batimento para outro, independentemente do ciclo respiratório.
- II. É um achado classicamente associado à insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.
- III. Sua fisiopatologia é atribuída a alterações cíclicas do cálcio intracelular e da duração do potencial de ação.

Está correto apenas o que se afirma em

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

16

Considere a descrição a seguir de um achado do exame físico:

“Sopro diastólico precoce, agudo e em decrescendo, mais bem auscultado ao longo da borda esternal esquerda, que aumenta com a manobra de prensão manual isométrica (*hand grip*).”

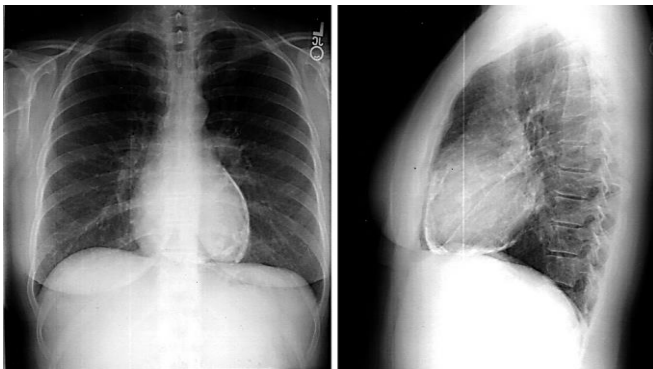
Assumindo que a valvulopatia subjacente é crônica, outro achado de exame físico que poderia estar associado a essa condição seria

- (A) aumento da pressão de pulso.
- (B) estalido de abertura após B2.
- (C) pulso carotídeo *parvus e tardus*.
- (D) hiperfonese de B1.
- (E) aumento da onda v no pulso venoso.

Atenção: use o caso a seguir para responder às duas próximas questões.

Mulher de 48 anos refere aumento do volume abdominal e dispneia progressiva, há cerca de 3 meses, associado a hiporexia e perda ponderal. Nega tosse, febre ou dor torácica. Relata tratamento irregular para tuberculose durante 6 meses com RHZE, prescrito há cerca de 1 ano devido a “acúmulo de líquido em volta do coração”, diagnosticado na ocasião. Desconhece se também apresentava algum acometimento pulmonar concomitante. No momento, nega uso de qualquer medicamento.

Ao exame: Lúcida, orientada, com taquipneia leve em ar ambiente, sem esforço, porém não tolera o decúbito dorsal, hipocorada, acianótica, afebril. FC: 110 bpm, PA: 96 × 60 mmHg, SatO₂: 95% em ar ambiente. Ausculta respiratória sem alterações. Ictus do ventrículo esquerdo palpável no 5º espaço intercostal esquerdo a 2 cm da linha hemiclavicular, sem mudança de posição em decúbito lateral esquerdo. Ritmo cardíaco regular, em 2T, sem sopros, porém com som diastólico precoce, logo após B2, de alta frequência mais audível no foco tricúspide. Abdomo com aumento volumétrico sugestivo de ascite. MMII com edema bilateral 2+/4+ com cacifo. A radiografia de tórax encontra-se a seguir.



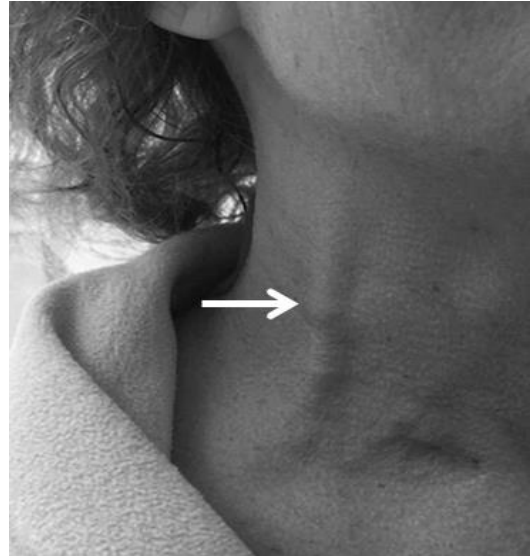
17

Considerando a história, o exame físico e a radiografia de tórax, o diagnóstico mais provável é

- (A) amiloidose cardíaca ATTR.
- (B) pericardite constrictiva.
- (C) endocardite bacteriana.
- (D) tromboembolismo pulmonar.
- (E) estenose mitral com hipertensão pulmonar.

18

A foto a seguir mostra o exame do pescoço da paciente.

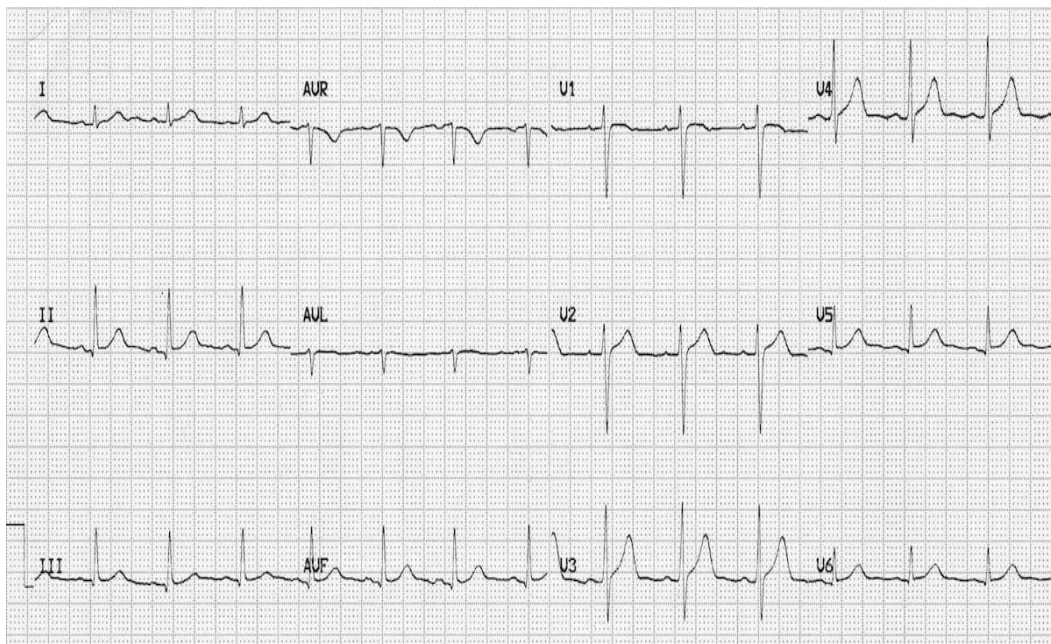


Assinale a opção que apresenta o que classicamente poderá ser observado na região representada pela seta durante a inspiração profunda.

- (A) A onda v ficará mais proeminente.
- (B) A onda a desaparecerá.
- (C) Queda significativa da pressão venosa, resultando em colapso da veia jugular no pico da inspiração.
- (D) Aumento paradoxal, ou ausência de queda, da pressão venosa e da turgência jugular durante a inspiração.
- (E) O achado identificado pela seta tipicamente não sofre alterações com o ciclo respiratório.

19

Considere o traçado abaixo.



A localização aproximada do eixo elétrico médio do QRS no plano frontal está entre

- (A) -30° e -60° .
- (B) $+60^\circ$ e $+90^\circ$.
- (C) $+30^\circ$ e $+60^\circ$.
- (D) 0° e $+30^\circ$.
- (E) 0° e -30° .

20

Os ajustes padrão de amplitude e de velocidade para registrar o traçado eletrocardiográfico são, respectivamente,

- (A) 10 mm/mV e 25 mm/s.
- (B) 1 mm/mV e 25 mm/s.
- (C) 20 mm/mV e 50 mm/s.
- (D) 2 mm/mV e 25 mm/s.
- (E) 10 mm/mV e 50 mm/s.

21

O teste ergométrico é um exame com múltiplas potenciais indicações clínicas. Ele pode identificar isquemia e arritmias induzidas pelo esforço, avaliar prognóstico e gravidade, resposta terapêutica e possíveis causas de dispneia ou baixa capacidade funcional. Entretanto, não é um exame isento de risco, dependendo do contexto clínico.

Os achados a seguir representam indicação para a interrupção do exame, **exceto um**. Assinale-o.

- (A) Angina moderada a grave.
- (B) Sinais de má perfusão periférica, como palidez ou cianose.
- (C) Taquicardia ventricular sustentada.
- (D) Redução da pressão arterial sistólica inferior a 10 mmHg em relação ao valor basal, sem sinais ou sintomas de isquemia.
- (E) Sintomas relacionados ao sistema nervoso central, como ataxia, tontura ou pré-síncope.

22

O ecocardiograma transesofágico (ETE) apresenta múltiplas potenciais indicações na cardiologia, apresentando utilidade diagnóstica e prognóstica. Entretanto, não é um exame isento de riscos e por isso deve ser indicado de forma criteriosa.

No contexto de pacientes com fibrilação atrial (FA) candidatos a cardioversão elétrica, a seguinte situação representa a indicação mais apropriada para a realização do ETE antes do procedimento:

- (A) pacientes estáveis com FA persistente, baixo risco tromboembólico e adequadamente anticoagulados por mais de 4 semanas.
- (B) FA sabidamente de início há menos de 24 h, em pacientes com baixo risco tromboembólico.
- (C) pacientes estáveis com FA persistente, estenose mitral reumática grave, história de acidente vascular cerebral isquêmico e em uso de rivaroxabana 10 mg por dia há 2 semanas.
- (D) pacientes estáveis com FA persistente, em uso de anticoagulante oral direto há 4 semanas, e história de exclusão do apêndice atrial esquerdo durante cirurgia de revascularização, sabidamente sem fluxo residual.
- (E) pacientes com FA aguda e instabilidade hemodinâmica.

23

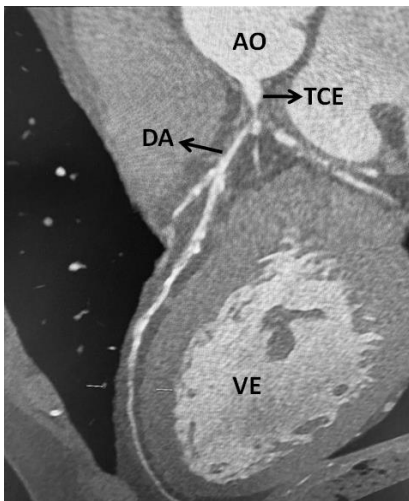
No exame de cintilografia de perfusão miocárdica, as seguintes alterações representam achados considerados de alto risco de eventos adversos, exceto uma. Assinale-a.

- (A) Aumento da captação pulmonar do radiotraçador.
- (B) Dilatação transitória do ventrículo esquerdo.
- (C) Queda de 12 pontos percentuais na fração de ejeção do ventrículo esquerdo após o estresse.
- (D) Aumento transitório da captação do radiotraçador pelo ventrículo direito.
- (E) Defeito perfusional reversível acometendo 4% da massa ventricular esquerda.

Atenção: use o caso a seguir para responder às duas próximas questões.

Homem de 62 anos, com hipertensão arterial, diabetes insulínica e dislipidemia, relata desconforto torácico precordial sem relação bem definida com esforço físico, mas que é desencadeado por estresse emocional, há cerca de 6 meses. Nega tabagismo, dispneia ou história familiar de doença cardiovascular. No momento, está em uso de insulina glargina, rosuvastatina, dapagliflozina, metformina e valsartana.

Ao exame, mostra-se corado, acianótico, eupneico em repouso. FC: 78 bpm, PA: 128x64 mmHg. Ausculta respiratória sem ruídos adventícios, ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, sem sopros. Abdome e membros inferiores sem alterações. Eletrocardiograma de repouso em ritmo sinusal, sem alterações. Na avaliação inicial do quadro descrito, foi realizado um ecocardiograma transtorácico, que mostrou uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 33%, com hipocinesia difusa. Em seguida foi realizado o exame de imagem abaixo.



AO: aorta; DA: artéria descendente anterior; TCE: tronco da coronária esquerda; VE: ventrículo esquerdo.

24

Considerando o caso clínico e os achados da imagem, o próximo exame mais indicado para definir a estratégia terapêutica é

- (A) a ressonância magnética cardíaca.
- (B) o ecocardiograma transesofágico.
- (C) a coronariografia.
- (D) a cintilografia de perfusão miocárdica.
- (E) o teste ergométrico.

25

Suponha que o exame selecionado tenha confirmado o padrão de doença de alta complexidade sugerido na imagem inicial.

O melhor tratamento para reduzir o risco de morte a longo prazo, considerando o perfil clínico do paciente, seria

- (A) realizar angioplastia coronariana com *stent* farmacológico.
- (B) realizar cirurgia de revascularização miocárdica.
- (C) iniciar aspirina com clopidogrel.
- (D) iniciar anticoagulante oral direto.
- (E) iniciar inibidor da PCSK9.

26

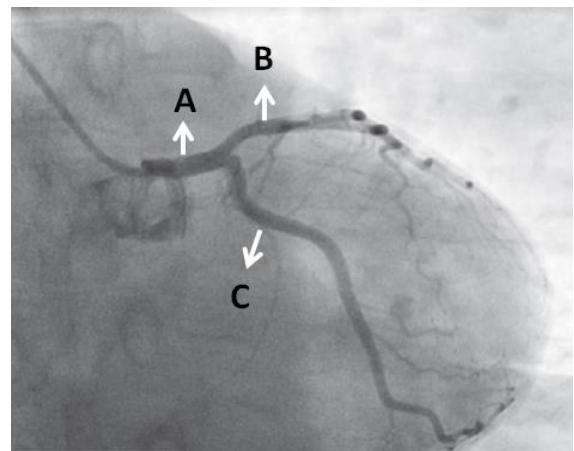
Em pacientes atendidos em unidades de emergência com dor torácica e suspeita de síndrome coronariana aguda, a realização de exames de imagem pode auxiliar na avaliação diagnóstica, principalmente quando a troponina é normal e o eletrocardiograma é inconclusivo.

Nos casos de probabilidade intermediária, o seguinte fator favorece a realização de angiotomografia coronariana, em vez de um exame funcional, para avaliação de isquemia:

- (A) calcificação coronariana grave em tomografia de tórax prévia.
- (B) alergia grave a contraste iodado.
- (C) disfunção renal significativa.
- (D) paciente com menos de 60 anos sem doença coronariana conhecida.
- (E) fibrilação atrial com frequência cardíaca > 90 bpm.

27

Considere a imagem a seguir, de uma coronariografia na incidência oblíqua anterior esquerda caudal.



As letras A, B e C indicam, respectivamente, as seguintes artérias:

- (A) tronco da coronária esquerda, artéria descendente anterior e artéria coronária direita.
- (B) tronco da coronária esquerda, artéria descendente anterior e artéria circumflexa.
- (C) artéria descendente anterior, artéria circumflexa e artéria coronária direita.
- (D) tronco da coronária esquerda, artéria circumflexa e artéria descendente anterior.
- (E) artéria descendente anterior, artéria coronária direita e artéria circumflexa.

Atenção: use o caso a seguir para responder às duas próximas questões.

Homem de 80 anos, portador de hipertensão arterial, Doença de Alzheimer em fase inicial e marcapasso definitivo (MP) DDD, foi atendido em unidade de emergência após episódio de síncope enquanto assistia televisão, sem pródromos ou traumatismo craniano. O dispositivo cardíaco foi implantado 3 meses antes, após dois episódios de síncope associados a bloqueio atrioventricular total (BAVT) intermitente. Não apresenta outras comorbidades e, no momento, está em uso apenas de donepezila e anlodipina.

Ao exame: acordado, sem sinais focais, eupneico em ar ambiente, acianótico, afebril. FC: 48 bpm PA: 160 x 80 mmHg, SatO₂: 96%. Sítio da unidade geradora com pequenas escoriações na pele em fases diferentes de cicatrização. Exame cardiovascular e o restante do exame físico sem alterações. O paciente foi monitorizado, e o traçado de admissão no monitor em DII encontra-se abaixo (as setas correspondem às espículas de estimulação ventricular do MP).



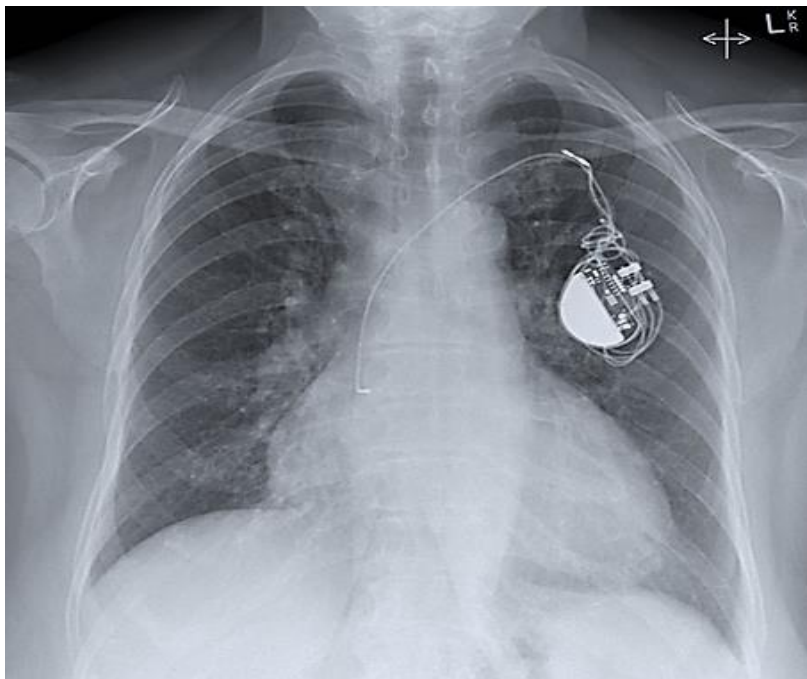
28

Considerando o caso clínico e o traçado eletrocardiográfico, a etiologia mais provável do último episódio de síncope é:

- (A) falha de captura do marcapasso, associada à BAVT intermitente.
- (B) taquicardia ventricular sustentada.
- (C) síncope vasovagal de predomínio vasodepressor.
- (D) síncope cerebrovascular.
- (E) estenose aórtica.

29

Após o atendimento inicial, o paciente foi submetido a uma radiografia de tórax (abaixo).

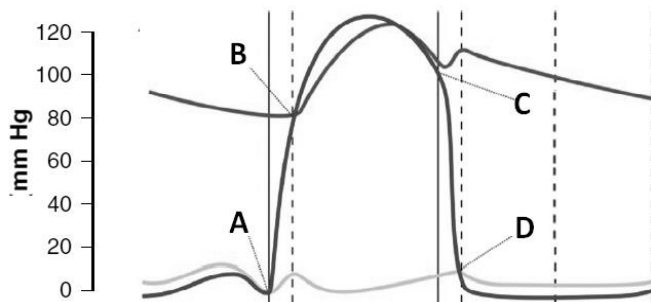


A melhor conduta, neste momento, para evitar novos episódios de síncope, seria

- (A) iniciar fludrocortisona.
- (B) trocar o dispositivo por um cardiodesfibrilador.
- (C) suspender a anlodipina.
- (D) reposicionar ou substituir os eletrodos e fixar a unidade geradora.
- (E) investigar doença carotídea obstrutiva para possível revascularização percutânea.

Atenção: use o enunciado a seguir para responder às duas próximas questões.

A imagem a seguir apresenta as curvas de variação pressórica nas cavidades esquerdas ao longo do ciclo cardíaco.



30

Assinale a opção que apresenta a sequência correta de eventos representados pelas letras A, B, C e D.

- (A) A - abertura da valva aórtica; B - fechamento da valva mitral; C - fechamento da valva aórtica; D - abertura da valva mitral.
- (B) A - fechamento da valva mitral; B - abertura da valva aórtica; C - abertura da valva mitral; D - fechamento da valva aórtica.
- (C) A - fechamento da valva mitral; B - abertura da valva aórtica; C - fechamento da valva aórtica; D - abertura da valva mitral.
- (D) A - abertura da valva aórtica; B - fechamento da valva mitral; C - abertura da valva mitral; D - fechamento da valva aórtica.
- (E) A - fechamento da valva aórtica; B - abertura da valva mitral; C - abertura da valva mitral; D - fechamento da valva aórtica.

31

Em um paciente com estenose mitral grave e estalido de abertura audível, a modificação que posicionaria esse som mais próximo de B2, na ausculta cardíaca, seria encontrar

- (A) A mais próximo de B.
- (B) B mais próximo de C.
- (C) D mais próximo de A.
- (D) A mais afastado de B.
- (E) D mais próximo de C.

32

Em relação à presença de valvulopatias em pacientes candidatos a cirurgias não-cardíacas, avalie as afirmativas a seguir.

- I. A estenose mitral grave não está associada a qualquer risco de descompensação perioperatória ou pós-operatória.
- II. A valvuloplastia aórtica percutânea é uma opção terapêutica que comprovadamente reduz o risco perioperatório de eventos adversos em pacientes com estenose aórtica grave.
- III. A estenose aórtica grave está associada ao maior risco de descompensação cardíaca neste contexto, principalmente em pacientes sintomáticos.

Está correto apenas o que se afirma em

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

33

Dois importantes mecanismos de desestabilização da placa aterosclerótica coronariana estão associados às síndromes coronarianas agudas (SCA): ruptura da capa fibrosa e erosão superficial da íntima.

Nesse contexto, as seguintes afirmativas estão corretas, **exceto uma**. Assinale-a.

- (A) A ruptura da capa fibrosa é mais frequentemente observada nas SCA com supradesnivelamento do segmento ST do que nos quadros associados à erosão superficial.
- (B) Estima-se que a erosão superficial da íntima esteja envolvida em aproximadamente 25% a 30% dos casos de infarto agudo do miocárdio.
- (C) Os trombos associados à erosão superficial da íntima são particularmente sensíveis à terapia trombolítica sistêmica na maioria dos casos devido à sua composição característica.
- (D) Os trombos associados à ruptura da capa fibrosa são predominantemente ricos em fibrina.
- (E) A ruptura da capa fibrosa da placa provavelmente resulta de um desequilíbrio entre as forças exercidas sobre ela e sua resistência mecânica.

34

No cenário da cardiologia preventiva, existem três níveis principais de prevenção que atuam conjuntamente para reduzir o risco de eventos cardiovasculares: primordial, primária e secundária.

A respeito do tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A prevenção primária consiste em impedir o desenvolvimento de fatores de risco cardiovasculares.
- (B) A prevenção secundária visa evitar a manifestação da doença cardiovascular em indivíduos com fatores de risco, porém sem doença clinicamente estabelecida.
- (C) A prevenção primordial é direcionada a pacientes com doença cardiovascular estabelecida, com o objetivo de reduzir o risco de eventos cardiovasculares recorrentes e de mortalidade.
- (D) Políticas públicas de prevenção de doenças cardiovasculares e suas complicações devem considerar também determinantes sociais e iniquidades em saúde, como pobreza, condições de moradia e educação.
- (E) Avanços na prevenção secundária estão associados a uma redução de 80% na incidência de infarto agudo do miocárdio, conforme estudos observacionais.

35

Os perfis clínico e epidemiológico das doenças cardiovasculares e de seus fatores de risco apresentam diferenças significativas entre homens e mulheres.

Nesse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) Em comparação aos homens, as mulheres apresentam maior carga de hipertensão arterial ao longo da vida, cuja prevalência se torna maior no sexo feminino após os 65 anos.
- (B) A prevalência de fatores de risco tradicionais, como dislipidemia, hipertensão, diabetes e obesidade, caracteristicamente diminui nas mulheres após a transição para a menopausa.
- (C) A mortalidade por acidente vascular cerebral diminui significativamente após os 65 anos entre as mulheres.
- (D) O diabetes mellitus está associado a um aumento proporcionalmente maior do risco cardiovascular nos homens do que nas mulheres.
- (E) Intervenções no estilo de vida e terapias preventivas eficazes são menos frequentemente indicadas para homens, que atingem menos frequentemente as metas terapêuticas recomendadas.

36

Em 2025, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial foi atualizada, apresentando conceitos importantes para orientar o diagnóstico e o tratamento dessa condição tão prevalente.

Neste contexto, em relação aos critérios diagnósticos da hipertensão arterial (HA), assinale a afirmativa **incorreta**.

[PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica.]

- (A) A partir de medidas obtidas no consultório, são considerados pacientes com HA os indivíduos com PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg, embora existam variações em diretrizes internacionais.
- (B) Indivíduos com PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg são definidos como pacientes com HA sistólica isolada.
- (C) A classificação da pressão arterial e dos estágios de hipertensão baseia-se no valor mais elevado de PA, seja sistólica ou diastólica, aferida no consultório.
- (D) Na ausência de níveis muito elevados de PA, doença cardiovascular estabelecida ou lesão de órgão-alvo, é necessário realizar medidas repetidas em duas ou mais visitas médicas para validar o diagnóstico de HA.
- (E) Mesmo em pacientes com doença cardiovascular estabelecida e/ou lesão em órgão-alvo, é mandatória a confirmação das aferições em consultório com a Medida Ambulatorial da Pressão Arterial ou a Medida Residencial da Pressão Arterial para estabelecer o diagnóstico.

37

Causas secundárias podem levar a distúrbios lipídicos e devem ser consideradas antes do início da terapia hipolipemiante.

As opções a seguir apresentam potenciais causas secundárias de dislipoproteinemia, **exceto uma**. Assinale-a.

- (A) Etilismo.
- (B) Doença de Chagas.
- (C) Cirrose biliar primária.
- (D) Hipotireoidismo não controlado.
- (E) Hidroclorotiazida.

38

Em relação aos atos de publicidade médica, segundo o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019), avalie se é **vedado** ao médico:

- I. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.
- II. Divulgar exclusivamente em evento científico da área médica, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja formalmente reconhecido por órgão competente.
- III. Participar de anúncios de empresas comerciais, qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

De fato, é vedado ao médico o que se afirma em:

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

39

Os hábitos alimentares podem influenciar de forma distinta o risco de desenvolvimento de doenças crônicas.

Baseado em evidências prováveis ou convincentes de relação causal, o consumo regular do seguinte item está associado a maior risco de eventos coronarianos e cerebrovasculares:

- (A) nozes e sementes.
- (B) dietas com elevada quantidade de proteínas totais.
- (C) fibra alimentar.
- (D) frutas e vegetais.
- (E) bebidas com alto teor de açúcares adicionados.

40

Diversas drogas usadas fora da cardiologia podem apresentar efeitos cardiovasculares adversos, de gravidade variável.

Nesse contexto, as seguintes correlações entre a droga e seu potencial efeito adverso cardiovascular estão corretas, **exceto uma**. Assinale-a.

- (A) Donepezila / Bloqueio atrioventricular.
- (B) Levofloxacina / Aumento do risco de aneurisma ou dissecação aórtica em pacientes com fatores de risco.
- (C) Sumatriptano / Síndrome coronariana aguda.
- (D) Amitriptilina / Prolongamento do intervalo QT e maior risco de *torsades de pointes*.
- (E) Tansulosina / Hipertensão arterial.

Pediatria

41

A obesidade tem aumentado na população pediátrica e se tornou um importante desafio nesse grupo, especialmente entre os adolescentes. A síndrome metabólica em adolescentes de 10 a 16 anos, de acordo com os critérios da International Diabetes Federation, são a presença de obesidade central (circunferência abdominal $\geq$ P90) + pelo menos 2 outros critérios.

Dois desses critérios são:

- (A) história familiar de diabetes ou doença cardiovascular + glicemia $\geq$ 100.
- (B) PA sistólica $\geq$ 120 + PA diastólica $\geq$ 60.
- (C) hemoglobina glicada $\geq$ 6,0 + PA $>$ p75.
- (D) triglicerídeos $\geq$ 150 mg/dL + diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada.
- (E) HDL $\geq$ 40 + PA sistólica $\geq$ 120.

42

A adenomegalia é uma queixa importante na pediatria, afetando até 45% das crianças previamente híginas. Apesar de 2/3 das causas serem benignas, existem critérios para indicação de biópsia, padrão-ouro para o diagnóstico diferencial.

As indicações imediatas da biópsia de linfonodo incluem

- (A) linfonodomegalia unilateral de mais de 2,5cm com presença de sinais flogísticos (dor, rubor e calor).
- (B) linfonodomegalia em região epitroclear.
- (C) linfonodomegalia em região cervical maior do que 1cm fixo, endurecido, de rápido crescimento, sem outros sintomas associados.
- (D) falha da redução do gânglio apesar de 2 a 3 semanas de evolução e antibioticoterapia adequada.
- (E) linfonodomegalia associada a febre por menos 1 semana e perda de menos 10% do peso.

43

A hipogamaglobulinemia (ou redução dos níveis de imunoglobulinas séricas) pode ser uma condição transitória ou permanente, congênita ou adquirida. As imunodeficiências primárias, recentemente denominadas erros inatos da imunidade (EII) constituem um diagnóstico diferencial importante em pacientes com hipogamaglobulinemia, especialmente em lactentes, constituindo um sinal de alerta. Sobre a avaliação de hipogamaglobulinemia no lactente, é correto afirmar que

- (A) Idade menor de 6 meses com hipogamaglobulinemia não é um sinal de alerta, independentemente dos valores de imunoglobulinas maternos.
- (B) as imunoglobulinas do recém-nascido naturalmente são baixas, pois, das subclasses de IgG, apenas a IgG1 e a IgG3 atravessam a placenta.
- (C) na síndrome nefrótica, pode ocorrer hipogamaglobulinemia secundária, devido a alteração na produção de IgG.
- (D) infecções por agentes oportunistas, como *P. Jiroveci* e citomegalovírus, assim como efeito adverso não usual da BCG constituem sinais de alerta.
- (E) ausência de resposta IgG para vacinas, como tétano e hemófilo, hepatites A e B, são fundamentais para o diagnóstico de EII, independentemente da idade do paciente.

44

Menina de 4 anos é trazida para avaliação, pois apresenta história de infecções urinárias de repetição confirmadas por cultura. A menor teve desfralde aos 2 anos, pois somente assim a escolinha aceitava a matrícula. A mãe refere que a menor fica na escola em período integral e que segura muito a urina, ficando quase a manhã inteira sem ir ao banheiro, apesar de uma boa ingestão de água. Às vezes, a criança acaba tendo escapes urinários porque fica com preguiça de urinar. Pelo menos uma vez por semana, ela tem enurese noturna, apesar de já não usar fralda noturna a mais de 1 ano. No exame físico, você observa resíduo de urina na roupa e uma distensão gasosa com palpação de massa fecal no abdome. Ao indagar sobre os hábitos evacuatórios, refere que evacua uma a duas vezes por semana, com evacuação dolorosa e fezes tipo 2 na escala de Bristol.

A investigação diagnóstica correta é

- (A) realizar apenas ultrassonografia de vias urinárias para investigar sem necessidade de outros exames.
- (B) tratar a constipação e aumentar a ingestão de água, o que será suficiente para a resolução das demais queixas.
- (C) a provável causa psicológica, por ficar o dia inteiro na escola e ter tido um desfralde precoce, é o suficiente para não ser indicada a realização de exames complementares.
- (D) a ressonância de coluna vertebral é um dos exames iniciais de avaliação, para afastar disrafismo oculto.
- (E) a uretrocistografia miccional e urodinâmica é o exame padrão ouro na avaliação de criança com infecção urinária recorrente e dilatação de pelve.

45

Menino, 3 anos, previamente hígido, é trazido ao ambulatório pela mãe com queixa de dor em membro esquerdo. Refere que, há duas semanas, a criança sofreu uma queda da bicicleta, machucando aquela perna e ralando todo o joelho no asfalto. O menor já havia parado de se queixar de dor no local, mas, há uns 5 dias, vem reclamando de dor novamente, com piora progressiva, sem mais querer ficar em pé ou mover o membro. Há 2 dias iniciou quadro de febre e prostração. A mãe refere também uma inflamação em região próxima ao joelho.

Pensando em uma possível infecção osteoarticular, é correto afirmar que

- (A) na osteomielite, o úmero é o sítio mais comum, enquanto na artrite séptica, são o joelho e o ombro.
- (B) na osteomielite, o raio X pode apresentar edema, perda de planos teciduais, distensão dos planos musculares, além de reação periosteal e destruição óssea.
- (C) os patógenos mais comuns são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus* grupo B, mas devemos sempre suspeitar de lesão de *Salmonella* nessa faixa etária.
- (D) o tratamento inclui, além dos cuidados gerais, início de antibiótico endovenoso, sendo a escolha oxacilina + gentamicina nessa faixa etária.
- (E) o tratamento cirúrgico é sempre recomendado nos quadros de infecção osteoarticular.

46

Mãe traz seus dois filhos do sexo masculino (de 8 e 13 anos) para avaliação pediátrica. Refere que está muito preocupada porque ambos engordaram muito no último ano, se alimentam muito mal, não fazem atividades físicas e passam cerca de 5 horas por dia na frente das telas. A mãe diz querer solicitar exames de sangue, pois tem histórico familiar de diabetes tipo 2.

Os dados antropométricos e de alteração do exame físico das crianças estão a seguir.

Filho 8 anos: 36kg; 1,31 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 17$; $Z+2 \geq 19,5$; $Z+3 \geq 23$); PA 118 X 80 (valores referência: P90 = 110 x 71; P95 = 114 X 74).

Filho 13 anos: 60 kg; 1,65 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 21$; $Z+2 \geq 25$; $Z+3 \geq 31,5$); PA 126 X 78 (valores referência: P90 = 124 x 76; P95 = 128 X 80).

Sobre a avaliação e a conduta dos menores, é correto afirmar, de acordo com a SBP, que

- (A) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 2, e o de 13 anos, sobrepeso com HAS estágio 1.
- (B) ambos têm sobrepeso e HAS estágio 1.
- (C) o de 8 anos tem obesidade grave e HAS estágio 1. e o de 13 anos. obesidade com PA elevada.
- (D) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 1, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.
- (E) o de 8 anos tem obesidade e PA elevada, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.

47

A estatura da criança e do adolescente depende do potencial genético, fatores ambientais, hormonais e nutricionais. A baixa estatura e diminuição da velocidade de crescimento é uma queixa frequente na consulta pediátrica.

Sobre baixa estatura, assinale a afirmativa correta.

- (A) A baixa estatura deve ser sempre investigada, enquanto alta estatura não necessita investigação.
- (B) A síndrome de Turner pode ser uma causa de baixa estatura genética e apresentar algumas alterações físicas: pescoço alado, fácies triangular, clinodactilia e assimetria de membros inferiores.
- (C) No hipotireoidismo, além da baixa estatura, observa-se apatia, cabelos ralos, aumento do tecido adiposo e estrias violáceas.
- (D) Somente pacientes com deficiência de GH comprovadas podem fazer uso de rhGH.
- (E) Alterações no período neonatal como hipoglicemia, micropênis e icterícia prolongada podem sugerir deficiência congênita de gH.

48

Menino de 10 anos chega na emergência com desconforto respiratório. Refere que está com obra em casa, e que, há uns 3 dias começou com a rinite atacada, estando então em uso de anti-histamínico. Evoluiu nas últimas 24 horas com piora progressiva de tosse seca. A mãe refere que o menor estava dormindo, com bastante tosse, e acordou com dispneia e dor no peito. Ela fez a medicação de resgate prescrita pela pediatra, sem melhora, e então verificou que a medicação estava vencida, levando então o menino imediatamente para avaliação. Ela conta que o menino tinha muitas crises como essa até os 7 anos, fazendo acompanhamento e tratamento. Conta ainda que atualmente o menino está sem medicação profilática. Nega internações prévias e outras comorbidades. Ao exame, REG, falas entrecortadas, afebril, FR = 32 irpm, FC= 120 bpm, com tiragem subcostal, sat= 91%. Ausculta: sibilos difusos, PEF 70% em relação ao previsto.

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

- (A) o paciente apresenta uma crise grave, devendo imediatamente ser transferido à UTI para administração de corticoide venoso e aminofilina.
- (B) trata-se de uma crise moderada, devendo ser feito o resgate com β_2 agonista de curta ao longo da primeira hora, (associando ou não com o ipratrópio e o corticoide oral) e oxigênio deve ser oferecido.
- (C) deve-se oferecer oxigênio e solicitar Rx de tórax e painel viral para afastar infecção por covid -19 ou influenza.
- (D) deve-se fazer uma dose com 6 jatos de β_2 agonista de curta e uma prednisolona oral e liberar para casa com ajuste da medicação para cada 4 horas.
- (E) o paciente apresenta quadro agudo, devendo ser feita uma nebulização com corticoide inalatório associado a β_2 agonista de curta.

49

Escolar de 6 anos, masculino, chega na emergência com bom estado geral, com relato de discreto edema em face, principalmente periorbitário bilateral, diminuição da urina, e ela apresentando coloração acastanhada.

Ao exame físico, além do edema em face, observa-se discreto edema em pés, e PA 115 X 85 (> p95). O pai refere que o menino teve um "resfriado" umas semanas atrás.

Pensando que a causa dessa sintomatologia seja de um processo renal, é correto afirmar que

- (A) a presença de proteinúria, independentemente dos valores, indica associação com síndrome nefrótica.
- (B) não existe exame de sangue que contribua para a suspeita diagnóstica, sendo apenas a tríade clássica responsável pela confirmação.
- (C) apesar de a hipertensão arterial estar presente, não há indicação de uso de anti-hipertensivos.
- (D) as infecções por estreptococos β hemolítico de diferentes cepas, sejam de pele ou de vias respiratórias, podem levar a essa glomerulonefrite.
- (E) pode-se estabelecer uma infecção prévia do estreptococo por meio de análise da antiestreptolisina O e/ou antiDNase B.

50

Menino de 4 anos chega ao pronto atendimento, levado pela mãe, com história de febre há 5 dias. A mãe refere que, no terceiro dia, surgiu vermelhidão nos olhos e rachaduras nos lábios. Posteriormente, manchas avermelhadas pelo tronco do menino. Hoje, ele acordou com uma dor aguda no peito, que piora ao deitar-se.

Apresenta-se em REG, com palidez, hiperemia conjuntival, fissura de mucosas, exantema polimorfo, adenomegalia cervical anterior de 2 cm e turgência jugular. AR: MVUA sem RA, FR 44 irpm; ACV: bulhas abafadas e presença de atrito pericárdico; FC= 132 bpm, hipotensão. ECG: elevação do segmento ST; Rx tórax: silhueta cardíaca em moringa.

A internação no CTI é solicitada por suspeita de se tratar de um provável Kawasaki que evoluiu com complicação cardiovascular.

A suspeita de tamponamento cardíaco é fortalecida pela presença dos seguintes sinais clínicos que compõem a tríade de Beck:

- (A) elevação do segmento ST + bulhas abafadas + atrito pericárdico.
- (B) hiperemia conjuntival + exantema polimorfo + adenomegalia cervical.
- (C) imagem em “moringa” no RX + hipotensão + taquicardia.
- (D) bulhas abafadas + hipotensão + pressão venosa central elevada.
- (E) dor que piora com decúbito + turgência de veia jugular + elevação do segmento ST

51

Menino, 18 meses, com diagnóstico de anemia falciforme (HbSS), é trazido à emergência com dor abdominal de início súbito e palidez importante, sem febre associada.

Ao exame, encontra-se hipocorado (3+/4+), taquicárdico e com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma evidencia Hb: 3g/dL.

A hipótese diagnóstica mais provável nesse caso é

- (A) sequestro esplênico.
- (B) crise aplástica.
- (C) crise algica.
- (D) bacteremia.
- (E) infecção pelo Epstein-Barr vírus.

52

Menina, 2 anos, previamente hígida, apresenta início súbito de petéquias e púrpuras generalizadas. Apresentou infecção viral uma semana antes dos sintomas.

O exame físico está normal, exceto pelas petéquias e púrpuras disseminadas pelo corpo. Não há esplenomegalia, linfadenopatias e nem palidez. O hemograma evidencia contagem de plaquetas = 10.000/ μ L. Não há anemia e os leucócitos estão normais.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) leucemia linfoblástica aguda.
- (B) infecção por parvovírus B19.
- (C) púrpura trombocitopênica autoimune crônica.
- (D) vasculite por IgA.
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

53

Lactente feminino, 6 meses, apresenta apatia e palidez cutaneomucosa há aproximadamente 2 meses. Permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os 2 meses de vida, quando iniciou leite de vaca, pois a mãe voltou a trabalhar. Traz exames laboratoriais que evidenciam anemia e deficiência de ferro.

Segundo o Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre recomendações para o tratamento e prevenção da anemia ferropriva em lactentes (Atualização de 2026), o tratamento da anemia ferropriva nesse caso deve ser feito com

- (A) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar e mantido por um período de 3 a 6 meses ou até normalização da hemoglobina e reposição adequada dos estoques de ferro.
- (B) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar por 2 meses e deve haver um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após início do tratamento.
- (C) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, e um hemograma de controle deve ser realizado com 15 dias do início do tratamento, suspendendo-se a reposição se a hemoglobina estiver normal.
- (D) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, mantido por um período de 3 a 6 meses, quando se deve realizar um hemograma e dosar a ferritina, suspendendo a reposição se a ferritina e a hemoglobina estiverem normais.
- (E) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar, e um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após 45 dias do início do tratamento deve ser observado.

54

Menino, 3 anos, é trazido à consulta pediátrica de rotina com queixa de dor abdominal há 2 meses, associada à febre e perda de peso, além de hematúria.

Durante o exame físico, é identificada uma massa firme e lisa em metade do abdômen à esquerda, não ultrapassando a linha média. Há ainda aniridia e hemihipertrofia. Os exames laboratoriais evidenciam policitemia, trombocitose e deficiência do fator VII.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) neuroblastoma.
- (B) tumor de Wilms.
- (C) rhabdomyosarcoma.
- (D) hepatoblastoma.
- (E) teratoma.

55

Lactente masculino, 12 meses, com febre há 24 horas sem outros sintomas associados, é admitido na emergência com crise convulsiva tônico-clônica generalizada em vigília de febre, de início há 7 minutos. Nega episódios prévios semelhantes.

A terapia medicamentosa de escolha para a crise convulsiva, nesse caso, além das medidas de suporte, inclui

- (A) diazepam endovenoso.
- (B) fenobarbital endovenoso.
- (C) fenitoína endovenosa.
- (D) levetiracetam oral.
- (E) ácido valproico oral.

56

Menino, 6 anos, apresenta episódios de perda de consciência, que são acompanhados por tremor de pálpebras e desvio do olhar para cima, recebendo diagnóstico de crise de ausência.

Sobre esse quadro, em relação à crise de ausência, é correto afirmar que

- (A) apresenta período pós-ictal.
- (B) não há retomada imediata da consciência após a crise.
- (C) os episódios geralmente duram alguns minutos.
- (D) não apresenta aura.
- (E) não apresenta automatismos simples.

57

Menina, 7 anos, apresenta febre há 48 horas, evoluindo com cefaleia frontal, náuseas, vômitos e fotofobia. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, com rigidez de nuca. Foi submetida à punção lombar, e a avaliação líquórica foi sugestiva de meningoencefalite viral.

Diante desse quadro, os seguintes achados laboratoriais são esperados no líquido:

- (A) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína = 50mg/dL e glicose normal.
- (B) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal.
- (C) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal
- (D) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose < 40mg/dL.
- (E) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína = 300mg/dL e glicose normal.

58

Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional apresenta, durante o exame na sala de parto, lesão cutânea na região lombar com exposição de tecido neural e saída de líquido. O exame neurológico apresenta-se com paraplegia flácida para os membros inferiores e ausência de reflexos profundos. Ultrassonografia transfontanela evidenciou presença de ventriculomegalia.

Considerando o diagnóstico de mielomeningocele, sua associação mais frequente é com

- (A) malformação de Chiari I.
- (B) malformação de Dandy-Walker.
- (C) malformação de Chiari II.
- (D) cisto aracnoide.
- (E) macrocefalia.

59

Menino, 18 meses, apresenta pneumonias e otites de repetição desde os 9 meses de vida e três episódios de giardíase. Além disso, foi internado com encefalite por enterovírus com 12 meses. Ao exame encontra-se emagrecido, com índice de massa corporal abaixo do z-score - 2. Não se visualiza as amígdalas em orofaringe. A dosagem sérica das imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM e IgE) estão muito reduzidas. A IgG contra sarampo, tétano e hepatite B são negativas.

Considerando o quadro em questão, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) agamaglobulinemia de Bruton.
- (B) deficiência de subclasse de IgG.
- (C) hipogamaglobulinemia transitória.
- (D) síndrome hiper-IgM.
- (E) deficiência seletiva de IgA.

60

Escolar de 8 anos, inicia tratamento para epilepsia com fenobarbital e após 4 semanas apresenta febre, exantema maculopapular difuso, edema facial e linfadenopatia generalizada. O hemograma evidencia apenas eosinofilia e há elevação das transaminases e da creatinina sérica.

Diante do quadro em questão, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Stevens-Johnson.
- (B) necrólise epidérmica tóxica.
- (C) síndrome da pele escaldada.
- (D) DRESS (drug-induced hypersensitivity syndrome).
- (E) dermatite herpetiforme.

61

Lactente, a termo, 2 meses e 10 dias de vida, é levado à Emergência pelos pais pois, há cerca de 40 minutos, após amamentado e colocado no berço, apresentou episódio súbito de "olhar parado, boca roxa, sem respirar, parecendo que havia engasgado". O pai realizou manobras de estímulo nas costas, elevou o queixo e em seguida a criança chorou. O lactente está em aleitamento materno exclusivo, é o primeiro episódio, encontra-se em bom estado geral, ativo, reativo, eupneico em ar ambiente, acianótico, bom tônus muscular e reflexos presentes, SatO₂ 99% e afebril. Exame físico sem anormalidades.

Considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria para BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event* ou Evento Breve Resolvido Não Explicado) a definição do caso e a conduta imediata são:

- (A) BRUE de Baixo Risco e observação clínica por um período de uma a quatro horas, realização de eletrocardiograma, e, se estável, alta com orientações e encaminhamento ao pediatra em até 24 horas.
- (B) BRUE de Alto Risco e internação em leito de retaguarda pediátrica para monitorização cardiorrespiratória contínua, com investigação laboratorial e de imagem expandida.
- (C) BRUE de Baixo Risco e alta com orientação, encaminhamento para polissonografia e revisão com pediatra em 48 horas, considerando estabilidade clínica e exame físico normal na admissão.
- (D) BRUE de Alto Risco e internação em unidade intensiva pediátrica, monitorização, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia de crânio e rastreio infeccioso com hemograma, hemocultura e análise líquórica.
- (E) sem critérios para BRUE e internação para investigação de Doença do Refluxo Gastroesofágico, por associação temporal direta com a mamada; início de fenobarbital e investigação para crise convulsiva focal.

62

Recém-nascido (RN) a termo, adequado para a idade gestacional, cuja mãe apresentou diabetes gestacional controlado com dieta, está com 3 horas de vida no alojamento conjunto, ativo e em aleitamento materno exclusivo. Glicemia capilar = 38 mg/dL.

Considerando as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para rastreo e conduta na hipoglicemia neonatal, a conduta imediata adequada é

- (A) ofertar fórmula infantil imediatamente para garantir aporte calórico rápido, repetir a aferição da glicemia capilar uma hora após a oferta e manter o RN no alojamento conjunto se o novo valor for maior que 45 mg/dL.
- (B) iniciar infusão endovenosa imediata de um *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg), seguido por uma taxa de infusão de glicose contínua de 4 a 6 mg/kg/min, devido ao risco de convulsão e lesão neurológica.
- (C) estimular amamentação ou ofertar leite materno ordenhado e reavaliar a glicemia capilar em 1 hora; se o valor estiver entre 35 e 45 mg/dL, após a mamada, considerar uso de gel de glicose a 40% ou transferir para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- (D) transferir o RN para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para avaliação contínua, pois glicemia abaixo de 40 mg/dL nas primeiras 4 horas de vida exigem monitorização e triagem laboratorial central obrigatória.
- (E) observar o RN e repetir a glicemia capilar antes da próxima mamada (com 6 horas de vida), visto que o valor de 38 mg/dL reflete o nadir fisiológico normal do RN nas primeiras horas após o parto.

63

Recém-nascido, 35 semanas, pequeno para a idade gestacional, admitido na UTIN com 12 horas de vida, com desconforto respiratório leve e tremores finos de extremidades e glicemia capilar 28 mg/dL. Prescrita dieta zero, *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg) na veia periférica e hidratação venosa com taxa de infusão de glicose (TIG) de 6 mg/kg/min. Após duas reavaliações a cada 30 minutos, a glicemia capilar estava entre 34 mg/dL e 36 mg/dL, com letargia moderada e hipotonia.

Diante do quadro e conforme as diretrizes para hipoglicemia, preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta é

- (A) realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); progredir a TIG de 6 para 15 mg/kg/min por meio de solução de glicose a 15% na via em uso, a fim de atingir rapidamente o alvo glicêmico e reavaliar a glicemia a cada 30 minutos.
- (B) coletar amostra crítica de sangue e urina antes de alterar a TIG. Realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); posteriormente elevar a TIG a 8 mg/kg/min e providenciar acesso venoso central para novas elevações da TIG, se necessárias.
- (C) manter a TIG em 6 mg/kg/min, evitando efeito rebote do hiperinsulinismo secundário; administrar glucagon via intramuscular (0,1 mg/kg) para resgate imediato; aguardar a recuperação do tônus e iniciar dieta por sonda orogástrica.
- (D) reduzir gradativamente a infusão endovenosa contínua simultaneamente à administração de gel de glicose a 40% na mucosa oral e fórmula infantil para prematuros por sonda, objetivando menor oscilação glicêmica por via digestiva.
- (E) repetir o *bolus* de glicose a 10% em volume de 4 mL/kg pela via periférica, manter a TIG em 6 mg/kg/min, avaliação glicêmica a cada 30 minutos, solicitar ultrassonografia transfontanela para avaliar hemorragia intracraniana como causa da letargia.

64

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para fluidoterapia em crianças, o uso inicial da hidratação endovenosa de manutenção, com solução isotônica, está indicado nos seguintes casos, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) lactente de 14 meses em pós-operatório imediato de apendicectomia sem complicações, com sódio sérico basal de 136 mEq/L.
- (B) Recém-nascido de 18 dias de vida, termo, internado por icterícia neonatal tardia em fototerapia e com baixa aceitação do seio materno.
- (C) Criança de 6 anos com meningite bacteriana aguda, apresentando vômitos e sinais clínicos de hipovolemia leve a moderada.
- (D) Escolar de 8 anos internado por crise asmática grave refratária, em uso de beta-2 agonista contínuo e corticoterapia endovenosa.
- (E) Adolescente de 13 anos com cetoacidose diabética compensada, na fase de transição para hidratação de manutenção e reintrodução de dieta.

65

Lactente, sexo masculino, 7 meses de idade, ultrassonografia morfológica fetal sem anormalidades, febril (38,8 °C), apresentou exame da urina, por cateterismo vesical, com esterase leucocitária positiva, nitrito positivo e bacterioscopia (Gram) com bacilos gram-negativos. Uma amostra foi encaminhada para cultura e prescrito cefalexina. A cultura depois revelou *Proteus mirabilis* 80.000 UFC/mL.

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a opção correta a respeito da análise do caso e da respectiva conduta.

- (A) O *Proteus mirabilis* tem associação com fimose fisiológica e risco aumentado de alcalinização urinária, por possuir enzima urease, que hidrolisa ureia, eleva pH urinário e favorece a nefrolitíase por estruvita. A ultrassonografia de vias urinárias e renal deve ser realizada após resolução da infecção.
- (B) A contagem de colônias de 80.000 UFC/mL deve ser considerada inconclusiva por estar abaixo do ponto de corte de 100.000 UFC/mL para o método de coleta realizado. Suspender o antibiótico nesse momento e após 48 horas, proceder com nova coleta de urina por punção supra púbica.
- (C) Em lactente, com o primeiro episódio de ITU febril por germe Gram-negativo, o protocolo impõe a realização obrigatória da uretrocistografia miccional e da cintilografia renal com DMSA na fase hospitalar aguda para o rastreo imediato de Refluxo Vesicoureteral e cicatrizes renais.
- (D) A antibioticoterapia empírica deve ocorrer com nitrofurantoína por via oral, visto que apresenta excelente penetração no parênquima renal, o *Proteus mirabilis* demonstra ótima sensibilidade ao quimioterápico e ainda permite o tratamento ambulatorial seguro.
- (E) O saco coletor plástico é alternativa para a coleta na emergência pela praticidade e menor invasão. A confirmação diagnóstica, no caso, ocorreria com o isolamento da bactéria, diante do crescimento mencionado, visto o ponto de corte ser superior a 50.000 UFC/mL.

66

Menino, 7 anos, hígido, residente em área endêmica para dengue está febril (acima de 39 °C) há 4 dias, tendo cedido espontaneamente há 8 horas. A criança está com dor abdominal intensa e contínua e apresentou dois episódios de vômitos nas últimas 3 horas.

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hiporcoradas (+/4+), PA 90×60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito 48% (basal era 38%), leucócitos 2.800/mm³, aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

De acordo com as evidências e as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, trata-se de dengue

- (A) sem sinais de alarme, indicando-se hidratação oral e antiemético, sob supervisão, coleta de amostra para sorologia IgM e após cessado os vômitos, alta e acompanhamento ambulatorial.
- (B) sem sinais de alarme, a febre cedeu espontaneamente, sendo, então, indicada a hidratação oral domiciliar com orientações para retorno em 24 horas.
- (C) grave com choque, indicando-se imediatamente hidratação venosa agressiva com 20 mL/kg de solução colóide (albumina) e início de corticoterapia sistêmica para reduzir extravasamento plasmático.
- (D) com sinais de alarme, sendo indicada a internação para hidratação venosa com solução cristaloide com 10mL/kg, monitoramento contínuo, reavaliação clínica e laboratorial seriada.
- (E) grave, com plaquetopenia isolada é critério maior para gravidade, não dependendo de demais achados, sendo indicada a expansão volêmica rápida com solução de ringer lactato com 10mL/kg e reavaliação das plaquetas.

67

Pré-escolar, 4 anos, é atendida no ambulatório de pediatria em região com cocirculação de dengue, chikungunya e zika. Apresenta febre elevada (39,2 °C) há 3 dias, seguida por exantema maculopapular pruriginoso difuso, edema simétrico das articulações das mãos e tornozelos e artralgia. Nega sangramento, dor abdominal, vômitos ou cefaleia.

Ao exame: estado geral regular, exantema maculopapular difuso, edema articular simétrico nas articulações metacarpofalangianas e tornozelos bilateralmente, temperatura 38,4 °C, hemodinamicamente estável, fígado não palpável. Exames: plaquetas 185.000/mm³, hematócrito 36%, leucócitos 4.200/mm³, linfócitos 38%, aspartato aminotransferase 68 U/L. NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - não reagente e IgM para chikungunya: reagente.

De acordo com quadro e diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil/ Organização Panamericana de Saúde vigentes para as arboviroses, a conduta adequada é

- (A) prescrever cloroquina em dose pediátrica por 5 dias como tratamento específico para a fase aguda da infecção por chikungunya, conforme protocolo.
- (B) iniciar anti-inflamatório não esteroide, como ibuprofeno, a fim de reduzir a limitação articular ocasionada pela inflamação e ser tratamento de escolha para a artralgia por chikungunya em crianças a partir do início dos sintomas.
- (C) solicitar RT-PCR para dengue e chikungunya em amostra de sangue coletada após o 7º dia de doença, pois a viremia tardia é o resultado que possui nível de evidência para confirmação diagnóstica nas arboviroses.
- (D) internar por risco de doença grave – poliartralgia concomitante a níveis elevados de aspartato aminotransferase em menores de sete anos de idade – e monitorar as enzimas hepáticas pelo risco de hepatite aguda grave.
- (E) iniciar paracetamol, hidratação, repouso e retorno em de 24 a 48 horas para reavaliação; evitar anti-inflamatório não esteroide e ácido acetilsalicílico enquanto não for descartada dengue concomitante, devido à circulação regional.

68

Adolescente, 15 anos, previamente hígido, residente em área endêmica de esquistossomose, é internado por suspeita de Doença de Wilson (DW). Ele apresenta aumento progressivo do volume abdominal há quatro meses, perda ponderal discreta e fadiga.

Ao exame: orientado, consciente, ascite volumosa, circulação colateral discreta, baço a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Pressão arterial normal. Laboratório: Hemoglobina 12,4 g/dL; Plaquetas: 82.000/mm³; aspartato aminotransferase (AST) 76 U/L; alanina aminotransferase (ALT) 62 U/L; gama glutamiltransferase (GGT) 38 U/L; Bilirrubina total 1,5 mg/dL; Albumina 3,1 g/dL; INR 1,4. Paracentese - amostra: gradiente soro-ascite de albumina (SAAG) 1,7 g/dL; proteína no líquido ascítico 2,8 g/dL.

Ultrassonografia abdominal com doppler: hipertensão portal; esplenomegalia; fluxo portal preservado; fígado discretamente heterogêneo, sem sinais típicos de cirrose.

Para diferenciar DW da esquistossomose hepatoesplênica, assinale a afirmativa com melhor correlação entre os dados do caso, hipótese e eventual conduta.

- (A) A ausência de hiperbilirrubinemia significativa praticamente exclui diagnóstico de doença de Wilson, sendo importante solicitar a pesquisa parasitológica de fezes para confirmar esquistossomose hepatoesplênica crônica.
- (B) A presença de ascite volumosa praticamente exclui esquistossomose hepatoesplênica, tornando a dosagem de ceruloplasmina sérica e cobre urinário de 24 horas suficientes para confirmação diagnóstica de doença de Wilson.
- (C) Hipertensão porta e ALT/AST sugerem esquistossomose, mas se não definida, deve descartar DW com ceruloplasmina, cuprúria 24 horas, anéis de Kayser-Fleischer e, se necessário, cobre hepático, pois isoladamente, não possuem sensibilidade ou especificidade suficientes.
- (D) A presença de proteína elevada no líquido ascítico e o SAAG de 1,7g/dL, diferenciam de forma confiável esquistossomose hepatoesplênica de doença de Wilson, dispensando investigação etiológica adicional.
- (E) A ultrassonografia abdominal com doppler evidenciando fluxo portal preservado praticamente confirma esquistossomose hepatoesplênica e exclui doença de Wilson como causa da hipertensão portal.

69

Recém-nascido, sexo masculino, a termo, peso 3.720 g, apresenta hipertelorismo ocular, fissuras palpebrais com inclinação descendente, ptose palpebral bilateral, implantação baixa de orelhas com hélice espessada e rotação posterior, pescoço alado, *pectus carinatum* e *pectus excavatum*, sopro sistólico no foco pulmonar e SatO₂ 96%. Cariótipo (amniocentese) 46,XY.

De acordo com características morfológicas descritas no período neonatal e cariótipo, é correto afirmar que se trata de uma síndrome genética e que

- (A) as malformações renais frequentes são a agenesia e a hipoplasia.
- (B) a cardiopatia congênita mais associada é a comunicação interventricular
- (C) cursa com padrão estático de dismorfologia facial ao longo da vida.
- (D) a herança é autossômica dominante, afetando ambos os sexos igualmente.
- (E) no momento, está indicado ecocardiograma e infusão de prostaglandina a seguir.

70

Menina, branca, 7 anos e 4 meses, está na consulta com a avó que notou, há 3 meses, um botão mamário bilateral e discreta sensibilidade local, sem outras queixas. Bom estado geral, frequente escola e não há evidência de forte exposição a disruptores endócrinos.

Ao exame: peso no P85, estatura no P95 para a idade (acima do alvo genético que é de 1,58 m); PA normal, sem acne, sem pelos pubianos ou axilares; botão mamário palpável sob a aréola bilateralmente, sem nódulos suspeitos. Idade óssea (radiografia dos punhos) de 9 anos. Ultrassonografia pélvica: útero com comprimento de 3,8 cm, ovários com volume de 2,1 mL bilateralmente com pequenos folículos.

Com base nesses dados, nos critérios de desenvolvimento e no estadiamento de Tanner, assinale a opção correta.

- (A) A ultrassonografia pélvica com útero de 3,8 cm e ovários de 2,1 ml exclui puberdade precoce central, pois esses valores estão dentro da faixa pré-puberal. A conduta é reavaliar em 6 meses, acompanhar velocidade do crescimento e sinais puberais.
- (B) O botão mamário bilateral aos 7 anos e 4 meses está nos limites da normalidade para meninas brancas, cujo início puberal médio ocorre aos 10 anos. Não há recomendação de investigação adicional, deve-se reavaliar em 6 meses e monitorar crescimento e desenvolvimento.
- (C) O quadro sugere telarca prematura isolada - variante fisiológica benigna, por não haver pelos pubianos. A conduta é observação clínica, sem necessidade de exames de imagem ou laboratoriais, com acompanhamento do crescimento.
- (D) O avanço da idade óssea isolado confirma puberdade precoce periférica independente de gnrh. A conduta imediata é iniciar inibidor da aromatase para bloquear o avanço maturacional e retardando a menarca.
- (E) Início da telarca, avanço da idade óssea e ultrassonografia pélvica com sinais de ativação gonadal, trata-se de puberdade precoce central. Deve-se avaliar hormônio luteinizante basal pós estímulo com gnrh e ressonância magnética de crânio excluindo causa orgânica intracraniana.

71

Escolar, 7 anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro por conta de dor e limitação importante do movimento. Sua mãe nega trauma, embora seja notado aumento significativo do joelho direito em relação ao esquerdo. O início do quadro foi há mais de uma semana, com dor e aumento do volume do punho direito, já em fase de melhora. Quando perguntada, a mãe recorda que o paciente apresentou, há uns 20 dias, dor-de-garganta, febre alta e pontos vermelhos na parte interna superior da boca, que melhoraram após dois dias de antibiótico, não utilizado pelo tempo total prescrito.

Ao exame: REG. Febril (TAX = 38,5 °C), com face de dor, sem conseguir deambular adequadamente.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Anemia, dor óssea e esplenomegalia são manifestações frequentes.
- (B) Taquicardia, com ou sem febre, pode sugerir insuficiência cardíaca.
- (C) Há lenta resposta da dor articular aos anti-inflamatórios não hormonais.
- (D) O acometimento cardíaco é limitado ao endocárdio e miocárdio.
- (E) História familiar positiva não é uma característica deste quadro.

72

Adolescente, 13 anos, sexo feminino, é internada com dor torácica. Exames de imagem realizados evidenciam derrame pleural. Ela mora com a avó materna e nega contato com indivíduos com tosse crônica.

Ao exame: emagrecida, com hiperemia bilateral na região malar. Apresenta dentes em bom estado de conservação, mas notam-se algumas lesões ulceradas na boca.

Corroborar com a principal hipótese diagnóstica a presença de:

- (A) artrite erosiva com deformação das articulações das mãos.
- (B) elevação sérica do complemento, com aumento de CH50.
- (C) fator antinuclear positivo com títulos superiores a 1:80.
- (D) teste de Coombs indireto positivo na ausência de anemia hemolítica.
- (E) distúrbios neuropsiquiátricos associados à trombocitose.

73

Escolar, 9 anos, sexo feminino, é trazida à Clínica da Família por apresentar febre há 20 dias. O médico pergunta sobre outros sinais e sintomas. A mãe refere estranhar que, no momento da febre, a pele fica toda avermelhada e a filha fica muito prostrada, melhorando logo a seguir.

Ao exame: emagrecida, com dor, vermelhidão e aumento das articulações de ambos os joelhos e tornozelos. É notada a presença de linfadenomegalia e esplenomegalia. O fator antinuclear é negativo.

Avaliando-se essas informações, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) Febre Reumática por conta da febre e da característica da artrite.
- (B) Lupus Eritematoso Sistêmico devido à hiperemia da pele com febre.
- (C) Dermatomiosite pelo emagrecimento e alterações cutâneas.
- (D) Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica pela artrite e febre com *rash*.
- (E) Doença de Kawasaki pela idade e artrite de grandes articulações.

74

Pré-escolar, 3 anos, é levado ao pronto atendimento por claudicação.

Ao exame: dor à rotação interna do quadril direito. O médico explica a necessidade de realização de exames para avaliação da necessidade de internação e procedimento cirúrgico.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na osteomielite, na radiografia, pode ser visualizado o abscesso de Brodie.
- (B) Na displasia do desenvolvimento do quadril, a US não é o exame de escolha.
- (C) A radiografia mostra precocemente a necrose avascular da cabeça femoral.
- (D) Na radiografia do quadril, a epifisiólise costuma mostrar linha fisária regular.
- (E) Diferencia-se sinovite transitória do quadril com artrite séptica por meio da US.

75

Avô, que reside com seu filho, sua nora e seus netos é diagnosticado com tuberculose pulmonar, com BAAR +++. Na investigação dos contatos, a lactente, de 11 meses, apresentou prova tuberculínica negativa, radiografia normal e está assintomática.

A conduta correta é

- (A) seguir o acompanhamento pediátrico sem a realização de novos exames
- (B) realizar uma tomografia computadorizada do tórax por ser mais sensível
- (C) iniciar isoniazida 10mg/kg por 6 a 9 meses, com reavaliação mensal.
- (D) solicitar a repetição da prova tuberculínica em oito semanas e rever o caso.
- (E) prescrever rifampicina, isoniazida e pirazinamida por seis meses.

76

Apesar da grande frequência na Pediatria, muitas vezes é difícil estabelecer o diagnóstico etiológico das pneumonias agudas comunitárias (PAC).

Com base na faixa etária e no quadro clínico, assinale a associação correta.

- (A) *Chlamydia trachomatis* - febre persistente, tosse coqueluchoide e taquipneia
- (B) *Staphylococcus aureus* - mais frequente em escolares com toxemia grave
- (C) *Mycoplasma pneumoniae* - tosse, podendo haver sibilância e lesões de pele
- (D) *Bordetella pertussis* - início súbito, com tosse e desconforto respiratório
- (E) *Chlamydophila pneumoniae* - febre alta, com dispneia e dor torácica

77

Em relação à Bronquiolite Viral Aguda (BVA), houve algumas medidas de prevenção da BVA pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) nos últimos dois anos, adotadas pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A vacina contra VSR está indicada para lactentes prematuros.
- (B) O nirsemabe é uma vacina aplicada antes da sazonalidade do VSR.
- (C) O palivizumabe tem a vantagem de ser aplicado em dose única anual.
- (D) O nirsevumabe foi incorporado para prematuros e algumas comorbidades.
- (E) Os anticorpos monoclonais anti-VSR oferecem proteção por 2 sazonalidades.

78

Recém-nascido, a termo, sexo masculino, apresenta quadro de íleo meconial. Anti-HIV materno – negativo. Os pais são primos. Recebe alta para acompanhamento com Pediatra. Realiza teste de triagem na Clínica da Família, mas a mãe comparece à consulta, aos 4 meses de vida do lactente, com o exame que mostra dosagem de IRT anormal, nas duas coletas, nos primeiros 30 dias. O acompanhamento pediátrico é irregular. Aos 18 meses, após 4 infecções respiratórias que demandaram internação, o lactente é encaminhado para investigação por baixo ganho ponderal e eliminação de fezes oleosas.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) é uma doença monogênica autossômica recessiva, sem variações clínicas.
- (B) as manifestações de má digestão e absorção costumam surgir tardiamente.
- (C) as classes de variantes IV, V e VI são associadas a manifestações graves.
- (D) além dos pulmões, não costuma haver disfunções em outros órgãos.
- (E) o conhecimento das variantes patogênicas tem implicação terapêutica.

79

Pré-escolar, com 3 anos, sexo feminino, dependente de oxigenioterapia desde um episódio de bronquiolite viral aguda aos sete meses, com internação por 20 dias em UTI. Após a alta, manteve sibilância persistente, necessitando de internação por mais três vezes por causa respiratória. Dosagem do cloro no suor: 28 mEq/L. Nasceu com 37 semanas, peso de nascimento de 2800 g.

Exame físico: peso = 12 kg, comprimento = 90 cm; FR = 36 IRPM, tiragem intercostal baixa, sibilos e estertores grossos difusos. Ecocardiograma: normal. TC de tórax: em ambos os pulmões, áreas de atenuação em mosaico alternando com áreas de parênquima normal, com espessamento das paredes brônquicas e bronquiectasias cilíndricas bilaterais. Nas imagens em expiração, observam-se áreas compatíveis com aprisionamento aéreo. Não são vistas consolidações parenquimatosas ou massas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Kartagener.
- (B) bronquiolite obliterante.
- (C) fibrose cística.
- (D) displasia broncopulmonar.
- (E) crises de asma por IVAS.

80

Pré-escolar, com 4 anos e 6 meses, é atendido com queixa de dor abdominal e diarreia. Sua mãe informa ter tido episódios recorrentes, com identificação de *giardia lamblia* no exame parasitológico de fezes. O médico solicita exames para confirmar sua hipótese diagnóstica.

Assinale a opção que identifica a associação patológica esperada nesse caso.

- (A) Acrodermatite enteropática.
- (B) Anemia perniciosa.
- (C) Deficiência seletiva de IgA.
- (D) Anemia por deficiência de ácido fólico.
- (E) Deficiência de vitamina D.

Realização

